

Réunion de Conférence du 22 Mars 2013 à l'URPS Pharmaciens

Mot d'accueil par Monsieur Loup, représentant de l'URPS Pharmaciens.

Monsieur Loup nous lit un texte de M. Nadjahi Président de l'URPS Pharmaciens.

L'URPS pharmaciens a été créée dans le cadre de la loi HPST en 2010. Cette assemblée est élue pour cinq ans. Elle est composée de 24 membres et un bureau. Ce bureau réunit les représentants de toutes les tendances syndicales. Une séance plénière a lieu tous les mois. Les représentants de l'ARS et de l'ONDPS (Observatoire National Des Professions de la Santé) y sont invités. L'URPS travaille sur différents sujets : la télé-santé, le programme M'Tdents, la suite hospitalière et la contraception.

Le monde de la pharmacie se découpe en trois entités :

- L'Ordre qui se préoccupe des questions de déontologie
- Les syndicats en charge des questions d'économie d'officine, de rémunération
- Les URPS qui appliquent la loi HPST

De fait, la loi HPST a entraîné une révolution, l'officine est intégrée dans une offre de soin globale, on contribue aux soins de premier recours, au service public, on veille à la protection sanitaire, à l'éducation thérapeutique ainsi qu'à la fonction de pharmacien référent.

Discussion autour de la présentation de M. Loup :

Le Pr Criks voudrait savoir s'il y a une bonne pénétration du dossier pharmaceutique en ville et s'il s'articule bien avec le monde hospitalier ? M. Loup répond que le projet de développement du dossier pharmaceutique commence à prendre de l'importance.

Le Dr Cartacheff s'interroge sur les questions de contraceptions. Peut-on savoir si, parmi les filles qui viennent chercher la pilule du lendemain en pharmacie, il y a des cas de violences sexuelles ? De plus y a-t-il eu des questions de patientes sur les pilules de deuxième et troisième générations ? M. Loup répond qu'il y a une grande détresse, les filles qui viennent chercher la pilule du lendemain sont inconnues car elles s'adressent précisément à une pharmacie loin de leur domicile. Il n'a jamais réussi à entrer en contact avec ces jeunes filles. Aujourd'hui lorsque l'on donne la pilule du lendemain elle est accompagnée d'une trousse où on trouve des contraceptifs, des préservatifs qu'on retrouve souvent dans le caniveau. Il n'y a pas eu beaucoup de questions ou de panique autour des pilules de 3^{ème} génération, le conseil donné était de consulter son gynécologue, mais de ne pas arrêter la pilule.

Le Dr Cartacheff demande plus de précision sur les espaces de confidentialité de certaines pharmacies. M. Loup nous explique que c'est un espace qui se trouve derrière l'espace de vente, à l'écart du public, où on peut écouter une personne qui explique ses problèmes. Cet espace n'est pas réglementaire, mais est conseillé.

M. Paris voudrait connaître la position des pharmaciens concernant la pharmacie dans les EHPAD ? Pour M. Leroy, parfois, l'activité pharmaceutique en province est liée à un EHPAD, mais ce cas est rare sur Paris. M. Loup ne peut pas répondre à cette question. M. Paris fait remarquer que des actions ont été mises en place dans les EHPAD pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées. M. Loup est d'accord sur le fait qu'il existe un problème bucco-dentaire dans les EHPAD. Mme Danielle Beer de la CPAM, nous informe que le programme MT dent est un programme de l'assurance maladie, cette

action est menée avec beaucoup de partenaires. Elle propose de faire un point sur les actions de la CPAM en matière de santé.

La santé au travail, par Mme Bourla, Efficience Santé au Travail

- **Historique de la médecine du travail**

La notion de santé pour le salarié est née en 1841 avec la loi qui limite le travail des enfants dans les manufactures. En 1892 est créé le corps des inspecteurs du travail qui s'occupe aussi de la santé des salariés. En 1898, la responsabilité de l'employeur est reconnue pour les accidents du travail. En 1941, née la première loi sur la protection médicale. En 1946, une loi organise la médecine du travail, le chef d'entreprise devient responsable de la santé de ses salariés. Dès lors, les chefs d'entreprise ont embauché des médecins dans les plus grosses entreprises pour créer leur propre service de santé au travail. Cependant, 80 % des entreprises possèdent moins de dix salariés. Les chefs d'entreprises créent alors des services inter-entreprises. Une directive européenne en 1989 promeut l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail. Aujourd'hui, le chef d'entreprise est responsable de la santé et de la sécurité du salarié. En 2002, la loi rebaptise les services de médecine au travail en service de santé au travail. Cette loi introduit le métier de préventeur et des équipes pluridisciplinaires. En 2011, la loi de 1946 est modifiée, la mission des médecins du travail est transmise aux services de santé du travail.

Les services de santé au travail inter-entreprises suivent environ 15 millions de salariés, les services au sein des entreprises suivent environ 1 million de salarié. Il existe environ 300 services inter-entreprises qui interviennent pour environ 1,5 millions d'entreprises françaises. Le financement des services interentreprises est assuré par les entreprises et coûte 1, 2 milliards par an.

Les services de santé inter-entreprises sont des associations de loi 1901. Ils possèdent un conseil d'administration paritaire composé par les représentants des employeurs, les représentants syndicaux et les salariés des entreprises adhérentes. On compte près de 5200 médecins de travail inter-entreprise. Dans 8 ans la moitié de ces médecins seront à la retraite. C'est un problème qui se ressent pour l'instant moins à Paris. Dans certaines régions, il n'y a quasiment plus de médecin de travail alors que c'est une obligation réglementaire pour le chef d'entreprise qui se met en faute en ne l'appliquant pas. La loi de 2011 introduit notamment des infirmières de santé au travail, l'avantage est de pouvoir les former plus rapidement. Elles ne remplaceront néanmoins pas le médecin et ne pourront pas délivrer de fiches d'aptitude. A noter que la médecine du travail est la dernière spécialité choisie à l'examen classant national, et qu'il y a plus de postes à pourvoir que d'étudiants pour cette spécialité. Ceci peut éventuellement s'expliquer par le fait que le médecin du travail ne prescrit pas, il ne fait que de la prévention.

- **Les missions des services de santé au travail**

Ce service a pour but de préserver la santé physique et mentale des employés. Il conseille les employeurs, les salariés, et les responsables du personnel. Il identifie les risques professionnels, pour améliorer les conditions de travail, prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le travail, réduire la pénibilité du travail, aider au maintien des travailleurs (qu'on appelait avant salariés). Les services signent des CPOM (contrat d'objectifs et de moyens) avec la DIRECCT et les organismes de prévention. Aujourd'hui les objectifs fixés sont plus adaptés aux terrains. Par exemple, une des spécificités en Ile de France c'est la durée des transports, cela a des conséquences sur la santé. La médecine du travail va permettre de protéger les travailleurs des nuisances, des expositions chimiques. On s'occupe de l'hygiène générale, on fait de la prévention et de l'éducation sanitaire, on suit les aménagements des locaux lors de la création de bâtiments. Le rôle de la santé au travail a évolué, ce

n'est plus uniquement la visite du médecin du travail. Aujourd'hui on s'interroge d'avantage sur l'activité de la personne. On va au sein de l'entreprise et le médecin du travail doit y consacrer au moins 150 demi-journées par an en actions en milieu du travail. Comment prétendre connaître un poste si on ne va pas voir comment il fonctionne en entreprise ? On doit faire des études de poste pour améliorer l'adaptation de l'emploi. Le médecin du travail doit donner des conseils en termes de secours et d'urgence, il doit participer aux réunions de CHSCT des entreprises, il doit s'occuper des mesures de métrologie, et des campagnes en rapport avec l'action des professionnels. Il répond à la demande d'enquêtes épidémiologiques, doit étudier les techniques de production et la formation de sécurité. Aujourd'hui le médecin du travail est aidé par une équipe pluridisciplinaire, on y retrouve par exemple des ergonomes (spécialistes de l'organisation du travail) , des toxicologues, des psychologues du travail, des hygiénistes.

Les visites médicales existent toujours. Il y a d'abord la visite médicale, durant laquelle le médecin doit informer et prévenir des risques qu'encourt le travailleur. Puis il y a une visite dite "de reprise" qui autorise le salarié à reprendre le travail. Le troisième type est la visite à la demande du salarié ou de l'employeur. Enfin, il existe des visites périodiques. Elles avaient avant lieu tous les ans, mais depuis 2004 elles se déroulent légalement tous les deux ans mais devant les difficultés et le manque de médecins du travail, elles seront plus difficiles à mettre en place à l'avenir. Les visites à la demande des salariés existeront toujours et seront une priorité des services. A noter que dans beaucoup de cas la visite systématique, ne présente pas beaucoup d'intérêt.

- **Discussion**

Mme Festa intervient. En tant qu'employeur public, elle apprécie la mention de l'évolution démographique des médecins du travail rendant l'obligation impossible à remplir. Elle peut attester que même sur Paris, il est difficile de trouver un médecin du travail. Un service de médecine du travail inter-établissement n'a pas encore été créé. Mme Bourla a bien souligné l'importance de la médecine du travail pour élaborer une politique de prévention du risque, mais regrette le peu de moyens. Y a-t-il un endroit où l'on réfléchit à toutes ces questions ? Mme Bourla répond que la situation est dramatique pour certains employeurs, certains services inter-entreprises refusent de nouvelles adhésions même si c'est une obligation. La médecine du travail telle qu'elle est faite en France est une spécialité bien française, en Belgique, en Suisse et au Québec ce sont des équipes pluridisciplinaires qui interviennent. Le problème c'est qu'en France, seul le médecin du travail est en droit de décider si un salarié est apte ou inapte au travail. Il existe une formation d'infirmière de santé au travail mais cela ne permet pas de régler la situation. Il est possible de faire appel à des médecins collaborateurs, mais il faut quatre ans pour qu'un médecin soit formé et qualifié par l'Ordre comme médecin du travail. En Belgique, on travaille plus avec les préventeurs, les entreprises sont notées en terme de risque, on se tourne plus vers les questions de sécurité. Pour le médecin du travail français, il est compliqué de mettre quelqu'un d'inapte ou apte à son poste quand on n'a pas vu ce poste. En Ile de France il y a beaucoup de turn-over chez les salariés, donc le médecin du travail passe son temps à refaire les choses et parallèlement ses missions sont de plus en plus importantes.

le Dr Cartacheff explique aux membres de la Conférence qu'il n'existe pas de médecine de travail pour les fonctionnaires sur le même modèle que la médecine du travail pour les salariés du privé mais les fonctionnaires bénéficient d'un service de médecine de prévention. En ce qui concerne l'aptitude médicale lors de la titularisation du fonctionnaire stagiaire ou de l'embauche d'un agent de l'Etat non titulaire cela passe par une visite médicale chez un médecin généraliste libéral agréé par l'administration Mme Bourla dit que le système pour les salariés du privé est différent, le médecin du travail définit l'aptitude par rapport au poste du travail."

Le Dr Cartacheff fait remarquer que Mme Bourla n'a pas évoqué la situation des gens ayant un handicap, ou une maladie chronique, la question des risques psychosociaux, mais aussi celle de l'amiante. Mme Bourla répond que le rôle de la médecine du travail est de faire de l'aménagement des postes de travail. On prend donc en compte le handicap, d'autant plus que le principal objectif des services de santé au travail est de maintenir les salariés au travail. Une des tendances actuelles est de

qualifier tout et n'importe quoi de risques psychosociaux. Les risques psycho-sociaux sont pris en charge par les médecins du travail et les psychologues du travail. Il faut néanmoins faire attention à ce que le moindre problème ne soit pas catalogué « risque psycho social » au détriment des réels problèmes. L'amiante est une question douloureuse pour les services de santé au travail, il n'y a pas eu pendant longtemps de mise en garde.

Le Dr Cartacheff demande qui est responsable lorsqu'un salarié refuse de mettre les protections que l'employeur lui donne ? Mme Bourla répond que si le salarié ne met pas de protection, l'employeur est responsable. Le rôle d'un service de santé au travail est d'essayer de convaincre et de conseiller le salarié.

Le Dr Thomas demande si les certificats d'aptitude à un poste faits par les médecins généralistes pour certaines entreprises qui les demandent aux étudiants pour les jobs d'été sont valables ? Mme Bourla explique que ces certificats n'ont aucune valeur, seul le médecin du travail peut donner une aptitude ou non à un poste. Mais la difficulté c'est que pendant l'été les services de santé au travail sont en vacances et donc un effectif léger.

Le Dr Tanneau rappelle qu'il n'y a pas assez de médecin du travail, il y a 15-20 ans les médecins du travail avait demandé une ouverture du numerus clausus. En parallèle, un concours de médecine a été ouvert pour avoir plus de main d'œuvre. Le statut du médecin de travail est très protecteur, il est indépendant vis-à-vis de son patron. Il lui paraît plus difficile pour un ergonome ou une infirmière d'avoir cette indépendance. Mme Bourla répond que l'indépendance du médecin du travail est uniquement technique. Il est protégé pour éviter la pression des employeurs notamment dans les services autonomes, il est légitime d'avoir une protection.

Le Dr Tanneau dit qu'il serait peut-être bien d'avoir une médecine de travail pour les professions libérales, les suicides des professionnels de santé sont nombreux. Mme Bourla répond qu'aujourd'hui il y a toute une population de salarié que l'on a du mal à suivre comme les femmes de ménage qui ont des horaires de travail difficiles. Pour le suicide c'est aussi le cas des agriculteurs, les cancers professionnels sont aussi ceux qui tuent le plus.

Le Dr Brunot (DT ARS) remarque que Mme Bourla a souligné la prévention liée au travail, mais y a-t-il un partenariat, des missions relatives aux tranches d'âges ? Mme Bourla dit qu'on essaye de le faire mais avec d'autres personnes comme les infirmières de santé au travail, on va travailler sur des problématiques plus liées à la santé publique. On va travailler sur d'autres axes que ceux spécifiques au travail.

Le Dr Brunot demande à Mme Bourla si les services de santé au travail ont une logique d'approche régionale et s'il y a des spécificités sur la ville de Paris ? Celle-ci répond que sur Paris il n'y a rien de spécifique, la seule chance que l'on a c'est de trouver plus facilement un médecin du travail.

Le Dr Hercot nous fait part d'un problème en radiologie les salariés ont souvent des CDD qui finissent avant d'avoir pu consulter un médecin du travail, quels sont les risques pour l'employeur ? De plus que faut-il faire quand un salarié présente une inaptitude temporaire ? Mme Bourla répond que si un salarié est exposé à un risque, dans le cadre de son CDD, il peut se retourner contre son employeur. Légalement il n'y a pas d'inaptitude temporaire, c'est un moyen trouvé par le médecin du travail de faire arrêter le salarié par un médecin généraliste.

Le Dr Cartacheff demande s'il y a une évolution dans le temps par rapport aux accidents et aux maladies professionnelles ? Mme Bourla répond qu'il n'y a pas assez d'études, on observe néanmoins une augmentation des maladies professionnelles, mais il faut savoir qu'elles étaient sous déclarées avant. Ce qui est sûr c'est que l'on a de plus en plus de troubles musculo squelettiques.

Le Dr Cartacheff remarque que l'on sait combien coûte la médecine du travail, mais pas combien elle rapporte. Mme Bourla répond que l'on devra attendre des années avant de le savoir.

Le Dr Brunot revient sur la question de la santé au travail et la déclinaison du volet prévention du PRS. On travaille dans une approche globale de prise en compte du parcours de vie. On intervient dès les premiers âges de la vie. Le champ de la médecine du travail est potentiellement important. Pour la DT75 il est important de connaître les leviers les plus pertinents pour agir et mettre en place une stratégie, l'ARS a déjà sollicité des entreprises et des services de médecine au travail.

Le Dr Cacot fait remarquer que la nomination de représentants de la santé au travail à la Conférence prouve leur importance. Le problème c'est que l'on ne sait pas ce que cela rapporte, ce qui constitue un champ de recherche apte à susciter des vocations.

L'avenir de l'Hôtel Dieu, par Mme Sophie Albert

Le Pr Fagon ne pouvant être présent, le projet est présenté par Mme Albert.

Le projet consiste à transformer l'Hôtel Dieu pour lui donner une nouvelle mission. Les bâtiments sont anciens et ne répondent plus aux normes. La question était donc quel avenir peut-on donner à ce site ? Mireille Faugère a annoncé en mars 2011 le lancement d'une réflexion. Parallèlement l'idée de créer un hôpital universitaire de santé publique fut lancée dans une tribune signée par Jean Marie Leguen et Alex Kahn. Pour financer le ré-aménagement de l'Hôtel Dieu, il a été décidé que la contribution financière de l'APHP serait la vente du siège actuel de l'APHP et lequel sera transféré à l'Hôtel Dieu.

L'Hôtel Dieu possède un espace de 55000 m² permettant de faire entrer une activité hospitalo universitaire (41 % des surfaces), un musée (9 %), des services comme le restaurant du personnel (4 %), le siège de l'APHP (29 %), et une résidente étudiante (12 %).

Les services de soins représenteront 41 % des activités hospitalo-universitaire, l'hôpital de santé publique comptera pour 25 % (cette partie du projet est coordonnée par le Pr Lombrail). Des écoles vont se regrouper (chirurgie, IAD, IBODE). Ce lieu d'enseignement permettra de développer des transferts de compétence. On développera aussi un centre de simulation médico-chirurgicale.

L'hôpital de santé publique est une offre innovante qui veut faciliter l'accès aux soins des populations fragiles. Le projet répond aux besoins sanitaires, il n'est pas question de mettre en place une offre de soin concurrente, on offre que ce qui nécessite une aide renforcé. Tous les jours, il passe deux millions de personnes à proximité de l'Hôtel Dieu. C'est un lieu très accessible aux parisiens et à une partie des franciliens. Pour ce projet participeront des universitaires (l'hôtel Dieu veut devenir un lieu de recherche inter-universitaire en santé publique), des médecins de ville, des médecins de l'APHP et des usagers.

La structure va réunir des soins ambulatoires ouverts sur la ville, une unité médico judiciaire pour les victimes (adultes ou enfants). La question de son maintien s'est posée, car l'hôtel Dieu n'a plus de service de réanimation et de lit conventionnel. Suite à une concertation avec le Tribunal de Grande Instance et la préfecture de police le maintien de cette activité a été décidé. Cette unité sera adossée à un SMUR H-24. On veut aussi créer un centre de santé étudiant, qui accueillera les étudiants de Paris 5 et Paris 7 soit un public de 200 000 étudiants. On leur offrira des soins médicaux primaires, un gynécologue, un psychologue, et des soins bucco-dentaires.

L'offre de soins sera accessible, on va mettre un secteur de consultation de médecine sans rendez-vous pour les spécialistes et non spécialistes en lien avec l'ARS. Le SAU sera transformé en SMUR H-24, on aura un centre dentaire sans rendez-vous et le PASS à vocation généraliste sera maintenu. S'il y a équilibre économique, les soins paramédicaux et dentaires seront mis en place.

Pour la partie universitaire de santé publique, on veut créer une synergie entre la recherche action et l'apprentissage, l'action de soin et de santé publique sera déclinée dans ce projet pluridisciplinaire qui associe différentes écoles et différents acteurs. La maison médicale H24 sera un lieu de formation pour les internes de médecine générale. Toutes les universités de Paris intra-muros, leurs doyens et les professeurs de médecine générale sont d'accord pour mettre en commun des postes de PU.

Trois axes d'organisation sont à retenir : l'appui à la recherche clinique, épidémiologique, et biostatistique. L'appui à la recherche en qualité et en performance hospitalière, l'appui à la recherche en promotion de la santé. On va développer la recherche en santé au travail (volonté de Yannick Moreau), la médecine légale et la médecine générale.

Pour le siège, l'organisation des locaux est pensée de façon à favoriser des axes managériaux. Enfin, on aura le musée de l'APHP et un lieu d'information sur les métiers.

Aujourd'hui l'Hôtel Dieu fait partie du groupe hospitalier Cochin, mais demain on aura une direction atypique. L'Hôtel Dieu va sortir du GH et sera indépendant. Le financement de ce projet s'appuie sur la vente des bâtiments rues Victoria et Saint Martin.

La première étape sera la modification du PLU avant la fin de l'année. Le lancement de l'activité de soin sera pour 2014, le reste des transformations ne sera pas fini avant la fin 2017.

Présentation en annexe (**annexe 1**).

- **Discussion**

Le Dr Tanneau note que les psychologues sont compris dans les professions paramédicales, il ne comprend pas non plus ce que l'on entend par la tenue d'ateliers comportementaux. Mme Albert répond que c'est une forme d'éducation thérapeutique où l'on associe les usagers et les soignants.

M. Paris pose la question de la prise en compte de la télé médecine dans ce dossier. Mme Albert répond que la télé médecine bénéficie du soutien de l'ARS. Il sera peut-être possible d'avoir un lieu de consultation des clichés à distance, on pourra aussi passer des conventions avec les EHPAD qui en auraient besoin.

Mme Lechatellier demande s'il sera possible d'avoir un centre d'orthogénie ? De plus, Mme Albert a évoqué son agacement face au fait que le projet n'est présenté que sous l'angle de l'urgence. Mais la presse fait l'écho de ce que pense la population, l'Hôtel Dieu est un lieu symbolique pour les Parisiens et les Franciliens, quelles solutions seront mises en place face à cette fermeture ? Mme Albert répond que l'on va mettre en place un parcours de prise en charge rapide mais il n'y aura pas de centre d'orthogénie. Elle comprend aussi les inquiétudes de la population quand on leur parle d'hôpital sans lit. Un travail avec les élus se fait pour que le projet soit mieux connu de la population. Il y aura une présentation le 28 Mars à la Mairie du 4^{ème}. Les détails ne sont pas encore évoqués, car ils ne sont pas encore connus. Pour les urgences tout n'est pas figé. On sait aujourd'hui que l'Hôtel Dieu reçoit 25 000 personnes dans leurs urgences et 18 000 personnes rentrent chez elles. On a analysé le flux de patients transportés avec les pompiers afin de commencer à la modifier, les personnes qui allaient à l'Hôtel Dieu sont déplacées vers les Hôpitaux de Cochin, de Saint Antoine et un peu moins vers Bichat et Lariboisière. Quand la bascule des urgences sera faite, on aura une cellule d'observation qui ajustera les moyens en fonction des flux observés.

Le Dr Cacot pose une question sur le titre d'hôpital universitaire de santé publique, tout le monde est il d'accord avec ce terme et ce qu'il inclut ? Mme Albert répond que la santé publique mélange un peu tout qu'elle est beaucoup plus axée sur la prévention et le dépistage. Ce titre interpelle et interroge, tout le monde est persuadé que le modèle à son intérêt et pourra être répété. L'évolution de l'hôpital est de fermer ses lits, de s'ouvrir vers la ville, de libérer le patient et fluidifier le parcours de soin.

Le Dr Tanneau demande pourquoi avoir conservé l'Hôtel Dieu plutôt que de transférer aux professionnels libéraux tout ce qui concerne la médecine de ville. Pour Mme Albert, l'avenir est la fongibilité des moyens et avoir une porte d'entrée partagée pour travailler ensemble.

Mme Lefevre parle de l'exemple de la psychiatrie où on a fermé des lits tandis que les moyens n'ont pas suivi. Dès lors, on retrouve les malades en crise dans les rues, dans les prisons, il faut donc faire attention.

M. Paris fait une remarque identique sur la fongibilité des enveloppes, en effet en EHPAD on avait mis en place pour des établissements volontaires une dotation globale que l'on a arrêtée car, les outils n'existaient pas pour surveiller cette fongibilité. Les Ehpads ayant acceptés se sont retrouvés en fort déficit.

Le Dr Tanneau demande s'il n'a jamais été question de vendre l'Hôtel Dieu. Mme Albert répond que pour des raisons symboliques et du fait de l'emplacement de celui-ci, il aurait été dommage de ne pas le valoriser par une offre de soins accessible à tous. A Clermont Ferrand le directeur de l'hôpital a voulu vendre l'Hôtel Dieu, mais le maire a changé le PLU rendant sa vente impossible. S'il y avait eu cette tentation immobilière, la mairie de Paris ne l'aurait certainement pas laissé faire. Mais la raison de cette transformation est le souci d'avoir un accès aux soins pour tous.

Mme Festa dit que l'hôpital à venir reposerait sur la constitution d'un GCS, l'APHP va s'ouvrir à d'autres professionnels hors APHP. Si c'est bien le cas, quel est l'avantage de travailler dans le GCS ? De plus, y a-t-il eu des travaux en commun avec la psychiatrie parisienne ? Mme Albert répond que le GCS comptera des partenaires hors APHP, qui seront pourquoi pas universitaires et on pourra accueillir des professionnels de santé libéraux (avec un loyer). On va s'inscrire dans une démarche de santé publique, on va regarder en quoi l'hôtel Dieu est un lieu de permanence de soin donc l'intérêt est multiple. La psychiatrie qui n'est pas sous forme hospitalière est intéressée par cette offre.

M. Echardour fait remarquer qu'un grand enthousiasme entoure le sujet, il fait le vœu que réalité et enthousiasme seront concordants. Mme Albert finit cette discussion sur une citation « aller à l'idéal comprendre le réel ». L'offre de soins est utile mais sera forcément rattrapée par le réel.

Le pacte territoire santé – Alexandre Farnault

La présentation précédente concernait les engagements du pacte territoire santé. Aujourd'hui nous sommes dans une phase où on recueille les avis, les propositions et les remarques pour une déclinaison de ce pacte sur le territoire parisien. Pour étudier cette déclinaison, la DT75 a mis en place six ateliers interne pour ébaucher des suggestions.

Le premier point est la collecte et l'analyse de document à Paris. Qu'existe-t-il comme outil pour comprendre et anticiper la situation parisienne ? On travaille au recensement et l'analyse de ces outils car ils ne sont pas assez précis. On a une enquête intéressante DEMOMG-75 (fait en collaboration avec les universités et l'ordre des médecins). On va analyser les conditions d'exercices à Paris et l'activité médicale des libéraux. On fait une proposition sur les requêtes et les tableaux de bord.

Le deuxième chantier concerne la définition du champ du premier recours à Paris. Que faire y entrer, quel type d'installation ? Cela a-t-il des conséquences pratiques importantes ? Quelles activités ont investi à l'intérieur ?

Le troisième axe de travail c'est le dispositif d'incitation et d'aide du premier recours. On se demande comment avoir une bonne visibilité, comment coordonner, comment quantifier et avoir des éléments.

Le quatrième est la structuration du premier recours. Madame OOMS intervient. L'enjeu qui nous frappe actuellement 200 médecins partent et 12 arrivent: la réponse d'aujourd'hui est-elle suffisante ? Est-elle assez rapide ? Beaucoup de gens s'interrogent et ont envie de faire quelque chose. On va tenter de parler aux jeunes. Face à un tel défi on a besoin de propositions innovantes, comment pouvons-nous collectivement les trouver ?

Le cinquième axe s'interroge sur les partenariats, comment les faire et créer une parole ? Un proverbe bambara dit qu'il est bon que l'oiseau s'envole de la main du propriétaire. On ne doit pas parler à la place des jeunes il faut les associer à une réflexion collective sur le développement du premier recours à Paris.

Le sixième point concerne le développement du premier recours et le travail en synergie avec l'hôpital. Il est nécessaire d'avancer, car on ne retrouvera pas le même niveau de présence médicale avant 2030.

- **Discussion**

Pour le Dr Hercot le problème est que les jeunes sont théoriquement présents dans les instances. Cependant, on n'arrive pas à les atteindre, il faut aller vers eux. Le Dr Tanneau dit que lorsqu'on les rencontre, ils demandent comment s'installer à Paris quand les secteurs 2 sont détruits et que le prix du m² explose ? M. Echardour intervient pour dire que si l'on dit que c'est l'avenir, on peut penser qu'on ne fait rien et qu'on subit la situation. Paris doit être pris en compte même si le plaidoyer est difficile à faire, car il y a plus pauvre que nous mais ce n'est pas pour autant qu'on ne doit pas plaider. On ne sait pas très bien ce que veulent les jeunes dans ce moment particulier on doit travailler ensemble, mettre bout à bout chacune de nos capacités. Pour permettre un jour de définir un programme d'action.

Le Pr Crixx voudrait revenir sur la première diapo. Dans les urgences hospitalières arrive une population qui ne devrait pas y être. Il faut aussi aller vers les jeunes, car nombreux sont ceux qui ont fini leur spécialité, mais ne s'installent pas. Dans la population des diplômés non installés, on trouve 70% de femmes et cette population ne cesse de grandir. On a des personnes très mobiles, il faut prévoir des contrats d'exercices différents avec une possibilité de mobilité.

Le Dr They dit que l'on cherche à caractériser l'offre, mais il manque des données sur l'évolution des besoins. Dans cette évolution des besoins on a une caractéristique fondamentale qui est l'évolution de la santé sur le domicile.

Pour Mme Lechatellier lorsque l'on parle de désert médical on pose la question de l'accessibilité territoriale, mais il y a aussi la question de l'accessibilité financière. Les urgences sont engorgées, car elles sont gratuites pour le patient, la question des urgences se réglera avec une offre de soin primaire en secteur 1. L'Ile de France a une autre problématique: les déserts paramédicaux et maïeutiques qui sont moindres sur Paris, mais qui existent.

Présentation en annexe (**annexe n°2**)

Conditions de vie et de santé des personnes handicapées en Ile de France,

par Mme Catherine Embersin

La mission de l'ORS IDF est l'observation de la santé des franciliens. L'Ile de France est une région très favorisée traversée de fortes inégalités sur le territoire. L'objectif de l'étude est de faire l'état des lieux des personnes handicapées en Ile de France en termes de prévalence d'handicap, de santé et de participation sociale.

On enquête dans une population générale en se référant à la classification en cours du handicap. Il n'y a pas de définition unique de ce qu'est un handicap, on s'est donc concentré sur trois indicateurs : les limitations fonctionnelles déclinées en limites physiques, en limites sensorielles et en limites cognitives. On sélectionne au moins une limitation fonctionnelle grave. Les restrictions d'activités se déclinent en ADL (Activités de la vie quotidienne) ou IADL (Activités instrumentales de la vie quotidienne). On sélectionne au moins une restriction d'activité. Le troisième critère est la reconnaissance administrative. Ces trois indicateurs se recoupent sans se superposer. Chaque indicateur est insuffisant pour définir le champ du handicap.

La prévalence du handicap est plus faible en Ile de France quelques soient les critères retenues. Cette prévalence est plus faible dans les PCS les plus élevées.

Pour ce qui est des conditions de vie on a un niveau élevé de discriminations déclarées par les personnes handicapées en Ile de France. Ces niveaux sont plus faibles chez les personnes âgées. Les raisons des discriminations sont les a priori et le fait de limiter l'handicap à l'apparence. Ces discriminations sont plus déclarées par les moins diplômés. Le chômage est toujours plus élevé pour les personnes handicapées. Ce risque augmente lorsque l'on est moins diplômé.

L'utilisation de transport en commun est difficile pour les personnes âgées quel que soit l'âge particulièrement en Ile de France, car il est difficile de rester debout sur le trajet.

Le nombre de personnes handicapées ayant renoncé aux soins est élevé. La principale raison du renoncement est majoritairement une raison financière. Cependant, ce renoncement ne semble pas plus élevé pour les personnes handicapées en Ile de France par rapport aux autres régions, mais le renoncement au soin se montre plus élevé lorsque l'on prend en compte les variables sociales.

Présentation en annexe (**annexe n°3**)