

### **Réunion du 12 Juillet 2013.**

La réunion est centré sur deux sujets : un prospectif (qu'est ce que l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et en quoi cela peut faire évoluer le système de santé), un autre rétrospectif (bilan de l'année). A la demande du Dr Denantes un rapide tour de table est effectué. Le directeur adjoint de Sainte Anne nous accueille en remerciant la Conférence d'avoir choisi ce lieu pour cette réunion.

**Conférence introductive du Dr Pierre Yves Traynard : « La place de l'éducation thérapeutique et son apport pour l'avenir du système de santé ».**

L'éducation thérapeutique (ETP) est née de deux désespérances. La première est la désespérance des patients chez qui on diagnostique une maladie chronique. Ces personnes finissent par s'arranger avec ce qu'elles ont. Cet arrangement est souvent difficile et est mal accompagné par les professionnels de santé. La deuxième est celle des professionnels de santé qui ne comprennent pas bien comment soigner cette maladie chronique.

Il y a deux possibilités pour les professionnels de santé :

- Informer, dire la brutalité des faits et informer du traitement. Mais la difficulté se trouve dans le fait que les gens savent quelles sont leurs traitements, mais beaucoup ne savent pas à quoi ils servent et comment les utiliser. Quand on interroge les soignants et médecins ils surestiment la perception de leur propre instruction.
- La deuxième possibilité c'est de conseiller et motiver. C'est la tradition moralisante de la santé ou l'on dit au patient : « Voilà ce que je vous conseille de faire ». Le soignant a tendance à dire ce qu'il pense qu'il est bon qu'il fasse mais 50% des personnes ayant une maladie chronique ne prennent pas leur traitement. C'est un défaut d'observance c'est-à-dire un défaut d'application des conseils des professionnels de santé.

L'ETP est né de cette difficulté qui est qu'informer et conseiller ne suffit pas, donc comment faire ? L'ETP sous tend la compétence du patient. Les personnes peuvent apprendre sur elle-même, pour elle-même pour être capable d'aménager leur traitement et de reprendre une place sociale qui est la leur et qu'ils voudraient investir. C'est un apprentissage du risque de faire bien comme celui du risque de faire mal. Non pas dans le sens « ce qui est bien » mais de se faire du bien ou se faire du mal. On est donc dans une tension entre deux points de vue. Celui du soignant sur l'organisation des soins et sur la prise en compte des soins adaptés

au patient. Ce point de vue se base sur l'« evidence base medecine » (la médecine basé sur les preuves) ou la plupart des recommandations professionnelles sont basées sur des preuves construites pour une population. Mais avoir une personne en face de soi avec une maladie chronique ce n'est plus faire face à une population.

Cette tension fonde l'éducation thérapeutique. On a prouvé qu'apprendre sur soi et pour soi permet d'éviter les accidents. On peut aussi être capable d'en apprendre plus, d'avoir des capacités de type psycho sociales (comment apprendre a vivre avec les autres, comment tenir ou reprendre sa place). Donner un diagnostic de maladie chronique est comme parler d'une mort annoncée. Cette inéluctable annonce est très présente et grève la vie psychosociale des personnes atteintes de maladie chronique.

L'ETP se fait avec des méthodes pédagogiques. Ce qui est important c'est que les personnes participantes trouvent un sens pour elles même. C'est à dire comment arriver à apprendre à s'arranger avec ce qu'elles ont. C'est de l'ETP individuelle. Une des grande force de l'ETP c'est l'invention de groupe de patient à visée éducative (ce qui existe depuis longtemps dans la psychiatrie). C'est essentiellement apprendre entre pair, si on se retrouve avec quelqu'un qui à la même maladie ça a dix fois plus de force que de se retrouver avec des soignants. On peut avoir des groupes de patients organisés avec des techniques particulières pour échanger, apprendre. Ce ne sont pas des cours ce sont des méthodes avec des outils servant de médiateurs pour l'apprentissage des patients.

Quelle est la place de l'ETP? Pour beaucoup de soignants l'ETP c'est quelque chose en plus et ça demande du temps. La discussion qui se poursuit sur l'ETP est de considérer si c'est quelque chose qui aide les patients à se mettre à l'abri des complications aiguës des maladies et traitements. Il n y a pas de raison que ça vienne en plus des soins mais plutôt à la place du soin. Par exemple pour un enfant asthmatique qui arrive aux urgences en grande crise d'asthme, qui revient trois jours plus tard pour une grande crise, et trois jours après pour un grand mal asthmatique. Si quelqu'un s'occupe de savoir comment il prend ses médicaments etc, on peut éviter ces retours. Même aux urgences l'ETP peut venir à la place de. Pour certaines personnes, l'ETP a autant de valeur d'efficiencie et d'efficacité que tous autres soins.

La loi dit que toutes personnes ayant une maladie chronique à le droit de bénéficier d'un programme d'ETP personnalisé, mais tout le monde peut il y accéder ? On se doute que les inégalités d'accès aux soins doivent être applicable à l'ETP. Le système n'a pas prévu

l'accessibilité à l'ETP partout. De plus quelle concordance peut-on trouver entre soignant et soigné ? On a beaucoup écrit dessus, on a des médiateurs qui vont aider les patients à apprendre. Il faut trouver une concordance sur autre chose que la dimension orale classique, quelle compétence faut il pour comprendre le patient et comment les professionnels peuvent les aider à les acquérir ?

Dans la plupart des études on compare les besoins exprimés par les patients qui sont « comment faire avec ? » alors que les professionnels de santé pensent que les patients ont d'abord des difficultés techniques. On pense différemment voire à l'envers du patient. Se former à l'ETP c'est comprendre ce que les patients comprennent. Beaucoup de recherche expliquent ce qui peut influencer le patient, dont sa culture sanitaire. Si on regarde l'ensemble des programmes validés par l'ARS, la grande majorité sont des programme hospitalier or 20% de patients chroniques sont suivis par les hôpitaux et 80% en ville. En Ile de France, pour l'ensemble des programmes autorisé par type de structure très peu sont des programmes de ville. Pendant 30 ans le développement de l'ETP s'est fait à l'hôpital. L'ETP est une discipline jeune qui date de 1980 et il a fallu vingt ans pour comprendre les modèles d'interventions.

On peut réfléchir à la répartition de l'ETP, sur le fait de travailler dans les quartiers populaires, sur les déserts médicaux. Par exemple les réseaux de santé de la Haute Côte d'Or circulent en voiture et développent des ateliers itinérants d'ETP. Le réseau Paris Diabète a mis en place des ateliers lorsqu'on a remarqué qu'il n'existait rien dans l'ouest parisien.

Il serait important que dans le SROS il y ai une partie ou l'ETP soit vraiment identifié. Notamment dans sa diversité d'application possible. Actuellement les financements se basent sur des cohortes ce qui est impensable pour les maisons de santé pluridisciplinaire. La notion d'intervention brève est importante. Quand les gens viennent en atelier c'est pour résoudre un problème. Les patients apprennent ce qui leur importe à un moment donné. La difficulté c'est d'avoir la bonne ressource au bon moment. Quelqu'un qui a vraiment la nécessité d'apprendre car il est dans un problème aigu de « comment faire », ou va-t-il trouver la réponse dans les 48h ?

Quels sont les urgences de l'ETP ? Il y a la question des permanences des soins ou des permanences de l'ETP, l'accès aux urgences pédagogiques. Il y a actuellement une tension qui se fait entre l'intégration de l'ETP et les soins, ce lien est indispensable. Or, on sait que l'ETP ne se prescrit pas. Un des autres enjeux est le financement et les parcours. Il faut pour les professionnels de santé faire tout un travail qui mérite rémunération et pour les institutions

toute rémunération mérite travail. On doit donc travailler sur le format de financement de l'ETP.

Actuellement cette question est vue sous l'angle du « parcours complet d'ETP ». Un parcours complet est composé de trois ateliers, un individuel, une consultation et une consultation finale. Or, la majorité des patients font des parcours d'ETP incomplets. Mais les patients viennent pour résoudre un problème. Quand ils sont venus une ou deux fois et qu'ils ont vu que ce qu'ils voulaient ils partent.

Apprendre sur soi et prendre sur soi peut être angoissant. Cela mérite d'être accompagné et d'être suivie. C'est un changement de paradigme pour les soignants : c'est le patient qui va leur apprendre quelque chose sur lui. Dans un programme d'ETP ce qui est aussi important c'est la coordination des soignants c'est-à-dire le fait que le patient trouve de la cohérence pour aller d'un soignant à l'autre sans être confronté à une contradiction qui serait déstabilisante.

L'autre conséquence est de savoir si tout le monde doit faire de l'ETP, tous les soignants doivent ils s'intégrer dedans ? Les médecins demandent des outils mais c'est une illusion de dire que si on a les outils on va faire de l'ETP. Ceci dit on a des modèles de pratique et des façons de faire. On peut travailler à initier l'ETP. On peut intégrer l'ETP dans les soins. On rentre alors dans une organisation de collaboration, c'est un peu le modèle actuelle de pratique. Cela crée des facteurs de tensions. La peur du médecin c'est la perte de contrôle. C'est une grande peur qui change la représentation des professions, si nous sommes en partenariat on a une égalité. Par exemple, les podologues sont passés d'esthéticiens du pied à collaborateurs, l'ETP leur a permis de changer de statut de reconnaissance.

Comment aider les professionnels de santé à développer l'ETP ? Dans la loi les professionnels de santé bénéficient de 40h de formation pour pouvoir animer des ateliers d'ETP, 70% des gens ont été formés, ils veulent d'abord voir ce que c'est car il n'est pas évident de passer du prescripteur au facilitateur. On a développé ce pôle de ressource qui est pour l'appui des professionnels de santé en ville. Dans les hôpitaux on a aussi des unités transversales d'ETP qui sont là pour créer de la ressource en entraînement, accompagnement et sensibilisation des professionnels de santé.

Enfin, il existe une dernière conséquence sur la place et le rôle du patient. De plus en plus de patients s'emparent de l'ETP. Dans le cadre d'un travail avec des patients, petit à petit on essaye de trouver les conditions pratiques, ce n'est pas si simple que ça. Il n'est pas facile

de faire la part entre ce qu'on vit soit et ce que vivent les autres. D'un autre côté l'accord des patients est essentiel pour l'ETP.

L'ETP est une évolution où on passe d'une dimension classique (avec beaucoup de paternalisme) à une conception de groupe de pair qui peut avoir fonction d'exemple. Vivre avec une maladie chronique c'est passer son temps à faire des expériences, avec un affranchissement qui correspond au risque d'avoir le souci de soi.

### **Question**

Mme Guignard intervient pour faire remarquer que l'on n'a pas parlé des aidants familiaux qui ont des besoins en ETP. Le Dr Traynard répond qu'ils nécessitent des programmes particuliers spécifiques, alors qu'ils sont souvent considérés comme substitutifs aux fonctions des soignants par les soignants. On trouve ça dans les programmes pour personnes ayant des problèmes cognitifs. Cela viendra, mais l'histoire montre que l'on commence souvent par les maladies et exemples les plus caricaturaux. Si on a commencé par le diabète c'est parce que la mauvaise utilisation de l'insuline mettait les patients dans le coma. On a donc commencé par les aider à apprendre à ne pas se mettre dans le coma.

Pour le Dr Denantes, le Pr Traynard parle de changement de paradigme mais pour elle cela va encore plus loin. Elle travaille dans une maison de santé pluri professionnels et fait partie du réseau Paris Diabète. Certains soignants vont se former à l'ETP. Mais elle n'avait cependant pas compris cela comme une révolution. C'est vraiment un changement, mais on part de très loin, il y a du boulot à faire. Les maisons et pôles de santé vont avoir un rôle majeur, sans connaître bien le sujet sa maison de santé s'est mise à travailler dessus. Le Dr Traynard pense que dans les structures actuelles des programmes vont s'imposer. A Paris 5 tous les étudiants qui sortiront auront eu 40h de formations à l'ETP.

Pour Mme Lefevre, selon les pathologies le travail a déjà été fait par les familles entre elles. A l'UNAFAM, ce travail se fait depuis 50 ans, on essaye de faire en sorte que les familles aient du recul.

M. Sachet demande si l'ETP est pertinente pour la sclérose en plaque (qui est une maladie évolutive). L'association des paralysés de France a créé une école de la SEP créée pour accompagner la déclaration de la maladie mais elle ne fait pas d'ETP. N'y a-t-il pas nécessité de prévoir un programme ? Pour le Dr Traynard c'est probable, il a travaillé dans le domaine

de l'hémophilie avec l'association française d'hémophilie. Les kinésithérapeutes ont un sens de la rééducation. Il y a un très jolie film avec un kiné et un hémophile qui se sont adjoint les compétences d'un chorégraphe. On apprend aux gens à bouger cela se fait en musique. On est dans l'ETP on aide les gens à réinvestir leur geste et à les refaire en se protégeant La finalité c'est d'être capable de marcher dans le métro sans se cogner c'est ce qui est éducatif. Le Dr Denantes explique que dans sa maison pluri professionnelles il existe des programme pour les personnes atteinte de SEP. Pour le Dr Traynard, les programmes sont toujours bienveillants. Ils aident à mieux annoncer mieux faire collaborer et à aider les gens à apprendre des compétences. Dans l'ETP on se demande comment mettre à disposition des moyens et médiateurs pour apprendre à leur propre mesure. Comment inventer une activité différente pour que les patients se maintiennent.

Mme Valois à beaucoup apprécié l'interrogation sur les programmes qui doivent être construit à partir des besoins. Elle veut souligner le fait que beaucoup de soignant font de l'ETP sans que ce soit reconnu comme tel. Elle prend l'exemple d'un hôpital de jour de psychiatrie. Ils sont partis d'un travail mené depuis douze ans par un médecin, un psychiatre et une infirmière qui ont monté un groupe de patient « corps et médicament ». Après analyse de leur pratique on s'est aperçu quelle correspondait à de l'ETP et qu'elle pouvait rentrer dans le cadre pour en faire un programme reconnu. L'ETP avancera dans les deux sens : on doit aussi, outre l'enseignement se saisir d'actions menées qui puissent être identifiées et accompagnées. Il faut suivre les professionnels pour qu'ils changent de position. Les soignants en psychiatrie ont beaucoup travaillé pour qu'ils soient compétent en intégrant les familles. Ce qui est fondamental c'est la notion de compétence du patient. Pour Mme Lefevre cela concerne l'estime de soi, voir qu'on est considéré comme un individu. Pour Mme Vallois c'est aussi lever les représentations négatives.

M. Burnier pose une question sur la psychiatrie, il a fait récemment un recensement des structures de prise en charge partielle des patients. Toutes on dit qu'ils faisaient de l'ETP mais ça ne ressemblait pas à ce qui est décrit. Comment labelliser l'ETP y a-t-il un cadre précis ? Le Dr Traynard ne voit pas bien comment labéliser les pratiques. Beaucoup de professionnels de santé estiment qu'ils font de l'ETP car la part éducative dans le soin est importante. Sauf que la on est dans des pratiques qui commencent à être identifiées. Il faut le temps « de passer à ». Mais les professionnels de santé qui ont vingt ans de pratiques s'aperçoivent que pendant vingt ans ils n'ont pas écouté comment ça se passait du côté du patient, c'est quelque chose de terrible. Le mouvement n'est pas simple. Des pôles de

ressources ont été développés sur l'île de France. On conçoit qu'il y ait des lieux de ressources pour voir comment le professionnel de santé peut modifier sa pratique. Il est difficile d'avoir un label. Les appels à projet pour aider au développement de programme en ville sont sur une fenêtre très courte. Sur les 90 programmes recensés, 65 ont été repris et dans les 65 1/3 ne sont pas vraiment de l'ETP. Il y a deux façons de faire soit on les supprime car ce n'est pas de l'ETP soit on les accompagne de façon à ce que ça devienne de l'ETP.

Mme Cordeau fait remarquer que l'on est arrivé dans un temps où deux tendances fortes se rencontrent. Beaucoup de traitement se font en ambulatoire. Les hospitalisations sont courtes et les patients rentrent vite à domicile. Il faut donner des compétences aux patients pour apprendre à gérer leur maladie. En même temps les patients ne sont plus derrière les bureaux des médecins qui sont les sachant. Les médecins jeunes ou moins jeunes ne laissent pas vraiment place au patient pour être acteur. Il y a une synergie de ces deux tendances. Parfois dans les textes officiels on sent bien la pression qu'on met sur le patient en disant qu'on éduque, qu'il va aller mieux, et que l'on va faire des économies. Il est bien de rappeler que les individus restent maître d'eux même jusqu'au bout même dans le refus d'avoir une vie saine au regard des règles.

Mme Lefevre veut revenir sur le médiateur pair. L'expérience en psychiatrie fut dramatique car le médiateur était mal annoncé. Ce fut terrible pour le personnel soignant et pour les autres. C'est un sujet qui est à prendre avec une attention dans la terminologie annoncé. Le Dr Traynard explique qu'il y a actuellement un effet d'aller retour dans ce type d'expérience. Dans les expériences qui existent on a des patients ressources hémophiles. Les gens se forment à l'ETP, les programmes se construisent et les deux s'évaluent. On aussi fait des expériences simples où on a rencontré un groupe de vingt étudiants internes en médecine générale qui se sensibilisent à l'ETP avec des jeux de rôle où on apprenait au patient qu'il avait une maladie.

Le Dr Cacot conclut en soulignant la qualité de l'écoute des membres de la conférence, tous conscients de l'importance du sujet et de sa complexité propre à susciter l'inventivité de tous. Il signale que certaines associations d'usagers de santé mentale enseignent à leurs membres comment parler à un psychiatre : il est important de lui montrer qu'on en sait moins que lui, par exemple que l'on a aucun savoir sur les médicaments. Le Dr Traynard a rappelé que l'ETP était née quand on a pris conscience que le contrôle sur le patient n'est pas possible pour résoudre une situation où le patient se met en danger de mort

(avec une mauvaise utilisation de l'insuline). Cela a été fondateur de la nécessité d'une autre relation qui doit partir du point de vue du patient.

Le Dr Cacot pose la question de la place et du rôle des professionnels dans un projet de patient faisant de l'ETP. Le Dr Traynard répond que dans un groupe de patient à visée éducative les professionnelles sont en général deux car la complémentarité est importante. Les animateurs sont là pour aider les gens à échanger, à raconter leur expérience. Il s'agit d'apprendre comment d'autres ont fait car l'apprentissage expérimental seul est difficile. Tandis qu'apprendre de l'autre est plus simple mais on a besoin d'animateurs pour aider à faire valoir l'utilité. Cela dit, la perspective que les patients ont à la suite du travail d'atelier n'est pas toujours ce que l'éducateur pense.

Le Dr Cacot demande des précisions sur le pôle de ressource en ETP de l'ARS. Le pôle de ressource regroupe des professionnels de santé issus de réseaux et qui considèrent qu'il est important de mettre en ressource leur savoir faire. Il y a ainsi une fonction d'accompagnement : on accompagne une structure qui veut mettre en œuvre un programme et qui ne sait pas comment faire. On les suit sur cinq séances. Quand une équipe aboutit à un outil performant les gens se sentent propriétaire et on du mal à réfléchir avec les autres. C'est pourquoi on ne cesse de travailler ensemble les conditions réelles pratiques de la collaboration. On a un certain nombre de permanence d'ETP et on participe avec le laboratoire de biologie de la santé de Bobigny et l'IRDES sur la place du médecin généraliste dans l'ETP. Il existe des livres sur l'ETP, dont un ouvrage collaboratif qui a pour intérêt de mélanger les témoignages. Peu de livres montrent les méthodes et les programmes. En termes de pratique dans le diabète on retrouve un ouvrage chez Maloine ou on a la description des programmes hospitaliers de réseaux pour les enfants. Les professionnels de santé montrent peu ce qu'ils font, ils n'en ont pas l'habitude en France. Un abrégé de l'ETP vient de sortir chez Masson (3<sup>ème</sup> édition). C'est un panorama de ce qui se fait en ETP pour toutes les pathologies.

### **Eléments du tableau de travail 2012-2013 de la Conférence.**

#### **Présence :**

Un peu mieux que l'an passé, à la conférence d'Avril un bon spectaculaire a été fait. C'était celle de la Mairie du 20<sup>ème</sup> consacrée au débat sur les politiques et les priorités de santé. Cela a fait venir beaucoup de monde sauf les élus. Si on regarde les présences moyennes par collège, on a traditionnellement le collège huit (usagers) qui est le plus présent

et le neuf (les élus) le moins présent mais plus présent que l'an dernier (de 5 à 13 % de présence). Le collège 1 (Etablissement de santé public et privé) à une présence faible au regard de son importance

### **Thèmes de réunions :**

- L'offre de soins

L'avenir de l'Hôtel Dieu par Mme Sophie Albert

L'offre de soins du Val-de-grâce sur le Territoire de Paris par le Médecin Général Dominique Felten

Présentation du dispositif parisien de lutte contre la toxicomanie par le Dr Catherine Pecquart

- **Inégalités de santé : sociales et/ou géographiques ?**

Prévention, promotion de la santé, ISS : témoignage d'une pratique par Marcelle Delours

Inégalités sociales de santé: les actions de promotions de la santé peuvent elles contrarier le destin ? par le Pr Lombrail

La géographie de la santé comme aide à la décision en termes de Santé Publique par Pr Emmanuel Vigneron

- **Les études de l'ORS**

La santé observée à Paris par le Dr Sénécal et Mme Feron

Conditions de vie et de santé des personnes handicapées en Ile de France Par Mme Catherine Embersin

- **Les conférences débats**

Se soigner le soir et le week end à Paris par M. Loup

L'exercice de la médecine dans dix ans

La définition des priorités de santé par les élus: quelle méthodologie, quels champs d'actions, quelles articulations ?

### **Propositions pour les réunions de Septembre, Octobre et de Novembre :**

Elles ont été consacrées aux propositions pour le PRS. Nous n'avons pas eu de retour de l'ARS sur ces propositions. La conférence insiste sur les CLS qui n'ont toujours pas vu le jour à Paris, et sur lesquels la conférence doit donner un avis (selon les textes). Sachant que notre Conférence doit être associée à la méthodologie de préparation des Contrats locaux de Santé.

M. Echardour répond au sujet des CLS. Les CLS ont pour principe de sélectionner des zones à inégalités de santé importante et de faire en sorte qu'un partenariat avec des collectivités puissent être identifié pour lutter contre les inégalités sociales de santé. C'est la raison pour laquelle certaines zones ont été privilégiées comme les communes du 93, les communes des Yvelines et les zones d'inégalité sociales de santé. Sur Paris la question porte sur si on signe un CLS sur tout Paris ou s'il porte sur les zones à problèmes. La discussion est suspendue pour l'année qui vient, car il y a les élections municipales. Pour la question de la mise en cohérence temporelle des schémas ceux-ci sont dans une dynamique différente. Pour le schéma ambulatoire on est à la veille des difficultés démographiques et conscient que ça doit se faire ensemble car séparément on ne fera pas de chose. On sait que le nombre de départ à la retraite va s'accroître on a dix arrivées par an pour 80 départs. S'il y a moins de médecine de ville demain l'hypothèse de déplacer les soins hospitaliers vers la ville est osée. S'il y a moins de gens en ville on n'aura pas de lien.

Le Dr Cacot précise que le bureau va ré adresser les propositions à la DT75 les propositions de la Conférence pour le PRS, afin de pouvoir avoir un retour.

Suite à la conférence sur la santé au travail est apparu un rapprochement à faire entre la santé au travail, la médecine du travail, la médecine scolaire ou l'on retrouve les mêmes problèmes de pénuries de médecin. La discussion autour des services de santé au travail nous a appris que c'était un système très hétérogène au bord de l'explosion. La moitié des médecins du travail vont prendre leur retraite. Il serait intéressant de voir comment on se débrouille autrement dans d'autres pays. Le Dr Bunoo de l'ARS avait aussi tendu une perche en expliquant qu'il serait intéressant dans le domaine de la prévention de pouvoir faire le lien avec la médecine du travail. La médecine du travail est un domaine proche du domaine de compétence de l'ARS (prévention, promotion de la santé). Pour Mme Bourla, ce qui nous différencie d'autres pays est que la culture de prévention est loin d'être intégrée en France quelque soit le secteur d'activités.

Pour le cas de l'hôtel Dieu, il est Important de suivre l'évolution de ce qui va se passer notamment la question des urgences qui devraient fermer ou pas. Le modèle proposé est novateur.

Dans les sujets à suivre il y a aussi le problème de l'accès aux soins des personnes handicapés. Il y a des difficultés comme l'accès à certains cabinet médicaux qui est quasi impossible car il n y a pas d'accès handicapé.

La conférence sur la géographie de la santé était intéressante. Il semble intéressant de rentrer plus dans le détail et d'avoir connaissances des micros études faites sur Paris. La deuxième partie de la réunion était un débat en présence des élus. Des questions importantes ont été abordée notamment la difficulté pour un élu de soutenir une politique nationale de redistribution en acceptant la diminution des moyens sur son territoire.

Au mois de Mai la réunion portait sur la question de la permanence des soins le soir et le week-end. Elle fut riche en informations. Il semble que le problème de l'information à la population se pose. Le 15 reste le numéro d'accès aux urgences et on a évoqué l'intérêt d'un deuxième numéro. Une question se pose pourquoi les gardes et astreintes sont toujours sur la base du volontariat ? Mme Beer a expliqué que c'était une obligation déontologique, qui dit que c'est une obligation chez les dentistes qui n'est pas suivie, pas plus que pour les médecins ! Par ailleurs l'accès se fait dans des services d'urgences généralistes alors que l'accès direct dans un service spécialisé pourrait être pertinent et de meilleure efficience. Il y a peut être quelque chose à faire dans ce domaine la. Le Dr Thomas répond à la question des gardes et astreintes que c'est une obligation d'assurer la PDSA. Mais tout est basé sur le volontariat mais en fonction des départements le préfet va devoir faire des réquisitions. Sur Paris la réquisition peut avoir lieu en cas de problème mais il est plus intéressant d'être volontaire car cela à un coté coercitif de demander a quelqu'un de faire une garde. Cela se fait dans d'autres département démunis mais pour l'instant Paris échappe à cela est c'est un système auquel on tient. Le Dr Denantes a été étonnée en lisant le compte rendu que les maisons médicales de gardes n'aient pas été invitées pour intervenir sur le sujet. Un membre de la conférence fait remarquer qu'elles ont été citées et leurs adresses ont été donné.

Le bureau a par ailleurs dégagé des thèmes tels que le transfert de taches et compétences, les salles de consommation à moindre risques, la CHT (Communauté Hospitalière de Territoire).

Mme Alfandari( du cabinet de M. Leguen) prend la parole au sujet des CLS. Il y a eu plusieurs échanges et la question qui se pose est qu'est ce que ça peut apporter de signer un contrat avec l'agence ? Il y a aussi une question de moyens or il n y a pas de moyen d'où un engagement relatif pour les discussions avec l'ARS. Quand on regarde les CLS. Un des premiers apports est de lancer un travail de diagnostics du territoire mais la ville de Paris n'a pas attendu les CLS pour mener ce diagnostic là. Il y a pléthore de ressources il faut mettre autour d'une table les gens se posant cette question là. Mais on n'a pas besoin de se faire financer les études par l'ARS. Le deuxième bénéfice serait de mettre autour d'une table différente partie prenante. Le troisième point autour des CLS est que c'est une logique politique de la ville appliqué à la santé. A un moment on s'est demandé si le volet santé du CLS est remis en question par le manque de de moyen et la question s'est posé sur le financement des ASV (Ateliers Santé Ville) qui ont pour objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé. On a donc décidé de réunir les parties prenantes sur les actions à destination des publics prioritaires. Entre la négociation d'un éventuel CLS et le maintien d'un dialogue sur les ASV, on a préféré travailler sur les ASV. Une discussion a eu lieu avec l'ARS car la DASES et la DDCS sont des co-financeur. Or si la DDCS supprime le financement l'ARS va-t-elle reprendre les financements des ASV ?. Il y a sept ASV sur Paris qui représentent un budget de 30 000 € par ASV et 280 000€ sont co financé par l'état. Pour l'ARS et la dt75 Paris est une ville à ressource et le soutien de l'ARS pour Paris doit être priorisé. Il y a des moyens mais le sanitaire n'est pas identifié comme un domaine de ressources. Il faut partager les données, les diagnostics et on va voir qui fait quoi. Cela demande beaucoup de travail dans des délais court, entre. 4 à 5 mois pour les demandes de financement, on va aller au plus utile.

Pour les CLS, Paris étant Paris, le moindre CLS sur par exemple le volet bucco dentaire dans le nord est parisien, va être conséquent en termes de volume financier. Certaines communes ont signés des schémas mais il paraissait plus intéressant de réfléchir aux ASV quitte à améliorer ce qui est fait en droit commun et surtout en accompagnement sur les soins. Il n y a pas d'urgence pour les CLS et compte tenu du calendrier de la ville on doit attendre les nouvelles équipes pour pouvoir remettre ça sur le tapis. Pour le contrat de territoire il concerne la prévention du risque de la personne âgée, ce thème pourrait concerner la conférence. Mme Alfandari fait remarquer qu'il faut solliciter Lilane Capelle pour les personnes âgées. Pour la question des salles de consommation à moindre risque elle pourra transmettre aux interlocuteurs. Enfin elle partage un mot sur la participation des élus, c'est le collège le plus désiré et le moins représenté. Il y a un certains nombres de freins objectifs sur

la concertation des élus. Pour pallier à cela l'idée est de mettre en place un système où le cabinet peut servir de centre de ressources et où l'on peut se charger d'organiser une présence tournante. Cela devrait se mettre en place d'ici la fin de l'année pour que ce soit rodé pour la prochaine année.

Sur les questions de périnatalité et précarité M.Loup rappelle les actions qui sont menées dans le 14<sup>ème</sup> dans quartier de Belleville les Amandiers. Les assistantes sociales ne restent que deux ans et finissent souvent en dépression.

À l'automne des élections seront faites pour compléter le bureau, après modification du règlement intérieur car notre règlement prévoit que les membres du bureau hors collège 8 soient tous issus de collèges différents. Il conviendrait que cette obligation soit un souhait afin de ne pas nous « coincer » pour les prochaines candidatures.

### **Actualité de la CRSA.**

Le Dr Laurent El Ghazi a été élu comme Président (à 31 voix contre 29 pour la représentante du CISS).

L'assemblée plénière a refusé de porter un jugement sur le texte de la démocratie sanitaire. Dans la foulée une annonce a été faite indiquant que ce schéma sera réécrit avec comme intitulé « plan de schéma pour la promotion de la démocratie en santé ».