

## Conférence du Territoire de Santé 75

### COMPTE RENDU DE LA

#### Séance Plénière du 15 Février 2013

La Conférence se réunit sous la Présidence du Docteur Pascal Cacot, dans les locaux de l'Hôpital Inter Armées du Val-de-Grâce.

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

Le Président constate que le quorum n'est pas atteint (*22 membres présents sur 44 Membres siégeant*).

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

- ♦ **L'offre de soins du Val-de-Grâce sur le territoire de Paris (Médecin Général Dominique FELTEN)**
- ♦ **Approbation des comptes-rendus des réunions précédentes**
- ♦ **La déclinaison régionale du Pacte Territoire Santé (pour lutter contre les déserts médicaux) : DTARS**
- ♦ **Présentation du dispositif parisien de lutte contre la toxicomanie (Dr Catherine PECQUART, membre de la Conférence)**
- ♦ **Regard sur le rôle propre des juridictions et instances dans la définition des politiques de santé : l'exemple de la périnatalité – Comparaison des préconisations Cour des Comptes/ARS/ Débat public – Houda AHAMED, stagiaire de la Conférence)**
- ♦ **Actualités de la CRSA – Pierre Sachet, membre de la Conférence**
- ♦ **Programme de travail de la Conférence**
- ♦ **Préparation de la réunion de Juin sur le thème de « l'exercice de la médecine dans 10 ans à Paris » : intervention de Julien Lenglet, représentant des Internes à la Conférence**
- ♦ **Questions diverses**



#### **L'offre de soins du Val-de-Grâce sur le territoire de Paris**

M. le médecin général, médecin chef des services hors classe **Dominique Felten** médecin-chef de l'hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce nous présente l'hôpital . Certains membres du personnel de l'hôpital sont présents :

- Médecin chef des services M. Genero Gyax, médecin chef adjoint de l'hôpital d'instruction des Armées du Val de Grâce

- Madame la directrice des soins F. Monneret, coordinatrice générale des soins de l'hôpital d'instruction des Armées du Val de Grâce

- Monsieur l'infirmier anesthésiste cadre supérieur de santé J. Péron, Cadre supérieur des fédérations chirurgicales, représentant de l'établissement aux conférences de territoire.

## **(Présentation, annexe 1).**

### **Séance de questions réponses:**

Le Dr Cartacheff , médecin conseiller au rectorat de Paris , demande à quel âge les civils peuvent venir au Val de Grâce et si il existe une consultation psychologique des traumatismes pour les civils ?

Le médecin général inspecteur Felten, répond que le Val de Grâce accueille les civils dès 16 ans et qu'actuellement il n'y a pas de consultation de traumatismes psychologiques pour les civils. Il existe cependant une volonté politique très forte, la psychologie des traumatismes devient de plus en plus important et il pense que les moyens seront mis en œuvre pour développer cette offre. Le Val de Grâce a développé une expertise qui mérite d'être partagé.

Mme Guignard du Coderpa Paris demande s'il y a un accueil en gériatrie ?

Le médecin général inspecteur Felten répond qu'il n'y a pas de service spécifique mais que les séniors sont un accueilli comme dans tout autre établissement.

M. Sachet fait remarquer qu'il est intéressant que le Val de Grâce conçoit la prise en charge du patient à travers son parcours.

Pour le médecin général inspecteur Felten ceci est apparu comme une évidence. Cette vision des choses est permise par le projet architectural qui met en cohérence la prise en charge du patient, l'organisation, le parcours de soins et la structure.

M. Echardour, directeur de la DT75, demande à ce que M. Felten puisse dire un mot des autres établissements militaires franciliens, et de leurs particularités ?

M. Felten explique alors que l'hôpital Percy de Clamart héberge le centre de traitement des brûlés. C'est un des grands centres nationaux, son plateau technique répond à la logique de soutien des forces. En dehors de l'hôpital il existe un centre d'expertise du personnel navigant et le centre de transfusion sanguine des armées. L'hôpital est tourné vers la prise en charge du traumatisme. On entend souvent parler de Percy car les blessés en Afghanistan y sont soignés prioritairement. Cet hôpital assure une prise en charge orthopédique et thoracique, autrement l'offre de soins est générale. Il a la particularité d'héberger un service d'hématologie.

Mme le médecin chef des services Maryline Généro-Gygax précise qu'il y a aussi, à Percy, le service de protection radiologique des armées .

Le médecin général inspecteur Felten poursuit par l'hôpital Bégin qui a la particularité d'avoir un service de maternité. L'activité de cet établissement est orienté vers la chirurgie orthopédique, la chirurgie viscérale et participe à la PDSSES. Son service de médecine est important avec une expertise en endocrinologie.

M. Bessière demande pourquoi l'hôpital Dominique Larrey n'a pas été cité.

M. Felten répond que cet hôpital n'existe plus depuis 1996 et que son activité a été recentrée sur l'hôpital Percy.

Le Dr Cartacheff demande si le circuit au sein de l'hôpital est différent pour les malades civils et militaires ou s'ils peuvent par exemple partager la même chambre ?

Le médecin général inspecteur Felten répond que la mixité est complète pour le personnel et les patients. Le personnel infirmier et médecins sont militaires, les aides soignants sont civils et militaires. Une distinction est faite au niveau administratif où la priorité est donnée aux militaires.

M. Loup représentant de l'URPS Pharmacie demande si le personnel hospitalier n'est pas nostalgique de ne plus recevoir d'appelés du contingent faisant leur service national?

Le médecin général inspecteur Felten répond que cela fait partie de la nostalgie du passé. L'hôpital d'aujourd'hui n'a plus rien avoir avec celui du temps de la conscription (arrêtée en 2002). Ce ne sont pas les mêmes malades. Avant on recevait beaucoup de jeunes effectuant leur service national. Le monde est profondément différent, des choses manquent comme le contact avec les médecins, pharmaciens et dentistes aspirants qui ont créé des relations durables. Cela nous oblige à nous ouvrir beaucoup plus. Les spécialistes militaires vont dans les CHU où ils établissent les réseaux et les développent. C'est comme ça que l'on continue à maintenir les liens. On essaye d'avoir le maximum de réunions d'échange avec le monde civil pour compenser ce qui existait à cette époque là. Nous sommes aujourd'hui obligé de réfléchir différemment vis-à-vis des patients et des médecins qui ne sont plus les mêmes.

Le Dr Cacot demande quelles types de problème pose si la différence de réglementation civile et militaire évoquée par le Général Felten?

Le médecin général inspecteur Felten explique que dans un établissement militaire un message devrait apparaître sur les grilles de l'hôpital « Terrain militaire, Défense d'entrée ». Or c'est un hôpital et nous voulons que les gens puissent y accéder. Le deuxième problème c'est le système d'information, le réseau de l'hôpital est sur le réseau défense. Tout doit être hyper sécurisé, ce réseau est le même que celui des sous marins nucléaires. Du coup, certaines choses ne peuvent être faites, par exemple quand on va accueillir le service de pneumologie de Cochin, on va ajouter une fibre optique pour permettre d'avoir un réseau informatique différent de celui de l'hôpital.

Le Dr Cacot demande comment s'est adapté le Val de Grâce lors du passage à la T2A ?

Le médecin général inspecteur Felten répond que l'hôpital a mis en place la T2A assez efficacement, même si la Cour des Comptes a été sévère sur le bilan. Ce changement nous a amené à créer un système informatique intégré et pour le côté financier le coefficient de transition a aidé l'hôpital à franchir ce cap. On est passé d'un hôpital militaire à un hôpital confronté à des impératifs médico-économiques qu'il ne connaissait pas. Mais nous avons été rattrapés par ces impératifs, et bien en amont nous avons pu réfléchir, organiser et travailler différemment. Cette réflexion n'était pas dans les gènes militaires. Aujourd'hui, c'est une notion qui est parfaitement intégrée dans le management de l'établissement par l'ensemble des acteurs.

M. Codet demande à être éclairé sur le rôle des militaires en cas d'attentats et de catastrophes majeurs ?

Le médecin général inspecteur Felten répond que la gestion des crises est une préoccupation. L'hôpital s'est rapproché du Professeur Pierre Carli qui gère cette question là à l'APHP. Les

discussions en cours vont permettre de bien définir le périmètre d'action de chacun. Sur l'hôpital existe un module de décontamination fonctionnel.

### **Approbation du compte rendu**

Après modification d'une formulation qui pouvait apparaître ambiguë (Mme Lefèvre), le compte rendu est approuvé à l'unanimité des présents.

### **Présentation de la déclinaison régionale du Pacte territoire Santé**

Par M. Alexandre Farnault responsable du pôle démocratie sanitaire et innovation » et Mme Christine Gratz responsable du département offre de soins ambulatoire à la DTARS 75.

La lutte contre les déserts médicaux touche notre région et notre capitale. C'est une des principales préoccupations ministérielles. La ministre de la santé a souhaité appeler ceci le Pacte Territoire Santé. L'ensemble des mesures tentent de faire évoluer l'organisation sanitaire de premier recours et faire en sorte que tous les citoyens aient accès à un médecin.

Ce pacte territoire santé a pour objectif de trouver de nouveaux moyens ou de les renforcer pour lutter contre les déserts médicaux. Beaucoup d'organisations participent à ce travail. Le territoire parisien a des spécificités et nous sommes à peu près tous convaincus que dans les prochaines années le nombre de professionnels disponible dans le territoire parisien va subir une grave décroissance.

Actuellement, on observe des déserts médicaux, une inégalité d'accès aux soins, un manque d'installation de médecin, et des praticiens qui désinvestissent le territoire parisien. Nous devons aussi envisager de futures problématiques comme le vieillissement des médecins généralistes, mais aussi des autres praticiens. Tout cela a conduit la Ministre à présenter ce plan. Son ambition est de construire un système de santé moins tourné vers l'hôpital et plus proche de la ville. Trois objectifs ont été assignés par la ministre : changer la formation et faciliter l'installation de jeune médecins, transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé, investir les territoires isolés. Le pacte a été organisé autour de douze engagements. C'est un cadre large donnant des éléments de compréhension et d'investissement, et des idées à promouvoir dans les prochaines semaines. Les douze engagements sont répartis selon les trois objectifs présentés.

Le premier consiste à donner plus d'importance à la médecine générale dans la formation des étudiants en médecine. Aujourd'hui seul 30 % des étudiants ont effectués un stage en médecine générale. L'objectif est d'atteindre les 100 %. Afin d'y arriver il est proposé de sensibiliser les médecins généralistes à la fonction de maître de stage (en collaboration avec l'URPS médecin), et d'inciter les centres de santé à accueillir les stagiaires.

Le deuxième engagement prévoit 1500 bourses d'engagements au niveau national, 351 ont été contractées sur 800 en 2010. En Ile de France seulement 60 bourses ont été signées depuis 2010. L'objectif est de saturer les enveloppes disponibles et obtenir 60 boursiers par an.

Le troisième engagement garantit aux jeunes médecins qui s'installent en zone déficitaire un salaire minimum pendant deux ans afin de lever les inquiétudes des jeunes professionnels. En Ile De France, la déclinaison du pacte propose de garantir ce minimum pour quarante praticiens en

2013. Pour cela, on va d'abord définir les territoires d'ile de France en associant les partenaires à la réflexion.

Le quatrième engagement est la création d'un référent d'installation unique. Dès 2013, toutes les régions vont devoir en identifier un, pour l'Ile de France deux référents seront au niveau du siège de l'ARS et il y en aura un dans chaque Délégation Territoriale. Ce référent d'installation est associé à la plateforme d'appui des professionnels de santé. Le site internet de cette plate-forme est déjà mis en place en ile de France et son contenu s'enrichit.

L'engagement cinq concerne le développement du travail en équipe. Le PLFSS ouvre ces modes de rémunérations. L'idée est de les étendre. Actuellement, il y a six projets en développement sur le territoire parisien. Il sera possible de s'inscrire dans ces programmes et de construire de nouveaux exercices (Centre CPAM du 2<sup>ème</sup>, une maison de santé pluridisciplinaire de Denfert Rocherau, dans le 13<sup>ème</sup> et dans le 18<sup>ème</sup>). Ces expérimentations vont faire l'objet d'une synthèse et d'une évaluation en vue d'un éventuel développement de nouveaux modes d'exercices.

Le sixième engagement concerne l'université. Le territoire parisien baigne dans un environnement universitaire fort. A Paris existe une volonté forte de tisser des liens beaucoup plus pérennes que ceux existant entre l'université et ces lieux d'exercices. Tout ça nous pousse à créer des conditions d'améliorations et à développer ces interactions.

Le septième engagement concrétise la mise en place de la télémédecine en 2013. Ce chantier est à ouvrir sur Paris et les installations existent pour mettre en place ce projet.

Le huitième engagement vise à accélérer les transferts de compétences. C'est une opportunité pour s'emparer de cette question, s'appuyer et développer ces dispositifs.

L'engagement neuf est celui d'investir dans les territoires isolés. La population doit habiter à moins de 30 min d'accès aux urgences. Des nouveaux SMUR seront mis en place, on va faciliter les services d'urgences. C'est un engagement au niveau national, sur Paris la situation est différente, car il y a un excellent maillage des urgences. Les difficultés sont autres. On travaille à la permanence des soins ambulatoire effectué par les médecins libéraux. Une carte produite en Juin 2012 montre le temps d'accès à un service d'urgence en Ile de France. Les zones à plus de 30 min sont les zones en rouge à l'est de la région et représentent 2 millions d'habitants en France.

Le dixième engagement permet d'appuyer des structures ambulatoires professionnelles prêtes à diversifier leurs activités alors que le cadre réglementaire ne le permet pas. Il engage les évolutions nécessaires pour permettre aux ARS de signer des conventions afin que les médecins salariés et les spécialistes puissent exercer dans des structures ambulatoires.

Le onzième consiste à adapter les hôpitaux de proximité, leurs modèles de financement, la réglementation des hôpitaux de proximité et mobiliser la responsabilité territoriale. Les centres de santé ont un atout important, ils pratiquent des tarifs opposables et le tiers payant ce qui répond aux aspirations des jeunes médecins. Il faut assurer la pérennité des structures existantes et faire en sorte que différentes structures se créent. Un accord cadre se fera au niveau régional. L'ARS IDF a produit un rapport concernant les possibilités d'accompagnement afin de consolider le modèle économique pour assurer leur renforcement. M. Farnault insiste sur le fait que sur le

territoire parisien la situation des centres de santé est très atypique. Le maillage sur le territoire parisien n'a pas vraiment d'équivalent.

Mme Cordeau fait remarquer que les centres de santé ne vont pas bien.

Pour M. Farnault on peut nuancer ce constat. En résumant d'un trait, un tiers des centres se transforment ou on réussit à trouver un modèle économique qu'on essaye de faire prévaloir, un autre tiers vit difficilement mais s'en sort et le dernier tiers a de grandes difficultés financières.

Mme Cordeau prend l'exemple du centre de santé de la Goutte d'Or, géré par une association de son réseau, qui a effectivement un équilibre financier extrêmement précaire alors qu'il est situé dans un lieu essentiel où l'on retrouve une population immigrée et vieillissante.

M. Echardour conclut cette présentation. C'était une présentation colorée par une dimension parisienne, toutes les mesures ne concernent pas Paris, comme par exemple celle des urgences à moins de 30 min de chacun. La question du moment auquel on devait présenter ce pacte et ce qu'on devait présenter s'est posé. Personne ne doit être à l'écart de ce débat et toutes les forces de premier recours doivent y trouver une place et un sens. L'ARS veut y travailler rapidement, on connaît les difficultés auxquels nous sommes confrontées, le plan de travail n'est pas arrêté. La première question est doit-on s'occuper de tout ou juste des zones en difficulté ? Il y a des zones de Paris où il est difficile d'avoir accès aux soins de premier recours et des zones socialement favorables. Ce plan mobilise aussi la médecine libérale. Pour ce plan on va essayer d'être inventif, il est à élaborer avec des jeunes, nous sommes prêts à nous associer et travailler avec les médecins en formations.

- **Discussion**

Pour Paris la problématique pourrait être aussi celle de sa contribution au respect de l'engagement au niveau national (Mme FESTA). La méthodologie de travail pourrait solliciter les Conférences de Territoire, mais comment et sur quel calendrier : ce sujet devrait être partagé par les Présidents de Conférence de la Région.

La question de transfert de tâche (parfois appelé transferts de compétences) :

Le Dr Cartacheff prend l'exemple des Etats Unis où les pharmaciens peuvent vacciner. Le transfert de tâche se fait dans le cadre d'une procédure que l'Agence doit ensuite approuver (M. G. Echardour). Dès lors qu'elle est approuvée dans une ARStout le monde peut le faire, cela sert de référence. Il existe moins de trente protocoles de transferts d'activités, et il faut entre un ou deux ans pour se prononcer sur la question. Cela a un impact peu significatif, une des idées serait d'élargir et faciliter les règles d'organisations. Il faut noter que cette question peut aussi concerner les kinésithérapeutes, dans la mesure où ils ont pu développer des compétences dépassant celle des médecins généralistes. Ainsi que les orthophonistes qui ont des connaissances dans le domaine de la dyslexie parfois très supérieures au médecin généraliste. Ce questionnement et cette démarche doivent se faire au bénéfice des patients et répondre à un problème. Il est peut-être paradoxal que celui qui connaît le mieux les problèmes des patients doive accomplir les prescriptions des médecins généralistes, peut-être moins au fait des réalités que le spécialiste « non médical ». Le Dr Cacot propose de reprendre ce thème des Protocoles de délégation de tâches, lors d'une prochaine réunion.



Mme le Dr Pecquart demande si on envisage le transfert de compétences uniquement entre professions dont les actes sont inscrits dans la nomenclature de l'assurance maladie ? Car par exemple il y a une crise totale dans la démographie des psychiatres et une multiplication des psychologues sans poste. M. Echardour (DTARS 75) répond que les gens prennent des initiatives qui sont ensuite validées. De nombreux freins sont aujourd'hui levés, mais il faut une clarification, car on touche à la dimension économique du sujet. On apprendra peut être collectivement à lever les obstacles et à utiliser des compétences nombreuses en collaboration assidue, en délégation de transfert de l'autre, on est un peu au début de ça. Cela ne va pas régler les difficultés même si on peut alléger les difficultés de délai de rendez-vous par exemple.

Le Dr Cartacheff demande si à Paris pour les soins urgents, on a une idée précise du temps d'arrivée aux urgences ? M. Echardour répond que la ville de Paris n'est pas concernée, comme la majorité de l'Ile de France. Même en Seine-et-Marne il n'y a pas de problème d'accès aux urgences, c'est plus un problème d'accès aux soins pédiatriques. En Ile de France, seul l'extrême nord de la Seine-et-Marne (Coulommiers) est touché par ce problème qui concerne 2 millions de français. Cette proposition est plutôt faite pour les zones rurales, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de problèmes à Paris, mais les problèmes parisiens ne seront pas réglés à l'aide de ce dispositif.

Dans le même état d'esprit, le Dr Cartacheff demande si la disponibilité d'un défibrillateur à moins de 3 minutes n'est pas associée à la proposition d'avoir un service d'urgence à moins de trente minutes ? M. Farnault (DTARS) répond que les défibrillateurs sont présents sur le territoire parisien. Mais la question de leur déploiement se pose car ils coûtent cher (leur maintenance aussi). Leur disponibilité dans les lieux publics se pose pour les gares, les gymnases, par exemple. Mais ceux qui suivent la question sont sceptiques sur le déploiement de ce dispositif sur la voie publique. M. Echardour dit qu'il faut garder en tête que c'est un plan qui concerne le premier recours et non pas la médecine d'urgence. La question de l'urgence dans ce plan n'est pas le cœur du sujet.

Il est fait mention de certaines rencontres qui concernaient l'installation des jeunes généralistes à Paris. En particulier le sujet maisons de santé pluridisciplinaires associant des généralistes âgés et des plus jeunes en voie d'installation. Il y avait une ambiance extraordinaire, un sérieux, et une volonté d'intervenir en même temps qu'une inquiétude. Il y a de multiples freins que l'on doit identifier et lever, tenant à une bonne harmonisation entre les différents intervenants.

Le Dr Cacot fait remarquer combien la composition des participants aux réunions de la Conférence peut appauvrir ou enrichir le débat. L'URPS médecins n'est pas présent aujourd'hui, sinon ceux-ci auraient expliqué qu'il existe des modes d'exercices collectifs qui ne sont pas des centres de santé.

Dernièrement le Doyen Dumas a annoncé sa volonté de former spécifiquement les étudiants dans un module qui contient des compétences génériques : « éthique et déontologie, savoir communiquer, coopérer, être un acteur de santé publique ». De fait, pour que ce genre d'organisation (exercice collectif) puisse fonctionner il faut former les professionnels, la question économique doit aussi être approfondie. Enfin pour ce qui concerne les bourses destinées aux internes, c'est une bonne idée mais elle arrive à un âge de la vie où on ne sait pas trop vers quoi se diriger ni où s'installer. Il faudrait peut être prévoir des contrats plus généraux et moins spécifiques.

En conclusion, il apparaît qu'il y a besoin d'information sur ce qui se fait à Paris (Mme Guignard), et qu'il faut que la Conférence se saisisse de ce sujet pour être associée aux réflexions à mener (M. Leroy, Mme Festa). M. Echardour propose d'échanger lors de la prochaine séance autour de ce plan appliqué à la Ville de Paris. Il est prêt à communiquer le début des travaux et même à montrer les imperfections de ce travail.

- **Présentation du dispositif parisien de lutte contre la toxicomanie (Dr Catherine PECQUART)**

Le Dr Pequart nous présente les différents dispositifs d'accueil et de soins non pas en toxicomanie mais en addictologie à Paris. L'addictologie regroupe l'usage de drogues et de substances licites (dont l'alcool et les médicaments pris abusivement) ainsi que les addictions sans produits (jeux d'argents, troubles alimentaires marginal, addictions aux écrans).

Il y a plusieurs types de portes d'entrées dans le dispositif d'aide :

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues

ELSA : Equipe de Liaison et de soins Addictologie

Les unités d'addictologie hospitalières

Les réseaux Ville-Hôpital (réseau paris nord sur paris)

La médecine de ville permet d'être le premier recours pour de nombreux patients en particulier en matière d'alcool, de même les pharmaciens de ville qui sont les professionnels de santé au contact du public. Les dispositifs spécifiques en addictologie incluent les Consultations Jeunes Consommateurs.

Les CSAPA s'adressent aux personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif, ou une dépendance aux substances psycho actives. Les consommations sont évolutives avec le temps, et pas forcément dans le sens de leur aggravation inexorable. L'ambition des CSAPA est d'arriver à toucher des personnes en amont d'une dépendance. Les CSAPA ont plusieurs missions : l'accueil et l'évaluation pluridimensionnelle de la problématique de la personne. Les CSAPA assurent la prise en charge médicale, psychologique, et sociale des personnes concernées.

La réduction des risques s'inscrit bien en amont du soin et de l'idée de " guérir d'une addiction". Elle vise d'abord à prévenir les dommages liés aux consommations. Les choses ont beaucoup changé au cours des vingt dernières années.

Les Csapa reçoivent des usagers de substances psycho actives licites et/ou illicites, ils délivrent des prestations ambulatoires, pour certains en soins résidentiels individuels ou collectifs. Certains sont tournés vers les personnes en situation très précaire.

Il faut savoir que les hébergements sociaux ne sont souvent pas accessibles aux personnes présentant des addictions.



Les équipes des Csapa sont toujours pluridisciplinaires, mais leur fonctionnement peut être variable. Des différences sont notables entre les structures à rattachement hospitaliers qui ont une culture plus sanitaire, et ceux en gestion associative qui sont plus radicalement médico-sociales.

La réduction des risques représente un changement de pied dans l'accompagnement des usagers de drogue, elle a été amenée par l'épidémie de sida où dans les premières années 25 % des usagers dans ces structures étaient atteints. La réduction des risques vise la prévention des dommages liés à l'usage de drogue et pas l'arrêt des produits. Cette réduction s'exerce dans des structures dédiées mais elle est aussi transversale à l'ensemble des CSAPA et des institutions qui rencontrent des usagers de substance psycho active.

L'enjeu est de créer une culture de réduction des risques qui gagne les esprits et qui ne soit pas limitée à ces structures. L'idée de la réduction des risques c'est d'accepter qu'il existe des usages de substances psycho-actives; c'est un fait on n'enlèvera pas les drogues et l'alcool de la surface du monde. On doit donc faire avec et introduire une stratégie visant à responsabiliser les personnes, et déclinent soins et prévention en fonction de la hiérarchie des risques. Ce n'est pas la même chose de boire un verre d'alcool en n'importe quelle circonstance (conduite automobile) et dans tous les états de la vie (par exemple chez la femme enceinte...). Les risques doivent être différenciés, pour la même quantité du même produit selon les circonstances, et ce qui est vrai pour une drogue licite (alcool) l'est aussi pour des drogues illicites. Pour celles-ci aussi, on travaille sur la notion d'acceptabilité du risque. Quels risques la société peut-elle prendre ? Quels risques elle doit éviter ? On voit bien que la société veut limiter certains risques. Réduire les risques de contaminations du VIH a prévalu sur le fait d'arrêter la consommation de drogue.

Le principe d'intervention en réduction des risques est décliné dans les structures CARUD dédiées à cette mission précise. Ils accueillent sans conditions et prennent les personnes là où elles sont. Elles développent des actions d "aller vers" ; elles informent les personnes sur les risques associés aux usages de substances. On parle avec ces personnes et on établit un lien de confiance permettant d'aborder des sujets sensibles. Les initiatives que l'on connaît pour réduire le risque sont par exemple, la distribution de seringues, et autres matériels pour la consommation propre. Mais la RdR va aussi s'appuyer sur l'ensemble des professionnels de santé comme les pharmaciens pour assurer une réduction des risques sur l'ensemble des territoires. Cette tolérance et l'accompagnement des consommations favorisent l'accès aux droits et aux soins. L'utilisateur est considéré comme un expert de son problème de santé, il peut être un médiateur de santé par vis-à-vis des autres usagers. L'objectif de la réduction des risques n'est pas tant l'arrêt des consommations mais l'accompagnement vers la meilleure gestion du risque possible. L'arrêt des substances est un objectif pour les personnes qui le souhaitent et le peuvent.

Chez les 18-24 ans, 3000 sont consommateurs de tabac, d'alcool et de drogue. Un million cinq cent parisiens déclarent boire au moins un verre d'alcool.

A Paris il existe 19 CSAPA, 9 CAARUD, 6 ELSA, et des équipes de liaison à l'intérieur des hôpitaux, dont une en psychiatrie (Maison Blanche)

Les équipes de liaison interviennent en informant les soignants sur les usages de substances, en leur permettant d'être moins rejetant envers ces publics qui sont souvent des mauvais malades. Il n'en demeure pas moins le devoir de les soigner, de faire tenir les hospitalisations car les sorties

prématurées sont habituelles chez ces personnes. On les appelait « **ECIMUD** » à l'assistance public mais le terme générique est ELSA, elles existent partout en France.

Une équipe de liaison psychiatrique rattachée à Maison Blanche fait un travail plutôt inverse : elle favorise l'accès aux soins psychiatriques pour les personnes ayant des addictions. C'est quelque chose de difficile car quelqu'un qui délire du fait de prises de produits n'est pas forcément reconnu comme relavant d'un soin psychiatrique.

M. Géraud (ELAN RETROUVE) fait remarquer que le dispositif de soin n'est pas complet puisque l'Elan Retrouvé propose 35 places en hôpital de jour en addictologie.

Les CSAPA peuvent être généralistes, ou spécialisés (drogue illicites ou alcool).

La prise en charge des addictions sans produits nécessite que les professionnels se forment un peu plus avant. Pour aborder la question des écrans par exemple et pouvoir faire la part des choses entre une consommation normalement acceptable des jeunes et quelque chose qui relève d'un démarrage et un enfermement complet dans un monde à part.

Les traitements de substitutions opiacés ont pris une grande part dans la prise en charge des usagers de drogue. Aujourd'hui on a en France entre 140 000 patients sous traitement de substitution opiacés qui se répartissent 2/3- 1/3 (entre méthadone et BHD). Cet écart méthadone, BHD (buprénorphine) diminue chaque année. La méthadone était à l'origine un traitement très contraint; elle reste initialisée dans les CSAPA ou à l'hôpital, mais le relais est largement pris en médecine de ville, avec délivrance en pharmacie d'officine, après un temps plus ou moins long de stabilisation. La proportion de patient en traitement de substitution est très importante, la majorité est en ville.

Plusieurs organisations professionnelles réunissent les intervenants de ces dispositifs ... Fédération Addiction, Fédération Française d'Addictologie, la collégiale d'addictologie de l'APHP, le RESPAD, ASUD (association d'auto support des usagers de drogue). Les associations humanitaires se sont impliquées dans le secteur des addictions : Médecin du monde a été à l'initiative du premier programme d'échange de seringue en France et va avec l'association GAIA Paris puvrir la première salle de consommation à moindre risque à Paris.

## • Discussion

M. Echardour en profite pour présenter Bruno Floury, responsable des sujets liés à l'addictologie à l'ARS. Mr Floury ajoute un mot sur la fil active des CSAPA, la file active des CAARUD à Paris (quelques 12500 personnes sont venues venu au moins une fois dans un CAARUD en 2011)

Mme Festa pose une question sur l'évolution de la file active des CSAPA victimes de leurs succès avec l'augmentation de l'espérance de vie des patients et leur inscription durable dans les filières de soin. Ce qui risque d'embouteiller les CSAPA, et de limiter leur capacité d'adaptation, par exemple aux addictions sans drogue. Le Dr Pequart répond que la saturation des dispositifs peut être un réel problème, que l'accueil de nouveaux publics ou de publics plus jeunes nécessite un effort permanent.

Le Dr Cacot demande s'il faut retenir que les besoins augmentent et se diversifient ? Le Dr Pequart fait part de ce constat, l'usage de drogue et l'alcoolisation chez les jeunes augmentent et nécessitent des interventions adaptées. Ce sont des interventions beaucoup plus tournées vers la réduction des risques que les soins. La question des moyens humains se pose par exemple l'intervention en milieu festif est peu compatible avec les impératifs du droit du travail. Il y a des difficultés d'adaptation face aux besoins, face aux nouveaux produits, et à internet qui permet de faire circuler de nouvelles drogues. Mme Festa fait remarquer que il y a un problème de chronicité, et qu'on doit en même temps répondre à des besoins nouveaux. Les structures s'adaptent difficilement ce qui devrait pousser à nous interroger sur les évolutions de ces dispositifs.

Le Dr Nau demande qui adresse les patients à une entrée dans un CSAPA ? M. Floury répond que c'est assez varié. Ils viennent en partie des services médicaux sociaux, de la justice pour 20% ... Il y a également des médecins de ville et enfin les structures hospitalières et les CAARUD. Le dispositif est plus ou moins organisé en deux étages même si il n'y a pas de passage obligatoire et systématique, mais dans la logique, les CAARUD sont très faciles d'accès et sont très ouverts. On n'est là moins dans un dispositif de soins que dans l'accueil et l'accompagnement. Le dispositif de l'étage au dessus est le CSAPA, plus médicalisé.

Le Dr Nau demande si un médecin généraliste peut envoyer sans problème un patient dans ces structures ? Le Dr Pequart répond que la règle est que l'on peut envoyer sans problème son patient et qu'il sera reçu sans problème. Mais la saturation des centres fait que de temps en temps les délais d'inclusion sont trop importants par rapport aux besoins. Il est souvent fait le reproche aux dispositifs médicaux sociaux de capter les patients, ce qui est aussi signe de sa capacité à initier du soin de personnes ayant un problème chronique. Il y a sûrement des interfaces insuffisantes entre la médecine de ville et le dispositif médicaux sociaux.

Le Dr Cartacheff demande si le tabagisme fait partie ou non de l'addictologie. Le Dr Pequart répond que cela en fait partie. Les structures s'intéressent de plus en plus au tabac chez les patients addicts à d'autres produits, très touchées par les complications de l'usage du tabac. Mais les personnes dépendantes du tabac ne s'adressent pas aux structures qui s'occupent des questions d'alcool ou de drogues illicites.

Le Dr Cartacheff demande si les CSAPA développent des équipes mobiles allant au domicile, certains jeunes sont coincés chez eux et ne sortent pas de leur chambre ? Le Dr Pequart répond que pour l'instant on ne développe pas grand-chose, sauf les consultations pour jeunes consommateurs. Il faudrait que ces consultations puissent aller plus au devant des jeunes à travers des consultations avancées et des interventions précoces en milieu scolaire ou auprès d'autres structures en contact des jeunes (prévention spécialisée dans les quartiers...) Les parents peuvent être reçus, même si le jeune n'est pas volontaire. Une campagne doit mieux connaître ces consultations. Sur les sorties festives des jeunes, certaines équipes interviennent de façon avancée ("fêtez clairs" à l'initiative de la ville). Les CAARUD sont surtout rompues au contact des publics en rupture. Mais pour des jeunes issus plutôt de classe moyenne enfermés chez eux, fumant du cannabis consommant de la coke ou de l'alcool, il y a peu de levier et la fédération addiction est tout à fait ouverte pour réfléchir à améliorer ça.

Le Dr Cartacheff dit que l'idée de réductions des risques commence à essaimer, schématiquement on a l'impression que c'est un problème de société très clivé politiquement ou la gauche serait pour la réduction des risques et la droite pour l'arrêt total des drogues. Le Dr Pequart répond que ce n'est pas un clivage gauche - droite. De grandes avancées de la RdR ont eu lieu sous des gouvernements de droite. On a aussi du conservatisme à gauche à cet égard les questions de drogues et d'addiction devraient être sorties de la politique politicienne. Par exemple la réforme de la loi prohibant l'usage simple des drogues ne parvient pas à être mise à la discussion quelque soit la tendance du pouvoir politique. L'ARS précise que l'on retrouve ce même clivage pour les salles de consommations à moindre risque, les villes de Bordeaux et Marseille sont pour ce projet tout comme Paris alors que la couleur politique n'est pas la même.

Le Dr Cartacheff dit que l'on rend compte d'un lien entre le décrochage scolaire et le cannabis. Sans que l'on sache si ce décrochage est dû au cannabis ou l'inverse. Mme Lefevre dit qu'en psychiatrie les hôpitaux prennent peu en charge la question des addictions, elle est ravie qu'une unité de liaison (ELP) soit mise en place et demande de qui émane cette volonté ? Le Dr Pequart répond que c'est une histoire particulière. L'équipe de liaison a une dizaine d'années. C'est la situation critique autour de la place de Stalingrad qui a mobilisé les élus. Bernard Kouchner était alors en poste de ministre de la santé et a élaboré un projet « psytox » qui n'a pas vu le jour en tant que tel. Il a par contre été créé une "Coordination Toxicomanies 18" qui s'est intéressée au rapport des usagers de drogue aux territoires. Usagers et habitants étant soumis à des problèmes difficiles. C'est à ce moment là que l'équipe de liaison en psychiatrie s'est créée avec l'idée que de nombreux usagers de drogue avaient des troubles psychiatriques concomitants.

Mme Festa a trouvé l'intervention de Mme Lefevre pertinente. Il y a une double problématique : le repérage des addictions chez les patients usagers de la psychiatrie et l'accès à des soins psychiatriques pour des publics traités pour des addictions. La séparation est aussi le fruit de l'histoire, la prise en charge des addictions s'étant construite contre la psychiatrie. Des années d'histoire sont à dépasser et les nouveaux besoins aident à jeter un regard et un point de vue différent pour ces communautés médicales à l'origine opposés. Le Dr Cacot trouve que c'est une très bonne conclusion. Il faut faire attention au compte rendu sur ces questions portant sur ces modèles différents. Cela permettrait d'apaiser les querelles et pouvoir mieux les utiliser.

M. Leroy demande si les structures sont concentrées à Paris ou bien réparties dans le territoire ? M. Floury lui répond que Paris est très bien dotée. Il y a objectivement un déséquilibre. Tout est assez concentré sur le nord est parisien, beaucoup de toxicomanes viennent d'Aubervilliers ou Saint Denis.

**Regard sur le rôle propre des juridictions et instances dans la définition des politiques de santé : l'exemple de la périnatalité – Comparaison des préconisations Cour des Comptes/ARS/ Débat public – Houda AHAMED, stagiaire de la Conférence)**

La **Conférence de Territoire** contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le Projet Régional de Santé et les programmes nationaux de santé publique. Elle peut faire toutes propositions au Directeur Général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation

et la révision du Projet Régional de Santé. C'est dans le cadre de ce PRS que les propositions sur la périnatalité ont été faites.

La **CRSA** c'est une instance de concertation qui concourt à la mise en œuvre de la politique régionale de santé en formulant des avis sur ses modes d'évaluation, de suivi et d'élaboration de ce PRS. Dans ce cadre elle organise des débats publics sur les parcours de santé. Le premier débat public portait sur la périnatalité et a donné lieu à la rédaction d'un texte.

La **Cour des Comptes** est chargée de juger la régularité des comptes établis par les comptables publics dans les différents services de l'État, contrôler le bon emploi et la bonne gestion des fonds publics, y compris dans les organismes non dotés de comptables publics. Elle est aussi chargée de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes de l'État. Enfin elle assiste le Parlement et le Gouvernement pour vérifier la bonne exécution des lois de finances de l'État et des lois de financement de la Sécurité Sociale. C'est donc dans le cadre de ses missions qu'elle a étudié la question de la périnatalité.

#### Point communs :

- L'importance d'avoir des données fiables (via par exemple l'entretien prénatal précoce)
- Renforcement des réseaux de périnatalités
- Réaffirmation du rôle de la PMI
- Le rôle de la prévention en direction des femmes en situation de précarité

#### Divergences :

- Cour des Comptes : des recommandations nationales tournées vers la récolte de données fiables
- CTS75: des propositions originales (voire idéalistes?) et des propositions ancrées dans l'actualité du dispositif
- CRSA: des recommandations qui balayent des champs larges et divers (le statut des femmes et des filles en Ile de France, la périnatalité, la parentalité) toutes liées à la question de la périnatalité.

M. Echardour commente cette présentation : il a lui-même expérimenté le peu d'intérêt des praticiens et même des chercheurs pour mettre en place des études de cohorte capable de fournir des informations fiables en terme de besoin et de devenir. Dans la mesure où il ne s'agit pas d'une obligation tout dépend de la volonté des acteurs ! Pour le Dr Cacot les deux questions qui se posent à Paris sont :

- a) peut on mettre en place ce système ?
- b) et peut on précéder plutôt que de suivre ?

Le Dr Harvey explique qu'on en train d'essayer de coordonner les réseaux dans le Réseau Paris Est. Ce n'est pas facile de faire évoluer les mentalités, en attendant, on n'a pas les moyens chacune des maternités fait juste face au courant. Mme Lavolle souligne que ce n'est pas seulement un sujet qui concerne l'AP-HP, il n'y a pas que les parisiennes qui viennent accoucher sur Paris, c'est sujet de fond qui est plutôt régional.

Il faut investir dans un système d'informations pour savoir ce qui se passe, cela prend du temps (M. Echardour). On a une situation globale, on doit avoir des indicateurs, il faut que les événements soient décrits. En France personne ne le fait. Le Dr Cacot parle d'un troisième aspect. Tout se passe comme si on ne pouvait pas donner des messages cohérents aux femmes sur le fait que leur accouchement devrait se passer ailleurs.

Le Dr Harvey considère qu'il faut faire en sorte que les bonnes personnes soient au bon endroit et faire comprendre au patient, qu'il y a les envies et la réalité. On veut faire en sorte que les femmes accouchent au bon endroit. A côté de ça 80% de la population peut aller où bon lui semble. C'est un changement de mentalité qui passe par les collègues. Il est difficile de gérer une maternité et de savoir à quel moment on fait courir à une patiente une perte de chance.

### **Actualités de la CRSA**

M. Sachet (APF, représentant de la Conférence auprès de la CRSA) informe la Conférence des dernières actualités de la CRSA : son Président, Monsieur Sannié, a obtenu une communication du Schéma de Démocratie Sanitaire au mois de mars ainsi qu'un délai de deux mois pour réfléchir sur ce projet. Ce schéma concerne essentiellement le droit des usagers. On a entre le 21 Mars et le 21 Mai pour s'en saisir. La CRSA lance un Forum « Santé et Aménagement des Territoire franciliens », qui se tiendra le 27 février à la Mutualité. C'est une réunion de lancement d'un travail sur des questions comme : comment prendre en compte les risques sanitaires dans l'aménagement du territoire ? Comment l'aménagement du territoire contribue-t-il à réduire les inégalités sociales de santé ? Cette réunion posera les premiers jalons de cette réflexion qui se poursuivra au cours de l'année.

### **L'exercice de la médecine à Paris dans 10 ans**

M. Julien Lenglet, membre de la Conférence, se présente : il est Président du Syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP) et représente les internes de tout l'Ile de France. Il est spécialisé en hématologie et travaille à l'Hôpital Saint-Louis où il mène ses travaux hospitaliers universitaires et fait aussi de la recherche. Pour son mandat, ses objectifs sont de réfléchir à l'avenir professionnel de ses collègues sur le plan de débouchés. La profession médicale mute, elle se féminise et il y a une volonté de mieux concilier le temps personnel et celui lié à la pratique médicale. Il est essentiel de réfléchir à l'offre de soins dans un contexte tendu. Le SIHP souhaite travailler avec la conférence sur ces thèmes précis.

Le rôle de la médecine libérale évolue, la répartition des praticiens va être à revoir. Ils se concentrent dans des centres urbains, ou dans certaines zones de la petite couronne mais aussi de la grande couronne parisienne. On a une offre de soins en soirée, la nuit et en weekend et une articulation public/privé.

Un grand questionnaire a été lancé (on attend au moins 2 000 réponses) sur les ambitions professionnelles à la sortie des études. Le SIHP a une base de données de 4 000 internes, et veut s'appuyer sur des résultats solides et significatifs. Le dépouillement sera fait par un professionnel, idéalement par un institut de sondage. L'ensemble pourrait donner lieu à un livre blanc collaboratif public/privé, URPS, Générale de Santé, et la Conférence du Territoire de Paris.



Plusieurs types de questions sont posés, certaines sont purement démographiques, d'autres sur les aspirations liés à l'exercice futur des médecins. Les questions posées sont très précises : elles concernent l'éventuel départ dans un pays étranger, le temps de travail et les futurs revenus ; des questions sont plus orientées sur pratique envisagée (privé ou dans le milieu libéral, en cabinet individuel ou en groupe, si on exerce sur Paris dans la petite couronne ou plus loin, la possibilité d'alterner public/privé, et le secteur conventionnel choisis, ou une orientation CHU/CHD, les raisons qui font choisir le service public. M. Julien Lenglet propose de diffuser ce questionnaire aux membres de la Conférence, pour qu'ils y ajoutent idées et commentaires.

Le Dr Cacot accepte et fera le nécessaire auprès des membres de la Conférence.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée. La prochaine réunion plénière se tiendra le 14 décembre 2012, en un lieu qui sera précisé ultérieurement.

