

Conférence du Territoire de Santé 75

COMPTE RENDU DE LA

Séance Plénière du 14 Décembre 2012

La Conférence se réunit sous la Présidence du Docteur Pascal Cacot, à la Fondation hospitalière Sainte-Marie :

La Fondation hospitalière Sainte-Marie est issue de l'AFAT, Association Française Anti-tuberculeuse, créée au lendemain de la première guerre mondiale par Mlle de Chaponnay, infirmière de la Croix Rouge aux armées, et le Docteur Robin.

En 1924, l'AFAT crée l'Hôpital Sainte-Marie qui est alors géré par des religieuses, les Sœurs de la Sainte Famille qui assurent les soins et l'administration de l'établissement.

La création de la Fondation hospitalière Sainte-Marie a été initiée par le Conseil d'Administration du Centre Sainte-Marie en 2008. Le projet résulte d'une volonté de décroiser le secteur sanitaire et médico-social en concevant des filières de soins intégrés. Il a permis le rapprochement des deux premiers établissements de la Fondation : le centre de réadaptation Sainte-Marie et une activité de maintien à domicile, l'ACSSAD, œuvrant en Seine-Saint-Denis depuis 1981.

Edme Jeanson est élu président de la Fondation dès sa reconnaissance d'utilité publique en octobre 2005, et David Viaud sera nommé Directeur Général en 2007.

En présence de Monsieur **Gilles Echardour**, nouveau Délégué Territorial de l'ARS 75.

Monsieur Gilles Echardour est l'ancien chargé de mission à l'agence régionale de l'hospitalisation de l'Ile-de-France (Arhif),

Chargé de mission à la DGA, et Coordonnateur des volets du SROS hospitalier à l'ARS IDF

Invité : **Pr Pierre Lombrail**

Le Président constate que le quorum est atteint (*24 membres présents sur 44 Membres siégeant*).

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

- **Conférence introductive : « Inégalités sociales de santé : les actions de promotions de la santé peuvent elles contrarier le destin ? » Par le Pr Pierre Lombrail (annexe 1)**
- **Approbation du Compte-rendu de la réunion du 16 novembre 2012 (reportée)**
- **Actualités du PRS:**
 - ♦ **avis de la CRSA (invité : Thomas Sannié) M. Daniel Carré**
 - ♦ **avis du Conseil de Paris (invité : J-M Le Guen) Mme Taïeb**
 - ♦ **avis du Conseil Régional (Laure Le Chatelier) M. Trombetta**
- **Retour sur les propositions issues du débat public sur la naissance**
- **Questions diverses**



Le Docteur Pascal Cacot prend la parole afin de faire un point sur la situation des membres de la Conférence. Le Dr Kahn-Bensaude a un emploi du temps chargé entre ses réunions au conseil départemental et celles au conseil national de l'Ordre des Médecins. Elle ne peut plus assurer son rôle de vice présidente de la Conférence. Elle a ainsi présenté sa démission tout en nous assurant qu'elle serait encore disponible pour venir travailler sur certains sujets et nous présenter les positions de l'Ordre des Médecins. Le Dr Avrane secrétaire général adjoint du conseil de Paris et le Dr Thomas succèdent à son poste. Nous procéderons donc à une deuxième élection lors de la prochaine réunion de bureau. Monsieur Rodolphe Dumoulin a quitté ses fonctions pour intégrer le ministère de Mme Delauney [1]. Il est remplacé dans ses fonctions par M. Gilles Echardour.

Conférence introductive : « Inégalités sociales de santé : les actions de promotions de la santé peuvent elles contrarier le destin ? »

Pourquoi reparle-t-on encore des Inégalités Sociales de Santé ? La prévention n'a plus de secrets désormais, et la prévention n'est pas l'intégralité du sujet. Nous avons beaucoup de constats, et en France, on est assez bons en « science du constat » ; quand il s'agit de parler de la « science de l'intervention », on est moins bons ! Mais s'il y avait une recette magique pour résoudre les Inégalités Sociales de Santé, ça se saurait !

Les ISS seront peut être un axe d'une future loi de santé publique. Il faut aller au delà de ça, et en parler ouvertement. En parler car c'est un ensemble d'acteurs et d'institutions qui pourront contribuer ensemble à identifier des solutions qu'il faut mettre en œuvre ; puis ensuite accompagner ces actions pour être sûrs qu'on va dans le bon sens. Il faut produire des données ce qui peut être aussi important que faire des constats.

Les constats :

On peut d'abord considérer que les Inégalités Sociales de Santé, c'est la pauvreté, la précarité, et c'est le champ d'action des associations, ATD-Quart Monde, Médecins du Monde,...

Malheureusement, cela ne résout pas le sujet et les Inégalités Sociales de Santé sont beaucoup plus diffuses dans la société : un ouvrier qualifié à trois fois plus de risque de décès qu'un cadre.

La recherche en France est relativement pertinente sur le sujet. Au niveau Européen et International on commence à comprendre le sujet. Les inégalités sociales de santé obéissent à des déterminismes complexes, dans lesquels il y a du social, mais aussi du fait territorial. Ce ne sont pas seulement les risques individuels (comme le tabac) que nous devons prendre en compte. Il existe des Inégalités sociales de soins mais celles-ci n'entraînent pas forcément une plus mauvaise santé que les autres. Les différences de comportement sont importantes. Mais cela n'explique qu'une partie du problème des inégalités sociales, le reste est conditionné par les conditions de vie et de travail.

Les politiques publiques des dix dernières années s'accompagnent d'un accroissement de ces inégalités et d'une prise de risques graduées en fonction de l'appartenance sociale. Les politiques publiques fonctionnent bien pour ceux qui en ont le moins besoin. Les ouvriers font partie de ceux chez qui « ça ne marche pas » !...

Mais nous ne savons donc pas d'où vient l'essentiel de l'écart social, ce n'est pas expliqué par ce que la médecine connaît. Globalement, sur quoi avons-nous prise dans le registre les déterminants de santé ?

Les conditions de vie veulent dire deux choses :

- **Les déterminants matériels** : Ai-je ou pas un bon logement ? C'est un déterminant majeur, les conditions de logements influencent le soin (par exemple le respect d'un rythme de sommeil). L'environnement l'influence aussi (par exemple la pollution au niveau du boulevard périphérique). On s'aperçoit que ce facteur est moins discriminant à Paris intra-muros, que dans les communes de la Petite Couronne. Les déterminants matériels sont majeurs.

- **Les facteurs psycho sociaux** : L'image qu'on a de soi (chômage, emploi précaire), le rythme de travail différent qui empêche une vie sociale « normale », ... On en parle peu, mais malgré tout il est possible d'étayer tout ça. Il est important, peut-être de mettre l'accent sur l'enfance. On sait, par exemple, que les facteurs psycho sociaux sont importants, ne serait-ce que pour différencier les facteurs de risque cardio-vasculaires. Par exemple, la probabilité de décès cardiovasculaire quand on a un travail peu stressant, et que l'on a des relations sociales riches est plus faible. Etre stressé et ne pas avoir de rapports sociaux entraîne un risque maximum (essai clinique, 1998). Ou dans le cas de l'obésité : si j'habite le plus loin des commerces (boulangerie, boucherie), j'ai deux fois plus de risque de faire de l'obésité (référence Pierre Chauvin, Saint-Antoine) que ceux qui habitent à proximité ! Autre exemple : le dépistage du cancer du col de l'utérus. On a un gradient quartier favorisé/défavorisé ; mais aussi un maillage de l'accès aux soins (nombre de médecins généralistes ou gynécologues). L'offre de soins peut conditionner ma conduite (jusqu'à 3 fois plus), ou pas du tout !

Il y a un autre facteur à prendre en compte : comment réagit la personne ? Reste-t-elle confinée à son quartier, ou accepte-t-elle de sortir de son espace de vie sécurisant ? (représentation de l'espace qui différencie formidablement la réaction de l'individu, prisonnier ou non de son espace). Même si l'échantillon semble faible (Dr Huynh), mais c'est un début, les données datent de 2010.

Pour l'instant on se dit qu'il y a un fait territorial. Il faut donc améliorer l'accès aux soins mais aussi agir sur les autres déterminants de la santé. Il faut renforcer les compétences individuelles. Le danger, c'est qu'on renforce les compétences de ceux qui savent les renforcer ! Il faut donc le faire en utilisant le concept d' « universalisme proportionné » que nous a proposé l'OMS et qui a été repris l'Inspection Générale Direction des Affaires Sociales dans son rapport en 2011. Faire que chacun d'entre nous ai pu accéder à l'information, et ai pu intégrer cette information. Pour l'instant nous n'avons pas une attitude suffisamment proactive, c'est-à-dire : aller vers, et aussi adapter ses méthodes. Cela demande de l'envie, du temps et de l'argent. Nos services sont difficiles à réorienter, et sont pris par l'accélération du quotidien. Il faudrait pouvoir prendre le temps de se « poser » pour réfléchir au sens de l'action accomplie.

Il faut aussi faire attention à l'inadaptation pédagogique : Attention aux messages donnés par les circuits, qui ne touchent pas les gens de moindre instruction, qui n'ont pas accès à leur contenu (réf. Revues anglaises et australiennes). C'est un chantier considérable.

Il faut aussi améliorer les conditions de vie et de travail, ce n'est pas le Directeur de l'ARS qui va le faire ; il faut travailler cela avec les autres Ministères (CARSAT et les services de santé au travail). Pour améliorer l'accès aux soins on doit simplifier les circuits, renforcer les dispositifs de prévention collectifs (PMI, santé scolaire, santé au travail), faire le lien avec les professionnels. Exemples du 14^{ème} arrondissement (Mme Karen Petit), et du 19^{ème} (Dr Pierre-Yves Trainard et Espace 19). Il faut construire des passerelles entre le système de santé et les systèmes de socialisation qui permettent de toucher des gens qui ne sont pas naturellement touchés par le système de santé, ou alors qui s'en servent à contre pied, et qui viennent pour des problèmes aigus. Il faut travailler dans la durée, avec des représentants des habitants. Cela peut passer par l'Education Thérapeutique si c'est le diabète, ou l'Education à la Santé plus générale. Il y a des expériences qui existent, mais il n'y a pas de « papier » publié en France (contrairement à la presse anglo-saxonne), sauf le rapport de l'INPES.

Au-delà de l'accès aux soins, il y a l'action sur les compétences individuelles (registre éducation pour la santé, à l'école, personnes en cours d'insertion, etc., dans l'entreprise). La scolarisation précoce permet d'éviter la fatalité. Si un enfant est scolarisé il dispose de la socialisation qui fait que ses acquis sont préservés. Il faut agir sur le renforcement des communautés. Comme par exemple le travail que fait la justice pour l'accès à la santé de la jeunesse (100 mille jeunes par ans ?) avec beaucoup de dispositifs. Il faut aussi agir sur le logement. (Voir les cinq axes de la Charte d'Ottawa.)

Il y a existé une politique de la Ville, et une politique de santé publique. De la même façon deux ouvrages ont été publiés en même temps Effets de la précarité sur la Santé, et Inégalités Sociales de Santé, comme si on abordait deux sujets différents. Le message est que la société produit la santé, et non pas seulement le système de soins.

DISCUSSION

Le **Docteur Tanneau** : insiste sur le stress et la perception faussée que chacun peut en avoir, et sur le fait que la composante cognitive des compétences est fondamentale.

Le **Pr Lombrail** lui répond qu'il ne faut pas faire l'impasse sur la dimension psycho affective (voir les ateliers d'ATD-Quart Monde).

Dr Huyn intervient pour dire qu'il ne faut pas oublier la médecine libérale (9 mille médecins libéraux à Paris, dont 4 mille en Secteur I), cela n'est pas rien,...

Le **Dr Théry**, tout en adhérant à ce qui a été dit, fait deux remarques : l'accès aux soins ne participe que pour 10 % à la santé ; le diagnostic thérapeutique est peu de choses par rapport aux conditions de vie. On ne doit donner à la médecine le rôle principal dans la santé. On doit être aussi capable de reconnaître qu'il n'y a pas que l'acquis, il y a aussi de l'inné. Il y a des capacités à résister à certaines choses qu'il ne faut négliger et donc le facteur humain est important.

Le **Pr Lombrail** fait remarquer qu'il y a peu de possibilité d'action sur l'inné, le **Dr Théry** souligne qu'on se trouve au début d'une révolution de pensée et de changement de paradigme.

La problématique de l'accès aux soins des populations dites précaires. Le premier point est l'accès aux droits, le deuxième c'est l'exercice du droit, le troisième c'est le soin. Or on commence d'abord par le soin, pour découvrir qu'il n'y a pas d'accès aux droits, etc... Il faut faire la démarche inverse.

Le **Dr Nau** (Médecins du Monde) fait remarquer que cette population, justement, cumule les déficits (logement, proximité des commerces ou des circuits de soins,...) on ne peut agir sans le toucher au minimum sur deux ou trois déterminants à la fois.

Pour le **Pr Lombrail** on touche les limites de l'action individuelle dans les systèmes de soins, c'est un problème global de cumul d'handicap ; la réponse ne peut être que « systémique » ; il faut un lien automatique avec la politique de ville (Pr Lombrail).

M. Leroy demande si les différences hommes/femmes sont toujours prégnantes ou si elles tendent à se fondre progressivement ? Pour le **Pr Lombrail** elles restent importantes mais il faut voir ça selon les problèmes et les déterminants, la France n'est pas assez « *gender sensitive* » et cela se ressent sur l'aménagement de l'espace. Par exemple un master sur le genre et l'urbanisme vient d'ouvrir. En médecine, même la clinique est faite pour les hommes, on n'exprime pas de la même façon la douleur on considère par exemple qu'elle est atypique alors qu'elle est typique pour les femmes.

Pour le **Dr Cacot** c'est une intervention qui est extrêmement bienvenue car l'image vaut mieux que les long discours. La révolution évoquée passe par une révolution de pensée chez les médecins. Les fameuses catégories sanitaires et sociales doivent relativement bouger ; au nom de cette quantité de facteurs de risques, il va falloir mettre en place des actions qui auront une répercussion psycho-sociale. La deuxième chose c'est de permettre aux personnes elles-mêmes de devenir acteurs de leur santé : comment on passe d'une situation où on subit depuis des siècles à une situation de contrôle, et que l'on sort d'un schéma de soumission ?

Pour **M. Leone** (DTARS), l'exposé est intéressant car il montre bien qu'on ne peut faire peser que sur l'ARS l'évolution de la santé globale de la population c'est un problème qui appartient à tous. L'évolution passe par le travail en commun et non pas que sur le PRS. C'est un problème de société. **Mme Taïeb** réagit, et **M. Leone** précise qu'il faut voir dans le PRS l'aspect de travail en commun qui est le seul à nous faire avancer.

Mme Lefèvre résume le cœur du problème, en psychiatrie tout le monde sait ce qu'il faut faire, mais comment faire pour tout mettre sur la table: c'est à dire, comment faire pour que l'intervenant médical partage et complète son analyse, en intégrant la vision globale résultant de la consultation des partenaires sociaux et de l'écoute du patient et de sa famille. Pour le **Pr Lombrail**, tout le monde sait ce qu'il faudra faire mais pas comment le faire, il prône la recherche action, l'ARS n'est pas le seul acteur de santé et ne peut être réduite dans son périmètre.

Actualités du PRS:

- ♦ **Avis de la CRSA (invité : Thomas Sannié) M. Daniel Carréde la CRSA nommé au collège des représentants des usagers, le 2-A, les associations agréées pour représenter les usagers dans le système de santé.**

La CRSA comprend tous les acteurs du monde de la santé ainsi que leurs représentants délégués. Les professionnels de santé libérale sont représentés par les URPS -médecin, -kiné, -infirmières, - pharmaciens, -dentistes. On y trouve des institutions, des grandes fédérations et tout ce qui touche

l'assurance maladie et les mutuelles. Cette instance (CRSA) réunit une centaine de personnes subdivisées en cinq commissions spécialisées, ce sont ces commissions qui sont les organes permanents de travail, et une commission permanente. Les représentants d'usagers sont répartis en trois sous collèges,

Un travail large de concertation a été mené. Un séminaire d'une journée a eu lieu pour obtenir l'avis de la CRSA en juxtaposant les avis des commissions. Globalement, la CRSA partage les éléments de diagnostic de l'ARS.

Le premier point doit être l'accessibilité du système en Ile de France, la densité de médecins est différente, il existe un cœur très favorisé. Il serait intéressant de faire une comparaison par exemple on trouve 109 psychiatres dans le 5^{ème} arrondissement de Paris. Combien en trouve-t-on dans le 20^{ème} ? Un département est confronté directement à ce problème de densité médicale c'est la Seine et Marne. Le problème est le maintien de l'offre et des structures de soins. Le premier recours fonctionne encore mais il existe une très grande fragilité, l'autre problème est le fait de choisir l'hôpital comme lieu de premier recours.

Dans le projet d'avis de la CRSA on parle beaucoup de parcours, c'est le cheval de bataille en ce qui concerne le PSRS. On aborde aussi le sujet des personnes âgées, le Directeur Général, ainsi que celui des personnes handicapées, et des questions liées à la petite enfance.

La CRSA dispose de cette capacité d'interaction et peut se servir d'avis, elle dispose d'une capacité d'action complémentaire le débat. Les schémas entraînent un changement culturel qui interroge les acteurs que nous sommes sur la santé.

Pour le medico-social on est tourné vers les problèmes d'offre de soins, le coût de prise en charge d'une personne âgée ayant Alzheimer sur Paris peut atteindre 6 000 € par mois. Il faut un travail d'appropriation par la population, et un travail de maîtrise du système de santé (*empowerment*). Aujourd'hui on a un problème important de coordination avec les Conseils Généraux et ce qui touche les actions du département, ou infra territoriales.

Dans le domaine de la prévention ce problème de gouvernance est un problème important. Une des autres questions c'est qu'elles vont être les priorités de calendrier, quel seront les évolutions et les indicateurs.

On a des indicateurs : le premier serait de créer une cohorte représentative en Région Ile de France. Le deuxième concerne la réalité de l'accompagnement social, le troisième l'accès des patients à l'éducation thérapeutique. Le quatrième est organisationnel et concerne le suivi du fonctionnement des CLS.

L'avis favorable est assorti de conditions : l'organisation d'un débat public en 2013 avec la CRSA, les Agences sur les fonctions et limites infra territoriale. L'organisation d'un débat annuel donnant droit à un amendement. Un travail de partenariat. Un plan de financement du PRS.

♦ Avis du Conseil de Paris (invité : J-M Le Guen) Mme Taïeb

Le Conseil de Paris a voté un avis réservé. Le PRS est globalement positif. Il y a une approche territorialisée, un des objectifs est la réduction des inégalités sociales de santé, ainsi que de mieux tenir compte de la santé environnementale, le décloisonnement des soins, la prévention, le médico-social, créer des passerelles. Nous nous félicitons de cette volonté de cibler les

populations les plus vulnérables. En même temps nous sommes réservés car on note l'absence d'un programme pluri-annuel, de question budgétaire. De plus la ville demande un travail collaboratif ARS-Ville de Paris. On anticipe les évolutions démographiques, avec les personnes âgées et les structures.

Conclusion : on fait converger la politique de santé et la politique de la ville, réduire les inégalités sociales c'est réduire les inégalités de santé. La notion de réserve est importante car on veut aller dans le sens de la construction.

Le Dr Tanneau relève qu'on note souvent le décalage en faveur du tout hospitalier, chaque fois on a l'impression qu'il y a cette volonté de faire tout pour l'hôpital. L'ARS dégage des moyens pour sauver les centres de santé déficitaire mais il n'existe pas de plan de sauvetage pour les libéraux.

Mme Taïeb répond que le sauvetage des structures est fondamental.

Pour le **Pr Crickx**, les membres de l'AP-HP ont déjà vu que tout a été organisé sous forme de département. Mais les CHU de l'Ile de France ont une organisation régionale, il va falloir sortir du département pour réorganiser l'hospitalier. Il est difficile de faire cette organisation, l'AP-HP se trouve sur plusieurs départements (trois ou quatre pour l'hôpital Bichât). Et chaque département à ses prérogatives, nous espérons un décloisonnement.

Pour **M. Leroy** il y a un certain nombre d'organisation autres comme les PPE dont il faut tenir compte si on veut organiser les soins. Pour **Mme Taïeb** c'est quelque chose autour duquel on travail au point avec avancé positive dans le sens du maillage du territoire. **Mme Lefèvre** fait remarquer que l'organisation des CLIC proposait une coordination sur le territoire.

Mme Taïeb on n'est pas dans un esprit de sectorisation de la maladie mentale, la Ville fait des choses avec la MDPH pour satisfaire la demande. Vous êtes invités à lire le « bleu budgétaire » sur la question de la prise en charge du handicap.

♦ Avis du Conseil Régional (Laure Le Chatelier) M. Trombetta

M. Trombetta présente l'avis du Conseil Régional. Il est important pour la région de réaffirmer son attachement aux questions de santé et sa vision en la matière. C'est un document important pour ce territoire, la première difficulté outre la taille du document ce sont les délais brefs (deux mois pour étudier deux mille pages). La deuxième difficulté c'est le report de l'examen pour avis de ce PRS, la région a étudié un document caduc. La région s'était déjà opposé au PSRS et le PRS s'inscrit dans la logique de ce PSRS. Entre temps, il y a eu un changement de gouvernement et les premières mesures (dont la PLFSS 2013) ne sont pas compatibles avec ce PRS. L'annonce d'une Loi de santé publique pour 2013 laisse perplexe. Pour autant le Conseil Régional réaffirme son attachement à une politique de santé. Le 27 Septembre une nouvelle politique a été votée avec deux axes forts. Il y a des points d'accord avec ce PRS (l'accent est mis sur la prévention). Pour autant, le Conseil Régional divergence sur les objectifs mais surtout sur l'absence de la question budgétaire (on met l'accent sur la prévention tout en n'y consacrant moins de 1% du budget). L'autre problème c'est l'absence de priorisation et de critérisation, tous les objectifs semblent importants, il n'y a aucune référence sur les fermetures. Les enjeux liés aux risques environnementaux ne sont pas pris en compte (on parle par exemple de la question du Perclo dans les pressings qui est réglé par la loi, mais on ne trouve pas de trace de la question les perturbateurs

endocriniens). C'est pour toutes ces raisons que le Conseil Régional a rendu un avis non favorable sur le PRS.

Mme Eymery rebondit sur la question du calendrier car elle était en charge de la consultation, les deux mois sont courts mais c'est quelque chose de fixé par les textes. L'ARS a associé le maximum de personnes (plus de mille) et a fait des synthèses. Pour la nouvelle loi cela n'est pas du fait de l'ARS, le PRS émane de la loi HPST (Loi Bachelot du 21 juillet 2009), la prochaine loi sera celle de 2013 et les lois mettent près de quatre ans à se mettre en place. On ne peut pas rester quatre ans à ne rien faire, il est nécessaire de faire quelque chose.

Le **Dr Tanneau** remarque que l'on parle d'avis négatif et non pas d'avis non favorable ou pas favorable pourquoi cela ? **M. Trombetta** répond qu'il y a des avancées et que des recommandations du Conseil Régional ont été prise en compte, d'où l'avis négatif. Le **Dr Tanneau** remarque qu'il n'y a pas d'avancée sur la question financière, on aurait peut-être dû commencer par les moyens puis définir les objectifs. **M. Leroy** se demande, en tant que contribuable, ce qui est de la compétence de la région en santé publique. **M. Trombetta** répond que la région a une compétence volontaire mais elle intervient sur deux points :

- l'expérimentation et l'innovation (les maisons de naissance)
- l'ensemble des politiques publiques qui a pour finalité la santé.

Par exemple le plan vélo a une finalité santé (le transport est de la compétence de la région), le mur anti-bruit autour du périphérique est un aspect de la politique de santé (compétence de la région sur l'aménagement du territoire).

Pour **M. Leone** dans le cas de l'autisme on a eu des expérimentations sur Paris avec la création de structures qui pourront être pérennisées. Sur les appels à projet inter-départementaux il n'y a pas d'objection à ce que ça existe. Paris est le premier département à avoir initié des Appels à Projet mixtes. De plus, on s'est engagé fin 2010 début 2011 à créer des structures personnes âgées et personnes handicapées. L'idée du département de Paris est de créer une possibilité d'implantation de structures à proximité des parisiens. Il faut prendre en compte une contrainte physique qui existe, d'où l'idée d'appel a projet interdépartemental.

M. Carré souhaite réagir à l'intervention de **M. Leone** en ce qui concerne les personnes handicapées, il y a la réponse intentionnelle et la réponse courante. Beaucoup de cabinets médicaux et dentaires sont inaccessibles aux handicapés. L'accès n'est pas facile. Aujourd'hui l'inquiétude se porte sur le premier recours autre que les services d'urgences. Il rappelle de plus que la CRSA a donné un avis favorable sur le PRS mais défavorable sur le PRIAC.

M. Sachet entend bien les projets départementaux mais trouve que la Ville de Paris ne fait pas globalement ce qu'il faut. Il souligne que des parcelles importantes de foncier ont été libérées sur Paris (avant même les Hôpitaux comme Boucicaut, le quartier Duplex a été réorganisé), sans que l'espace nécessaire pour la construction d'immeubles destinés aux personnes handicapées, aux personnes âgées ainsi qu'aux personnes handicapées vieillissantes (PHV) soit prévue. **M. Leone** précise que cela ne veut pas dire qu'on ne fait rien à Paris. C'est une problématique parisienne avec la préservation du foncier, il y a des demandes conjointes et il faut prioriser.

Retour sur les propositions issues du débat public sur la naissance

Ces propositions sont enfin arrivées. **M. Cacot** nous en fera parvenir un exemplaire.

Questions diverses

❖ **M. Echardour**, nouveau directeur de la DT75, se présente. Il a participé à la création des ARS, s'est occupé des questions hospitalières dans les réseaux de la région. Il a coordonné l'élaboration du PRS et du SROS hospitalier, le sujet s'est élargi et ce qui se faisait dans l'hospitalier se fait désormais dans d'autres dimensions. Une des choses nouvelles est de faire en sorte de travailler avec les Conférences du Territoire de Santé. C'est un vœu d'avoir un échange nourri, de voir comment on pourrait aider et inversement c'est l'occasion de travailler ensemble dans une ville particulière.

❖ Le **Dr Cacot** conclut la réunion : La Conférence lance une réflexion sur la production des différentes instances intervenantes dans les sujets et les débats dont s'est préoccupée la CTS75, l'enjeu étant repérer les points communs et les divergences dans les Avis émis par les différentes instances, par exemple la périnatalité : la Cour des Comptes, la CTS 75, les conclusions du débat public, le PRS. Quelles sont les propositions produites par l'ensemble des travaux, est-ce que les conclusions se recourent ou est-ce que l'on a des points de vue différents.

Les membres du Bureau de la Conférence ont réfléchi aux futurs thèmes et idées de conférences que l'on pourrait reprendre au cours des prochaines réunions. Ces séances seront ouvertes au public, ou non, et concerneront des sujets importants comme :

- L'exercice de la médecine à Paris dans 10 ans
- Précarité, exclusion, santé
- Se soigner le soir et le weekend à Paris
- Vieillir chez soi à Paris, est-ce possible ?
- Les plans de crise à Paris

Il est souhaitable que les Membres de la Conférence qui sont intéressés par ces sujets se fassent connaître, pour constituer des Groupes de Travail en amont des réunions plénières des Conférences.

L'idée c'est de commencer à travailler sur des sujets de manière transversale.



ⁱ Rodolphe Dumoulin, 36 ans, est nommé conseiller chargé de l'anticipation, de la prévention et des parcours de santé auprès de Michèle Delaunay, Ministre déléguée auprès de la ministre des Affaires sociales et de la Santé chargée des Personnes âgées et de l'autonomie.