

Compte-rendu du Conseil Territorial de Santé du mercredi 4 février 2026

Projets de politiques territoriales - Un an d'actions du nouveau fonds territorialisé de l'ARS Île-de-France

Sommaire du compte rendu et liens internes au document

- I. Introduction du président du Conseil Territorial de Santé de Paris ([lien](#))
- II. Point d'actualité par Madame Esther LEPAICHEUX, directrice adjointe de la Délégation départementale de Paris de l'ARS Île-de-France ([lien](#))
- III. Projets de politiques territoriales - Un an d'actions du nouveau fonds territorialisé de l'ARS Île-de-France ([lien](#))

Table ronde 1 : Comment désengorger les urgences et améliorer la prise en charge des soins non programmés ? ([lien](#))

- « Expérimentation de garde d'interne de psychiatrie », par le docteur Romain SICOT, psychiatre et responsable de l'unité de liaison et d'urgences psychiatriques et addictologiques à l'hôpital Lariboisière ([lien](#))
- « Expérimentation des visites à domicile des infirmiers par sollicitations des médecins régulateurs des soins non programmés », par Monsieur Loïc LE BEVER, chef de projet SAS de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires à Paris ([lien](#))
- « Expérimentation CPTS Paris 12 / Service d'accueil des urgences de l'hôpital Trousseau », par le docteur Jean-Luc THOMAS, président de la CPTS 12 ([lien](#))

Table ronde 2 : Comment mieux accompagner les personnes en grande précarité vers le soin et le logement ? ([lien](#))

- « Le médiateur santé, pivot de l'accompagnement de la rue au logement », par Madame Samira EL ALAOUI, directrice de l'Association des Enfants du Canal ([lien](#))
- « La médiation en santé et en santé mentale pour le public sinophone », par Madame Camille DORIN, directrice des activités médico-sociales et de santé communautaire de l'Association ARCAT ([lien](#))
- « L'équipe mobile Diogène », par Monsieur Nassir SOUAKRI, chef de service et Madame Sarah BOISSEL, travailleuse sociale de l'équipe mobile Diogène de la Fondation Maison des Champs ([lien](#))

Table ronde 3 : Comment renforcer le pouvoir d'agir et dépasser les freins à la prévention aussi bien des professionnels de santé que des publics concernés ? ([lien](#))

- « Projet de vaccination contre la grippe en EHPAD », par le docteur Aurora LAHLOU, conseillère médicale à la sous-direction de l'Autonomie de la Direction des Solidarités de la Ville de Paris et Madame Daryane TELON, cheffe de projets prévention, promotion de la santé, formation de l'Association GEROND'IF ([lien](#))
- « Prévention et mobilisation autour du saturnisme infantile à Paris », par Madame Morgan PINOTEAU, chargée de projets de l'Association des familles victimes du saturnisme ([lien](#))
- « Renforcer le pouvoir d'agir des jeunes Parisiens, 8-25 ans - Les compétences psychosociales au cœur d'une démarche d'éducation par les pairs - 2025-2026 », par Madame Sarah GUEZ, chargée de projets en éducation pour la santé au Comité Départemental d'Éducation pour la Santé 93 ([lien](#))

I. Introduction du président du Conseil Territorial de Santé de Paris

Monsieur le président remercie l'ensemble des participants pour leur présence à cette séance du Conseil Territorial de Santé de Paris, consacrée aux projets de politiques territoriales de santé à Paris.

Il rappelle que le Projet Régional de Santé 2023-2028 s'inscrit dans la continuité d'une dynamique de co-construction entre l'ARS et les acteurs du territoire, visant à améliorer l'accès aux soins pour l'ensemble de la population parisienne.

Cette mobilisation repose notamment sur le développement de projets de santé de proximité, visant à réduire les disparités territoriales, à renforcer l'offre de soins de premier recours et à limiter le recours tardif aux services d'urgences.

Le président souligne enfin l'importance d'une concertation étroite entre l'ensemble des acteurs et propose que les échanges de cette séance s'organisent autour de trois tables rondes : urgences, prévention et précarité.

II. Point d'actualité par Madame Esther LEPAICHEUX, directrice adjointe de la Délégation départementale de Paris de l'ARS Île-de-France

La directrice adjointe de la Délégation rappelle que depuis l'élaboration du PRS 2023-2028, l'ARS Île-de-France est engagée dans une stratégie de co-construction des politiques de santé régionale et de leur déclinaison au niveau des territoires.

En 2025, cette dynamique s'est concrétisée par la territorialisation d'une partie du Fonds d'intervention régional (FIR) et donc l'attribution d'une enveloppe d'un million d'euros à chaque délégation départementale de l'ARS Île-de-France. Cette évolution illustre une volonté forte de donner davantage de pouvoir d'action et de décision aux territoires afin de répondre aux besoins spécifiques identifiés sur le terrain.

Ce fonds territorialisé a permis de soutenir des projets innovants qui ne trouvaient pas nécessairement leur place dans les cadres de financement existants.

Un an plus tard, ce CTS est donc un moment clé d'échanges pour valoriser les initiatives des porteurs de projet et alimenter la réflexion collective au service des besoins de santé des Parisiennes et Parisiens

III. Projets de politiques territoriales - Un an d'actions du nouveau fonds territorialisé de l'ARS Île-de-France

Table ronde 1 : Comment désengorger les urgences et améliorer la prise en charge des soins non programmés ?

Animatrice de la table ronde : Madame Emmanuelle QUILLET, membre du Bureau du CTS et directrice de la maison médicale Jeanne Garnier

Madame QUILLET a introduit cette table ronde consacrée aux urgences et à l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés en rappelant qu'il s'agissait d'un enjeu particulièrement prégnant, notamment en période hivernale. Elle a souligné que la pression sur les services d'urgences s'était intensifiée d'année en année, au-delà des seuls pics saisonniers, traduisant une problématique structurelle. Elle a enfin rappelé que le recours aux urgences restait un réflexe fréquent, y compris pour des situations relevant des soins non programmés.

Cette table ronde a mis en lumière trois expérimentations financées par le fonds territorialisé, visant à améliorer la régulation des soins non programmés, dans une logique de partenariat étroit entre l'hôpital et la médecine de ville, avec des réponses organisationnelles concrètes.

« Expérimentation de garde d'interne de psychiatrie », par le docteur Romain SICOT, psychiatre et responsable de l'unité de liaison et d'urgences psychiatriques et addictologiques à l'hôpital Lariboisière

Après avoir présenté le contexte et l'évolution de l'activité de psychiatrie d'urgence au sein de l'hôpital Lariboisière, le docteur SICOT a présenté le bilan de l'expérimentation de garde d'internes de psychiatrie à l'hôpital Lariboisière qui a eu lieu lors des Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024 (du 1^{er} juillet au 31 août) afin d'éviter le débordement des patients psychiatriques sur les espaces somatiques puisque l'on savait qu'il y aurait une grosse augmentation de l'activité d'urgence liée aux JOP. Le projet financé par le fonds territorialisé de la Délégation de Paris en 2025 permet en effet de poursuivre l'expérimentation de 2024.

Un interne était donc mobilisé la nuit, dans le cadre d'une garde seniorisée. 50 % des plages de garde ont été complétées, mobilisant 10 internes. La présence d'internes a contribué à l'augmentation de la file active et il y a eu une augmentation de l'activité de la psychiatrie.

La présence d'internes lors des gardes permet de réduire la stagnation des patients psychiatriques, avec une diminution de 12 % du nombre de patients encore présents le lendemain matin et de 20 % de ceux toujours aux urgences après 48 heures.

Il a également été constaté que la mise en place des gardes avec internes permettait de réduire de 30 minutes le délai de prise en charge. Concernant la durée moyenne de séjour aux urgences, qui s'élevait globalement à une vingtaine d'heures, celle-ci a diminué de quatre heures grâce à la présence des internes. À ce jour, 90 % des plages de garde ont été pourvues, mobilisant 27 internes.

D'un point de vue qualitatif, les internes soulignent la formation qu'ils reçoivent, se sentant en sécurité. Les psychiatres seniors rapportent également un sentiment accru de sécurité grâce à la présence des internes, dans un contexte marqué par des tensions durables en psychiatrie d'urgence.

« Expérimentation des visites à domicile des infirmiers par sollicitations des médecins régulateurs des soins non programmés », par Monsieur Loïc LE BEVER, chef de projet SAS de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires à Paris

Monsieur Loïc LE BEVER a présenté une expérimentation innovante visant à mobiliser les infirmiers libéraux à la demande des médecins régulateurs, afin de favoriser le maintien à domicile des patients et de prévenir les passages évitables aux urgences.

En effet, à Paris, le SAMU est confronté à un besoin important d'effecteurs mobiles, notamment en raison du nombre élevé de personnes âgées ne pouvant se déplacer, le maintien à domicile étant donc privilégié. Les besoins des patients sollicitant le SAMU sont variés et la visite à domicile ne nécessite pas forcément un médecin (pour un changement de pansement, une sonde, etc.).

La demande parisienne de visites à domicile étant parfois infructueuse, certains patients sont orientés vers l'hôpital faute de solution alternative. L'expérimentation repose donc sur la mobilisation d'infirmiers libéraux susceptibles d'intervenir à domicile pour ce type de situations.

Le dispositif s'appuie sur l'outil Santélien, qui permet l'organisation d'un système d'appel d'offres auprès des infirmiers. Les professionnels s'inscrivent dans l'expérimentation et sont ensuite intégrés dans un groupe SantéLien, via lequel ils peuvent être sollicités à la demande des médecins régulateurs.

Deux grands types d'interventions ont lieu :

- Des demandes de soins (pansements, sondes urinaires, lavements, injections, etc.) ;
- Des levées de doutes, lorsque le médecin est au téléphone avec un patient et que le patient n'arrive pas forcément à répondre correctement aux questions que lui pose le médecin. L'infirmier peut aller chez le patient pour prendre ses constantes, ce qui permettra au médecin de prendre la meilleure décision sur un maintien à domicile ou un envoi aux urgences si cela le nécessite.

Les médecins peuvent établir des prescriptions transmises directement aux infirmiers afin de permettre une intervention rapide auprès des patients. Les OSNP (opérateurs des soins non programmés), qui assistent les médecins régulateurs, assurent la coordination du dispositif : récupération de la prescription via Santélien, transmission à l'infirmier, attribution de la mission, recueil des données après intervention et information du médecin régulateur.

Cette expérimentation a commencé le 1^{er} novembre 2025, et aujourd'hui, il y a déjà eu 30 demandes de prescription pour lesquelles 8 demandes ont été traitées par les infirmiers. 34 infirmiers sont mobilisés sur l'ensemble du territoire parisien. Ces trois premiers mois ont permis de voir ce qui fonctionnait et ce qu'il fallait améliorer. On constate que les changements de pansements sont les interventions les plus fréquentes, suivis des lavements.

« Expérimentation CPTS Paris 12 / Service d'accueil des urgences de l'hôpital Trousseau », par le docteur Jean-Luc THOMAS, président de la CPTS 12

Le docteur Jean-Luc THOMAS a présenté l'expérimentation conduite entre la CPTS Paris 12 et le service d'accueil des urgences de l'hôpital Trousseau, illustrant une coopération renforcée entre médecine de ville et hôpital au service de la fluidification des parcours.

En effet, dans le cadre de ce projet, il s'agissait, à la demande de l'hôpital Trousseau, d'identifier les modalités selon lesquelles la CPTS pouvait contribuer au portage d'un projet, tout en respectant son rôle de coordination territoriale, une CPTS n'ayant pas vocation à dispenser directement des soins.

L'objectif était d'organiser une prise en charge permettant de réduire les délais d'attente aux urgences. Depuis novembre, 17 médecins libéraux participent au tour de garde de l'hôpital Trousseau. Il s'agissait d'identifier les créneaux durant lesquels l'intervention de médecins libéraux pouvait soulager au mieux les équipes hospitalières, notamment les samedis après-midi, les dimanches, les lundis soirs ainsi que les soirées en période de forte circulation épidémique.

Chiffres clés :

- 360 patients ont été pris en charge aux urgences en novembre-décembre
- 62 ont été pris en charge depuis début janvier
- 56 % de ces patients bénéficient de la CMU ou de l'AME

Circuit du patient : à l'arrivée aux urgences, le patient est pris en charge par l'infirmière d'orientation, qui réalise une première évaluation (prise de constantes, etc.) et vérifie l'absence d'urgence vitale. Lorsque la situation le permet, il est proposé d'orienter l'enfant vers le circuit de permanence libérale, afin de réduire les délais d'attente.

Echanges avec les membres du CTS

Il a ensuite été demandé aux intervenants ce que le fonds territorialisé avait concrètement financé dans le cadre des trois expérimentations.

Le docteur THOMAS a indiqué que le fonds avait permis d'assurer la coordination du projet. Le docteur Sicot a précisé que le fonds avait couvert environ les trois quarts de l'enveloppe annuelle dédiée aux gardes d'internes. Monsieur LE BEVER a, pour sa part, expliqué que le financement avait permis de majorer les interventions infirmières : une majoration de 10 euros pour les soins et de 23 euros pour les levées de doute.

Le directeur de la Délégation de Paris de l'ARS Île-de-France a rappelé qu'au-delà de l'enjeu financier, il existe un véritable enjeu de coordination entre les institutions – hôpitaux, CPTS, CPAM, ARS – afin de répondre de manière cohérente aux besoins identifiés sur le terrain. Il a souligné que les modalités de mise en œuvre restent volontairement simples, avec la signature d'une convention entre l'ARS et le porteur de projet, sans élaboration d'un cahier des charges formalisé.

Il a toutefois précisé que le fonds territorialisé n'a pas vocation à être pérenne. Il s'agit avant tout d'un levier d'expérimentation : tester des initiatives, en évaluer l'utilité et l'impact, puis décider de leur éventuelle reconduction si elles s'avèrent pertinentes, et sous réserve du maintien de l'enveloppe budgétaire l'année suivante.

Une question a ensuite été posée concernant le projet de visite à domicile, et plus spécifiquement concernant l'utilisation du chat Santélien et la possibilité de conserver une trace des échanges dans le dossier de coordination partagée, afin de faciliter le lien avec les différents acteurs du cercle de soins.

Monsieur LE BEVER a précisé que, pour le moment, le chat est utilisé uniquement pour formuler des demandes. Il a toutefois indiqué qu'un autre projet est en préparation, cette fois avec les M2A-DAC (Maisons des aînés et des aidants - Dispositif d'appui à la coordination), qui prévoit des échanges entre le SAMU et les M2A-DAC, avec un complément du dossier patient afin d'améliorer la coordination.

Table ronde 2 : Comment mieux accompagner les personnes en grande précarité vers le soin et le logement ?

Animatrice de la table ronde : Madame Vanessa BENOIT, membre du Bureau du CTS et directrice générale du Samusocial de Paris

Madame BENOIT a introduit la table ronde en rappelant que le lien entre précarité et dégradation de l'état de santé était étroit. Elle a souligné que plus une personne se trouvait en situation d'instabilité résidentielle, plus son état de santé avait tendance à se fragiliser, et qu'à l'inverse un mauvais état de santé rendait plus difficile la sortie de la rue.

Elle a indiqué que, malgré l'existence de nombreuses ressources à Paris en matière de santé et d'accompagnement, celles-ci n'étaient pas toujours accessibles aux personnes concernées, en raison de barrières concrètes (distance, complexité des démarches, horaires) ou d'un sentiment de non-légitimité. Elle a conclu que ces constats justifiaient pleinement le recours aux dispositifs de médiation en santé.

Elle a également rappelé que l'accès aux soins et aux droits supposait une information adaptée aux personnes concernées, afin qu'elles puissent la comprendre, se l'approprier et identifier en quoi elle les concernait directement. Elle a précisé que cette démarche ne pouvait s'inscrire que dans le cadre d'une relation de confiance et d'un travail de proximité avec les acteurs de terrain. Elle a souligné que ces dynamiques se construisaient le plus souvent à une échelle très locale, impliquant un dialogue étroit entre professionnels. C'est dans cette perspective que quatre intervenants ont été réunis afin de présenter trois projets complémentaires.

Des questions introductives ont ensuite été posées à l'ensemble des intervenants : en quoi leurs projets relevaient-ils d'une démarche d'aller-vers et/ou de ramener-vers ? Comment allaient-ils à la rencontre des personnes éloignées du soin et, au-delà de cette démarche, comment contribuaient-ils à les inscrire durablement dans le système de soins de droit commun ?

« Le médiateur santé, pivot de l'accompagnement de la rue au logement », par Madame Samira EL ALAOUI, directrice de l'Association des Enfants du Canal

La parole a été donnée à Madame Samira EL ALAOUI, qui a présenté le projet « Bail-Bail la rue », visant à permettre un accès direct au logement pour des personnes durablement installées dans la rue et nécessitant un accompagnement intensif. Les bénéficiaires sont relogés dans un premier temps dans le cadre d'un bail en sous-location, appelé à « glisser » vers un bail à leur nom, afin qu'ils accèdent au statut de locataire à part entière.

Le projet est porté par l'Association des Enfants du Canal, en partenariat avec la Régie Immobilière de la Ville de Paris (RIVP). Il bénéficie de plusieurs financements, dont celui de l'ARS pour le poste de médiateur en santé, non couvert par les autres sources de financement.

L'Association des Enfants du Canal accompagne des personnes cumulant des freins liés à la vie à la rue, à l'expérience de la grande précarité et à l'exclusion, souvent associés à des souffrances psychiques et à des pathologies chroniques. Elle travaille également en lien avec les équipes mobiles psychiatrie-précarité du GHU PPN.

Il a été rappelé que la vie à la rue s'accompagne d'une surmortalité importante : en 2025, le Collectif des morts de la rue a recensé près de 1 000 décès liés au sans-abrisme, avec un âge moyen de 49 ans.

Le projet « Bail-Bail la rue » s’inspire du modèle « Un chez-soi d’abord ». Il propose une réponse adaptée à des personnes sans domicile ne relevant pas nécessairement d’un diagnostic de maladie mentale. Il s’agit d’une expérimentation prévue pour une durée de deux ans, qui sera probablement renouvelée un an. À ce stade, elle concerne 15 personnes. Celles-ci ont été sélectionnées à l’issue d’un parcours d’évaluation structuré, comprenant notamment une évaluation réalisée par un médecin bénévole de Médecins du Monde. Leur candidature a ensuite été examinée par une commission réunissant l’ensemble des partenaires, afin de valider leur entrée dans le dispositif et d’organiser leur accompagnement vers l’accès au logement. Cet accompagnement a été, et demeure, individualisé et adapté aux besoins de chaque personne : il peut prioritairement porter sur l’accès aux soins, mais également, le cas échéant, sur l’insertion sociale et professionnelle.

Le dispositif s’inscrit dans les principes du « Logement d’abord » et adopte une approche orientée vers le « rétablissement », fondée sur la valorisation des ressources et des capacités des personnes accompagnées. Une équipe pluridisciplinaire a été constituée, comprenant un médiateur en santé, un intervenant pair et des travailleurs sociaux.

Dans une logique d’aller-vers et de ramener-vers, le projet a été adossé aux centres d’hébergement existants, en collectif et en diffus, afin de mutualiser les moyens. Compte tenu du nombre limité de bénéficiaires et de logements (15), la création d’un service dédié n’a pas été retenue dans un premier temps. Cette organisation a néanmoins permis de faire évoluer les pratiques en hébergement. L’intervention du médiateur en santé et de l’intervenant pair a contribué à soutenir l’adhésion à un parcours de soins pour des personnes parfois hébergées depuis plusieurs années, sans perspective d’évolution. L’accès aux soins a ainsi pu constituer un levier vers un projet d’insertion ou de relogement, avec des effets positifs sur le quotidien, l’estime de soi et le pouvoir d’agir.

La majorité des personnes accompagnées et suivies médicalement dans le cadre du dispositif sont en attente d’orientation vers des structures médico-sociales (EHPAD, pensions de famille, logements adaptés).

Le poste de médiateur santé constitue un élément central de l’accompagnement, à la fois dans la relation avec les personnes et dans la structuration des partenariats de santé. Le dispositif repose sur des démarches d’aller-vers, notamment par des rencontres dans la rue et des visites à domicile hebdomadaires, ainsi que sur des démarches de ramener-vers, visant à favoriser l’inscription des personnes dans les dispositifs de droit commun.

L’accompagnement s’appuie également sur le savoir expérientiel des personnes concernées, confrontées à la stigmatisation, aux refus de prise en charge et aux ruptures de parcours. Cette prise en compte du vécu permet d’interroger les pratiques professionnelles et d’adapter les réponses, notamment en matière d’accès aux soins, de réduction des risques et de levée des freins.

La présence de travailleurs pairs et de médiateurs en santé au sein des structures sanitaires conforte la nécessité de renforcer les réponses en direction des personnes en grande exclusion. Le développement de ces approches pluridisciplinaires apparaît complémentaire d’une adaptation des dispositifs de droit commun, afin d’en garantir l’accessibilité effective aux personnes en situation de précarité.

« La médiation en santé et en santé mentale pour le public sinophone », par Madame Camille DORIN, directrice des activités médico-sociales et de santé communautaire de l’Association ARCAT

Madame DORIN a introduit sa présentation en présentant le programme « Fen Yen ». Celui-ci est un dispositif de médiation en santé destiné aux personnes sinophones en situation de précarité résidant en Île-de-France. Créé dans les années 1990 dans le contexte de l’épidémie de VIH, il visait initialement à diffuser de l’information et à mener des actions de prévention en santé sexuelle auprès de la population chinoise. Progressivement, le champ d’intervention du programme s’est élargi afin de répondre aux besoins identifiés sur le terrain. Depuis deux ans, un développement spécifique du volet santé mentale a été engagé. Madame DORIN a indiqué que, depuis plusieurs années, et notamment depuis l’épidémie de COVID-19, des besoins particulièrement importants en santé mentale avaient été repérés au sein de cette population, insuffisamment couverts par l’offre existante.

S’agissant de la méthodologie d’aller-vers et de ramener-vers, il a été précisé que le programme ne repose pas sur des maraudes. L’orientation vers le dispositif s’effectue principalement par le bouche-à-oreille, qui constitue un levier efficace. La médiatrice en santé, présente depuis l’origine du programme, bénéficie d’une forte reconnaissance au sein de la communauté.

Le programme est également présent sur les réseaux sociaux utilisés par les personnes sinophones en Île-de-France, afin de diffuser des messages de prévention et des informations relatives aux permanences des médiateurs.

Des partenariats ont été développés avec plusieurs associations, communautaires ou non, fréquentées par le public chinois, qui orientent vers le dispositif des personnes ayant des besoins en santé ou en accompagnement vers l'accès aux droits. Par ailleurs, des collaborations ont été établies avec des structures de santé, de soins et de dépistage, au sein desquelles les médiateurs assurent des permanences régulières (hebdomadaires ou mensuelles, selon les structures). Cette organisation relève principalement d'une logique de ramener-vers, les personnes étant orientées vers le programme par le biais du bouche-à-oreille ou des partenaires.

Madame DORIN a souligné l'importance de la barrière linguistique, particulièrement marquée pour ce public, ainsi qu'une réticence fréquente à se rendre seul dans des structures de soins. La présence des médiateurs au sein même des structures partenaires permet ainsi d'accueillir les personnes, de faciliter la compréhension mutuelle et, le cas échéant, d'organiser des consultations en binôme avec les professionnels de santé.

Les partenariats les plus efficaces sont ceux qui permettent l'accueil des médiateurs dans les structures, avec la mise à disposition d'espaces dédiés aux permanences, voire de salles de consultation. Certaines structures acceptent également de faciliter la prise de rendez-vous par les médiateurs, notamment via l'accès à Doctolib Pro, afin de simplifier les démarches pour les personnes accompagnées.

Concernant plus spécifiquement la santé mentale, Madame DORIN a indiqué que la transposition de la méthodologie initialement développée en santé sexuelle s'était révélée plus complexe. Elle a évoqué l'existence d'un tabou important autour des questions de santé mentale au sein de la population concernée. Les propositions d'orientation vers un psychologue rencontraient fréquemment des réticences.

Dans ce contexte, la médiatrice en santé a eu pour initiative de diffuser un discours visant à « dédramatiser » les questions de santé mentale, à travers des actions collectives menées avec des partenaires et des publications sur les réseaux sociaux, afin de favoriser l'expression des besoins. Les médiateurs, après des entretiens approfondis avec les personnes, ont ensuite pu proposer progressivement une orientation vers des professionnels de la santé mentale.

Parallèlement, des partenariats sont en cours de développement avec des structures spécialisées, ainsi qu'avec des psychologues et psychiatres libéraux. Lorsque cela est possible, le recours à des professionnels sinophones est privilégié, la présence d'un interprète pouvant constituer une barrière supplémentaire pour certaines personnes.

« L'équipe mobile Diogène », par Monsieur Nassir SOUAKRI, chef de service et Madame Sarah BOISSEL, travailleuse sociale de l'équipe mobile Diogène de la Fondation Maison des Champs

Monsieur Nassir SOUAKRI a présenté l'équipe mobile Diogène, dispositif d'intervention auprès de personnes vivant dans des situations d'isolement et d'habitat dégradé, susceptibles de présenter un syndrome de Diogène - dont la définition médicale demeure encore peu stabilisée.

L'équipe mobile a pour objectifs de repérer les situations d'habitat à risque, de prévenir les ruptures de soins et d'hébergement, de soutenir les structures et les professionnels de santé, de coordonner les acteurs autour de la personne et de favoriser une prise en charge globale, à la fois sociale, psychologique et environnementale.

Concrètement, les interventions comprennent des évaluations conjointes à domicile (notamment avec une assistante sociale), un soutien psychologique, un accompagnement administratif et un appui à l'ouverture des droits, dans le but d'améliorer le cadre de vie et de sécuriser le logement. Le dispositif intervient principalement dans le secteur de l'AHJ (accueil, hébergement et insertion), notamment au sein des pensions de famille, foyers de vie, CHRS et CHU.

Le signalement émane le plus souvent d'un professionnel de la structure, via une fiche transmise et instruite en interne au sein de la Fondation Maison des Champs. Un premier échange permet de qualifier la situation avec la structure ou la personne à l'origine de la demande. Une évaluation conjointe est ensuite réalisée, suivie de l'élaboration d'un plan d'action au sein du logement.

L'équipe mobile Diogène s'inscrit dans une démarche d'aller-vers et de ramener-vers, car elle intervient auprès de personnes pour lesquelles les parcours classiques ne fonctionnent plus, depuis plusieurs années. Le public accompagné est en moyenne âgé de 67 ans, avec une majorité d'hommes.

Les personnes sont le plus souvent hébergées en pensions de famille et présentent, pour la plupart, des antécédents de vie à la rue, des addictions, des troubles cognitifs et des pathologies somatiques chroniques, diagnostiquées ou non. Une grande partie d'entre elles est éloignée des soins depuis plusieurs années, parfois depuis plus de 10 ans, et ne dispose pas de médecin traitant. À l'arrivée de l'équipe, la méfiance vis-à-vis des institutions est souvent marquée, et un refus explicite d'aide peut être exprimé.

Il ne s'agit généralement pas d'un refus ponctuel, mais d'un processus d'éloignement progressif et d'un effritement du lien social et du parcours de soins. L'intervention repose donc sur une démarche d'aller-vers, visant à créer un lien avec la personne dans une temporalité souple et adaptée. Le temps est pris pour rencontrer les résidents, les responsables de structures, les éducateurs, les infirmiers et les autres professionnels concernés.

Les interventions ont lieu au plus près des lieux de vie, sans condition préalable et souvent sans demande formalisée de la part des personnes concernées. Il peut être nécessaire de renouveler les tentatives de contact à plusieurs reprises avant de pouvoir établir un premier échange. L'absence de réponse initiale n'est pas considérée comme un échec, mais comme une étape du processus de mise en lien.

Les premiers entretiens peuvent également se dérouler à l'extérieur du logement, afin d'éviter tout sentiment de stigmatisation ou de honte. De nombreuses personnes accompagnées ont connu un parcours de rue particulièrement fragilisant, et certaines peuvent reproduire, dans leur logement, des modes d'organisation hérités de cette période (par exemple l'installation d'une tente).

La démarche d'aller-vers concerne également les équipes des structures. L'équipe mobile se rend à leur rencontre afin de se faire connaître, de sensibiliser aux situations de précarité et au syndrome de Diogène, ainsi qu'aux risques liés à l'habitat, notamment les risques domestiques. L'objectif est également de prévenir les ruptures de parcours de soins, y compris les hospitalisations non programmées.

L'intervention inclut un travail de questionnement auprès des structures, puis auprès des bénéficiaires, dans une logique de prévention et de promotion de la santé. Les partenaires du territoire (CSAPA, CMP, M2A DAC, médecins généralistes) sont mobilisés afin de favoriser les orientations adaptées. Des actions de sensibilisation sont également menées auprès des structures, par téléphone ou par mail.

Les accompagnements sont nécessairement inscrits dans la durée. L'intervention ne peut être ni technique ni injonctive ; elle repose sur l'installation progressive d'une relation de confiance et sur le respect du rythme de la personne.

S'agissant du ramener-vers, l'objectif n'est pas de contraindre la personne ni de l'inscrire d'emblée dans un parcours de soins standardisé, mais de rendre l'accès aux soins possible, progressivement. L'accompagnement peut débuter par des gestes simples, comme la prise de tension, permettant d'identifier une éventuelle hypertension et d'envisager, dans un second temps, une orientation vers un médecin traitant. Cette démarche suppose une adaptation constante aux habitudes, aux représentations et au rythme de chacun.

Madame Sarah BOISSEL, travailleuse sociale au sein de l'équipe mobile Diogène, a précisé que l'intervention vise en priorité à créer un lien et à identifier les besoins de la personne, qu'il s'agisse de soins, d'ouverture de droits ou, lorsque cela est pertinent, d'un désencombrement à visée thérapeutique.

Une attention particulière est portée au rapport de la personne aux objets, à son attachement éventuel et aux possibilités de détachement progressif. En lien avec des psychiatres et l'entourage, un travail peut être engagé afin de réorganiser le logement dans un objectif de sécurisation. Selon les situations, le syndrome de Diogène peut se manifester par une accumulation de déchets ou par des pratiques de collectionnisme (vêtements, journaux, objets divers).

L'objectif est de sécuriser le logement sans procéder à un désencombrement total, afin de préserver l'équilibre de la personne. La réorganisation vise à améliorer les conditions de vie et le bien-être, certaines personnes s'accommodant du syndrome de Diogène, tandis que d'autres le subissent.

Echanges avec les membres du CTS

Une question a été posée sur les modalités de saisine de l'équipe mobile : est-elle sollicitée uniquement par des professionnels de santé ou d'autres personnes (proches, voisins, etc.) peuvent-elles également la contacter ?

Il a été expliqué que, dans la majorité des cas, ce sont les professionnels déjà impliqués dans l'accompagnement qui prennent contact avec l'équipe. Lors de la création de l'équipe, des signalements ont également émané du parc privé, de bailleurs sociaux, du voisinage ou encore de services d'aide à domicile. Lorsque cela était plus pertinent, ces situations ont été réorientées vers les partenaires compétents, notamment le STH ou le pôle social du bailleur concerné.

Aujourd'hui, entre 50 et 60 situations ont été signalées, pour une file active qui était initialement d'environ 30 personnes. On observe donc une augmentation nette du phénomène. Cette tendance se confirme à l'échelle de l'Île-de-France : en moins de dix ans, le nombre d'arrêtés préfectoraux pris pour des situations de désencombrement a été multiplié par six.

Une question a ensuite été adressée à Madame DORIN concernant les patients d'origine chinoise présentant des troubles psychiques, pour lesquels l'hôpital peut se trouver en difficulté. Les relais vers les dispositifs de droit commun étant déjà complexes pour les francophones, ils le sont encore davantage pour les personnes sinophones : existe-t-il des relais mobilisables directement ?

Madame DORIN a indiqué que certains hôpitaux sollicitent déjà leur structure. Cependant, la difficulté tient à une file active déjà très importante. Il est possible d'orienter directement des personnes vers leur dispositif, mais la capacité d'accueil reste nécessairement limitée. Sur le champ spécifique de la santé mentale, un intérêt fort a été exprimé pour développer de nouveaux partenariats afin de mieux répondre à ces situations.

Un membre a ensuite interrogé l'équipe mobile Diogène pour savoir s'il existait un dispositif comparable pour des personnes « socialement insérées », mais pouvant elles aussi être concernées par un syndrome de Diogène.

Monsieur SOUAKRI a précisé que le STH, service de la Ville de Paris, peut intervenir notamment dans le parc privé. Dans un premier temps, un inspecteur de salubrité se rend sur place afin de réaliser un diagnostic technique du logement : niveau d'encombrement, degré de dangerosité, état de l'habitat, etc. À l'issue de cette évaluation, il peut être proposé à la personne l'intervention d'une société de désencombrement. Cette intervention s'accompagne d'un appui relationnel, afin d'éviter une « décompensation brutale » liée à la perte des objets et de sécuriser l'accompagnement dans la durée.

Un autre membre a interrogé l'équipe sur l'existence de financements dédiés au désencombrement, au traitement des nuisibles ou encore à un éventuel réaménagement du logement (par exemple l'achat d'un lit).

Monsieur SOUAKRI a indiqué qu'une petite partie de l'enveloppe est effectivement consacrée au désencombrement et au nettoyage. Elle est aujourd'hui principalement mobilisée pour l'achat de matériel, notamment de protection.

Par ailleurs, l'accompagnement repose sur la mise en place de relais, comme les auxiliaires de vie ou les aides à domicile, et sur la mobilisation de l'ensemble des ressources disponibles, qu'il s'agisse des dispositifs de la Ville de Paris ou, lorsque cela est possible, des moyens propres des personnes.

Table ronde 3 : Comment renforcer le pouvoir d'agir et dépasser les freins à la prévention aussi bien des professionnels de santé que des publics concernés ?

Animatrice de la table ronde : Madame Romy LASSERRE SAINT-MAURICE, vice-présidente du CTS de Paris et directrice d'EHPAD.

Madame LASSERRE SAINT-MAURICE a introduit la table ronde en rappelant que la prévention occupait une place croissante dans les politiques publiques, tout en soulignant que les actions déployées ne permettaient pas toujours d'atteindre les publics cibles. Elle a indiqué que certaines campagnes, notamment sur le tabac ou l'alcool, avaient été particulièrement mobilisatrices et commençaient à produire des effets, mais que d'autres thématiques nécessitaient un renforcement des actions de prévention et une mobilisation accrue des acteurs.

« Projet de vaccination contre la grippe en EHPAD », par le docteur Aurora LAHLOU, conseillère médicale à la sous-direction de l'Autonomie de la Direction des Solidarités de la Ville de Paris et Madame Daryane TELON, cheffe de projets prévention, promotion de la santé, formation de l'Association GEROND'IF.

Le docteur LAHLOU a introduit le projet porté par les cinq EHPAD du CASVP à Paris, en partenariat avec l'association GEROND'IF, visant à renforcer l'adhésion des professionnels à la vaccination dans le cadre de la campagne 2025-2026. Elle a rappelé que la couverture vaccinale des professionnels de santé en EHPAD demeure particulièrement faible, avec une moyenne nationale de 22 %. Au sein des EHPAD du CASVP, les taux observés avant le lancement du projet variaient entre 6 % et 27 %, pour une moyenne de 12 %. L'objectif fixé dans le cadre du projet était d'atteindre un taux de vaccination de 40 %.

Le dispositif reposait sur des approches à la fois participatives, ludiques et valorisantes, visant à susciter l'engagement des professionnels et à créer un effet collectif.

Parmi les actions mises en œuvre figurait la réalisation de portraits par un artiste professionnel, valorisant les professionnels vaccinés, déclinés notamment sous la forme de porte-clés perçus comme des objets symboliques. Une fresque collective rassemblant ces portraits a également été installée dans un établissement, afin de matérialiser la contribution de chacun à la santé collective et de renforcer la cohésion d'équipe.

Un théâtre-forum a également été organisé afin de favoriser l'expression et la levée des freins à la vaccination. Par ailleurs, un livret pédagogique, conçu sous la forme d'une bande dessinée, a été élaboré afin d'inscrire la vaccination dans une démarche de parcours de soins. Des capsules vidéo, réalisées avec les professionnels eux-mêmes, ont complété le dispositif. L'objectif était de diffuser des messages pédagogiques et positifs portés par les équipes.

Madame TELON, cheffe de projets prévention, promotion de la santé et formation au sein de GEROND'IF, a ensuite présenté l'évaluation du projet. GEROND'IF assurait la coordination opérationnelle, notamment le lien avec les prestataires (théâtre-forum, artiste portraitiste) ainsi que l'analyse des résultats.

Avant le lancement du projet, la majorité des établissements affichait un taux de vaccination inférieur à 10 %, certains atteignant à peine 7 %. Il a été précisé que ces données concernaient l'ensemble des professionnels, soignants et non-soignants.

En amont du démarrage officiel de la campagne, le 15 octobre 2025, des entretiens ont été conduits afin d'identifier les freins à la vaccination. Il en est ressorti plusieurs éléments :

- L'impact persistant de la période COVID-19 (et l'obligation vaccinale), sur les représentations et les réticences vaccinales ;
- Le recours fréquent aux réseaux sociaux comme source d'information, parfois vecteurs de désinformation ;
- La perception, chez certains professionnels, d'une absence d'utilité personnelle de la vaccination en cas de bonne santé apparente.

À l'issue de ces échanges, il a été constaté que la seule transmission d'informations ne suffisait pas et qu'un travail de sensibilisation était nécessaire afin d'explicitier les enjeux de la vaccination et de déconstruire certaines idées reçues.

Les résultats préliminaires font état d'une progression significative dans plusieurs établissements :

- Certains EHPAD ont atteint un taux de vaccination de 70 %, tandis que d'autres se situent autour de 40 % ;
- Parmi les catégories professionnelles initialement peu vaccinées, notamment le personnel de cuisine et les agents d'entretien, les taux sont passés de 0 % à près de 30 %.

Interrogées sur la possibilité de dupliquer ce projet dans d'autres établissements, les intervenantes ont indiqué que les actions mises en œuvre étaient transférables, au regard des résultats obtenus.

« Prévention et mobilisation autour du saturnisme infantile à Paris », par Madame Morgan PINOTEAU, chargée de projets de l'Association des familles victimes du saturnisme

Madame PINOTEAU a tout d'abord présenté l'Association des familles victimes du saturnisme (AFVS). Elle a indiqué que l'association avait été créée en 1998 par des familles exposées au plomb ainsi que par des professionnels issus de grandes ONG, notamment Médecins du Monde. L'objet exclusif de l'association est la lutte contre le saturnisme infantile.

Elle a rappelé que le saturnisme correspond à une imprégnation excessive en plomb, pour laquelle les populations les plus sensibles sont les enfants et les femmes enceintes. En effet, cette maladie pour laquelle il n'existe pas de traitement, peut entraîner des troubles du développement et des troubles cognitifs. La prévention constitue donc l'axe central de la lutte contre le saturnisme, les professionnels de santé jouant un rôle déterminant dans le repérage et le dépistage.

Il a été souligné que, depuis l'inscription du saturnisme comme maladie à déclaration obligatoire en 2004, le nombre de dépistages est en baisse significative. Or, en l'absence de dépistage, les cas ne sont pas identifiés, la maladie étant le plus souvent asymptomatique avant des niveaux d'intoxication avancés.

Madame PINOTEAU a rappelé que Paris comporte de nombreuses sources potentielles de plomb, notamment en raison de l'ancienneté du parc immobilier (peintures au plomb, canalisations, balcons, etc.). Le projet présenté vise ainsi à remobiliser les professionnels de santé, en particulier les professionnels libéraux, sur la question du saturnisme – la Ville de Paris assurant déjà la mobilisation de ses services de PMI. Il s'agit également de sensibiliser et d'accompagner les familles, et de renforcer la coordination entre les acteurs, le dépistage entraînant la mise en œuvre d'une enquête environnementale au domicile.

Le financement issu du fonds territorialisé a permis, dans un premier temps, de constituer un répertoire des acteurs de santé à Paris. Il a également contribué à renforcer la légitimité de l'association et la reconnaissance de son expertise de terrain. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), les CPTS, l'URPS médecins, l'URPS sages-femmes ainsi que d'autres partenaires ont été contactés. Des réunions de sensibilisation et des webinaires ont été organisés, notamment en lien avec le réseau de santé périnatal parisien et l'URPS sages-femmes.

L'objectif est que les médecins procèdent davantage au dépistage et, en l'absence d'intoxication avérée mais en présence d'un risque identifié, orientent les familles vers l'association afin de bénéficier d'un accompagnement social et juridique, en lien avec les problématiques d'habitat.

« Renforcer le pouvoir d'agir des jeunes Parisiens, 8-25 ans - Les compétences psychosociales au cœur d'une démarche d'éducation par les pairs - 2025-2026 », par Madame Sarah GUEZ, chargée de projets en éducation pour la santé au Comité Départemental d'Éducation pour la Santé 93

Madame GUEZ a présenté le Comité Départemental d'Éducation pour la Santé 93 (CODES 93), une association qui intervient auprès des jeunes au sein des missions locales, des structures d'insertion ainsi que dans d'autres dispositifs d'accompagnement.

Le projet financé par le fonds territorialisé est conduit en partenariat avec la Délégation de Paris de l'ARS ainsi qu'avec la Délégation de Seine-Saint-Denis. Il vise à développer un jeu sous forme d'une mallette pédagogique dédiée au développement des Compétences psychosociales (CPS), par des pairs, co-construite avec des jeunes Parisiens dans les collèges et lycées, ainsi qu'avec des jeunes de Seine-Saint-Denis au sein de structures d'insertion et de centres périscolaires.

Madame GUEZ a souligné que la mallette proposée s'inscrit dans une approche plus systémique, permettant de rendre visibles les déterminants de santé, notamment environnementaux et socio-économiques. Cette démarche vise à renforcer l'esprit critique des jeunes, à favoriser la compréhension des enjeux et à les aider à se positionner face aux questions de société.

Le projet repose sur trois modalités pédagogiques spécifiques, inscrites dans des approches situées, expérientielles et actives. Ces modalités visent à développer les compétences cognitives, sociales et émotionnelles en situation. Elles sont

articulées autour de sujets de société faisant débat, afin de permettre aux jeunes de prendre conscience des déterminants susceptibles d'influencer leur santé mentale, physique et sociale.

Le jeu sera composé de fiches pédagogiques évolutives, permettant aux professionnels et aux jeunes de continuer à l'enrichir dans le temps. L'ambition est de garantir la pérennité du projet en mettant à disposition des outils adaptés, favorisant l'appropriation et l'actualisation continue des contenus autour de différents sujets de société.

Echanges avec les membres du CTS

Une question a été posée afin d'avoir un exemple de sujet de société susceptible d'être au cœur de la mallette. Madame GUEZ a répondu qu'il pouvait s'agir de thématiques telles que les discriminations, les inégalités, la santé sexuelle, le changement climatique, la pollution, la désinformation, l'accès à l'information ou encore l'impact des réseaux sociaux. Il s'agit, plus largement, de tous les sujets qui nécessitent de développer l'esprit critique des jeunes afin qu'ils puissent faire des choix libres et éclairés.

Il lui a ensuite été demandé quels freins avaient été identifiés lors de la mise en place du projet. Elle a indiqué que la principale difficulté tenait aux disponibilités communes. En effet, le projet implique plusieurs partenaires, notamment le Rectorat de Paris, afin d'intervenir dans les collèges et les lycées.

Une question a également été soulevée sur le sujet de la vaccination, dans un contexte où la Haute Autorité de Santé doit prochainement réunir un groupe de travail sur l'obligation vaccinale. Des interrogations ont notamment porté sur la situation des professionnels de santé en établissement et des patients, en particulier en milieu hospitalier.

Le docteur LAHLOU a indiqué que les échanges menés avec les équipes dans le cadre du projet de vaccination en EHPAD ont montré que certains professionnels gardent encore les « séquelles » de la vaccination obligatoire contre le COVID-19. Il existe parfois une confusion entre la vaccination anti-COVID et la vaccination antigrippale. Concernant les résidents, les taux de vaccination sont relativement élevés (autour de 87 %), mais l'objectif serait d'atteindre un niveau encore supérieur. Il a notamment été évoqué le recours aux vaccins dits « améliorés », dont l'efficacité peut être supérieure – jusqu'à 36 % selon les données disponibles – même si tous les établissements n'y ont pas nécessairement accès.

Le président du CTS remercie l'ensemble des intervenants, les animatrices des tables rondes et les membres du CTS pour les présentations des projets et les échanges durant cette séance.

Prochain CTS le mercredi 15 avril à 10h sur le bien vieillir (report du CTS du 10 mars)