

Conférence du Territoire de Santé 75

COMPTE RENDU DE LA

Séance Plénière du 19 Juillet 2012

La Conférence se réunit dans les locaux de l'Hôpital Sainte-Anne, sous la Présidence du Docteur Pascal Cacot.

En présence de Monsieur Rodolphe Dumoulin, Délégué Territorial de l'ARS et de Madame le Docteur Bernard, son adjointe.

Invité : le Professeur Pierre Lombrail. Professeur de santé publique UFR SMBH – Université Paris 13

Le Président constate que le quorum n'est pas atteint (*19 membres présents sur 48*).

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

- **Conférence introductive : « Promotion de la Santé, Prévention : repères conceptuels et stratégies d'action face aux inégalités sociales de santé » Pr Pierre Lombrail**
- **Approbation du compte-rendu de la réunion précédente**
- **Déclinaison territoriale du volet hospitalier du SROS**
- **Point d'information sur la permanence des soins ambulatoires à Paris**
- **Retour sur la réunion des Présidents de Conférence d'Ile de France**
- **Retour sur la présentation du « schéma départemental pour l'autonomie et la citoyenneté des parisiens en situation de handicap »**
- **Proposition de courrier au Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'accessibilité des soins.**
- **Calendriers des réunions de la CTS 75 et thèmes de travail 2012-2013**



Accueil par M. **Jean-Luc Chassaniol** Directeur du Centre hospitalier Saint Anne, Président du Directoire.

Le Centre hospitalier Saint Anne se distingue par le fait que c'est un établissement public de santé hors AP-HP, qui a vocation à traiter principalement les maladies du cerveau. Il constitue un pôle de soins et de recherche reconnu, en psychiatrie et neurosciences, avec une dominante universitaire forte. L'UNAFAM et la FNAPPSY ont des représentants qui siègent au conseil de surveillance de l'Établissement.

Son secteur s'étend aux 5°, 6°, 14°, 15° et 16° arrondissements en psychiatrie adulte, et aux 14° et 16° pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Le site de Saint Anne possède le plus grand espace vert de Paris intra-muros (14 hectares). C'est un espace protégé ce qui pose des problèmes pour la rénovation engagée dans le cadre d'un vaste Projet d'établissement (2011-2015).

Conférence introductive :

« Promotion de la Santé, Prévention : repères conceptuels et stratégies d'action face aux inégalités sociales de santé » (annexe 1)

La promotion de la santé et la prévention sont des notions différentes, dont les objets sont souvent confondus, y compris par les professionnels de santé publique.

Pourquoi se poser la question de la prévention ? Jusqu'à présent on dit que la prévention est peu développée alors même que les généralistes disent la faire tous les jours. Mais la une difficulté qui consiste pour certains à limiter la prévention à sa composante médicalisée (vaccinations et dépistages essentiellement

Si l'espérance de vie globale est une des plus élevées du monde, la mortalité prématurée (c'est-à-dire mourir avant 65 ans, ce qui représente 20% des décès) en France reste l'une des plus élevées de toute l'Union européenne et la moitié est considérée comme évitable. Les disparités géographiques, sociales et entre hommes et femmes restent fortes. Pour Le Haut Comité de Santé Publique cette mortalité évitable a plusieurs causes. Elle relève pour un tiers de dysfonctionnements du système de soins (défaillance d'activités préventives). L'autre tiers est attribué aux effets de « comportements à risque » (la consommation de tabac est le plus délétère, suivi par la consommation d'alcool en excès ou en association). Ces risques sont qualifiés d'individuels car la « prise de risque » reste une décision individuelle, pour autant ils ont une forte stratification sociale.

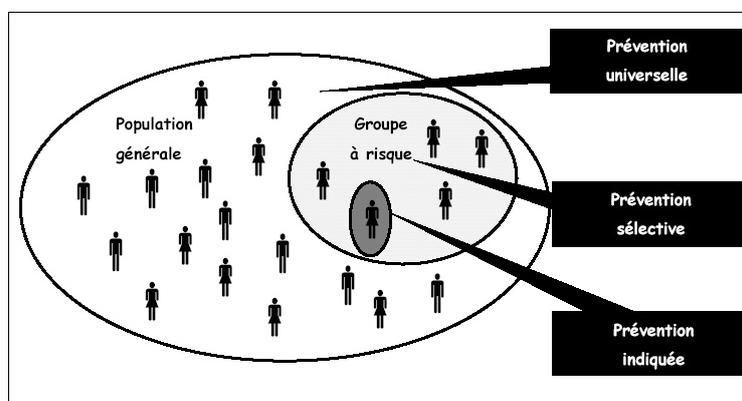
Il existe une infinité de définitions de la prévention mais deux sont pertinentes :

➤ La première est celle qui différencie la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La prévention est définie comme « l'ensemble des mesures visant à éviter et à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents » (OMS). On distingue la **prévention primaire** (empêcher la survenue de la maladie), la **prévention secondaire** (limiter la durée, la gravité ou la dissémination) et la **prévention tertiaire** (réduire les conséquences) qui est amenée à se développer.

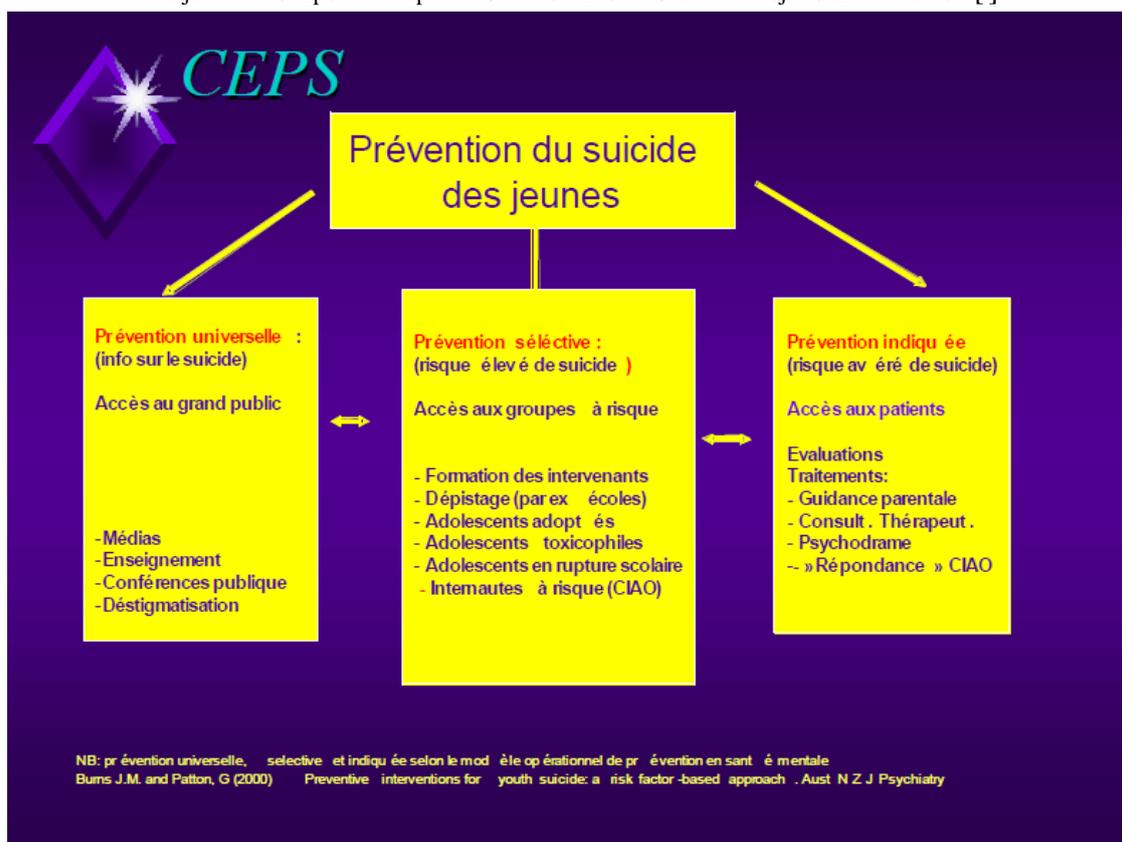
On parle aussi de **prévention quaternaire** pour désigner la prévention des risques liés à la surmédicalisation.

➤ On peut proposer une autre approche axée sur la population concernée : d'où une autre distinction entre prévention universelle, prévention sélective et prévention indiquée (ou ciblée).

On peut faire de la **prévention universelle**, et dans ce cas la population entière est visée (exemple : le PNNS). La **prévention sélective** concerne une catégorie de la population exposée à un risque élevé (par exemple les 50-74 ans dans le dépistage organisé du cancer ou les enfants pour la prévention des caries). La **prévention indiquée** s'adresse à des gens ayant un problème que l'on peut mesurer, ou à des personnes ayant eu des comportements pathologiques (par exemple la prévention de la récurrence après une tentative de suicide).



Prévention 1) universelle ; 2) sélective ; et 3) indiquée – selon la proposition du modèle opérationnel en santé mentale proposé par Burns et Patton (2000)



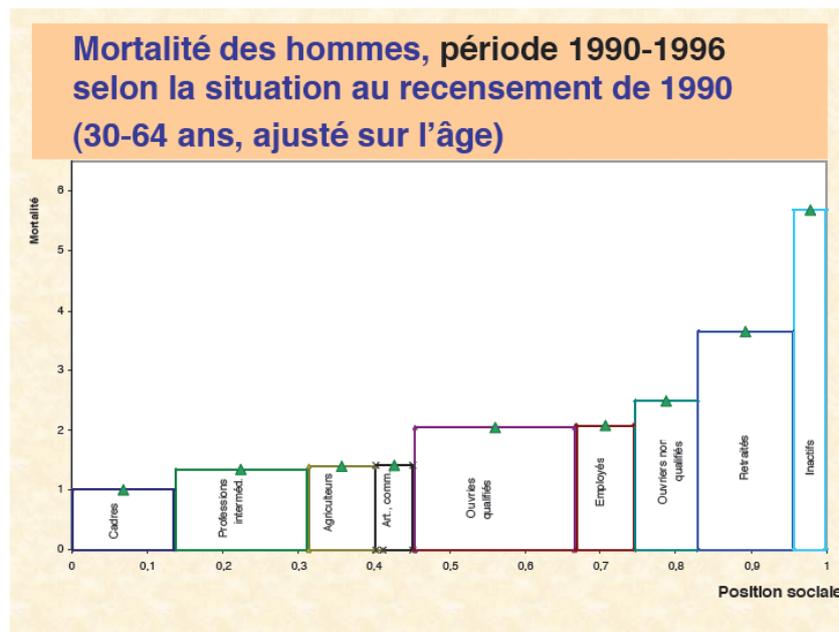
Alors, comment faire de la prévention ? On peut passer par une position classique, technique et médicalisée. Ce sont les pratiques cliniques préventives (vaccin, dépistage) que l'on pratiquait au fil de l'eau à l'époque. Leur systématisation dans le cadre de programmes organisés explique en partie les bons résultats sur la mortalité évitable. Mais pour les 2/3 des mortalités évitables on doit se poser la question des comportements à risque. Deux écoles sont trop souvent opposées, celle qui s'adresse à la responsabilité des individus au risque de les stigmatiser et celle qui vise à favoriser des choix de vie favorables à la santé. Enfin, on peut aussi prévenir en agissant sur l'environnement (on parle alors plutôt de protection de la santé) ; la maîtrise des risques professionnels entre dans ce cadre. Du coup en agissant sur les conditions de vie ou de travail, on abaisse le niveau de risque général.

En France, la santé relève encore des soins pour le plus grand nombre : la prévention est avant tout une stratégie médicalisée et s'adresse au « haut risque ». Par exemple dans le cas de l'hypertension artérielle on identifie un risque, on s'intéresse alors à l'aspect médical et on traite ces individus. Cette stratégie a une forte efficacité individuelle (pour un coût élevé) mais un impact modeste car *les individus à haut risque de développer une maladie ne sont pas à l'origine du plus grand nombre de cas.*

C'est « **le paradoxe de la prévention** ». Les travaux ont montrés que pour améliorer le pronostic cardiovasculaire il faut baisser le niveau de risque de la population. Pour faire baisser la tension artérielle de tout le monde (tout le monde en bénéficiera, les hypertendus comme les autres) il faut prendre des mesures différentes des stratégies médicamenteuses (baisse du sel dans les conserves et les baguettes par exemple). C'est la stratégie populationnelle qu'on retrouve dans le PNSS (Programme National Nutrition Santé) – « Bien manger /Bouger plus ».

Sommes-nous tous égaux face aux risques ? Le deuxième paradoxe est que les mesures bénéficient à ceux qui savent le mieux se servir du système de santé. Cela engendre une hausse des inégalités sociales de santé si on ne fait pas attention aux conséquences de la prévention. Globalement il existe des **Inégalités sociales**

de santé (ISS) retrouvées dans tous les indicateurs. La donnée la plus ancienne est celle de la mortalité. Cette donnée permet de mettre en évidence l'existence d'un gradient.



On prend pour référence les cadres qui ont une mortalité de 1. Ce qui est au dessus de 1 représente la surmortalité, on voit qu'il y a une marche d'escalier allant du cadre à l'ouvrier. La surmortalité est trois fois plus importante chez les ouvriers non qualifiés, elle est multipliée par 4 chez les retraités avant 65 ans et par 6 chez les inactifs (qui représentent 3% de la population). A 35 ans un cadre a 35 ans d'espérance de vie tandis qu'un inactif en a 20.

Les inégalités sociales de santé s'expliquent majoritairement par une répartition inégale de « déterminants sociaux et environnementaux », mais ceci n'exonère pas le système de soins de sa part de responsabilité, même minoritaire. Il n'est pas simple de pouvoir se soigner ou de savoir ce servir du système de soin (on parle de **l'accès effectif**).

Les inégalités d'accès sont socialement structurées. La protection sociale est d'inégale qualité selon les milieux et l'absence d'une couverture complémentaire est marginale chez les plus riches mais le fait de plus d'une personne sur dix parmi les plus pauvres (et ceci ne préjuge pas de la qualité de cette couverture, d'autant meilleure qu'on a les moyens de payer). Les inégalités primaires d'accès aux soins, renvoient à trois ordres de facteurs : les refus de certains professionnels, la méconnaissance du besoin par les personnes ou un renoncement à se faire soigner. Il existe plusieurs types de renoncement aux soins, le renoncement barrière (car pas assez de revenus) et le renoncement-refus. Dans le cas du **renoncement barrière** pour raison financière la proportion de renoncement aux soins est conditionnée au fait d'avoir ou non une protection sociale complémentaire.

Les inégalités sociales sont surtout traduites en termes d'inégalités de santé. Les travaux modernes mettent en avant le rôle des déterminants sociaux tels que les conditions de vie et le travail dans notre état de santé. Mais d'autres paramètres rentrent en compte tel que l'environnement social. Etre en bonne santé dépend de bien d'autres choses. Les inégalités se forgent tôt dans l'enfance. Une étude de cohorte britannique a suivi des enfants de 22 mois issus de classes élevées et de classes défavorisées. Ils ont observé qu'un enfant ayant un retard, mais appartenant à une catégorie haute, pouvait rattraper ce retard ; tandis qu'un enfant de catégorie basse, avec un développement intellectuel « normal », régressait au fil du temps. Une étude au Québec a montré que des enfants issus de milieux défavorisés mis dans un système de garde collectif où ils sont stimulés rattrapaient leur retard et retrouvaient la situation des autres enfants. L'école peut donc

compenser le « handicap social ». Du coup l'amélioration des soins agit sur les autres déterminants de santé et réciproquement. La santé le travail et l'environnement sont l'affaire de la société (chartre d'Ottawa) [ii].

Discussion et échanges :

Pour le **Pr Uzan** souligne qu'il vaut mieux renseigner sur les pratiques, car dans cette masse d'informations l'aspect santé publique n'est pas suffisamment visible. La plupart des étudiants ne le découvrent que pendant leur troisième cycle. Au lieu de se cantonner aux généralités sur la santé publique, mieux vaut dire quels sont les points d'impact qui vont permettre de réduire les inégalités de santé et préciser ces points.

Le **Pr Uzan** s'adresse alors au **Pr Lombrail** en ces termes : « Aujourd'hui si vous étiez Premier ministre, quelles sont les trois mesures que vous adopteriez pour changer la vie de vos citoyens ? »

Le **Professeur Lombrail** se prend au jeu et formule sa réponse en conséquence...

Il faut d'abord définir les cibles, continuer d'agir et de rechercher les personnes les plus en difficulté. Une action de prévention médicale serait d'amener la médecine à ces gens qui ne la recherchent pas. Mais pour que ces personnes puissent bénéficier d'une inclusion minimale à la santé il faudrait assurer les conditions de retour à l'emploi. De plus les inégalités sont réparties dans la société et posent la question du rôle de l'école dans le capital culturel. Enfin la structure de l'emploi doit être réformée ainsi que le rôle du Médecin du travail.

La troisième mesure serait de faire un effort de cohésion sociale. La politique de la ville doit mettre en commun toutes les parties prenantes. Il y a un vrai travail de « ravaudage » pour recréer du lien social. Enfin les lois de décentralisation doivent prendre en compte le partage des compétences et bien définir ce qui est piloté et ce qui est délégué.

Le **Dr Tanneau** attire l'attention du **Pr Lombrail** sur le projet de rembourser la pratique du vélo et les abonnements en salle de sport (en Alsace).

Le **Pr Lombrail** souligne que les mesures sans accompagnements vont renforcer les inégalités. Il faudrait agir sur l'environnement pour favoriser l'accès à une alimentation saine à des prix accessibles.

Le **Dr Thery** se demande comment favoriser un consensus minimum au niveau de toutes les professions de santé afin qu'ils aient un discours politique ? Les politiques de santé ne sont présentées que comme source de déficit, alors que les questions de santé restent proches des questions de société.

Le **Pr Lombrail** abonde dans ce sens, car la santé est considérée comme marginale au profit d'un secteur déterminant majeur. Le rapport de la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a produit des conclusions qui sont insuffisamment partagées. On doit convaincre les médecins et professionnels de santé qu'ils doivent considérer qu'une partie du risque vient de déterminants sur lesquels les médecins n'ont pas de prise et ont besoin de travailler en partenariat avec d'autres acteurs (école, médecine du travail, associations de quartier...). Il faut donc mieux outiller nos départements de médecine générale. On doit créer les conditions de bonne santé et les conditions de soins qui permettent que toutes les expertises se connaissent et se parlent. Les questions de santé sont complexes, les déterminants sont multiples et on a besoin d'un panel d'intervenants. (cf. l'Institut du Cancer).

Mme Finkelstein aborde deux questions qui ont été délaissées jusqu'à présent : l'éducation thérapeutique (contenue dans la loi HPST) et l'éducation à la santé citoyenne. Que peut proposer la Conférence à l'ARS pour faire évoluer ce sujet ?

Notre invité pense que les médecins commencent à comprendre que les maladies se concentrent sur les groupes les moins favorisés et que la moitié des personnes porteuses de pathologies mentales ont aussi des

maladies somatiques (Les maladies somatiques chroniques et les troubles psychiatriques, fréquemment associés, s'aggravent mutuellement). Si une mesure devait être exposée ce serait celle de l'éducation thérapeutique à laquelle on ajouterait un accompagnement médico-social. Il faudrait favoriser les modes d'exercice regroupés, pour contrer la sous médicalisation dans une zone sensible et répartir les tâches et les rôles entre professionnels de santé. L'éducation commence à l'école ; et on demande à cette école la transmission des savoirs fondamentaux de manière verticale et la fabrication de citoyens entiers et responsables (contradiction). C'est un débat profond sur les objectifs et la méthode, où la promotion de la santé a particulièrement sa place.

D'où l'idée de développer l'éducation thérapeutique du patient qui ne va pas voir le médecin généraliste. Avec un équivalent d'un premier recours vers le psychiatre pour un patient psy. (**Dr Tanneau**)

Approbation du compte rendu de la réunion du 21 Juin 2012

Les modifications suivantes sont proposées par Mme Cordeau « **Mme Cordeau** (UNA PARIS IDF/URIOPSS (PA)) regrette un foisonnement légal qui entraîne une confusion des genres entre services à la personne – régis par la loi dite Borloo de 2005- et les services sociaux et médico-sociaux (dont font partis les associations adhérentes à sa fédération) – régis par la loi du 2 janvier 2002 et qui dans le cadre de l'autorisation de fonctionner supportent de contraintes importantes. Elle constate que les parisiens fragilisés ayant besoin d'un soutien à domicile se trouvent assez démunis pour effectuer un « choix éclairé » quand se mélangent, se confondent et se superposent (parfois) l'autorisation, l'habilitation à l'aide sociale et l'agrément ou la déclaration ! le seul critère de choix devient alors le prix de vente, alors même que les établissements médico-sociaux sont sous le régime de la loi de 2002 et pratiquent, avec des logiques et des contraintes différentes (notamment en terme de fiscalité ou de convention collective...), des tarifs somme toute assez proches de ceux pratiqués par les services à la personne. L'UNA PARIS appelle de ses vœux une volonté politique de clarification des rôles ainsi qu'une politique publique d'organisation des réponses médico-sociales à domicile transversale mêlant aide et soins ».

Pour Mme Lefevre la phrase « **Mme Lefèvre** (UNAFAM) complète ce qui vient d'être dit sur la psychiatrie : le passage par un médecin généraliste est une difficulté terrible car il est difficile d'en trouver un, et beaucoup de personnes se retrouvent alors en difficultés. » est remplacé par « le passage devant un médecin généraliste est une difficulté terrible pour les personnes en souffrance psychique qui sont souvent sans médecin référent et pour les généralistes peu habitués à ce type de pathologie ». La phrase « **Mme Lefèvre** (UNAFAM) précise que ce qui est difficile c'est lorsque l'on demande le classement de la pathologie du patient en « ALD » : il y a obligation de passer par le généraliste, d'où une rupture de parcours et une difficulté. » est remplacé par « précise que l'obligation de passer par le généraliste pour l'attribution et le renouvellement de l'ALD entraîne des ruptures d'ALD et, par voie de conséquence, de traitement: démarches insurmontables pour le patient, méconnaissance des pathologies psychiatriques du médecin généraliste ». La phrase « l'UNAFAM a entrepris une action de prévention vis-à-vis des adolescents, qui visait à éviter de penser que certains troubles n'apparaissent qu'à l'adolescence. Le but de cette action de prévention » est remplacé par « L'UNAFAM a entrepris une action de prévention vis à vis des ado. Le but de cette action est ».

, Dr Tanneau et Mme Lefevre.

Déclinaison territoriale du volet hospitalier du SROS (annexe 2)

Intervention de Monsieur Rodolphe Dumoulin, Directeur Territorial

L'adresse de transmission des documents et la déclinaison parisienne du SROS seront disponibles dans les jours qui viennent. ^[iii]

Evolutions récentes du contexte hospitalier

Une offre dense et diversifiée, de proximité et de recours, incluant des centres de référence régionaux et nationaux avec un rôle majeur d'enseignement et de recherche Des mutations au long cours touchant divers sites hospitaliers publics et privés, et affectant l'organisation de plusieurs disciplines (psychiatrie, MCO.)

Un rattrapage du retard en équipement en soins de suite et de réadaptation

Des coordinations insuffisantes (amont/aval) mais encouragées par la mise en place progressive de filières et de parcours de soins

Pour l'activité de court séjour l'AP-HP représente :

- 28 % de l'activité de la région ;
- 57% de l'activité parisienne.

L'offre hospitalière : évolutions récentes

A) Des restructurations qui impactent l'offre de soins:

- Constitution de 8 groupes hospitaliers au sein de l'AP-HP, avec, pour certains, des établissements installés dans la petite couronne; fermeture de site de Saint Vincent de Paul et transfert d'activités (maternité, pédiatrie, brûlés, hématologie,...)
- Un relatif statu quo dans le secteur privé malgré des fermetures récentes (clinique Bien Naître, Clinique Vinci)
- Constitution en cours d'un ensemble hospitalier de 5 établissements autonomes sur le site de St Joseph (Paris 14ème) échéance 2014
- Poursuite des rapprochements des hôpitaux de jour non sectorisés (psychiatrie) avec amélioration de l'offre

B) Des réorganisations qui poursuivent des objectifs d'efficience et de qualité des soins:

- Permanence des soins en établissements de santé: Mise en place d'une organisation avec 7 établissements pour les activités nocturnes en chirurgie viscérale et orthopédique (hors continuité des soins)
- Poursuite de la mise en place d'équipes de psychiatrie de secteurs dans les services d'urgences (Bichat, Lariboisière, Hôtel-Dieu, Tenon, Saint-Antoine)
- Finalisation de l'installation des lits d'hospitalisation complète en psychiatrie sectorisée dans Paris
- Communauté hospitalière de territoire: projet associant les 5 établissements parisiens en charge de la psychiatrie adulte sectorisée
- Mobilisation des acteurs sanitaires dans le projet relatif aux parcours de santé des personnes âgées - 9, 10, 19èmes arr. (ANAP)

C) Une offre de soins en SSR :

- renforcée (ouverture notamment de 2 établissements en 2010 et 2011),
- et complétée pour répondre à des besoins spécifiques :
 - SSR périnatal : pour des jeunes mères vulnérables sur le plan médico-psycho-social (2010)
 - SSR addictologie (ouverture 2013)
 - SSR Hématologie: en 2010, le seul sur Paris

En résumé, la Ville de Paris possède des atouts indéniables avec une expertise technique et humaine qui fait de ce territoire un des mieux dotés en France et au monde. Mais il reste tout de même quelques difficultés. Le premier recours est fragile, il peut agir en rôle de proximité. De manière plus générale les besoins de santé augmentent et n'ont pas vocation à diminuer face à des problématiques de pathologies chroniques qui évoluent. Les SROS passés ont tenté de répondre aux déséquilibres qui ont permis des rattrapages. C'est pourquoi, aujourd'hui on a un SROS de coordination qui n'est pas un SROS de pénurie. Mais une meilleure organisation va permettre de répondre suffisamment aux besoins.

Les enjeux sont de répondre aux défis démographiques professionnels, d'accompagner la mutation stratégique de l'hôpital. L'enjeu de la démographie médicale préoccupante : fin 2016 seule la moitié des 8 189 médecins partant à la retraite – 2623 généralistes, 5566 spécialistes–, devrait être remplacée. Certaines pistes sont mises en place avec des facs de médecines, en faisant coopérer les établissements attractifs et les moins attractifs. Dans le futur les objectifs seront de bien prendre en charge les maladies chroniques, avoir des partenariats inter hospitalier et améliorer la qualité de la prise en charge. Les gradations futures vont pousser à concevoir des expertises et construire des soins. La couverture territoriale qui montre des zones de fragilités exigent de la coopération. Enfin la DTARS 75 souhaiterait que la question de la santé possède une place dans les travaux du Grand Paris.

Les grandes tendances du schéma

- ♦ Les adaptations des parcours de santé et de soins
- ♦ Les principales réorganisations inter hospitalières
- ♦ Les évolutions selon les domaines

Les adaptations des parcours de santé et de soins en s'orientant plus vers la prévention, on cherche une offre plus diversifié, avec une meilleure accessibilité financière, avec des circuits hospitaliers plus courts, avec une offre diversifiée et une meilleure accessibilité financière. Avec une nouvelle attention pour les personnes précarisées.

Pour les modalités de mise en œuvre, la DTARS75 compte passer par la contractualisation, l'animation territoriale avec des idées qui sont encore en débat. On met l'accent sur les questions transversales et les programmes de performance. Pour Paris on continue de montrer la diversité hospitalière offerte sur ce territoire tout en veillant sur la liberté de choix du patient. Un premier document sera soumis à la consultation informelle jusque fin septembre il aura la possibilité de faire remonter des propositions. Ce document sera par la suite fin septembre soumis à la consultation formelle et sera officiellement affiné fin 2012.

Discussion :

En réponse à une question de **Mme Finkelstein, M. Dumoulin** souligne que l'on est en train de sortir d'un « hospitalo centrisme » déjà très ancien. Les maisons de santé (horaires de jours ouvrables) et les maisons médicales de garde sont des partenaires de cette tendance et sont donc des interlocuteurs avec qui la DTARS discute.

A la demande de **M. Chassaniol**, Mme le Docteur **Bernard** explique que le site de Saint-Joseph connaît une réorganisation, qui sera effective en 2014; le projet « B2 » qui englobe l'Hôpital Léopold Bellan (établissement privé de santé non lucratif), la clinique Arago (spécialité en orthopédie) et l'AURA (AURA Paris, Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel). L'AURA PARIS est aujourd'hui la première association de dialyse de France.

Il reste un point à éclaircir (**M Chassaniol**) : l'ouverture d'un pôle privé sur le site de Saint Joseph, Clinéa portera de 50 à 100 lits son offre psychiatriques ; cela implique-t-il une augmentation des lits en psychiatrie ? **M. Dumoulin** explique que les extensions se feront à la marge, toutes les capacités ramenées

sur ce site existant déjà par ailleurs. L'inquiétude de la FHF est de voir l'hôpital Saint Joseph renforcer son foncier et faire des propositions à des opérateurs : transfert de la Clinique Villa Montsouris (Rue de la Santé, 13^{ème}). Le **Dr Bernard** assure qu'il n'y aura pas d'autorisation supplémentaire dans la région

La question de la mutualisation des services de soins palliatifs (**Mme Guignard**) est encore en cours de réflexion, car le sujet est difficile à résoudre.

Les participants ont ensuite un échange sur les différentes missions de l'hôpital privé et public. Ces différences sont multiples : financements (**Dr Bernard**), patientèle (**M. Burnier**), coût-prix-efficacité (**Dr Tanneau, Dr Kahn, M. Chassaniol**). Il y a une différence et on ne peut pas comparer ces modalités différentes (**Dr Bernard**). **M. Dumoulin** précise que c'est quand même pour ça qu'il existe une convergence entre ces deux secteurs.

Mais les activités hospitalières ne peuvent être délaissées au profit de celles de la Ville. Le problème sur Paris n'est pas simple car il faut travailler avec différents acteurs. Les cliniques ont des capacités très basses et les hôpitaux plus élevés donc il y a des raisons structurelles. La médecine de proximité a besoin d'une permanence de soins pour qu'elle soit assurée le weekend. Le mot de la fin revient peut-être à **M. Chassaniol** qui explique que le débat dépasse Paris, et au **Dr Cacot** pour qui on est passé à une version du SROS où, en préambule, il est expliqué qu'il faut moins d'hôpital.

Dans le domaine de la Santé Mentale, les Membres de la Conférences soulignent la faiblesse du SROS III sur ce sujet. Aujourd'hui, il est urgent de combler lacunes et retards. (**Mme Lefèvre, M. Géraud**)

La DTARS met en avant les huit appels à projets (publication sur le site ARS-IDF, 2^{ème} semestre 2012), la volonté de labelliser les centres MAIA sans toutefois les spécialiser (Alzheimer, par exemple), le travail de la DASES, qui met en place des missions de santé mentale avec deux axes de travail prioritaires l'extension des Conseils de santé mentale et la fédération des cinq hôpitaux psychiatriques.

L'autisme reste un point de désaccord (**M. Géraud, M. Dumoulin**).

Pour **Mme Finkelstein** il faut une instance de concertation entre l'état et la ville de Paris, une instance avec une visibilité qu'on sache comment sont faits les travaux fait et comment ils sont suivis, la conférence de territoire de santé à vocation à être cette instance.

Un dernier échange, après ce débat qui a vivement intéressé les participants. **M Chassaniol** revient sur une phrase prononcée par l'ARS qui était qu'elle ne voulait pas faire quelque chose comme l'APHD or celle-ci s'ouvre et évolue ; c'est un point majeur qu'il ne faut pas négliger. Enfin un troisième volet est important la Mairie de Paris recrute pour créer un « bureau » dédié à la psychiatrie. Pour **M. Géraud** on parle peu du privé à but non lucratif. Pour le **Dr Cacot** les 5 000 médecins en moins vont nécessairement pousser à voir les organisations différemment. Et pour le **Dr Bernard** il faut faire attention à ne pas creuser les inégalités.

Point d'information sur la permanence des soins ambulatoires à Paris

Il faut associer les besoins en soins aux réponses en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, donc à partir de 20 h et jusqu'à 8h le lendemain. L'ARS organise cette permanence des soins, sur la fonction de régulation médicale afin d'éviter la sur-réponse ou la sous réponse. Le financement de la PDSA a quasi doublé. Une nouvelle instance de l'ARS décline le comité médical territorial de gouvernance avec SOS-Médecins, la garde médicale, et l'ouverture médicale. Ces trois associations et le SAMU (15) réglementent les appels. On voit bien que les réponses ne sont pas toujours les plus adaptées, il y a une possible négociation. Comme ces trois associations interviennent déjà et couvrent bien les besoins il n'y a pas nécessité de sectorisation. **Mme Kahn** souligne que tous les médecins qui pratiquent la PDS ont un supplément d'honoraire sauf sur Paris ! **M Dumoulin** explique que ces actes sont majorés contre un volume d'acte. Une astreinte est prévue pour un territoire où le médecin attend un acte ne venant pas (peu

d'urgences dans une population moins dense), ce qui n'est pas le cas de Paris. Le fait qu'il n'y ait pas de sectorisation implique une contrepartie sur les actes. Le Dr **Tanneau** demande si cela correspond à des particularités des parisiens. Pour M. **Dumoulin** il ya peut être une facilité à avoir un médecin dans quelques secteurs cela prend plus de temps mais le niveau de réponse est globalement exceptionnel. Le **Dr Kahn** souligne que la France est le seul pays au monde à avoir une visite à domicile, le **Dr Bernard** estime qu'il serait bon que ce luxe soit utilisé au minimum.

Les Urgences. Leur utilisation doit être plus juste, il faut une adaptation des recours aux médecins (de garde). Le rôle des pharmacies de garde (nombre –en nuit profonde- porté de deux à huit/dix actuellement) ; il y a nécessairement un pharmacien de garde dans chacune de ces pharmacies (Dr Bernard). Rappelons que les coordonnées de ces pharmacies sont disponibles : affichage sur la porte des pharmacies, Commissariat de Police, Mairies d'arrondissement, site de l'ARS. Il faudrait aussi utiliser les panneaux d'affichage type « Decaux » pour ces informations (**Dr Kahn**). Une brochure faite en 2008 sur la PDSA pourrait être mieux utilisée. (**Dr Kahn**).

Proposition de courrier au Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'accessibilité des soins

Afin d'éviter tout conflit d'intérêt Mme le **Docteur Kahn-Bensaude, vice présidente de l'Ordre National des Médecins**, se retire et ne prend pas part à la discussion. Le Dr Cacot revient sur ce projet, déjà évoqué pendant la réunion de la conférence : l'idée était que la Conférence prenne position officiellement. Car il a semblé important que la Conférence appuie la position exprimée par l'Ordre National des Médecins sur la répartition territoriale des médecins, la mission du CNOM se démarquant clairement de celle des syndicats médicaux lesquels ont une autre fonction.

A nouveau, le débat est animé entre les partisans, et les sceptiques :

Mme **Finkestein** trouve qu'il est important de montrer qu'on est intéressé par cette démarche, et que l'Ordre est là pour appuyer la déontologie. Mme **Guignard** pense qu'il faut souligner la question de l'égal accès aux soins ainsi que les problèmes financiers se posant derrière, sinon il manque quelque chose.

Faut-il craindre d'être pris dans une querelle de personnes au sein de l'Ordre (Dr **Tanneau**), pourquoi entrer dans une polémique qui se crée sur un contexte légal déjà établi (M. **Burnier**), pourrait-on nous reprocher de sortir de notre champ de compétences (tarifications, territorialité de la Conférence face à une corporation Nationale - M. **Leroy**, M. **Chassaniol**).

C'est pourquoi il semble raisonnable, à ce stade de la réflexion, et au vu du peu de Membres présents, d'attendre encore un peu... (Dr **Cacot**)

L'idée du courrier est de ne pas laisser la question soulevée, comme un sujet relevant de la seule discussion entre le Conseil National et les Comités Départementaux. C'est une affaire politique et la Conférence estime devoir de s'en autosaisir.

Prendre position sur ce dossier est une bonne chose, mais il faut trouver les bons interlocuteurs (Ministère) **M. Chassaniol**. cela pose également la question récurrente du futur de la Conférence (ce qui se passe en réunion a vocation à finir où ?) **Mme Finkelstein**. On commence à dire à quoi on sert ! (**Dr Tanneau**) A noter également que la Conférence souffrant d'un déficit d'image, c'est une bonne idée de se montrer au grand public (**M. Sacht**).

En conclusion le Président Cacot explique que ces questions là ont été au centre des discussions sur les travaux et les dates de réunions déjà fixés. Le dernier point à l'ordre du jour serait de voir les souhaits et suggestions sur les thèmes de travail de la Conférence et des conférences introductives. Il faut continuer sur d'autres travaux de prévention et de promotion de la santé. Le Pr Uzan a proposé une présentation de l'AP-HP. D'autres thèmes sont à explorer, comme l'exercice futur de la médecine, qui pourrait être un débat

public sur ce que sera pratique. La médecine scolaire, la complexité du territoire pour mieux comprendre qui fait quoi ; une conférence sur les territoires des et les territoires de l'offre. Les thèmes ne manquent pas et on se pose la question des outils. Mme Lefèvre propose une conférence sur les professions autres, autour du domaine médical.

Ce court exposé lance le débat sur le dernier point à l'ordre du jour : Calendriers des réunions de la CTS 75 et thèmes de travail 2012-2013.

Les autres points de l'ordre du jour, seront examinés lors d'une prochaine Conférence.

La séance est levée.

ⁱ Extrait du document « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien. Paris 25 et 26 novembre 2009

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/endeuilles/textesexperts/Perret.pdf>

ⁱⁱ Les chartes de l'OMS

La Charte d'Ottawa, rédigée par l'OMS, est issue de la Conférence internationale pour la promotion de la Santé en 1986 et propose l'élaboration de politiques pour la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, le développement des compétences personnelles par l'information et l'éducation et la réorientation des services de santé. L'objectif de cette conférence était la santé pour tous pour l'an 2000 et au-delà. Ce document est important car il définit le concept de promotion de la santé ses bases et ses objectifs aux niveaux politique et communautaire.

Près de 20 ans plus tard, une nouvelle charte, celle de Bangkok (OMS 2005) réitère l'orientation de la première et implique de créer un partenaire mondial pour renforcer les acquis d'Ottawa.

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Prevention-et-Promotion-de-la.92298.0.html>

ⁱⁱⁱ Présentation de l'avant-projet du SROS-Volet hospitalier

http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/SROS_Volet-Hospitalier/presentations-departementales/SROS_PRS_75_9072012_18h_Mode_de_compatibilite_.pdf