

---

## CONFERENCE DU TERRITOIRE DE SANTE DE PARIS

### COMPTE RENDU DE LA REUNION DU 19 JANVIER 2012

---

La conférence se réunit dans les locaux de l'association L'Elan Retrouvé.

Quorum non atteint (*20 membres présents*).

#### ORDRE DU JOUR

- 1. Intervention du Professeur Sommelet : La santé des enfants et des adolescents : diagnostic et conditions de changement.**
- 2. Approbation du compte rendu de la réunion du 15 Décembre 2011**
- 3. Vote d'une proposition de la conférence des territoires de santé sur le schéma de biologie médicale**
- 4. Vote de la Proposition du bureau de la Conférence d'une réponse à l'appel d'offre de la CRSA sur l'organisation d'un débat public le 12 avril 2012, sur la thématique « parcours de santé et âge de la vie » : « la néonatalité » et compte rendu de la réunion au CRSA.**
- 5. Point sur l'évolution du groupe Handicap**
- 6. Définition de la mission du groupe de travail « Précarité, accès aux soins et aux aides »**
- 7. Présentation du Schéma Régional « Prévention » (ARS Ile de France)**
- 8. Questions diverses**

#### **Intervention de Mr Cacot :**

Mr Cacot présente les vœux du bureau à la Conférence. Cette année le but sera d'organiser la transversalité au sein de la conférence et de ses membres, et aussi de s'impliquer de façon plus forte dans la démocratie sanitaire. La réunion de février va permettre la réalisation d'un bilan sur le travail de la conférence et sur ses méthodes.

Présentation de Monsieur Dumoulin, nouveau Délégué Territorial de Paris, qui a pris la suite de madame Junqua, après une période d'intérim assurée par le Dr Catherine Bernard.



## **Intervention du Professeur Sommelet : La santé des enfants et des adolescents : diagnostic et conditions de changement (annexe 1)**

L'idée que le Professeur Sommelet défend est celle de la mise en place d'une politique de santé globale de l'enfance. Le titre de la présentation a été modifié pour insister sur les droits des enfants et des familles. Il est nécessaire que l'enfant et sa famille, en tant que sujets de droit et bénéficiaires de droits, soient le centre des discussions car très souvent cette place est prise par les acteurs de santé (tout en oubliant les acteurs sociaux).

Peu de choses ont changé en quelques dizaines d'années. Alors que la santé de l'enfant et de l'adolescent est une affaire de l'Etat et non une affaire politique, il n'existe aucune continuité de plans d'action s'inscrivant dans la durée longue. L'un des principaux problèmes est celui de l'inégalité de la prise en charge (surtout pour les maladies chroniques). La France a un bon système de soins mais ce système n'est pas égal pour tout le monde, et quelque soit les réformes entreprises, il y a un problème de suivi des plans (quand la durée de vie d'un ministre de la santé est en général de deux ans).

Pour suivre le développement d'un enfant (avant sa naissance jusqu'à ses 18 ans) un ensemble de professionnels existe (généralistes, pédiatres) mais cette multitude d'acteurs a du mal à se coordonner. Par exemple, il est fréquent d'attendre six mois pour avoir un rendez-vous quand un enfant souffre de troubles d'apprentissages. Les parcours doivent être mieux ciblés. Le soutien et l'accompagnement doivent être travaillés sur le terrain.

La technique médicale est de plus en plus efficace : en 1970 on observait une guérison du cancer de 20 % chez les enfants, aujourd'hui la guérison se fait dans 80% des cas. Mais il peut aussi y avoir des dérives, avec des changements de pratique inquiétants. Ainsi on prend moins de temps pour parler aux parents. Il est nécessaire de se pencher sur les soins palliatifs et la mort des enfants.

Plusieurs éléments montrent un dysfonctionnement dans l'organisation des soins. D'une façon générale, on ne cible les politiques que sur des thèmes ponctuels comme « tabac et grossesse » ou « la prévention du suicide des jeunes » mais il n'y a pas de continuité ni de vision large et globale de l'enfance ; on coupe en tranche d'âge et en thématique. On a une approche de l'adolescent essentiellement psychiatrique mais il ne se rend pas chez le psychiatre. Il ne peut pas être suivi par le médecin scolaire, cette médecine tend à disparaître

et doit être défendue. Et il ne faut pas se limiter à cela. Car il faut prendre en compte les différentes disciplines comme la justice, l'éducation, les sciences humaines et sociales quand on parle d'enfance.

Tout cela on le sait depuis longtemps, et pourtant rien ne change !

Pour que les choses changent vraiment, le Pr Sommelet ne voit qu'un moyen : il faut un plan mis en place par le Président de la République, comme ça a été le cas pour le plan cancer.

### **Discussion :**

**Professeur Sommelet :** Il est important de mettre une partie des acteurs directement en lien avec les enfants, les barrières entre chacun doivent être rompues, les acteurs doivent se rassembler. Il existe une bagarre permanente entre ceux qui parlent de l'enfant et ceux qui parlent des acteurs, mais ces derniers défendent leur environnement de travail. En même temps ces personnes sont prêtes et ont envie de travailler ensemble. Ce problème relève des politiques. Comme l'illustre le plan cancer, plan établi en lien direct avec l'Etat.

**Mr Cacot** demande pourquoi dans d'autres pays les plans de santé sont suivis et survivent aux ministres ?

**Professeur Sommelet :** Ceci montre qu'en France la politique domine la santé. L'enfant n'intéresse pas ; il est considéré comme un bien. On ne s'en occupe qu'à l'âge adulte. Or, la problématique de la mortalité précoce montre bien que ce qui se passe avant l'étape de l'adolescence chez l'enfant compte à l'âge adulte. Pour soigner l'adulte, il faut d'abord soigner l'enfant.

**Mme Kahn-Bensaude** retrouve un peu ce qu'elle a vécu durant sa carrière. Il n'y a pas de progrès sur le taux de prématurité, l'examen du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse mis en place et pouvant être fait par un gynécologue, un généraliste ou une sage femme n'est pas fait car personne n'a le temps de le faire. La définition de délégation de tâches (et non de transfert de compétences) permettrait sans-doute d'améliorer les choses. Plusieurs expérimentations sont faites comme celle faisant sortir les femmes tôt de la maternité avec un suivi des sages femmes à domicile. À la longue les plus gros problèmes concernent les enfants ayant des problèmes psychiatriques comme l'autisme dont on ne sait que faire car aucune structure ne les prend en charge tout comme les enfants qui font des tentatives de suicide. En trente ans il

n'y a pas eu de changement, la santé de l'enfant de 0 à 6 ans est plutôt bien rodée et bien prise en charge, mais après 11 ans et le vaccin du DT polio on ne les suit plus. La loi de protection de l'enfance de 2007 avait demandé des examens médicaux à effectuer mais rien n'a été fait. Beaucoup de choses restent à faire sur l'épidémiologie par exemple, on pourrait avoir des statistiques de la MDPH ce qui serait très important.

**Mr Tanneau** parle de problème de gouvernance. On dépiste beaucoup mais après on a personne pour prendre en charge l'enfant. Insister sur l'importance du dépistage sans s'assurer que les moyens de traitements sont là...pose question. L'idée d'une délégation de tâches est pertinente.

**Professeur Sommelet** : les pédopsychiatres sont peu nombreux et travaillent essentiellement dans des structures hospitalières, très peu sont en libéral ce qui rend leur accès difficile. Les pédopsychiatres doivent travailler en lien mais pas forcément en première ligne. Souvent les parents ne savent pas où aller et vont voir le psychiatre pour des problèmes ne le concernant pas.

**Mr Burnier** remarque que l'on parle souvent de carence de pédiatres en banlieue. Il faudrait préciser la notion de projet de vie pour les enfants. Il note que la prise en charge de l'autisme entre 15 et 18 ans n'est pas adaptée.

**Professeur Sommelet**: Le nombre global de pédiatre est satisfaisant et a été augmenté.

**Mme Kahn-Bensaude** précise que les médecins généralistes sont capables d'assurer la pédiatrie, on a augmenté le nombre de pédiatres pour les services de néonatalogie.

**Professeur Sommelet** : Le nombre de pédiatres n'a pas baissé, il y a environ quatre ans il était question d'en diminuer le nombre mais la mesure n'est pas passée ; il y a 296 places de pédiatrie ouvertes chaque année. Tous ces pédiatres ne travaillent pas à temps plein et il y'a plus de 90 % de femmes. Par ailleurs, leur répartition géographique est comme celle des généralistes, très hétérogènes et ne correspond pas aux besoins. Les pédiatres sont en majorité dans les villes de plus de cent mille habitants. Il faut réfléchir à une articulation correcte avec des généralistes formés pour prendre en charge les enfants. Le nombre de généralistes a aussi considérablement diminué et ils n'assurent plus la continuité des soins. Il y a donc un problème d'accès aux pédiatres et généralistes. La création de maisons de santé pourrait être l'occasion de rassembler les personnes ayant une formation complémentaire.

**Mr Cacot** retient l'absolue nécessité d'un plan « enfant- adolescent » survivant aux ministres et transversal. Le Pr Sommelet a parlé d'un à deux millions d'enfants vivant dans la précarité.

C'est un chiffre considérable. Il ne faut pas oublier que s'occuper de l'enfant c'est s'occuper de l'adulte .



### **Approbation du compte rendu de la réunion du 15 Décembre 2011**

Aucune remarque, compte-rendu adopté à l'unanimité.



### **Vote d'une proposition de la conférence des territoires de santé sur le schéma de biologie médicale**

Vote à remettre, le problème des absents doit être réglé. Le règlement intérieur serait peut être à revoir.



### **Vote de la Proposition du bureau de la Conférence d'une réponse à l'appel d'offre de la CRSA sur l'organisation d'un débat public le 12 avril 2012, sur la thématique « parcours de santé et âge de la vie » : «– la périnatalité. » et compte rendu de la réunion au CRSA.**

La conférence s'est portée candidate pour le débat public « Âge de vie et Territoire de santé ». Le bureau a souhaité que la conférence se porte candidate, cette candidature doit être validée par les membres de la conférence.

**Mr Cacot** présente les thèmes actuellement proposés par le comité de pilotage de ce débat-public : la prise en charge des IVG, le suivi et la prise en charge des grossesses à bas risques médicales, le poids de la précarité dans le suivi de grossesse et son issue, repérage et prise en charge des facteurs de vulnérabilité psycho-sociaux . Il demande si la Conférence suggère d'autres thèmes. Le Pr Sommelet fait remarquer que les trois derniers thèmes tournent autour de la grossesse et la précarité et peuvent sans-doute être réunis. La grossesse de l'adolescente est aussi un sujet à aborder, c'est un problème qui donne lieu à des questionnements éthiques et plusieurs autres questions.

**Mme Pequart** propose le thème de la grossesse et l'addiction. Des progrès sont à faire dans l'approche des professionnels qui sont peu accompagnants des femmes qui ont des problèmes d'addictions. Un gros travail est à faire avec les équipes face à ces femmes souffrant d'addiction à l'alcool ou au tabac. Il y a un problème de non dit, les femmes se cachent face aux normes.

Le **Professeur Sommelet** fait part d'une expérience australienne où des bénévoles formés se rendent à domicile pour renforcer le rôle de prévention, de soutien, des personnes en situation de vulnérabilité. Au Canada et en Grande Bretagne ce rôle existe aussi, ces expériences sont intéressantes et permettent de réfléchir à l'accompagnement des femmes qui connaissent des problèmes durant leur grossesse.

La conférence fera donc part de trois remarques :

Les trois derniers points évoqués lors du premier copil peuvent se regrouper en un seul

Il est important de faire état de ce qui se fait ailleurs.

Il ne faut pas oublier le thème de la grossesse et des addictions ainsi que celui de la grossesse des adolescentes.



### **Point sur l'évolution du groupe Handicap**

**Mr Cacot** rappelle que la réunion de février devrait faire un point sur l'avancée des travaux de la ville de Paris. On pourra reprendre la comparaison des travaux réalisés par l'ARS et de ceux de la ville de Paris : similitudes et différences, complémentarités et logiques d'action (notamment sur les modalités de définition des priorités).

### **Présentation de Mr Sachet sur l'évolution du groupe Handicap.**

Le groupe a participé à des travaux du schéma départemental du handicap de la ville de Paris où les choses ont bien avancé. Il y aura une séance de présentation du schéma à la ville de Paris. Le groupe doit travailler sur trois objectifs : les systèmes d'information, la question des modalités de définition des priorités et les innovations décroissantes. Pour mémoire, la lettre de mission expose ces trois enjeux : comment obtenir des données fiables et non cloisonnées (handicap/santé), connaître les méthodologies utiles à la définition des priorités ;

puis promouvoir sur le territoire les propositions innovantes et pertinentes en termes de décroisement, point qui est assez difficile à travailler au niveau du groupe de travail (appel des membres de la Conférence sur leurs connaissances dans ce domaine).

Pour les systèmes d'information on constate que les sources sont multiples et non connectables dans le sens où elles sont non cohérentes. On a les statistiques de la Cramif, les statistiques de la MDPH, ces fichiers ne sont pas connectés ni connectable et ne sont pas répertoriés correctement. Le groupe propose de rechercher des sources relatives à la population concernée, voir où se trouvent les sources et essayer de repérer et de soutenir ce qui est fait en termes de systèmes de données unifiés. La MDPH de Paris met en place une gestion informatique de ses données il serait intéressant que les autres départements d'Ile de France aient la même démarche. La CNSA travaille sur cette question.

Les besoins à satisfaire sont multiples et sont difficiles à prioriser. On a un certain nombre d'axes prioritaires comme par exemple la disparition de la distinction personnes handicapées/ personnes âgées qui implique des problèmes administratifs et financiers), l'accès au logement, la fluidification des parcours et de l'accessibilité (on entend par là les ruptures de parcours), l'insertion professionnelle.

La création de l'ARS permet d'aller de l'avant et de permettre le décroisement mais ces expériences sont méconnues, il faut aller les rechercher sur le terrain.

**Mr Cacot** fait la remarque que le thème des priorités concerne la difficile question de la définition des priorités. Le but est de s'interroger ensemble sur les modalités de construction des priorités. Comment ça c'est passé dans le passé et comment ça pourrait se passer dans l'avenir ?



#### **Définition de la mission du groupe de travail « Précarité, accès aux soins et aux aides »**

Lors des précédentes réunions de la conférence, deux conférences introductives ont abordé la question de la précarité et de l'accès aux soins : les PASS et les actions de Médecins du Monde. Dans les deux cas la conférence se demandait comment des personnes en situation de précarité pouvaient avoir accès aux soins, y compris en dehors de l'hôpital. D'où la création d'un groupe de travail. Or, il faut définir la mission de ce groupe de travail. Le Dr Thery s'occupera de ce groupe de travail et a

proposé que l'on confie à celui-ci, la définition de la mission du groupe de travail précarité et accès aux soins (4 à 5 réunions sur 2 mois).

**Mr Dumoulin** fait part à la conférence de l'existence d'un groupe de travail à l'ARS sur les PASS au niveau régional, mais ce groupe dont il est question là a pour projet de se décliner sur le territoire. Il aurait pour but de mettre en lumière des problématiques qui ne soient pas immédiatement visibles. L'idée d'inclure quelques représentants l'Ars au niveau du groupe de travail de la conférence permettrait de gagner en cohérence. L'agence aurait un rôle d'orchestration et la conférence de territoire un rôle de révélation.

Pour **Mr Cacot** ce premier groupe de travail a pour idée de formaliser la question, il est intéressant d'y associer l'Ars.

**Mme Lefevre** intervient ; il lui semble que l'on va de groupe de travail en groupe de travail sans jamais savoir ce qui a été formalisé. Repartir à zéro dans toutes les instances ne semble pas cohérent. Il serait judicieux de partir des travaux déjà faits et, à leur lecture, voir ce qui manque? Elle a l'impression d'entendre dans les instances la même chose.

**Mme Belkacemi** ajoute que toutes ces questions sont abordées dans les travaux du PRAPS (programme régional accès à la prévention et aux soins). Il serait bien d'attendre que le groupe régional communique ses résultats et en fonction de ceux ci réfléchir à la manière de poursuivre le travail à l'échelle de Paris. Ce groupe a commencé en septembre en collaboration avec l'ARS. Les membres du groupe ont essayé de recenser toutes les actions de santé concernant la prévention et le soin qui sont menées pour essayer de repérer là où il y'a des soucis et des manques et aussi de repérer les actions innovantes pour permettre de généraliser. Le premier document devrait sortir autour février

Pour **Mr Dumoulin** l'idée n'est pas de tout recommencer, mais de se demander si au vu des spécificités parisiennes une lecture particulière serait à faire ? La situation parisienne est différente de celles des autres départements. L'intervention d'une personne de l'agence permettra de ne pas partir de rien et de faire l'interface entre les différents travaux régionaux et départementaux.

**Mr Chambaud (directeur de la santé publique à l'ARS Ile de France)** tient à rappeler des éléments de calendrier. Le PRAPS est un programme OBLIGATOIRE et nouveau. Avant, tout était axé sur la prévention dans le cadre des crédits de prévention. Aujourd'hui la préparation d'un nouveau programme implique les différents champs de compétences de



l'agence, c'est à dire l'accès aux soins pour les populations, dans les champs sociaux, médico sociaux, et hospitaliers. L'ARS souhaite une première ébauche stabilisée de ce programme pour le mois de Mars pour qu'il soit mit en place dans le cadre du projet régional de santé. On va donc avoir un cadrage régional mais il y a besoin d'un éclairage de la part de la conférence de territoire.

Pour **Mme Guignard** les filières sont séparées ; l'idée c'est de faire rencontrer des représentants de ses différentes catégories de population pour faire émerger ce qu'il y a de commun et de différents. Il est intéressant d'avoir les conclusions du PRAPS puis de se réunir pour permettre de voir ce qu'il faut envisager sur Paris

**Mr Nau** appuie les propos de Mme Guignard, un groupe de travail semble nécessaire pour l'examen de PRAPS.

Se proposent pour ce groupe de travail : Mme Lefèvre, M Nau, Mme Guignard, M Théry, Mme Belkacemi et madame Pequart.



### **Présentation du Schéma Régional « Prévention » (ARS Ile de France)**

Schéma régional de prévention présenté par **Monsieur Chambaud** directeur de la santé publique. (annexe 2)

En introduction **Monsieur Chambaud** tient à réagir à la présentation du Professeur Sommelet ; ses propos étaient très intéressants, mais il souhaiterait pouvoir la contredire sur deux points. L'ARS n'oublie pas la santé publique, elle veut s'inscrire dans cette démarche. Selon, **Mr Chambaud**, il ne faut pas attendre les injonctions nationales mais il faut travailler sur des mises en place régionales De plus le schéma régional de prévention s'inscrit dans le PRS . Pour préparer le schéma régional de prévention il y a eu un vrai souci de construction avec la création de nombreux groupes de travail, d'un copil ainsi que l'utilisation de toute les instances possibles comme la commission de prévention de la CRSA. Il y a une volonté de transversalité soutenue par Claude Evin, par exemple le schéma « santé des détenus » et le schéma bucco dentaire incluent la prévention.

Le but de ce schéma est d'agir sur les déterminants, les conditions qui font en sorte que les personnes tombent malades ; on souhaite donc travailler avec les acteurs sur de nombreux éléments. L'ARS souhaite mettre en place des actions fortes sur la territorialisation des

politiques de prévention. Enfin, spécificité Ile de France, le schéma prévention inclut la veille sanitaire.

En Ile de France on constate trois choses au niveau de la santé : globalement on a un état de santé favorable, il y a des points de vigilance sur lesquels il faudra travailler, mais surtout on note de fortes inégalités territoriales. En matière d'offre de prévention il est important de garder en tête que beaucoup d'actions de prévention sont mises en place mais elles sont de taille, de qualité et de répartition territoriales éminemment variables. Il y a une importante richesse des partenariats, mais il est difficile de les coordonner. L'offre de prévention doit être liée à l'offre de premier recours et à l'offre médico sociale. Mais une articulation avec le secteur social est aussi un élément majeur.

En matière de veille et gestion de crise il existe une plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaire. Le seul risque naturel fort et important en IdF c'est le risque d'inondation, le deuxième non naturel mais fort est le risque d'attentat terroriste. Enfin, le troisième est celui des bactéries multi résistantes. La veille sanitaire fait partie d'un ensemble, sur ce sujet on a mêlé deux volets (la veille sanitaire et la prévention). Par exemple, la tuberculose est un problème en IDF. On ne peut pas agir en contrôlant chaque cas, on doit faire de la prévention et de la veille sanitaire. Une expérience à Clichy sous Bois en cours d'examen montre bien que tous les aspects de la prévention sur les conditions favorisant la contamination sont importants.

La prévention est un élément majeur du PSRS, elle va permettre d'agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé Mais on sait aussi que c'est un facteur d'aggravation des inégalités ; lors « d'actions standard » les personnes qui en général vont bénéficier des programmes sont celles qui en ont le moins besoin. Ce plan vise une amélioration globale en favorisant la continuité des parcours de santé. Ici la prévention inclut la réhabilitation. On intervient donc sur les parcours de santé des personnes. Cinq axes d'actions prioritaires ont été définis : la périnatalité, la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, et la lutte contre l'habitat indigne. On souhaite développer l'entretien prénatal précoce et tout ce qui tourne autour de la parentalité. Pour une meilleure prise en charge, un lien avec le schéma régional médico-social sera mis en place. Le 14 février l'agence organise un forum sur la santé mentale. Son objectif sera notamment d'enrichir les axes de travail.

Enfin, le schéma prévention insiste sur la coordination des vigilances. L'évaluation du projet régional de santé est importante car beaucoup d'actions vont être liées dans les différents

schémas de l'agence. Par exemple, on mettra en place une action sur la mortalité infantile dans Paris avec une évaluation conjointe.

**Mme Bernard** intervient sur la déclinaison territoriale du schéma de prévention. A Paris la délégation territoriale est confrontée à des effets de densité de population. Il y a une multiplicité d'acteurs, on a donc un enjeu de mise en cohérence d'actions. Il faut évoquer le caractère prioritaire et particulier du nord est parisien où les caractéristiques de la population nécessitent des approches privilégiées. Il y'a par ailleurs la nécessité de travailler sur l'ensemble du département, et auprès des populations particulières tels que les personnes en situation de précarité, les personnes sans domicile, les personnes en situation de handicap. Un autre thème tourne autour des questions d'addictions. Il y a des évolutions défavorables en la matière, chez les populations désocialisées ou dans la population jeune, les comportements de consommation ont évolué, les derniers résultats sont inquiétants et montrent qu'il faut réfléchir et travailler sur la situation du sud ouest parisien.

On a aussi une évolution des cancers du poumon liée à l'évolution de la consommation du tabac. On observe que les femmes parisiennes fument plus qu'ailleurs ; depuis un certain nombre d'années observe une amplification des cancers du poumon chez la femme. Une problématique spécifique sera sûrement abordée autour de l'IVG et des grossesses adolescentes. La santé mentale est un autre point évoqué de façon permanente par tous les acteurs. Les modalités d'intervention ont été modifiées dans des logiques de prévention et d'articulations. Il y a aussi des évolutions importantes sur des pathologies comme l'asthme où les déterminants départementaux ont un impact, en particulier l'habitat insalubre sur lequel on a besoin d'un renforcement.

La délégation territoriale travaille sur les pratiques cliniques préventives qu'on voudrait intégrer assez rapidement dans le cursus de formation des professionnels de santé.

Dans le nord est parisien, on a des partenariats avec des professionnels pour expérimenter des actions pilotes. Par exemple dans le quartier de Belleville les Amandiers, on travaille avec le centre de PMI pour fédérer les acteurs autour des questions sur la petite enfance et en proposant des méthodes pour structurer ces actions. Sur le quartier Flandre, on travaille autour des enfants et de l'âge scolaire avec des partenaires : les acteurs scolaires (comité d'éducation santé citoyenneté) mais surtout avec les acteurs locaux y compris la population dans des démarches participatives. Des actions de prévention avaient été mises en place avant comme une action de dépistage du cancer du sein. On a amélioré considérablement le nombre de

dépistages effectué sur ces derniers mois. On peut voir des effets favorables sur les actions menées. Dans le cas des enfants d'âge scolaire, il faut que les acteurs s'approprient les démarches. Sur les deux thématiques, le diagnostic sera territorialisé, les réunions ont déjà commencé pour affiner les méthodes et les partenariats. Ceci ne va pas empêcher de travailler sur l'ensemble du département

On met en place, en lien avec l'[ANAP](#) un travail autour des personnes âgées en lien avec un certain nombre de partenaires dont la ville en s'appuyant sur les filières de gériatrie et aussi sur les services de maintien à domicile et les ehpad. Les enjeux sont le maintien de l'autonomie, la nutrition, les ateliers mémoire. La partie pratique de ce travail a démarré mais elle doit être mieux formalisée et systématisée.

Enfin, une attention particulière existe sur la prise en compte de la prévention et de l'accès aux soins chez les personnes en situations de handicap. Leur état santé est moins bon et il faut impliquer l'ensemble des services et des acteurs qui travaillent avec ces personnes handicapées. On va essayer de mettre en place des actions de prévention en particulier auprès des enfants, des jeunes, des adultes pris en charges par les structures.

Il y'a aussi un nombre non négligeable de personnes soignées pour leur addictions. Il y'a aussi la question environnementale et celle de la santé des étudiants. Cette question joue notamment quand l'habitat est occupé par des familles avec des enfants. Le travail se poursuit mais doit s'amplifier et se clarifier, on doit trouver des modalités et renforcer le partenariat avec la ville de Paris.

Il faut retenir de cet exposé le focus fait sur le nord parisien avec des expériences sur la périnatalité, l'âge scolaire, le travail sur des thématiques particulières comme par exemple les étudiants, et l'action sur l'habitat insalubre.

**Mr Cacot** pense qu'il y a besoin de prendre connaissances des enjeux, des méthodes de travail et du suivi des résultats. Il y a une nécessité d'action sur les [conditions](#) de santé déplorables. Il est intéressant d'entendre qu'une action sur les pathologies (cancer du sein) peut entraîner des actions sur la prévention (détection précoce). Une autre question abordée rapidement dans les diapositives reste en suspens, c'est la question du travail sur les déterminants de santé. On travaille autour, rarement sur et il faut probablement réfléchir à ce qui produit de la santé. L'étude de Whitehall mettait en évidence un lien important entre niveau hiérarchique et taux de morbidité/mortalité, dans une importante population de

fonctionnaire britannique. Et la majeure partie de ce lien n'était pas expliqué par les déterminants de santé classiquement connus (alcool, tabac, nutrition...). D'autres facteurs interviennent qui ont probablement à voir avec les questions « santé et travail ».

Tout ceci, suffisamment partagé, connu, discuté, nous fera passer d'une culture de la démocratie sanitaire (= intervention des usagers des services de soin...et d'accompagnement dans l'organisation de l'offre) à une culture de démocratie de santé..question beaucoup plus large que la précédente.

**Mme Bernard** pense qu'une des difficultés du travail sur les déterminants est la nature de ceux-ci ; par exemple, le lien social est un élément déterminant de la santé. Ce n'est pas parce qu'on le pointe que les acteurs du champ de la santé doivent par nature travailler sur ces questions là. Le fait de travailler, l'estime de soi, détermine la santé ce qui explique en partie le gradient social. C'est un peu ce qu'évoquait Mr Chambaud en parlant de politique de santé. La question qui se pose est comment avancer, comment produire un meilleur état de santé et comment, de notre côté en tant que professionnels de santé, on participe avec des leviers de santé et sanitaire sur une petite partie du déterminant. L'enjeu est de ne pas s'enfermer sur une logique sanitaire. C'est bien le continuum que l'on doit prendre en compte si on veut être efficace.

**Mr Tanneau** reste frustré par cet exposé et le thème de la santé mentale. Par exemple, les pédiatres et les médecins généralistes veulent faire de grande campagne sur les « dys » comme la dyslexie. Il est bien de dépister mais après il faut prendre en charge.

Il s'interroge aussi sur la délégation de tâches en milieu hospitalier.

Pour **Mr Chambaud** ce n'est pas une pirouette de dire qu'on attend le forum sur la santé mentale, c'est une préoccupation très forte de l'agence. On se préoccupe aussi de ce qui se passe après. Derrière les diagnostics on doit mettre en place des modalités qui permettent de se retrouver. Il reste un sujet majeur dont l'ARS n'a pas la maîtrise c'est le mode rémunération. Par exemple comment financer une consultation de prévention ?

Pour **Mr Tanneau** il faut voir d'une façon plus globale ce sujet. Par exemple, un enfant qui attend un placement ou un diagnostic pendant six mois rate un an de scolarité, s'il rate encore des mois il va se mettre en échec scolaire. D'où l'idée de travailler en partenariat avec l'éducation nationale. Le rôle de l'ARS est de mesurer les conséquences sanitaires des politiques publiques et d'interpeller ces dernières.



## **Questions diverses**

Pas de questions.

Fin de la conférence.

Prochaine réunion le 16/02 – Lieu à préciser. Le Président fait à nouveau appel aux disponibilités des uns et des autres.