

Conférence du 24 Mai 2013 « Se soigner le soir, le week end et les jours fériés à Paris »

La réunion a lieu au siège de l'URPS Masseurs-Kinésithérapeutes.

Monsieur Philippe Cochard, Président de l'URPS Masseurs Kinésithérapeute, nous accueille. L'URPS s'est constituée en Mars 2011 suite aux premières élections URPS de 2010. Elle regroupe les 8800 kinésithérapeutes d'Ile de France, c'est en nombre la deuxième profession médicale libérale après les médecins.

Le Dr Cacot prend la parole et pose le cadre du débat. Il nous rappelle que l'image la plus partagée au sujet des soins du soir et du week end est l'image de services d'urgences surchargés de « non-urgences » ou d'urgences évitables. L'objectif du jour est de mieux comprendre ce qu'il s'y passe.

M. Loup, qui avait la responsabilité de l'organisation de cette conférence, introduit la réunion. Il a reçu l'aide de la Délégation Territoriale pour approfondir ce sujet, il a aussi fait appel à plusieurs personnes pour parvenir à faire une présentation de ce dossier. Paris, est la ville la plus peuplée de France et une des plus peuplées d'Europe. La question qui nous rassemble aujourd'hui est celle de se soigner, la nuit, le week end et les jours fériés. Le cas de la continuité des soins et celui des soins urgents ne seront pas évoqués aujourd'hui. Le cas évoqué est le plus fréquent, c'est celui des symptômes nécessitant un médecin et une réponse médicale pour des demandes non programmées. Nous aurons donc une présentation de la PDS (permanence des soins) par le Dr Thomas et le Dr Baillargeat. Une présentation du Dr Jannié du Samu, du Dr Parent de la garde médicale parisienne, du Dr Smadja de SOS Médecin, de Mme Beer sur le volet bucco-dentaire et de M. Scheis, président de l'URPS Pharmaciens.

Un sondage a été fait par TNS Sofres sur les Français et l'hôpital, 81 % des Français sont particulièrement attaché au principe d'accessibilité géographique et d'une faible participation financière. 43 % des Français ne savent pas où trouver de médecin la nuit et le week end, 63 % se disent prêt à contacter le Samu.

Sujet 1 : « Se soigner le soir, le week ends et les jours fériés à Paris »

Présentation de la PDS- par les Dr Thomas & Baillargeat (annexe n°1)

La PDS a été confiée à l'ARS, c'est une mission de service public qui engage l'Etat. Le cahier des charges a été validés en Avril 2013. A Paris, le volontariat est la règle pour les médecins libéraux et certains médecins sont exemptés. La PDS s'organise autour de :

- La CRRA (centre de réception et de régulation des appels)
- Le comité médical territorial
- Les effecteurs mobiles. On a plusieurs catégories d'effecteurs mobiles : SOS médecin qui est interconnecté avec un numéro spécifique le 36-24. L'UMP (Urgence Médicale de Paris) assure 44 % des visites annuelles, la GMP (Garde Médicale de Paris) est au service de la régulation, les libéraux et le Samu répondent aux cas très urgents.
- Les effecteurs fixes : Pour les médecins libéraux en cabinet de ville, on a une disparité de la répartition des médecins généralistes 9,4 % sont dans le 15 ème, 6 % dans le 20 ème, 15,9 % dans le 13 ème. Cette disparité est indépendante de la répartition de la population.

- La maison médicale de garde : on a 80 médecins dans les maisons médicales de garde. Elles sont cinq sur Paris, il faut les développer et les faire connaître.
- SOS médecins
- Les urgences médicales : pour les adultes on a un nombre important de passage annuel à Saint Joseph et la Croix Saint Simon. Une grande partie des urgences viennent et ressortent. On a un nombre en progression pour les enfants malades, pour les urgences psychiatriques on a le CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil) de l'APHP et les services d'urgences.

Il existe des particularités comme les urgences psychiatriques à domicile. C'est un travail en cours avec l'ARS et le Samu. On se demande comment un psychotique ou un suicidaire peut être aidé, comment le chercher et l'amener chez le médecin. L'équipement en psychiatrie est bon sauf pour les situations urgentes. Les urgences biologiques et radiologiques sont à développer en ville, pour que les médecins puissent accueillir les situations d'urgences, il faut qu'il y ait la possibilité d'avoir accès à la biologie et à la radiologie comme à l'hôpital.

Les priorités sont donc :

- **informer les patients sur l'offre de soin en cas d'absence de médecin traitant.**
- **faire connaître les maisons médicales de garde.**

Présentation de La PDSA par Mme Catherine GRAATZ

Mme Graatz explique qu'il existe des acteurs importants qui n'ont pas pu être ici aujourd'hui comme la brigade des sapeurs pompiers. Elle nous présente une campagne grand public de l'ARS sur le bon usage des urgences. Le message est de sensibiliser les gens pour qu'ils appellent le 15 avant de se déplacer et informer le public du bon dispositif. C'est un message régional qui se décline au niveau du territoire. Par exemple, sur Paris on retrouve le numéro de la garde médicale, des urgences médicales de Paris et de SOS médecins. Un kit de communication a été distribué dans les centres de soins.

Le point principal à retenir est de communiquer sur le 15 et les autres associations sur Paris (SOS Médecins, la Garde Médicale de Paris, les Urgences Médicales de Paris). Le message régional est de communiquer sur le 15.

Le Dr Parent fait remarquer qu'il serait plus efficace de passer par une campagne TV.

Mme Lefevre interpelle Mme Graatz sur le fait qu'une famille ayant une personne qui a des difficultés psychiatriques va avoir comme réponse d'appeler les pompiers et/ou la police.

Présentation du Dr Jannié « Les urgences vue par le Samu- annexe n°2 »

Les urgences sont organisées depuis longtemps, les structures sont de plus en plus impliquées et on a une évolution dans l'organisation formelle. Leur mission est de faire de l'écoute médicale permanente. L'urgence répond à l'équation, gravité, soins organisés, temps d'accès aux soins et valence sociale. A une époque, les appels au 15 provenaient de la population, des infirmiers, des ambulanciers, etc. Aujourd'hui, dans 80 % des cas, c'est la population qui appelle et dans le 92, 95 % des appels proviennent de la population. Le travail de tri est fait par le Samu. Sur Paris, la population est variable, elle est de deux millions le matin et cinq millions dans la journée. Au centre de régulation, on retrouve 4 à 10 auxiliaires de régulations médicales gérant 600 dossiers médicaux. On

a deux à trois médecins régulateur libéraux durant la permanence des soins. Aujourd'hui, il faudrait une régulation par un médecin généraliste le jour, car la population augmente beaucoup (touristes et travailleurs confondus) mais aussi le samedi matin. Le métier de régulateur du SAMU réclame un bac SMS et une formation, ce sont des agents de catégorie B de la fonction publique. Tout passe par les urgences, il est impossible d'avoir accès à un accueil spécialisé pour les médecins généralistes et les spécialistes, sauf pour le SMUR. L'aval des urgences reste un problème, le tri est problématique. Chez les anglo-saxons les urgences ne sont pas organisées comme en France où on inspecte, palpe, etc. Pour un malade grave, les urgences fonctionnent mieux. 40 % des patients ne passent pas par le 15. On a besoin d'alternative à l'hospitalisation et de possibilité d'admission directe. Le SAMU prend une décision opératoire en l'adressant à la bonne structure. Le SMUR stabilise les patients et leur évolution. Il faudrait que les diagnostics soient assurés par un médecin, avoir une continuité paramédicale et avoir une individualisation budgétaire des urgences. Les maisons médicales de gardes sont sous employées et utilisent des médecins volontaires. Le Samu est en liaison direct avec le CPOA pour traiter les conseils médicaux aux malades psychiatriques. Le Samu social a développé le Samu médico social (qui repose sur le mécénat) pour les patients en grand isolement qui ne sont pas à la rue, mais qui ont une demande médicale et sociale. Si on se présente aujourd'hui avec une insuffisance cardiaque qu'on ressort à 11 h et que l'on n'a pas de médecin, on rappelle le Samu le lundi. On a une forte coordination entre le Samu et l'Hôpital public et une bonne implication des médecins malgré les problèmes d'urgences hospitalières.

En conclusion il faudrait :

- Une forte coordination SAMU – Hôpital
- Une réponse à géométrie variable
- Pour tous une très bonne accessibilité aux soins d'urgence
- Une très forte implication des médecins :
 - Au téléphone à la régulation du 15
 - Sur le terrain en SMUR
 - Pour la PDS généraliste en visite
 - Résoudre la difficulté pour le transport sanitaire de base
 - Résoudre la difficulté pour l'adressage direct des patients intermédiaires
 - Résoudre la difficulté pour les urgences hospitalières

Ce qui améliorerait la qualité de la réponse pour tous et la situation des urgences hospitalières.

Présentation du Dr Parent sur la garde médicale de Paris

On a beaucoup de population avec des demandes diverses et une très mauvaise adaptation de la demande à l'offre ainsi qu'un défaut de communication dans le « comment faire ». Une évolution intéressante pour le numéro 15 serait l'éventualité d'avoir un deuxième numéro d'appel. On aurait un numéro pour les situations de détresse aiguë (le 15) et un autre pour une demande urgente ne relevant pas de la détresse qui serait le 33.

Premier point, il faut optimiser le 15, on compte beaucoup sur les urgentistes mais, la réponse est insuffisante par exemple pour la visite à domicile. Il faut optimiser les moyens pour les cabinets de garde de groupe. Sur le plan démographique les professionnels de santé font défaut, quand on a mis en place les structures actuelles, ce n'était pas la même situation démographique des médecins. Il y a 15 ans il n'y avait pas d'organisation mais, du monde. Aujourd'hui on a une organisation mais pas de monde. Il y a environ 1500 généralistes qui ne sont que généraliste pour cinq millions de personnes. 13 % des actes médicaux d'Ile de France sont réalisés à Paris, des gens de banlieue ont un médecin parisien. Les médecins sont très surchargés, ils sont 42 à la régulation médicale de Paris ce qui est insuffisant.

Deuxième point, la situation démographique est catastrophique. Pour 2011, on a eu 14 installations de médecins généralistes à Paris contre 60 à 70 départs. Le cahier de garde de régulation libéral n'est pas rempli. On a un déficit démographique dans le nord ouest du côté de porte de Clichy et dans le sud ouest où une maison médicale de garde est en création. Un des problèmes que l'on a c'est de trouver des médecins pour cette maison médicale de garde et ne pas concurrencer les autres médecins du territoire.

Troisième point, pour optimiser tout cela, il faut permettre une visibilité du système pour le public mais, aussi pour les médecins. On a énormément de moyens qui existent mais l'essentiel c'est la visibilité. On doit avoir une visibilité de ce qui existe et de ce qui doit être créé. Le 15 doit savoir vers qui diriger quand on a besoin d'un dentiste, d'infirmier, d'une radio.

- **Optimiser les urgences en créant deux numéros distincts : le 15 et le 33**
- **Trouver des médecins et faire connaître les maisons médicales de gardes**
- **Avoir une vision claire du système, de ce qui existe pour pouvoir rediriger les patients vers les bonnes personnes.**

Débat

Le Dr Thomas dit qu'il y a trois départements dont Paris pour lesquels on fait une étude sur les médecins de primo-recours (médecins généraliste, pédiatre, gynécologue) et dans le 18^{ème}, 30 % de ces médecins seront à la retraite dans cinq ans. Ces départs sont dus à la pyramide des âges et aux problèmes de santé. Le Dr Hercot ajoute que le coût de l'installation à Paris est aussi prohibitif. Le Dr Castelain remarque que des médecins de 68-72 ans continuent de travailler et que la moitié des médecins généralistes ne font pas de la médecine et ont développés une activité parallèle. En même temps on voit un *numerus clausus* qui a diminué.

Le Dr Baillargeat dit que le phénomène de la médecine exercée par des médecins à diplômes étrangers ne touche pas encore Paris mais, on commence à en trouver. Le Dr Castelain rappelle que pendant 15 ans les médecins étrangers n'ont pas eu de statut de PH, les médecins étrangers font toutes les gardes disponibles pendant au moins 12 à 15 ans avant d'avoir un statut.

Pour Mme Guignard, un des problèmes est la mauvaise information du public sur la médecine. La situation médicale est peu connue, on ne sait pas quoi faire. Les informations de l'ARS sont insuffisantes, il faudrait passer par un moyen télévisuel. Les politiques ont un rôle à jouer, il faut expliquer aux gens les choses qui existent. 95 % des personnes ne savent pas ce qu'est une maison médicale de garde.

Mme Frija-Masson (représentante des internes) explique que dans les promotions des internes peu vont rester et s'installer en ville. Les internes en biologie et radiologie n'imaginent pas qu'ils pourront participer à la PDSA.

Pour le Dr Parent à l'heure actuelle, 80 % des diplômés de médecine générale sont des femmes, or l'âge des diplômés correspond à l'âge d'avoir des enfants. Leur disponibilité pour la médecine générale ou pour la médecine n'est pas la même, l'installation n'est pas opportune et ne convient pas. Il y a une inadéquation qui était prévue mais que l'université n'a pas vue. La première mission de l'université est d'avoir un corps sanitaire, de créer des outils adaptés. Il aurait fallu avoir un nombre d'étudiants beaucoup plus important.

Intervention du Dr Smadja- Représentant de SOS Médecins

Le Dr Smadja est d'accord avec le fait qu'on avait avant des médecins mais, pas d'organisation, aujourd'hui nous avons une meilleure organisation mais, pas de médecin. Le problème de la démographie médicale est plus aiguë et faire une campagne à la télévision ne va pas régler le problème. Si on considère qu'il y a un problème à Paris il concerne la permanence des soins. La régulation médicale doit être au centre du sujet et doit donner une réponse qui ne doit pas être une réponse dégradée. Quand il y a une demande de soin, les gens n'appellent pas le médecin pour des maladies futiles, et les situations de simples conseils ne sont pas si fréquentes. Si on doit à des propositions, il faut écouter les internes qui sont demandeurs de formations chez les professionnels de la PDSA. Les internes sont bien formés à la médecine d'urgence, à l'hospitalisation mais, pas à la PDSA. Il y a une appréhension car on ne les a pas formés à la spécificité de l'ambulatoire. Il faut donc mettre en place un stage de PDSA pour ceux qui en font une spécialité et améliorer la coordination des acteurs. Le SAMU est très bien organisé, il faut arriver au même niveau pour la médecine de ville. Pour la PDSA, 1500 généralistes sont disponibles, on peut aussi explorer d'autres pistes, comme une plus grande implication des spécialistes et des services spécialisés

Il faut donc :

- **Permettre plus de stage de médecine ambulatoire**
- **Améliorer la coordination des acteurs**
- **Permettre un accès direct aux spécialités**

M. Echardour voudrait revenir sur les chiffres des gens qui travaillent sur Paris il n'est pas de cinq millions. Un autre problème de la ville de Paris, c'est qu'il n'y a pas de presse locale. Le second sujet concerne l'information sur le recours au 15, c'est un changement et une éducation de la population. Le recours au 15 doit se faire pour les situations graves. Aujourd'hui lorsqu'on a une demande de soin, la réponse de la PDSA est d'appeler d'abord le 15. Dans d'autres départements le changement est profond. Pour ce qui est de la démographie médicale, aujourd'hui le numérus clausus n'a pas augmenté pour éviter de saturer les capacités de formation et les capacités physiques d'accueil des étudiants. Il faut aussi faire en sorte de ne pas oublier de revaloriser les médecins généralistes. Il faut un équilibre dans les niveaux de rémunération, les jeunes ne veulent pas s'installer dans les conditions de leurs prédécesseurs.

Pour le Dr Castelain, l'université est très coupable, tout le système est basé sur la débauche non contrôlée d'examen complémentaire, quand on passe l'internat on forme le médecin mais, on ne le forme pas à savoir ce qu'il dépense. Le vers est dans le fruit dès la troisième année de médecine.

Le Dr Tanneau fait remarquer qu'un syndicat d'interne en médecine a enlevé de son nom le mot hospitalier. Ils souhaitent désormais être formés aussi en ville. Il y a beaucoup de résistance pour former les internes en ville, car ils sont bien souvent la cheville ouvrière de l'hôpital.

Présentation de Mme Beer, la permanence des soins dentaires- Annexe 3

La médecine dentaire est vue comme de la bobologie mais, elle peut être une urgence vitale. Dans certains cas, on a besoin d'un acte technique et matériel pour ouvrir comme par exemple pour le syndrome des cavités closes qui nécessite une prise en charge urgente. La permanence des soins dentaires n'est pas tout à fait un copié-collé de la PDSA, les dentistes sont obligés d'y participer. On a 11 volontaires dans leur cabinet sur Paris qui reçoivent entre cinq et dix patients jusqu'en début de soirée. SOS dentaire prend les patients jusqu'à minuit, mais c'est une activité privée de stomatologue. Ce sont donc des médecins et les tarifs ne sont pas opposables. Il y a une prise en charge par les urgences de la Salpêtrière. En 2011 il y a eu 83 000 passages aux urgences dont les urgences dentaires. L'urgence odontologique pédiatrique accueille l'enfant mais, on ne peut pas l'hospitaliser. A la Salpêtrière, 46 % de la population n'est pas parisienne stricto sensu, on en a 80 % qui proviennent du nord du 93. En début de nuit, un établissement privé fait de la prise en charge odontologique et six chirurgiens dentaires de centre de santé vont participer aux urgences odontologiques du début de nuit. En 2012, une convention CNAM a valorisé les astreintes elle n'est envisageable que si l'intervention est véhiculée par le SAMU.

Les enjeux pour l'ARS sont :

- la mise en place d'un accueil en odontologie pédiatrique
- la mise en place territoriale de la régulation médicalisée.

Présentation de Pascal Lambert, VP conseil de l'ordre des infirmiers de Paris.

Les infirmiers sont disponibles 24h/24 et 7j sur 7. Mais il y a un problème d'information, de transmission d'ordonnance. On a une liste d'infirmiers disponible, mais on ne pense pas à demander au patient arrivant aux urgences s'il a déjà un infirmier. Les cabinets d'infirmiers ont des stocks de médicament mais, on ne peut pas leur demander de faire la même chose que les dispensaires. Les infirmiers dépannent souvent les HAD qui n'ont pas le personnel le week end. Sur le terrain, les infirmiers répondent plus aux questions liées à la continuité des soins et sont disponibles même si elles sont en majorité des femmes ! Il existe une méconnaissance du travail des infirmiers libéraux. Pour faire face à cela on fait des journées d'installation URPS. On a aujourd'hui une fuite des infirmiers hospitaliers vers le secteur. L'avenir sera peut être dans les consultations gériatriques infirmières qui existent afin d'éviter la ré-hospitalisation. On s'oriente vers les maisons de santé pluri professionnelle et on incite d'autres collègues à faire les mêmes démarches.

Le Dr Tanneau demande combien est la rémunération pour cette consultation gériatrique infirmière ? Monsieur Lambert répond qu'elle est de 50 € et est assurée par l'enveloppe MIGAC (Mission d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation), car il n'y a pas de reconnaissance de cet acte pour l'instant. Ce prix est dû au fait que l'infirmier possède un master.

Pour le Dr Parent au niveau des infirmiers, des dentistes et des structures existantes, le Samu n'a pas d'information. Par exemple, pour la fin de vie à domicile on a au moins quatre réseaux parlant de fin

de vie. Avec une base de données accessible les régulateurs pourraient prendre des décisions de façon plus rapide, mais il nous manque cette base de données.

Présentation de M. Scheis

Il existe dix pharmacies de garde la nuit sur Paris qui est partagé en six zones. En journée, on a une couverture optimale d'une pharmacie pour 17 000 personnes (contre 35 000 au niveau national). Des discussions sont en cours pour diminuer le nombre de pharmacie à 80. Les gardes se basent sur le volontariat et l'accessibilité simple. Au niveau de l'information, l'officine est un endroit d'accès facile. Des applications internet ont été développées comme « Mon Pharmacien »...

Débat :

Le Dr Hercot dit qu'on risque une surcharge du 15 en faisant sa promotion et que l'idée des deux numéros est intéressante. Le Dr Parent est favorable à ces deux numéros distincts, car 90 % des patients distinguent les choses. Dans les situations d'urgences, les patients ne se trompent qu'une fois sur dix. Pour le Dr Smadja si on doit appeler le 15 on va devoir faire face à l'encombrement. Le numéro distinct ne répond pas à la question.

Le Pr Crikx fait remarquer que les déplacements à domicile sont devenus peu fréquents. Le Dr Tanneau fait remarquer qu'un gériatre a essayé de répondre à ce problème. Mme Delarochelambert évoque le travail fait dans les 9^{ème}, 10^{ème} arrondissements sur le parcours de santé des personnes âgées sur Paris. M. Leroy évoque un projet sélectionné sur la réponse aux urgences des EHPAD.

Mme Lefevre évoque la question du parcours de santé de la personne malade psychique. Monsieur Loup explique que l'on sait peu de choses à ce sujet. Le Dr Parent explique que la réponse pour un malade psychiatrique sera une réponse militaire on appellera les pompiers ou la police.

Monsieur Codet explique le problème spécifique et très parisien rencontré au niveau respiratoire sur l'expectoration accélérée sur les bébés. La problématique d'affluence massive a été résolue grâce au panneau de la ville de Paris expliquant qu'il n'était pas nécessaire de se précipiter aux urgences. Les numéros laissés sur ces pancartes correspondaient à ceux des praticiens kinésithérapeutes.

Conclusion générale :

Il y a trois domaines d'actions :

1 : L'information de la population sur le 15 (au risque de l'engorger), sur les dispositifs (maisons médicale de garde), les pharmacies (information à caractère périphérique), et l'information sur les ressources existantes et leurs disponibilités directes.

2 : la formation et l'apprentissage des soins ambulatoires

3 : mieux développer la prise en charge non programmée des personnes ayant des problèmes psychiatriques et des personnes âgées

Sujet 2 : « Le projet de schéma de démocratie sanitaire »

Présentation de M. Mettauer – Directeur du pôle de démocratie sanitaire – ARS Ile de France- Annexe n°4

Pour le Dr Tanneau la limite de la démocratie sanitaire est la capacité de l'ars à contractualiser, elle n'a pas pris les professionnels libéraux en compte.

M. Mettauier et Mme Lefevre évoquent les psychoms qui sont aussi partenaires de la construction de l'information en santé et ou chacun apportera sa contribution. Mme Lefevre explique qu'on ne retrouve que les structures médicaux-psychologiques et le Dr Tanneau explique qu' ¼ des spécialistes sur Paris sont psychiatres.

M. Avanturier (du cabinet Leguen) explique que la non présence des élus à la Conférence des Territoires n'est pas dû à une question d'intérêt mais, aussi d'emploi du temps. Le cabinet travaille sur le renouvellement du collège des représentants, avec une difficulté réglementaire le conseil général est le conseil de Paris. Il est prévu de régler la situation dès la prochaine réunion. Mme Lefevre demande à ce qu'on ait des représentants de la santé dans les arrondissements. Pour le Dr Cacot, la Conférence boite sans les élus et ceci renforce une problématique de positionnement de la conférence de santé. Le malaise est plus structurel que conjoncturel ! Pour Monsieur Echardour, dans les pays qui n'ont pas problème de décentralisation et qui sont territorialisés, les élus sont présents et responsables. En France, aucun parti politique n'a prévu de confier les responsabilités de santé aux élus locaux. Il ne faut pas s'étonner de leur non présence, on n'a pas d'élus en nombre, car la santé n'est pas de leur champ de compétences. Le Dr Cacot fait remarquer que l'absence de pouvoir de décision sur les questions travaillées en Conférence est partagée par tous les membres de la Conférence.

Pour Mme Lefevre l'idée de l'ARS était d'élargir le sanitaire au médico social. Il est donc indispensable que sur le terrain la politique de santé soit présente, car elle implique le médico social, il faut faire en sorte qu'ils s'écoulent et co-existent. Il faut un état des lieux et de la coordination pour faire en sorte que les usagers aient un parcours de santé. La question de sa participation se pose après deux ans de Conférence. Les schémas successifs sont très saucissonnés et maintenant on passe au schéma de démocratie sanitaire. La CRSA recrée des commissions, il n'y a pas d'avance, ni de retour sur ce qui est fait en haut ou on bas. M. Mettauier explique que la réglementation impose le PRS pour cinq ans, en 3 ans les agences se sont mises en place avec les Conférences. Les CT servent aussi à ce que les acteurs du territoire se connaissent, elles permettent de débattre d'autres sujets. Ainsi, il n'est pas sûr que une question telle que la PDS aurait été présentée à l'époque de la Conférence Sanitaire.

Pour Mme Lefevre les urgences psychiatriques sont un sujet qui fait peur et qui n'a pas été évoqué. Pour M. Echardour la question psychiatrique est à explorer mais on ne sait pas très bien comment faire et qu'elle doit être le message.

Monsieur Codet est inquiet et fait part du climat de suspicion entourant les professionnels de santé. Lors d'une bavure policière ou de la justice leur ministre monte au créneau pour le défendre, tandis qu'en médecine le doute porte sur le médecin.

Pour le Dr Cacot, ce débat sur la démocratie sanitaire reprend une question fondamentale pour les conférences de territoires. Les présidents de conférence ont rédigés une lettre demandant par exemple quelles réponses ont été apportées à leurs propositions par l'ARS. Apparemment le retour ne s'est pas fait. M. Sachet a proposé que l'on parle de charte et non pas de schéma. Les membres de la Conférence sont invités par le Président à adresser au bureau leurs propositions pour ce texte, propositions qui seront votées à la prochaine réunion.