

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE DE PARIS

REUNION DU VENDREDI 6 OCTOBRE 2017

9h00 – 12h00

Hôtel de Ville

5, rue Lobau – 75004 PARIS

COMPTE-RENDU

Membres excusés :

- Dr Mady DENANTES – FEMASIF
- Brigitte HUON/Françoise BUISSON – France Alzheimer
- Yves FERRARINI – Actions traitement VIH
- Alain BEAUPIN - FNCS (Centres de santé)
- Dr Christophe BAUDOUIN (CHNO 15-20) et sa suppléante Dr MSELLATI (Centre hospitalier Maison Blanche) - FHF
- Pierre MARTIN – FEHAP

1) Approbation du compte-rendu de la réunion du 30 juin 2017

Le compte-rendu du 30 juin 2017 est adopté à l'unanimité.

2) Présentation du projet de Contrat local de santé de Paris

M. ECHARDOUR, Délégué départemental de Paris, présente le projet de contrat local de santé en cours d'élaboration et invite les participants qui le souhaitent à se joindre à la Ville de Paris et à l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour terminer le projet ensemble. La contribution du Conseil territorial est par ailleurs à définir.

La création des contrats locaux de santé (CLS) a coïncidé avec la création des ARS en 2010. Le but du législateur était de donner la possibilité aux collectivités territoriales de contractualiser avec l'ARS et d'autres partenaires (Département, etc) et de travailler ensemble sur des thématiques de santé dont les objectifs auraient été définis conjointement.

Le choix a été fait en Ile-de-France de spécialiser les contrats sur des sujets ayant trait à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et de cibler, selon des critères définis, les collectivités territoriales ayant des difficultés sociales et donc considérées comme prioritaires.

A Paris, l'esprit du législateur a été conservé en choisissant de n'y faire figurer que certains sujets autour de la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Concernant les modalités de travail avec le CTS sur la poursuite des travaux d'élaboration du contrat local de santé, une première hypothèse serait d'associer un

petit noyau dur de membres que cela intéresse et une deuxième d'associer le bureau du CTS.

Les interlocuteurs privilégiés pour la Délégation de Paris de l'ARS sont le Dr Corinne CHOURAQUI et Mme Alice PUECH-PECOT du Pôle Prévention et promotion de la santé ; et pour la Ville de Paris, M. Arnaud GAUTIER et Dr Muriel PRUDHOMME.

Cf. présentation en annexe

Questions/remarques :

Mme MARGUERON, représentant l'Association de Réadaptation et de Défense des devenus-sourds, demande si le terme de « personnes vulnérables » englobe les personnes handicapées et si oui, à quel taux de handicap, et les personnes âgées.

M. ECHARDOUR répond que ce terme de « vulnérable » désigne un certain nombre de populations qui seules et par elles-mêmes ont des difficultés à accéder aux soins : les personnes dont la situation sociale est dégradée, les jeunes qui n'ont pas la totale capacité de décider de leurs propres actions, les personnes handicapées, les personnes âgées dont la perte d'autonomie est avérée, les personnes ayant des maladies graves. Il n'y a pas de critère absolu qui permette une exhaustivité de la liste mais les grandes catégories de personnes que cela vise sont connues.

Mme LACONDE, représentant le Samusocial de Paris, pense qu'il faudrait également associer la Préfecture de Police qui a des compétences sur certains sujets (drogues, migrants).

Elle souhaite ensuite avoir des précisions sur l'articulation entre les 3 axes décrits : elle prend pour exemple la santé mentale qui est citée dans le premier axe mais qui n'apparaît pas dans le second qui fait pourtant un focus sur les personnes vulnérables qui peuvent être concernées par cette problématique (sans domicile fixe, migrants etc).

Sur la question de l'accès aux droits et aux soins, elle souhaiterait que la notion « d'aller vers », c'est-à-dire le déplacement vers ces personnes vulnérables, garantissant selon elle un accès effectif aux soins, soit inscrit dans les fiches-actions qui découleront des axes.

Elle s'inquiète que les dispositifs d'accès aux soins et d'observation mis en place ces derniers mois pour les migrants primo-arrivants (pôle de santé dans le cadre du centre de premier accueil (CPA)) puissent être « détricotés » dans les prochains mois en ne tenant plus compte du versant sanitaire de ces centres : les travaux du contrat local de santé sont donc l'occasion de réaffirmer l'importance de ces dispositifs et l'importance de ne pas les amoindrir.

Le Dr PEQUART, représentant la Fédération Addictions et Présidente, pense que ce sujet devrait faire l'objet d'un prochain Conseil territorial.

Le Dr VIATEAU, représentant l'UNAFAM Paris, partage le point de vue de Mme LACONDE quant à la question de la santé mentale traitée dans l'axe 1. Celle-ci devrait être abordée dans le deuxième axe car des « interventions sont nécessaires pour garantir des parcours de soins accessibles et sans rupture aux personnes vulnérables » (cf. référentiel ARS des CLS de 2016).

M. ECHARDOUR répond d'une part, que les travaux du CLS ne sont pas reproduits exhaustivement et d'autre part que celui-ci n'a pas vocation à être un catalogue des actions menées par l'ARS et la Ville de Paris. Elles ont donc dû être sélectives dans les thématiques prioritaires à retenir, ce qui ne signifie pas que la santé mentale n'y figurera pas.

Mme PUECH-PECOT ajoute qu'à Paris des Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ont été mis en place afin de répondre aux recommandations du référentiel avant que le CLS ne soit élaboré. L'axe 2 doit peut-être effectivement être revu pour tenir compte de cette situation particulière.

M. BASTIDE précise que tous les partenaires du CLS ne sont pas cités dans la présentation car leur champ d'intervention ne couvre pas l'entièreté des axes du CLS mais qu'un travail de partenariat sera mené avec eux sur les thématiques qui les concernent.

M. DESCHAMPS évoque la question de la mise en œuvre du suivi du CLS car il pense que le CLS est un document d'action et non de diagnostic comme le Plan régional de santé.

M. ECHARDOUR n'a pas de réponse complète à apporter sur ce point qui nécessite une réflexion de tous les partenaires dans les mois à venir.

M. BASTIDE rassure M. PERROT, représentant le C.L.C.V, association de défense des consommateurs et usagers, sur le fait que les acteurs associatifs auront toute capacité d'action et de dialogue au sein du CTS un fois le contrat local de santé mis en œuvre et les modalités de suivi de ce contrat définies.

Mme HAUSHERR, représentant les services de Protection maternelle et infantile (PMI), demande comment vont se coordonner les Conseils locaux de santé mis en place dans certains arrondissements avec le Conseil territorial de santé.

M. ECHARDOUR pense que c'est au Conseil territorial d'ouvrir le débat sur les modalités de coordination directement avec ces instances de démocratie locale en santé (conseil local de santé, conseil local de santé mentale) ; l'ARS pouvant accompagner cette démarche si besoin.

M. MOREAU, représentant les établissements sociaux et médico-sociaux au titre des personnes âgées pour la FEHAP, demande comment il est possible de consulter les fiches-action et s'il en existe pour le secteur des personnes âgées. Il demande également si des moyens financiers sont alloués pour la mise en place des actions.

M. ECHARDOUR répond que celles-ci sont en cours d'élaboration plus ou moins avancé, qu'elles peuvent être transmises aux personnes intéressées selon des modalités pratiques à définir et qu'il n'y a pas d'enveloppe spécifique mobilisée pour la mise en œuvre du contrat local de santé, à part celles qui sont déjà affectées d'ordinaire à ces actions.

M. GAUTIER ajoute qu'une fiche « personnes âgées » n'existe pas actuellement mais indique que la liste des thèmes présents dans chaque axe n'étant pas

totalelement figée, il est probable que cette dimension soit travaillée prochainement avec la CPAM et la Préfecture.

Concernant les modalités de travail, le Dr PEQUART et M. DESCHAMPS proposent qu'à partir des thématiques des fiches-action qui leur seront transmises, soient organisées des réunions de bureau élargies qui pourraient aboutir sur des propositions.

M. BASTIDE pense qu'il est prioritaire de réfléchir aux modalités de retour et d'enrichissement des fiches action par le Conseil territorial.

3) Point information sur la campagne « Moi(s) sans tabac » de novembre 2017

M. DESCHAMPS, du Comité parisien de la Ligue contre le cancer, dresse un bilan de l'édition 2016 et présente le dispositif 2017 aux participants (*cf. présentation en annexe*).

4) Les nouveaux médicaments listés, non remboursés et conséquences de ces mesures sur la santé des patients

La présidente introduit le sujet des médicaments soumis à prescription médicale au cours de l'été 2017 alors qu'ils étaient en vente libre auparavant. Impacts et rôle du pharmacien.

Intervention du Dr Martial FRAYSSE – Président du Conseil Régional de l'Ordre des pharmaciens d'Ile-de-France

Le Dr FRAYSSE explique le phénomène du « Purple drank » (nom donné au mélange de sirops à base de codéine et de prométhazine associés à un soda). Ce mélange est parfois utilisé comme alternative à l'alcool, ou utilisé avec.

L'ordre national des pharmaciens a mis en garde contre la délivrance de ces médicaments car le mésusage de ces substances, notamment par les adolescents et jeunes adultes, peut conduire à une dépendance, à de graves problèmes de santé (perte de concentration, perte de mémoire, problèmes neurologiques...) et mettre en danger leur vie (1 décès en octobre 2016, 1 décès en janvier 2017).

Il dénonce l'absence de réaction du Ministère de la Santé suite aux parutions d'articles alertant sur ce phénomène dans les médias (RTL, Le Parisien etc). Pour lui, on ne prévient, ni on ne protège nos jeunes.

L'arrêté ministériel du 12 juillet 2017 portant modification des exonérations à la réglementation des substances vénéneuses et notamment la codéine, a eu pour effet de soumettre les médicaments à base d'un de ces principes actifs, à prescription médicale.

Il cite le cas d'un de ses clients qui prenait habituellement sans ordonnance du sirop Néocodion contenant de la codéine et qui, ne pouvant plus en acheter sans

prescription médicale, s'est tourné vers un médicament antalgique puissant apparenté à la morphine en vente libre (Durogésic).

Ces substances de synthèse 10 000 fois plus puissantes que la morphine créent des dépendances fortes et des effets pouvant être graves, mais ne figurent pas tout de suite sur la liste des substances stupéfiantes car fabriquées à partir de produits chimiques nouveaux et innovants.

Il pense que le problème a été simplement déplacé car certains médicaments pouvant servir au « Purple drank » restent en vente libre (ex : sirop Phenergan) alors que les pharmaciens ne savent plus quelle réponse apporter à des personnes qui prenaient de la codéine à petite dose pour soigner des rages de dents ou des toux sèches.

Le pharmacien devrait pouvoir prescrire et conseiller mais sur quelque chose qui soit tracée pour la personne (ex : dossier pharmaceutique). Le médicament doit être vendu pour son indication. Le rôle des pharmaciens est de protéger. Il faut pouvoir répondre à des besoins réels des patients, suivis et dont la situation est connue par le pharmacien.

Il cite le cas du Baclofène, indiqué dans le traitement de la dépendance à l'alcool, pour lequel il n'y a pas eu non plus de concertation quand l'Agence Nationale de Sécurité du médicament (ANSM) a décidé d'abaisser cet été la dose de recommandation temporaire d'utilisation (RTU) de 300 mg maximum par jour à 80mg.

Questions/remarques :

Mme GAUDET, représentant les réseaux de santé, demande si des actions de prévention ont été engagées pour informer et sensibiliser l'Education nationale et les parents à ces pratiques et à ces nouvelles drogues.

Le Dr FRAYSSE déplore que sur des sujets de société compliqués, on soit un peu dans la nébulosité. Il fait passer le Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) de l'hôpital Fernand Widal dans les lycées mais aucun proviseur, à part ceux concernés, ne connaît ce dispositif.

Il pense qu'il y a un problème sur le manque d'information de la part de ceux qui peuvent aider, dans les écoles notamment, mais qui n'ont pas forcément d'outils pour enrayer les comportements délétères influencés par Internet et des parents qui refusent de voir le problème quand leurs enfants leur demandent de l'argent pour acheter des boissons alcoolisées.

Le Dr PEQUART pense qu'il n'y a pas de réelle politique de prévention en France, sur les addictions en tout cas. Les moyens alloués à la prévention sont très difficiles à trouver. Elle milite pour des politiques de réduction des risques, notamment en matière de prévention primaire (vigilance, repérage des situations à risque). Elle pense que les consommations d'alcool peuvent être accompagnées dans une démarche de réduction des risques et de prévention du pire (notamment dans les

fêtes étudiantes, où à défaut d'empêcher les étudiants de boire, on demande à leurs amis de les empêcher de prendre le volant, d'être vigilants et d'alerter si nécessaire).

Sur la question de la codéine, elle ajoute que l'arrêté pris mi-juillet a mis les gens en difficulté en niant le rôle de la codéine en tant que variable d'ajustement et fonction de régulation des dépendances qu'elle a eu pendant longtemps avant l'arrivée des traitements de substitution aux opiacées dans les années 1990 (Subutex, méthadone). Cela a servi le marché parallèle et mis beaucoup de gens en difficulté, notamment du côté des professionnels qui n'ont pas été préparés à recevoir et à bien accompagner cliniquement les personnes ayant des soucis avec les codéinés. L'absence de concertation et d'anticipation des effets a été dans ce sens très dommageable.

Les participants s'accordent pour dire que les moyens de prévention sont insuffisants et les professionnels peu accompagnés et soutenus.

5) Dates des prochaines réunions

La prochaine réunion du Conseil territorial de santé est fixée au **vendredi 19 janvier 2018 de 9h à 12h**.

6) Questions diverses

Pas de question diverse.