

Conférence du Territoire de Santé 75

COMPTE RENDU DE LA

Séance Plénière du 12 Octobre 2012

La Conférence se réunit dans les locaux de l'UNA Paris sous la Présidence du Docteur Pascal Cacot, en présence de Monsieur Rodolphe Dumoulin, Délégué Territorial de l'ARS et de Madame le Docteur Catherine Bernard, son adjointe.

Le Président constate que le *quorum* est atteint (24 membres sur 44, et non 48 car 4 membres titulaires sont en cours de remplacement).

(Une heure plus tard le nombre de présent est de 26).

L'ordre du jour, fixé par le Bureau de la Conférence, appelle les points suivants :

- **Approbation du Compte rendu de la réunion de Juillet 2012 et de la réunion de Septembre 2012**
- **Election des nouveaux membres au bureau de la Conférence**
- **Discussion et vote des propositions de la Conférence pour le PRS**



La Conférence est reçue aujourd'hui par **Mme Cordeau directrice fédérale de L'UNA PARIS**. L'Union des Associations de l'Aide, des Soins et des Services aux domiciles de Paris, a été fondé dans sa 1^{ère} forme en 1962 et elle regroupe depuis toujours exclusivement des associations à but nonlucratif ou des services mutualistes. Elle appartient à la Fédération nationale UNA, 1er réseau français dans le secteur. UNA PARIS regroupe 22 services intra muros qui réalisent plus de 3 millions d'heures d'aide à domicile chaque année, auprès de 20 000 personnes, emploient près de 5 000 salariés et regroupes plus de 2500 places de SSIAD qui permettent de soigner plus de 4 500 personnes chaque année. Les salariés sont, en majorité, des femmes. Le réseau UNA est aussi un mouvement militant qui vise à défendre les intérêts des publics les plus fragilisés lors des grands débats nationaux tel que les débats autour d'un 5^{ème} risque de sécurité sociale, la prise en charge de la dépendance ou du handicap. Par ailleurs, le Réseau se place volontaire dans une démarche d'employeur engagé dans le cadre de l'économie sociale et solidaire avec une volonté forte d'offrir des emplois de qualité, respectueux des salariés. Cela se traduit par une convention collective de branche supérieure au Code du travail, une recherche de temps de travail à temps plein au maximum et une action pour que la qualité, l'importance et la technicité de ces métiers soient reconnues. Toutes choses qui le différencient du secteur privé lucratif né du plan Borloo autour des Services à la personne.

L'immeuble construit en 1854, deviendra l'Hôtel de la Païva, demi mondaine ; y habiteront ensuite Paul Gauguin, jeune peintre, et l'escroc de génie Georges Stavisky. Les salles portent les noms de personnalités impliquées dans les valeurs que l'UNA continue à défendre : les salles Henriette et Jean Viollet. Henriette Viollet est la créatrice du mouvement des associations familiales.

I - Approbation des comptes rendus

Le Dr Cacot demande si la forme des comptes rendu parait toujours adaptée. On tente d'essayer de garder le sens en le présentant de manière concise tout en étant exhaustif pour que la vivacité et la

qualité des débats apparaissent en leur sein. Si des suggestions sont à faire il ne faut pas hésitez à en faire part.

Par ailleurs, M. Sachet demande si les renvois avec des références et des définitions, qui sont des ajouts de sa part, se révèlent utiles. Les Membres de la Conférence souhaitent que les CR soient ainsi détaillés. Un consensus semble se dégager parmi les Membres pour maintenir la formule actuelle.

Les deux derniers comptes-rendus sont approuvés.

II - Election de deux nouveaux membres au bureau de la Conférence

Le décret stipule que le bureau est composé de huit membres dont quatre venant du collège des associations d'usagers et les quatre autres de collèges différents. Le règlement intérieur ajoute qu'ils doivent être de collèges différents entre eux. Il y a trois candidatures à cette élection :

- **Mme Hélyette Lefèvre, Vice-présidente de l'UNAFAM PARIS, collège 8.**

Candidate pour participer aux travaux du Bureau, et améliorer la prise en compte de la psychiatrie, qui est un sujet prégnant pour le Territoire de Paris.

- **Dr Jean-Loup Théry, Chef du bureau des centres de santé, à la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé** (DASES, conseiller technique auprès du Bureau de la Fédération Nationale des Centres de Santé [FNCS]) est candidat –collège 5. Mais aujourd'hui, il est absent de la réunion. Pour sa candidature on lui a demandé de rédiger quelques lignes sur son expérience.

- **M. Frédéric Loup (URPS Pharmaciens – collège 4)** se présente aussi mais sa candidature ne peut être retenue, un membre de ce collège siégeant déjà au Bureau (le Dr Eric Tanneau). Cependant M. Loup reste disponible pour tous travaux utiles à la Conférence. Le bureau peut s'adjoindre des conseillers, et inviter des personnalités compétentes, au fur et à mesure des sujets soumis à réflexion.

Il n'y a pas d'autres candidats. La Conférence décide donc de procéder au vote. C'est la procédure du vote à main levée qui est retenue.

24 voix pour la candidature de Mme Lefèvre et 24 voix pour la candidature du Dr Théry. **Mme Lefèvre et le Dr Théry sont donc élus au Bureau de la Conférence**, à la place de Mme Finkelstein et M Viaud, démissionnaires.

III - Discussion autour des propositions de la Conférence pour le PRS

III – 1 Le Projet Régional de Santé est composé de :

- ❖ Du PSRS définissant les grandes orientations et priorités de l'ARS

- ❖ Des trois schémas régionaux d'organisation :

- ◆ Le schéma de prévention et ses annexes
- ◆ Le schéma d'organisation médico-sociale
- ◆ Le schéma d'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires

- ❖ Des programmes d'actions

- ◆ Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS)
- ◆ Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)
- ◆ Le programme de développement de la télémédecine (PRT)
- ◆ Le programme régional de gestion du risque (PRGDR)

Le **Dr Cacot** rappelle que M. Evin avait dit qu'il souhaitait inscrire dans le PRS un texte sur « la démocratie sanitaire ». Qu'en est-il ?

M. Dumoulin indique qu'il y aura des orientations qui répondront aux Conférences sur la démocratie sanitaire, et qu'elles seront faites de manière approfondie.

III – 2 Lors de l'élaboration du PSRS la Conférence avait fait des propositions pour ce texte.

Elles sont rappelées :

Première proposition : Partager une vision simple de l'Homme comme être en processus continu d'adaptation.

Deuxième proposition : Que le PSRS précise les responsabilités des différentes instances dans l'élaboration des politiques territoriales, dans la concertation nécessaire à la définition des priorités, dans la préparation des objectifs opérationnels, dans leur mise en œuvre accompagnée de l'ajustement des moyens nécessaires et dans l'évaluation de cette mise en œuvre.

Troisième proposition : Améliorer le diagnostic territorial en le complétant avec les données disponibles, dans une visée prospective, afin de faciliter la priorisation des objectifs territoriaux.

Quatrième proposition : Participer à la construction d'une vision partagée des facteurs environnementaux, sociaux, relationnels, contribuant à construire la santé d'une population et considérer la prévention comme une mission de service public, tant dans ses aspects de conseil en santé que de détection précoce.

Cinquième proposition :

- a) favoriser les appels à projets de parcours permettant de mobiliser les différents objectifs opérationnels d'un objectif stratégique territorial
- b) ce qui revient à favoriser des concentrations transversales à l'échelle d'un sous-territoire (quartier) plus qu'une concentration « en tuyau d'orgue » par type d'activité (EPHAD, Hôpital, etc)
- c) et nécessite de proposer des facilités de gestion aux acteurs qui agiraient dans une dimension transversale en proposant une offre diversifiée autour d'un même objectif. Ces facilités de gestion leur permettant de piloter un ensemble transversal sans gaspiller temps et moyens dans le cloisonnement gestionnaire.

Sixième proposition : Mettre en place, à une échelle territoriale pertinente, des formations impliquant l'ensemble des professionnels concernés avec les associations d'usagers et les aidants naturels, formation destinée à mieux appréhender les besoins, les logiques, les opportunités et les contraintes de chacun.

III – 3 Les travaux menés par la Conférence ont été imprégnés de ces principes. Dans la perspective d'élaborer des propositions à transmettre à l'ARS, le Bureau et son secrétariat ont fournis un effort intense de collecte de toutes les propositions faites durant ces derniers mois. Le document qui en résulte, et qui a été adressé aux Membres de la Conférence est assez synthétique, et s'il ressemble un peu à un inventaire à la Prévert, c'est qu'il a été difficile de structurer de manière homogène toutes les contributions inscrites dans les procès-verbaux des réunions plénières.

Force est de constater que, si les Membres ont été nombreux à réagir et à rédiger sur les différents sujets, il manque à ces textes une cohérence globale pour permettre de les soumettre à l'ARS sous forme de propositions.

La séance est ouverte pour apporter tout les correctifs nécessaires. Aujourd'hui on s'entendra sur les énoncés que l'on votera. Nous avons jusqu'au lundi soir pour adresser à l'ARS via M. Dumoulin l'ensemble des propositions. Il est donc possible d'envoyer les propositions votées en tant que tel et d'ajouter les propositions faites par les membres de la Conférence ce qui sera indiqué. Autrement dit on aura un espace de travail jusqu'au lundi soir.

Certaines des propositions sont de portée générale et reflètent des questions qui nous préoccupent le plus. Et depuis hier soir deux autres propositions se sont ajoutées. En effet, hier a eu lieu la deuxième réunion entre Présidents de Conférence d'Ile de France. Ces réunions permettent de construire une culture commune entre présidents et vice-présidents des Conférences.

De cette réunion sont sortis deux propositions que le Dr Cacot soumet à l'appréciation des membres de la Conférence :

- **La CTS75 propose d'être associée à l'élaboration du cahier des charges de l'évaluation du PRS. Et en particulier que fasse partie de ce cahier des charges l'analyse partagée des obstacles juridiques, techniques et organisationnels dont la levée permettra de mettre en cohérence, notamment temporelle (calendrier des schémas départementaux et régionaux) l'amélioration de l'organisation de l'offre**
- **La deuxième proposition concerne les contrats locaux de santé : dans un certains nombre de Territoires d'Ile de France, la façon dont c'est déroulé le processus a aboutit à ce que certaines Conférences ont refusé de donner leur avis sur les CLS. Pour le moment, la Conférence de Paris a été protégée de telles « maladdresses » ; la CTS 75 propose donc d'être associée à la rédaction de ces cahiers des charges.**

Un membre fait remarquer que l'on peut sur la deuxième proposition remplacer le mot « propose » par « souhaite » dans la phrase « être associée à la méthodologie de préparation des CLS ».

Mme Lefèvre fait remarquer que dans le cas de la psychiatrie le schéma médico-social du département est déjà établi et qu'il y a un décalage avec les propositions de l'ARS.

La deuxième proposition soulève la question de savoir comment les Conseils Locaux de Santé vont être mis en place. Etant donné que le projet de vie mêle soins, médical et social, il semble important que les deux aient la même temporalité.

M. Sachet demande des précisions sur l'expression « l'analyse partagée des obstacles juridiques ». Le Dr Cacot explique que c'est le fait que chacune des entités, Département et ARS sont régis par des lois et des règles différentes.

Pour **M. Burnier**, mettre en cohérence signifie aussi faire de la cohérence économique. Le cahier des charges aborde-t-il les obstacles financiers ? Ils doivent apparaître parce qu'ils risquent d'exister lors de la mise en place du Projet Régional de Santé.

Pour **Mme Karen Taieb** (Conseil Général) le terme de cohérence économique est un terme plus juste plutôt que le mot « obstacle », surtout quand on sait que les problèmes sont d'ordres financiers.

Propositions retenues :

1. La CTS 75 propose d'être associée à l'élaboration du cahier des charges de l'évaluation du PRS. Et en particulier que fasse partie de ce cahier des charges l'analyse partagée des obstacles juridiques, économique, techniques et organisationnels dont la levée permettra de mettre en cohérence, notamment temporelle (calendrier des schémas départementaux et régionaux) l'amélioration de l'organisation de l'offre.

2. La CTS 75 propose d'être associée à la méthodologie de préparation des Contrats Locaux de Santé.

M. Dumoulin explique que, s'agissant du médico-social, il semble qu'à Paris le décalage entre les schémas ne soit pas énorme. Il y a également une participation croisée des services ce qui fait que l'on écrit à 90% près la même chose. Ce qui ne veut pas dire que le système est fluide. Sur le plan des schémas le partenariat est ancien à Paris et ne tient pas forcément à l'ARS (la DASS de Paris travaillait avec la Ville de Paris). Ainsi il y a consensus avec les services et les équipes. Même s'il peut y avoir des discussions sur la méthode. C'est un tableau qui paraît peut être idyllique mais à Paris on ne changera pas les règles du jeu national. Il est néanmoins important que l'acteur local pointe du doigt ce qui empêche la fluidité du système.

Pour les Conseils Locaux de Santé, il y a eu un premier report lié à la période électorale, puis un second après la période estivale ; on va donc se remettre sur le chantier. C'est un moment de rencontre et de partage à ne pas manquer, car c'est un temps idéal pour faire en sorte que le CLS soit l'outil d'un diagnostic partagé. Le Contrat Local de Santé est signé entre l'ARS et les Collectivités Locales, et permettra d'élargir les acteurs. Ce sera l'occasion d'identifier parmi les réflexions faites les trois ou quatre chantiers prioritaires sur lesquels on peut agir. **M. Dumoulin** trouve donc que c'est une excellente proposition. Quand à la première proposition elle est au bénéfice de tout le monde .

Pour le **Dr Cacot**, les membres de la conférence sont saisis par la réactivité de **M Dumoulin** que l'on remercie pour cet éclairage.

Sur les thèmes généraux il faut rappeler deux points.

- Tout d'abord le soutien des périodes charnières, on prend souvent la barrière des âges comme exemple. Mais cette barrière est existante à tout âge dès lors que les périodes charnières ne sont pas soutenues. **M. Leroy** demande si le passage de l'enfance à l'âge adulte rentre aussi dans la barrière des âges ? Le **Dr Cacot** le confirme.

- Le deuxième point c'est le soutien des interactions nécessaires entre les différentes composantes. La question du pilotage de ces soutiens et leur encadrement est donc cruciale.

Proposition retenue :

3. La préoccupation majeure de la Conférence est celle du soutien et de l'encadrement :

- des périodes charnières de l'existence humaine (afin qu'elle ne se transforme pas en barrières des âges)

- et des interactions nécessaires entre les différentes composantes de l'offre de santé

La question du pilotage de ces soutiens et leur encadrement est donc cruciale.

La CTS 75 propose que le PRS clarifie explicitement les modalités de pilotage de ces deux articulations (entre les âges et entre les segments de l'offre)

III – 4 Le Schéma Prévention :

Pour le **Dr Nau** on est toujours dans la même optique. Sur le plan général tous les éléments sont importants et sont présents mais la façon dont ces éléments pourront être mis en œuvre sur le Territoire de Paris n'apparaît pas clairement dans les annexes prévues. On peut avoir quand même, trois ou quatre éléments généraux que l'on peut partager mais ils devraient être complétés par l'analyse de ces déclinaisons.

Ainsi, le premier point concerne la problématique du décroisement « préventif – curatif » qui est très importante et il faudra vérifier qu'elle est bien reprise sur la déclinaison territoriale. Il faut rendre la prévention et le soin indissociable. C'est un point majeur car ce sont souvent les mêmes acteurs qui mettent en œuvre le soin et la prévention ce qui est déjà le cas dans la réalité et c'est ce que l'on va valoriser dans les schémas.

Le deuxième point concerne les médiateurs sociaux et de santé, c'est quelque chose de primordial dans la mise en place des actions de prévention. Un point qui apparaît est celui des populations en situation de précarité, il y a beaucoup à faire surtout auprès des femmes en ce qui concerne la santé reproductive, la prévention générale, la contraception et le dépistage. La prévention en milieu scolaire ne semble pas abordée, or c'est un point très important.

Propositions retenues :

1. Insister sur le décroisement préventif- curatif : prévention et soin sont indissociables
2. Insister sur l'importance des médiateurs sociaux et des médiateurs de santé

Les contributions de **Mme Lefèvre** concernaient surtout la santé mentale :

- Envisager au sein des CMP l'activité des pratiques cliniques préventives
- Instaurer une consultation de prévention individuelle annuelle en fonction de l'âge et de la pathologie psychiatrique dans la prise en charge
- Le juste dosage médicamenteux et le nombre réduit de médicaments pourrait assurer un meilleur suivi.

Il faut transformer toutes ces contributions en propositions :

- Insister sur décroisement préventif curatif
- Le caractère indispensable des soins
- L'importance des médiateurs sociaux et des médiateurs de santé
- La question de la médecine scolaire
- Pour les femmes en situation de précarité la prévention reposant sur le dépistage, l'information sur la santé reproductive et la contraception (santé reproductive)

Mme Taieb conteste ce terme de santé reproductive, en ce qu'il induit l'idée de reproduction et donc écarte la possibilité d'avoir recours à l'IVG. Il faudrait trouver quelque chose qui parle de santé avec un terme plus globale.

Pour le **Dr Nau** la prévention des grossesses non désirées c'est la contraception et des dépistages dans cette population particulière.

Le **Dr Bernard** (DTARS) propose le terme « santé sexuelle », la reproduction n'étant qu'un des aspects, il y a les IST, l'accès à la sexualité. Donc pour les femmes en situation de précarité, la prévention reposant sur le dépistage, l'information sur la santé sexuelle et la contraception

Proposition retenue:

- | |
|--|
| 3. Pour les femmes en situation de précarité la prévention doit concerner les questions de santé liée à la sexualité |
|--|

Mme Lefèvre revient sur la question des personnes de la prévention en psychiatrie, car pour elle, il faut voir les champs sur lesquels on peut préparer ces personnes à être en meilleure santé. Elle insiste sur le fait que ce travail a été fait de façon approfondi par les hôpitaux psychiatriques, le projet de la CHT l'explique très bien. Maintenant la question est comment tout ça va être repris sur le terrain et mis en musique. Car lorsque l'on regarde le projet médical de la psychiatrie tout y est déjà inscrit.

Le **Dr Bernard** invite **Mme Lefèvre** à ne pas se retirer des discussions. Ce qui est constaté, comme pour les personnes handicapées, c'est que lors de l'accès, notamment, aux soins somatiques ou la prise en compte des addictions, le constat global de l'état de santé est mal fait. Exemple des personnes avec une maladie identifiée (par exemple col du fémur cassé) ou pour une personne ayant un handicap et inversement. « Et inversement », Mme Lefèvre souligne la difficulté des personnes ayant un problème psychique dont il n'est pas tenu compte lors de consultations en médecine générale.

M Géraud souhaiterait que l'on prenne en compte dans la proposition la psychiatrie associative c'est-à-dire identifier les pratiques cliniques préventives mises en œuvre quelque soit le lieu de soin (CMP, Psychiatrie Associative, Médecin Libéraux) par exemple la mise en place d'une consultation de dépistage annuel, particulièrement chez les adolescents.

Proposition retenue :

- | |
|--|
| 4. En psychiatrie identifier les pratiques cliniques préventives qui peuvent être mises en œuvre quelque soit le lieu de soin (cmp, psychiatrie associative, médecin libéraux) par exemple la mise en place d'une consultation de dépistage annuel pour les adolescents. |
|--|

Mme Lefèvre précise que les personnes à difficultés psychiques ont des traitements, avec parfois nombre de médicaments pour lesquels elles n'ont pas eu d'explication : cela aboutit à certains moments à un rejet du traitement. Il faut essayer d'avoir en amont une réflexion sur le juste traitement et l'éducation thérapeutique pour que le patient se sente en capacité de dire si c'est trop ou pas assez. Il faut essayer de mettre le malade au centre de la prescription pour qu'il ne pense pas qu'on pense pour lui mais qu'il rentre dans l'action du juste traitement.

Le **Dr Bernard** dit que l'on entend aussi la prévention comme celle de l'iatrogénie [1]. Pour **M. Géraud** il semble que ce n'est pas que l'observance du traitement, il y a le côté iatrogène et tout le côté éducation thérapeutique qui doit y figurer. Il implique le patient, toutes les équipes, et l'échange autour du traitement. Pour le **Dr Tanneau** le traitement concerne aussi la psychothérapie, un rapport de la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé) explique que 80% des médecins généralistes donnent un traitement anti déprimeur en cas de dépression légère alors que les recommandations font de la psychothérapie le traitement de référence. Par chance nous avons sur Paris beaucoup de psychiatres.

Proposition retenue :

- | |
|---|
| 5. En psychiatrie, le caractère indissociable de la prévention et des soins s'applique aux actions d'éducation thérapeutiques (concernant les soins médicamenteux et psychothérapeutiques) nécessaires à la prévention de l'iatrogénie et des rechutes. |
|---|

Pour **Mme Taieb** parle-t-on globalement du traitement médicamenteux ou pas ? Car en termes de prévention, on a une étude qui parle du surdosage possible lorsqu'un médicament est donné de façon écrasé ou avalé avec d'autre chose que de l'eau. Il est question du risque de sur ou sous dosage. Elle ne sait pas si cela est dans le sujet dont on parle mais on doit quand même s'en préoccuper.

Pour **Mme le Pr Crickx**, la réponse à l'interrogation de **Mme Taieb** se trouve peut être dans le schéma et le programme de gestions des risques.

III – 5 Schéma médico-social :

« Parcours de santé des plus de 60 ans (barrière des âges) Qu'un calendrier de travail soit établi. »

Le **Dr Bernard** apporte une précision : les GEM sont des groupes d'entraide mutuelle, ce sont des associations qui sont financées par l'assurance maladie. Pour **M. Géraud**, la phrase doit préciser qu'il y a d'autres types d'handicap que l'handicap psychique.

Propositions retenues :

- | |
|--|
| 1. Que l'ARS en lien avec la Conférence se penche sur le parcours de santé des personnes handicapées de plus de 60 ans |
| 2. Qu'un calendrier de travail visant à remédier aux inéquités rencontrées, soit établi. |
| 3. Favoriser la mise en place de GEM pour d'autre type d'handicaps que le handicap lié aux troubles psychiques |

« Recenser précisément les logements adaptés et adaptable (dépend du département et qu'on peut avoir très facilement) pas de la compétence de l'ARS. Utilisation qui sera pour la MDPH. »

Sur Paris il est difficile de prendre en charge des soins de qualité dans un établissement non adapté

Mme Taieb demande à quoi servira le recensement, servira t il à donner des logements ? Même si elle admet qu'il est intéressant de savoir ce qui est disponible.

Mme Lefèvre demande s'il ne faut pas aller plus loin. Le vrai problème c'est l'hébergement. Les personnes handicapées sont en capacité de vivre dans un logement ordinaire, parfois dans un logement médico-social. La question est celle de l'hébergement plutôt que celle du logement qui sous entend un appartement. Sans logements ni hébergements l'organisation des soins reste lettre morte n'offrant aucun remède à la situation actuelle: lits bloqués à l'hôpital, résidents inadaptés dans les MAS et les FAM.

M. Sachet tient à préciser que le terme logement concerne les logements adaptés (c'est une proposition qui vient aussi de l'APF qui parle donc du handicap moteur). On sait qu'il y a des difficultés pour les personnes handicapées à mobilité réduite pour avoir accès à un appartement faute d'accessibilité universelle. L'idée de départ est de trouver et recenser les logements qui sont actuellement accessibles et pouvant être donnés à des personnes en situation d'handicap moteur ou des logements pouvant être mis en accessibilité. On sait qu'il y a des problèmes de logements dans Paris ainsi que des barrières financières.

Pour **le Dr Bernard** soit on demande à l'ARS d'interpeller la collectivité locale ou de la solliciter régulièrement pour qu'elle puisse favoriser les logements accessible et leur accessibilité et faire un point régulier sur les conditions de logement. Soit on s'adresse à la collectivité locale ; les deux n'étant pas forcément exclusifs l'un de l'autre. Même si l'ARS n'a pas de compétence elle travaille régulièrement sur l'accessibilité.

Proposition retenue :

4. Solliciter régulièrement les collectivités locales sur le recensement des logements adaptés aux différents types de handicap afin de mettre en place les services d'accompagnements nécessaires.

Mme Taeib répond qu'il y a maintenant une politique qui se fait à ce sujet, même si ce n'est pas quelque chose d'aisé à réaliser ; elle propose de faire intervenir Mme V. Dubarry, adjointe au handicap qui est aussi la présidente de la MDPH pour faire un point sur ça. Mme Taeib rajoute qu'il serait préférable d'employer le terme de personnes en situation de handicap.

M. Sachet réagit promptement sur ce point, car il fait sienne la précision de M. Chossy, qui propose de parler « d'handicapés en situation de..., ». Il souligne que la notion d'handicap est très vaste, la personne restant handicapée quelque soit la situation. Même si l'accessibilité des lieux est permanente elle reste une personne en fauteuil ou faible à accompagner. Donc ce sont *des personnes handicapés en situation de...* , ça reste une personne fragilisée dans un contexte à améliorer.

Pour **Mme Lefèvre** il ne faut pas oublier que les personnes malades en difficultés psychiques peuvent avoir des problèmes énormes sans se reconnaître handicapés, il faut d'abord l'accepter soi-même.

M. Codet ajoute qu'on pourrait aussi utiliser le mot « déficient ».

« Développer les SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile) : services pas seulement en aval du sanitaire mais qui ont leur place dans les filières gériatriques, car SPASAD s'adressent aux personnes de toute âge mais spécificité pour la gériatrie non mentionné. »

Pour **Mme Cordeau** il est important de renforcer la définition même de ces services et notamment leur spécificité. Il ne faut pas se contenter d'avoir une même entité juridique pour un service d'aide et un service de soins. Il faut que l'ARS réfléchisse avec les conseils généraux sur comment peut on articuler, coordonner, mettre en place des passerelles. Car c'est un service polyvalent intégré en filière gériatrique

mais c'est un peu la cinquième roue du carrosse, il faut un vrai partenariat et une vraie osmose. On prend souvent les gens en charge avant leur hospitalisation.

Mme Cordeau explique que le décret [Le Décret n°2004-613 du 25 juin 2004] n'est pas utilisé comme casseur de barrières mais a laissé les choses l'une à côté de l'autre. La représentante du CODERPA pense que l'on peut inventer de nouvelles réponses pour améliorer la prise en charge des personnes fragilisées. Pour **Mme Guignard** il manque un mot sur les SPASAD il faut y ajouter l'accompagnement.

Pour **Mme Cordeau** les malades sont aussi à prendre compte. Les SPASAD permettent d'aider tout le monde même les personnes non malades, mais qui peuvent être limitées dans leur vie quotidienne.

Propositions retenues :

5. La CTS75 propose que l'ARS IdF contribue à clarifier auprès des usagers et des professionnels la distinction entre interventions médico-sociales à domicile et services à la personne, les premières relevant de la loi du 2 janvier 2002 et les seconds de la loi du 26 Juillet 2005 (loi « Borloo »).

6. La CTS75 propose que l'ARS IdF développe une politique publique d'organisation des réponses médico-sociales à domicile, transversale, mêlant aide et soins, les SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile) apparaissant comme les outils adéquats à sa mise en œuvre

7. Développer et intégrer les SPASAD dans les filières gériatriques, expérimenter de nouvelles déclinaisons opérationnelles de ces services permettant de renforcer l'accompagnement des personnes âgées, handicapés et des personnes malades

8. Que l'ARS s'appuie sur les bilans annuels des MDPH pour organiser les réponses dépendantes de son domaine compétence

9. Mettre en place des mesures visant à augmenter l'accès aux soins et à la prévention des personnes handicapés

« La création d'hébergements collectifs diversifiés à l'attention des Personnes Agées de 75 à 85 ans pour qui pour l'instant on ne propose rien. »

Pour **Mme Guignard** la *maison de retraite* est un mot qui ne convient pas, la deuxième chose c'est qu'on ne peut pas demander de créer des maisons de retraite alors que l'on sait qu'on n'a pas assez d'EPHAD, ceci n'a pas de sens.

Mme Taieb précise qu'on ne parle plus de *maison de retraite* mais de *lieu de vie adapté*.

Des personnes âgées sont à domicile, mais de façon isolée, il faudrait leur permettre de se retrouver, cela les sortirait de cet isolement. Pour **Mme Schoumaker** c'est une proposition qui prend son sens, car les personnes handicapées perdent leur statut à 60 ans. Il faut une continuité et avoir des lieux autres que les foyers hébergements pour ceux qui peuvent vivre chez eux avec un service d'accompagnement. Il faudrait des passerelles entre personnes âgées et personnes handicapés.

Pour **Mme Taieb** on retrouve au niveau départemental des choses qui vont dans ce sens avec les unités de vie, ce n'est pas inintéressant, cette idée car aujourd'hui c'est une tranche d'âge (les 75 ans) où les

personnes ne se sentent pas très âgées. On sent un décalage total entre ces personnes arrivant pour d'autres raisons car elles sont souvent isolées et c'est aussi un lieu de vie. A un moment donné ces personnes n'ont plus envie d'être seules et on se retrouve dans des lieux où des personnes sont extrêmement âgées. L'idée c'est peut être plus de créer au sein même de ces maisons de retraites un accueil différent pour ces tranches d'âges.

Pour **Mme Guignard** la phrase devrait être *création d'hébergement collectif diversifié, lieux de vie*, pour les personnes âgées de 75 à 85 ans qui ne sont pas en état de grande dépendance. A Paris la moyenne d'âge est de 86,5 ans. Les gens préfèrent finir leur vie chez eux, personne ne souhaite aller à l'hôpital. De 65 à 95 ans on parle de logements foyer, des petites unités de vie, ou des logements. Ce qui manque peut être ce sont les habitats inter génération. **Mme Cordeau** propose un parcours d'habitat où les gens, notamment à Paris restent chez eux comme ils le souhaitent ; du coup, la personne âgée passe directement de chez elle, un logement inadapté qui n'a pas évolué, à l'EPHAD. Il faut aussi pour les générations à venir faire germer l'idée que les personnes âgées doivent pouvoir passer d'un logement à un autre pour s'adapter à leur situation physique.

Propositions retenues :

10. Favoriser la mise en place des accompagnements médico-sociaux nécessaire aux petites unités de vie et autres expériences de logement adapté (Personnes âgées, Personnes Handicapées)

11. Création d'hébergement collectif et des lieux de vie diversifiés pour les 75 à 85 ans qui ne se trouvent pas en état de grande dépendance, afin de mettre en place les services d'accompagnement nécessaires en collaboration avec les collectivités locales.

Mme Guignard précise que des personnes ont recours aux hôpitaux car la prise en charge est large mais dans d'autres conditions il n'y a pas de prise en charge, il y a donc une grosse différence entre unité de soins longue durée et séjour temporaire.

Proposition retenue :

12. Faciliter l'usage des hébergements temporaires permettant de diminuer le recours aux hospitalisations, en améliorant leur accessibilité économique.

M. Dumoulin explique que la collectivité réfléchit à un paquet « aidant » qui semble aller dans ce sens là. La problématique du « reste à charge » est remise sur la table avec un projet de loi prévu pour début 2014. C'est une initiative qui permettra aux aidants de respirer.

Mme Taieb ne pensait pas que la proposition concernait les aidants. Mais pour **M. Dumoulin** ils sont indirectement concernés. Pour **Mme Taieb** s'il est question des aidants ça doit faire partie d'une proposition à part entière. Pour **Mme Cordeau** il est ici question d'accessibilité mais la question des aidants est tangentielle. Le fait de faire vivre les solutions alternatives à l'hébergement total et au domicile. Il faut prévoir des parcours et aussi prévoir qu'une personne le garde paye son domicile et son hébergement.

Proposition retenue :

13. Clarifier les responsabilités, de l'information à la décision, pour adapter les logements aux problématiques liées à la vieillesse et aux situations de handicap.

Les dépassements d'honoraires

Pour **Mme Lavolle** il est étonnant de parler de maltraitance et non pas de discrimination. Elle trouve étonnant l'utilisation de ce mot pour un dépassement honoraire. Pour **Mme Guignard** c'est une non assistance à personne en difficulté de santé, des gens ne se soignent pas à cause de ça.

Le **Dr Tanneau** s'interroge sur le terme de maltraitance : s'agit-il de la maltraitance des médecins ou de la Sécurité Sociale ? **M. Codet** s'insurge contre ce terme de maltraitance : chez les infirmiers et les kinés la pratique du dépassement d'honoraire n'est pas systématique et 60% au moins des kinés ne le font pas.

Il y a tout de même un réel problème financier lié à l'immobilier à Paris.

Mais ce débat est-il de la compétence de l'ARS?

Mme Guignard insiste car une enquête faite il y a trois ou quatre ans par les retraités de la CFDT, montre qu'il apparaît très nettement un pourcentage non négligeable de personnes se sentant maltraitées. C'est pour ça que le terme *vécu comme maltraitance* était une alternative.

Pour le **Dr Cartacheff** on pourrait peut être parler de *dépassement d'honoraire excessif* ce qui permettrait de mettre tout le monde d'accord. Mais **M. Codet** précise que si un kiné fait un dépassement excessif il existe la liberté de choix, et il faut en chercher un autre. **M. Codet** ne peut pas admettre le terme maltraitance en tant que Président du centre départemental de tout les professionnels de santé. **Mme Guignard** explique que *pouvant être vécu* ne veut pas dire qu'il y a, mais que c'est perçu ainsi par la population. Pour le **Dr Tanneau** c'est un terme mal venu on doit pondérer les choses d'autant plus que les négociations tentent de régler ce problème. C'est donc péjoratif de le formuler de la sorte. Pour **Mme Taieb**, la maltraitance existe réellement et ne doit pas être galvaudée car elle renvoie à autre chose. On entend souvent ces personnes âgées à qui on met la cuillère au fond de la gorge, à qui on ne change pas les couches, ce mot décrit une situation réelle. Pour **Mme Lavolle** il suffirait d'arrêter la phase à *problème d'accès aux soins*. **M. Dumoulin** précise qu'il ne faut pas oublier que tout cela est du ressort de l'ARS.

Proposition retenue :

14. Trouver une solution vis-à-vis des dépassements d'honoraires excessifs accentuant les problèmes d'accès aux soins .

III – 6 Biologie médicale

« Incrire dans le schéma de biologie médicale le principe de proximité et d'accessibilité des prélèvements et des résultats d'examens biologiques pour les patients ».

Pour **M. Leroy** la grande majorité des patients sous traitement par Anticoagulant oral (ou AntiVitamine K), il y a un médecin généraliste et un traitement oral, donc pourquoi rajouter les infirmiers dans le circuit ? Pour le **Dr Bernard** on parlait peut-être du cas échéant pour le prélèvement. Pour M. Leroy on voulait peut être pallier le manque de préleveurs dans les laboratoires. La Conférence décide de mettre cette proposition de côté, pour en rediscuter.

Mme Bernard explique que la réforme des laboratoires de biologie médicale prévoit que les laboratoires se regroupent, deviennent multi site. Certains laboratoires ne sont plus que des intermédiaires « boîtes

aux lettres », prélèvement et rendu de résultats. Les laboratoires suppriment des sites notamment des sites de proximité. **Mme Taieb** abonde dans ce sens, et **M. Loup** indique que ce risque existe aussi pour les pharmacies.

Proposition retenue :

La CTS75 propose à l'ARS d'inscrire dans le schéma de biologie médicale le principe de proximité et d'accessibilité des prélèvements et des résultats d'examens biologiques pour les patients.

III- 7 : Périnatalité

Proposition retenue :

1. Instaurer une cérémonie conviviale dans la mairie d'arrondissement pour fêter la naissance avec les jeunes mères et leur conjoint, afin de repérer les personnes en dehors du système. L'invitation se ferait par courrier, les personnes ne répondant pas pourraient être contactées et visitées. (Proposition à discuter avec la Mairie de Paris).

C'est une suggestion du **Dr Bernard** : repérer les personnes en difficulté qui n'ont pas répondu à l'invitation au pot de bienvenue. Mme Bernard dit que la naissance va permettre de repérer les gens qui ne viennent pas dont on peut penser qu'elles sont en difficulté. **Mme Taieb** pense que suivre l'impact de la réorganisation des maternités est un sujet important car la fermeture de nombreuses maternités, dont celle de Saint-Antoine, se fait avec quelques difficultés. Pour **Mme le Pr Crickx** il faut un examen systématique dans les 15 jours suivant l'accouchement, on quitte aujourd'hui la maternité au bout de 3 jours mais c'est une période critique où une femme peut sortir en grande détresse et c'est un risque pour l'enfant surtout si la visite est tardive.

Mme Taieb demande où se fait l'examen de l'enfant et quand il doit avoir lieu ? Pour **Mme Crickx** le délai est raccourci à 3j dans la plupart des maternités, pour une femme en difficulté on peut aller jusqu'à 5 j mais il faut faire un repérage très rapide à la maternité voire effectuer un signalement.

Pour **M. Dumoulin** le travail en réseau est une nécessité; car c'est un enjeu de territoire en contre partie de la rationalisation du nombre de lits en maternité. Ces lits n'ont pas vocation à diminuer mais tout est en train de se redistribuer et on doit veiller à ce que cette réorganisation se passe correctement. Qu'on introduise de la lisibilité dans les parcours de la femme enceinte.

Mme Taieb sur la question de l'examen post-natal on ne sait pas ce qu'on propose. Est-ce une information donné aux parents ? Est-ce de la prévention ? Est-ce trouver une solution pour les personnes qui sont dans un désert médical ? Est-ce faire en sorte que les relais soient pris à temps ? C'est un sujet important et grave.

Le **Dr Pequart** se demande s'il ne s'agit pas d'inciter à avancer la date d'examen ? Pour le **Pr Crickx** l'examen de l'enfant est fait à la maternité, mais il est difficile de dépister les conditions socio-économiques délicates. Pour le **Dr Bernard** n'est-ce pas aussi permettre un accompagnement à domicile de la jeune mère et de l'enfant, mais au sens structurel ? Pour le **Dr Tanneau** on pourrait imaginer que les maternités prennent rendez-vous avec la PMI

Propositions retenues :

2. Création d'un système d'amont et d'aval allant au devant des populations précaires en proposant un accompagnement pendant la période de grossesse et après la naissance.
3. Suivre l'impact de la réorganisation des maternités parisiennes notamment en termes d'accessibilité pour les femmes en situation de précarité.
4. Créer dans le Nord Parisien des urgences mère-enfant (ou site de naissance).
5. Développer les foyers de mère en grande détresse.
6. Mettre en place de réseaux effectifs et efficace pour aller sur place en accord avec la PMI
7. Permettre un examen de l'enfant rapidement et un signalement particulièrement pour les femmes en situation de précarité (avant la sortie de la maternité)
8. Permettre de raccourcir le délai de 15 j pour le premier examen de l'enfant en PMI particulièrement pour les femmes en situation de précarité (afin de faciliter « l'accordage » avec la PMI)

III – 8 Santé des détenus

Proposé par la fédération addictions On voit que ce sont des propositions précises, pointues où il est beaucoup question d'articulation.

Propositions retenues :

1. Améliorer le repérage, l'évaluation et l'orientation des détenus présentant des conduites addictives ou des consommations à risque
2. Assurer la continuité des soins à l'entrée en détention et lors des transferts
3. Assurer la préparation à la sortie en coordination avec le dispositif spécialisé en milieu libre
4. Augmenter les interactions entre équipes pénitentiaires et dispositifs extérieurs d'hébergement, de réinsertion et de soins
5. Identifier dans chaque territoire des structures de soins référents et dans un territoire plus étendu une structure de recours permettant d'assurer la continuité des soins lorsqu'une sortie d'incarcération intervient de manière inopinée
6. Améliorer l'articulation des intervenants sanitaires avec les intervenants judiciaires afin de faciliter l'organisation d'alternatives à l'incarcération (placements extérieurs, obligations de soins, injonction thérapeutique, ...)

7. Assurer un dispositif de prévention (information éducation, communication) et de réduction des risques répondant au minimum aux recommandations de 1996 sur la prévention du VIH en détention, en favorisant l'intervention du milieu associatif en détention. Favoriser sa mise au niveau conformément aux recommandations internationales (en particulier mise en place de dispositifs d'échange de seringues)
8. Favoriser la formation et l'intervention de pairs-éducateurs en détention
9. Favoriser la prévention des overdoses à la sortie de l'incarcération par des actions de communication (en attendant la possibilité d'utilisation de naloxone par les usagers eux-mêmes)

III – 9 Cancérologie

M. Leroy justifie sa remarque par le fait que les recommandations dans le SROS de cancérologie prévoient l'évaluation gérontologique à 75 ans, ce qui n'est pas repris dans le SROS des personnes âgées. Le Dr Bernard précise que toutes les recommandations du SROS sont opposables aux professionnels.

Proposition retenue :

Reprendre les recommandations sur l'oncogériatrie dans le SROS médecine personnes âgées pour que les deux schémas partagent leurs objectifs communs.

III – 10 Permanence des soins

Voir comment mieux informer la population sur la permanence des soins.

Mme Guignard demande ce qu'implique la permanence des soins. Le Dr Tanneau précise que la permanence des soins se fait de 20h le soir à 8h le matin avec samedi après midi et dimanche. La continuité de soins concerne les horaires ouvrables de pratique générale. Il faut donc être plus large. Pour le **Dr Nau** il ya un besoin d'information concernant l'offre des soins et la mise a disposition des soins de manière générale.

Mieux informer la population en général sur l'offre de soins, en particulier la permanence des soins.

Mme Olivier-Thomas indique que dans le cadre du PRP, un dossier d'hôtel hospitalier a été déposé mais ça ne concerne pas l'ambulatorio. Les *hôtels hospitaliers* sont à proximité de l'hôpital pour qu'il puisse y avoir des passerelles et sont en lien avec l'ARS dans le cadre du PREPS. Le **Dr Tanneau** se demande quel est l'intérêt d'un tel dispositif si l'on se retrouve en face de l'hôpital. **Mme Olivier-Thomas** répond que ça permet une baisse de coût car ce sont des structures spécialisées. Un hôtel hospitalier n'est pas un hôtel médicalisé. Même si une organisation s'articule avec l'hôpital. **Mme Lavolle** précise que c'est très adapté à la cancérologie. **Mme Olivier-Thomas** indique que néanmoins cela concerne toutes les pathologies même si dans son hôpital (Lariboisière) cela a été fait dans le cadre de la cancérologie. On peut le faire en chirurgie quand le patient ne peut rentrer chez lui directement. On allège au maximum les coûts sans la présence d'infirmiers ou de médecins. **Mme Guignard** demande si cela allège aussi les coûts pour les gens qui vont à l'hôpital !. **M. Bessière** considère que cela a tout de même un impact car les frais de séjour sont bien moindres. Le **Pr Crickx** précise l'utilité de cette structure pour les patients qui viennent de province se faire soigner à Paris. Tout se fait en lien avec la Sécurité Sociale. C'est une alternative

intéressante et un souhait de praticiens et patients (**Pr Crickx**). Le **Dr Bernard** explique que les patients ont besoin d'aller à l'hôpital sans pour autant avoir besoin de personnels soignants et sans avoir à vivre dans un univers médicalisé. **Mme Olivier-Thomas** explique que le terme « hôtel médicalisé » n'est pas le bon, c'est un *hôtel hospitalier*, en réseau avec un hôpital. **Mme Lavolle** explique que l'on parle aussi d'« *ambul hôtel* » dans le cas des centres anticancéreux. **Mme Taieb** demande si on doit préciser pour quelle population s'adresse cet hébergement, puisque les parisiens peuvent rentrer chez eux. On peut avoir à faire à des patients dont l'hospitalisation se prolonge du fait de la situation sociale, ou à des jeunes personnes insérées mais très isolées (**Mme Crickx, Mme Cordeau**).

Mme Olivier-Thomas explique que c'est un projet de recherche, préciser le type de population est une idée.

Propositions retenues :

Mieux informer la population générale sur l'offre des soins, en particulier la permanence des soins, par le biais d'affichage, de brochures, ou de numéro santé info droit.

Mettre en place des hôtels en lien avec l'hôpital permettant de ne pas prolonger l'hospitalisation de manière inadapté tout en restant en lien avec les services de soins

III-11 Imagerie :

Proposition retenue :

En ce qui concerne la téléradiologie, afin d'en accélérer le développement, notamment dans les zones "désertifiées", préciser les modes de rémunération des professionnels ainsi que les moyens alloués au financement de l'achat du matériel de téléradiologie et de sa maintenance.

III – 12 Médecine d'urgence

Mme Guignard explique que l'on a un Schéma avec un constat sur les urgences mais on ne sait rien de ce qui se passe après les urgences. Le **Dr Bernard** considère que l'on ne dispose pas de système d'information qui permette de retracer le parcours des personnes (ni avant, ni après, d'ailleurs). Le **Pr Crickx** explique que les hôpitaux savent le pourcentage de patients transférés et il y a même des analyses sur le fait d'essayer de diminuer le taux de transfert. **Mme Guignard** constate que ces travaux ne sont pas présentés dans le rapport. **Mme Olivier-Thomas** explique que c'est un travail interne à l'AP-HP. La très grande majorité des patients ne sont pas hospitalisés (48%) et même 80% des patients repartent des urgences (**Dr Bernard, Pr Crickx**) . **Mme Olivier-Thomas** pense qu'on le saura aussi pour les trajectoires des personnes âgées Pour le **Dr Bernard** il faut donc se doter des outils permettant de mieux comprendre le parcours des patients. Ce qui serait intéressant c'est de voir les difficultés d'orientation des patients. **Mme Lefèvre** explique que c'est un des sujets majeurs de la psychiatrie : comment sort-on de l'urgence ? On met le patient à l'extérieur sans s'être assuré qu'il a un point de chute. Pour **Mme Guignard** c'est aussi valable pour beaucoup de personnes âgées.

Proposition retenue :

Se doter d'outils au niveau territorial permettant de connaître les différentes modalités et la qualité des orientations à la sortie des services d'urgences

III-13 : Propositions du Dr They

Le groupe de travail intitulé précarité santé ne s'est pas encore réuni en tant que tel, même si différents contacts ont eu lieu et ont permis d'affiner un positionnement.

La complexité de la question, le nombre impressionnant d'intervenants divers au-delà même du champ sanitaire, la juxtaposition de plusieurs niveaux de réflexion nous font proposer la stratégie suivante d'approche de cette question.

Sous l'angle de l'accessibilité des services ou organisations proposées :

- les problématiques liées à la grande précarité relève sans doute encore de circuits balisés qui autorisent une période pas plus ou moins longue avant de tenter une réintroduction dans le système de droit commun. Ces circuits semblent assez repérés pour le moment, mais sans doute les conditions d'accès encore un peu « distractantes »
- les catégories de personnes relevant de l'AME, de la CMU voir les MIE sont dans l'ensemble en cours de parcours et relativement bien prises en charge encore que les circuits repérés restent à évaluer notamment en terme de consultations spécialisées
- par contre les « victimes » des effets de seuil ou d'effets de transition d'une situation sociale à une autre sont peu voir mal cernées et leur parcours de santé sans doute très chaotique

Sous l'angle de la pertinence des services proposés :

- il est sans doute intéressants de comprendre qui fait quoi, où, avec qui et comment. De multiples guides de repérage existent, montrant une importante offre dont les contours ne sont pas toujours appréhendables : portes d'entrées variables, selon le type de problème social, le type de problème médical ressenti,....

Enfin sous l'angle de l'efficience :

- une des résultantes de cette diffraction majeur des publics, des problématiques rencontrées et des acteurs d'origine professionnelles différentes reste l'impossibilité actuelle d'explicitation des conduites diagnostiques ou thérapeutiques menées, au détriment parfois des patients eux-mêmes mais surtout des possibilités de budgétisations des professionnels et des actes induits
- la question sous jacente reste vraisemblablement l'appréciation de la demande souvent non formulée en regard des possibilités très (trop) importantes des réponses et surtout des conditions de mise en œuvre des conclusions et recommandations qui découlent de ces approches interventionnistes.
- Sans porter de jugement sur ce qui est pratiqué actuellement il serait intéressant de mener la réflexion vers une sorte de code de bonne conduite médicale prenant en compte l'ensemble des conditions d'une réussite se traduisant par un mieux effectifs pour les sujets
- C'est dans la recherche d'un sens à reconstruire ensemble, demandeur compris, que l'on devrait pouvoir traduire en actions et décisions ce que l'on entend par approche sociale de la santé, lien social santé, liens soins et santé...

Enfin, ce travail pourrait conduire à élaborer des recommandations, une protocolisation peut être, de cette approche des problématiques de santé permettant de dépasser le débat classique mais ancien entre précarité et exclusion, système spécifique et système de droit commun, articulation des acteurs et transversalité.

Le souhait reste aussi de placer les contributions de la CTS 75 dans un champ qui ne soit pas que contemplatif ou informatif

Pour **Mme Belkacemi** il n'est pas sûr que les circuits soient repérés par les professionnels et par les patients. De plus quand on parle des personnes CMU et de leur prise en charge, elle dirait plutôt qu'ils ne sont pas bien pris en charge. Le **Dr Pequart** remarque plutôt un accès extrêmement mauvais des personnes en situation de grande précarité aux soins libéraux. Du fait des avances de frais elles n'ont pas accès à la médecine de ville en particulier pour les consultations spécialisées. Pour le **Dr Cartacheff** il existe les PASS pour ce type de population. Le **Dr Nau** pense que le texte ne concerne que le PRAPS.

III – 14 Psychiatrie :

Propositions retenues :

La Conférence de Territoire de Paris approuve sans réserve toutes les propositions contenues dans la Version 1 du PRS qui concernent les efforts nécessaires dans les trois domaines suivant :

A) rendre lisible à l'utilisateur et aux professionnels, l'offre de service en santé mentale, de la prévention aux accompagnements médico-sociaux en passant par les soins et toutes les formes de soutien social nécessaires.

il est cependant nécessaire d'aller plus loin car il est indispensable de partager un diagnostic territorialisé sur l'adéquation de cette offre de service afin de mieux repérer d'une part la qualité moyenne de l'offre sur un territoire, d'autre part les zones territoriales et les services à renforcer.

Il s'agit de s'engager à rendre lisible la qualité d'adéquation de l'offre.

Proposition 1

La Conférence propose

1. que soient établies les caractéristiques d'une offre minimale de service, à partir de :

la prise en compte des demandes des associations d'utilisateurs et des représentants des professionnels, quelque soit leur mode d'exercice, sur ce qui leur paraît prioritaire

La prise en compte des données de type épidémiologique permettant d'apprécier le niveau quantitatif des différents besoins (aide à la définition de priorités)

1. Et que soit apprécié par les différents acteurs, à un niveau territorial cohérent, le niveau d'adéquation entre offre et besoins.

A) Soutenir et accompagner les pratiques de coordination entre les acteurs de champ différents

Proposition 2

La Conférence propose que les pratiques de coordination fassent l'objet de travaux de recherche impliquant les professionnels concernés, soutenus par l'ARS et les collectivités locales, s'attachant à explorer les compétences, les contextes, les modalités organisationnelles et économiques nécessaires à leur développement.

A) Repérer les réalisations les plus efficaces dans chacun des grands domaines de l'offre de service et dans leur articulation transversale

Proposition 3

La Conférence propose que soit exploré par un comité régional de l'innovation et des bonnes pratiques les réalisations les plus intéressantes en termes d'efficacité. Et que soit diffusé au niveau de chaque territoire le résultat de ces explorations.

Proposition 4

La conférence propose que l'on procède à l'analyse des hospitalisations répétitives afin de déclencher une prise en charge spécifique et pérenne.

Il faut construire avec les associations d'usagers et les professionnels un cahier des charges minimal portant sur le dernier point. Les associations d'usagers ont des demandes très précises, le temps et la manière d'obtenir une consultation. La Conférence propose que s'engage pour établir un thermomètre de l'ensemble de l'offre.

Le deuxième point c'est de soutenir les coordinations. Cela fait suite au forum de santé mentale de l'ARS où il y a eu plusieurs interventions, notamment sur tout ce qui concerne la fluidification des parcours ; l'idée c'est que pour que ça change, il faut du poids sur le terrain. Et accompagner cette démarche par une dimension de recherche qui n'est pas que normative. Les choses intéressantes pourront être signalées et remontées au niveau de l'ARS. D'où l'idée d'un comité au niveau régional pour que ces repérages soient disponibles au niveau de chaque Territoire.

Le **Dr Tanneau** fait remarquer qu'il faut ajouter les praticiens libéraux à la première proposition.



Un vote à main levée à lieu pour l'ensemble des propositions répertoriées ci-dessus. Les propositions sont adoptées à l'unanimité (20 personnes).



M. Rodolphe Dumoulin présente une **Synthèse des propositions de déclinaisons parisiennes du Projet Régional de Santé d'Ile-de-France 2012-2017**, de 35 pages (avec un résumé de 5 pages). Il avait réservé

sa publication pour le présenter en premier aux Membres de la Conférence. C'est une tentative de synthèse qui reprend les chantiers transversaux et sur chaque volet on a quelques pages qui reprennent les éléments de diagnostics, les éléments d'état de l'offre, l'identification des enjeux et des problématiques. C'est un « document martyr » qui essaie de faire le lien entre ces 2 000 pages du PRS, et d'identifier dedans ce qui semble utile.

La Conférence se termine sur un moment d'émotion lorsque Mesdames Bernard et Bidon annoncent qu'elles quittent l'ARS...

Le **Dr Catherine Bernard** va seconder le Directeur de l'ARS de Guyane, où les maux ne sont en fin de compte pas si différents, il y aussi des problèmes de précarité, d'accessibilité aux soins, de développement et un besoin de prévention adaptée. C'est une nouvelle aventure qui démarre dans un département d'outre mer. Le Dr Bernard remercie la Conférence et souligne qu'elle a apprécié la qualité des travaux, la présidence, ainsi que la participation des membres.

Mme Bidon quant à elle, quitte la sphère professionnelle pour un nouveau projet de vie. Elle a apprécié d'avoir accompagné les premiers pas de la Conférence. Les conférences sanitaires, qu'elle a pratiqué, étaient moins diversifiées et moins actives. Mme Bidon souhaite à chacun une poursuite de ce travail et un enrichissement de ses connaissances. Elle sera remplacée par **Mme Mathilde Chapet**, présente aujourd'hui.

Le **Dr Cacot**, au nom de la Conférence, remercie le Dr Bernard pour sa participation active aux réunions, pour la pertinence de ses interventions, et remercie également Mme Bidon pour sa présence discrète et efficace. Le Dr Cacot propose qu'elles soient nommés en tant qu'invitées permanentes de la Conférence. La séance est levée.

ⁱ La iatrogénèse est l'ensemble des conséquences néfastes sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiquée ou prescrit par un professionnel de santé habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé.

Une maladie, un état, un effet secondaire, etc. sont iatrogènes lorsqu'ils sont occasionnés par le traitement médical. En grec, le mot signifie littéralement "provoqué par le médecin" (iatros : médecin ; génès : qui est engendré), ou par d'autres professionnels de la santé, par exemple par un pharmacien.

Le Haut comité de la santé publique¹ considère comme iatrogène « les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé »². La notion est donc très générale, qualifiant un trouble ou un effet non souhaitable consécutif :

- à l'intervention d'un médecin ou autre professionnel de la santé, qu'il y ait ou non erreur de traitement
- ou à l'utilisation d'un médicament, qu'elle corresponde ou non à son indication habituelle.

[source : Wikipédia]