



**MISSION D'INFORMATION
ET D'ÉVALUATION**

LA SANTÉ À PARIS

LE RAPPORT

PRÉSIDENT - **JEAN-PIERRE LECOQ**
RAPPORTEUR - **HAMIDOU SAMAKE**

Rapport Santé

Président : Jean-Pierre LECOQ

Rapporteur : Hamidou SAMAKE

Autres membres de la Mission : Nicolas BONNET-OULALDJ, Véronique BUCAILLE, Lamia EL AARAJE, Alexandre FLORENTIN, Barbara GOMES, Alexis GOVCIYAN, Nicolas JEANNETE, Nathalie LAVILLE, Eric LEJOINDRE, Maud LELIEVRE, Jérôme LORIAU, Carine PETIT, Emmanuelle RIVIER

Membres suppléants : Mahor CHICHE, Emmanuel MESSAS, Camille NAGET, Chloé SAGASPE, Hannah SEBBAH, Mélody TONOLLI

SOMMAIRE

ÉDITO DU PRÉSIDENT	P.4
ÉDITO DU RAPPORTEUR	P.5
SYNTHÈSE DU RAPPORT	P.6
INTRODUCTION	P.10
I. LA SANTÉ À PARIS : UN SYSTÈME COMPLEXE, RICHE ET EN TENSION	P.13
A. Un système de santé complexe dans lequel la Ville joue un rôle stratégique	P.14
B. La situation critique du système hospitalier parisien	P.26
C. Une médecine de Ville (libérale et médico-sociale) en tension et les actions correctives mises en œuvre	P.41
II. AGIR GLOBALEMENT POUR LA SANTÉ DES PARISIENNES ET DES PARISIENS : DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX	P. 54
A. Prendre en compte les déterminants sociaux et territoriaux de la santé	P. 55
B. La santé environnementale à Paris	P. 69
C. Des politiques ciblées pour y répondre aux besoins évolutifs des populations les plus vulnérables	P. 80
D. Permettre aux citoyennes et citoyens/usagères et usagers d'être pleinement actrices et acteurs de leur santé	P. 98
III. LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID (2020-2022), MISE À L'ÉPREUVE DE L'EXISTANT ET FACTEUR D'INNOVATION	P. 106
A. Parer à l'urgence : une mobilisation de tous les acteurs et toutes les actrices	P.107
B. Les premiers enseignements de cette expérience inédite	P. 118
PRÉCONISATIONS	P.126
ANNEXES	P. 136

MOT DU PRÉSIDENT



En ma qualité de Président de la Mission d'Information et d'étude sur la Santé à Paris, je souhaitais remercier chaleureusement toutes celles et tous ceux, membres de la Commission qui ont participé avec assiduité à ses travaux qui se sont déroulés pendant tout le premier semestre.

J'adresse également des remerciements sincères à celles et ceux que nous avons auditionnés et qui nous ont éclairés sur les forces mais aussi sur les faiblesses du système de santé à Paris.

En évolution constante, il a subi les effets de la crise sanitaire qui nous a tous surpris et étreints au cours des deux dernières années.

Nous l'avons constaté à chacune des auditions, notre système de santé présenté souvent comme un des plus performants au monde, est sorti éreinté de la crise COVID : les fragilités qui existaient auparavant apparaissent aujourd'hui comme des plaies béantes.

Certes et heureusement, il y a toujours des pôles d'excellence mais la fatigue et la démotivation atteignent et concernent tous les personnels de santé. Qu'ils soient Chefs de service, personnels soignants, aides-soignants ou qu'ils participent de près ou de loin à toutes ces structures essentielles à la vie de nos concitoyens.

La MIE a donc beaucoup travaillé et vous le constaterez à la lecture de cet excellent rapport sur lequel mon collègue Hamidou SAMAKÉ, reviendra en sa qualité de rapporteur.

Désormais, c'est tout le système de santé qu'il va falloir réformer et le rapport met en lumière les 71 préconisations de notre Mission que nous avons adoptées à l'unanimité.

Sur les sujets sur lesquels nous n'avons pu nous mettre d'accord, vous trouverez les préconisations de chacun des groupes politiques qui ont participé à cette MIE.

Aussi, si nous ne voulons pas voir s'abîmer encore davantage ce système de santé auquel nous sommes tous attachés et auquel nous n'avons pas suffisamment prêté attention au cours des dernières années, la mise en œuvre rapide de ces préconisations nous paraît donc essentielle.

Jean-Pierre LECOQ

MOT DU RAPPORTEUR



Depuis deux ans, le monde traverse une crise sanitaire qui bouleverse profondément notre rapport au soin. Ses acteurs en ont été durement éprouvés et nous mesurons chaque jour davantage leur mobilisation sans faille et leur importance cruciale. La mission d'information et d'évaluation dont j'ai eu l'honneur d'être rapporteur a permis de dresser le bilan provisoire d'une crise inédite et de mesurer les ressources et les défis du territoire parisien en matière de santé.

La santé à Paris ne saurait bien sûr être réduite ni à la réponse à la crise sanitaire, ni au capacitaire hospitalier ni même à la démographie médicale à Paris. Elle ne se limite pas à l'absence d'infirmité mais renvoie à un état global de bien-être, aussi bien physique que mental, comme l'entend l'Organisation mondiale de la santé : elle dépend donc d'un ensemble de facteurs interdépendants et nécessite de la part des décideurs politiques une prise en compte large, incluant les facteurs environnementaux et socio-économiques

Les auditions sur lesquelles se fonde le présent rapport ont permis d'illustrer l'inventivité des approches et le dynamisme des actions entreprises à Paris, dans leur diversité. Elles ont aussi mis en lumière un secteur en tension, confronté à des difficultés de recrutement, aux limitations de l'offre immobilière à Paris, ou aux logiques trop gestionnaires imposées par le cadre législatif et réglementaire national.

En tant que rapporteur, je salue l'esprit constructif qui a animé nos travaux et qui a abouti à de nombreuses propositions d'actions consensuelles et de grande qualité.

Ces propositions font écho aux préoccupations des acteurs de terrain interrogés et poursuivent les actions engagées par la Ville de Paris pour réduire les inégalités de santé et promouvoir cette dernière sous tous ses aspects; elles visent à enrichir la réflexion et les débats du Conseil de Paris en la matière. Je remercie au nom de la mission l'ensemble des personnes qui ont contribué à ce travail, notamment les personnes auditionnées, et je salue en particulier son président, mon collègue Jean-Pierre LECOQ.

Hamidou SAMAKE

SYNTHÈSE DU RAPPORT



© Guillaume BONTEMPS - Ville de Paris



© Émilie CHAIX - Ville de Paris

La délibération du Conseil de Paris créant la mission lui a fixé les objectifs suivants : réaliser un point d'étape sur les dispositifs municipaux mis en place pour lutter contre l'épidémie, cerner les enjeux de la création de la Direction de la santé publique de la Ville, analyser l'évolution des stratégies territoriales de santé et l'articulation entre médecine de ville et médecine d'hôpital public et privé, enfin dresser un bilan des actions de l'Assistance publique/Hôpitaux de Paris sur le territoire parisien au cours des dix dernières années, notamment s'agissant de son pôle gériatrique.

Du 13 janvier au 13 juillet 2022, la mission a procédé à 12 séances d'auditions et à 12 visites de terrain afin de répondre à ces objectifs en portant une attention particulière aux impacts négatifs de l'environnement sur la santé publique et aux moyens d'y remédier, ainsi qu'aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables. Le rapport qui résulte de ces travaux s'articule autour de trois grandes parties :

.....

1. La santé à Paris : un système complexe, riche et en tension

Le secteur de la santé fait intervenir un grand nombre d'acteurs et de métiers dont les domaines de compétences, qu'il s'agisse de la veille sanitaire, de la prévention ou de l'offre de soins, font l'objet d'une cartographie de synthèse. Il est pour l'essentiel piloté par les pouvoirs publics nationaux qui s'appuient depuis 2009 sur les agences régionales de santé (ARS). La Région Île-de-France exerce quant à elle des missions notamment axées sur la formation sanitaire et sociale, tandis que la Métropole du Grand Paris contribue en particulier à la qualité de l'air et la prévention des conduites à risques. Les compétences obligatoires exercées par la Ville de Paris comprennent principalement la protection maternelle et infantile ainsi que l'hygiène et la protection de l'environnement. Au-delà, elle mène de nombreuses actions d'information, de prévention, et de promotion de la santé et assume la gestion, parfois en régie, de centres de soins généralistes ou spécialisés.

Au sein du système de santé parisien, la situation de l'hôpital apparaît difficile, tant à l'AP-HP que dans le secteur privé du fait des politiques hospitalières conduites ces dernières années qui se sont traduites par des fermetures de lits. Plus récemment, les difficultés de recrutement et de fidélisation des personnels ont entraîné des fermetures de services, le plus souvent à titre temporaire. La crise des Urgences médicales est emblématique des difficultés du système de santé.

A Paris, même si la situation est meilleure que dans d'autres régions françaises, des patients rencontrent depuis quelques années des difficultés croissantes pour accéder à un médecin de ville conventionné dans le secteur 1, du fait de la diminution de leur nombre dans certains quartiers. Les acteurs publics mènent des actions pour remédier à cette situation avec le soutien de la collectivité parisienne, notamment à travers le dispositif Paris 'Med.

2. Agir globalement pour la santé des Parisiennes et des Parisiens : déterminants environnementaux et sociaux

Afin de limiter les inégalités de santé, le service de la protection maternelle et infantile de la Ville s'efforce de prendre en compte les besoins des populations les plus vulnérables et les plus précaires dès le plus jeune âge. Les problématiques spécifiques à la santé des femmes, telles que le traitement de l'endométriose, la prévention des violences conjugales ou sexuelles, un accès suffisant aux soins gynécologiques sont aussi des enjeux majeurs auxquels la création d'une « maison des femmes » peut permettre de répondre. Plus généralement, les dispositifs de médiation et la mise en place de politiques très localisées, à l'échelle de l'arrondissement, voire du quartier, doivent être encore développés, notamment s'agissant de la santé mentale. L'importance des actions de prévention sanitaire, pour lesquelles les collectivités territoriales ont une véritable capacité à agir, est reconnue, en particulier pour le public scolaire mais aussi à tous les âges de la vie.

Par ailleurs la prise en compte de la dimension environnementale de la santé apparaît plus que jamais indispensable et se traduit notamment par la réalisation d'évaluations d'impacts sur la santé portant sur les projets d'aménagement urbain, auxquelles le Service parisien de santé environnementale apporte son expertise. Les mesures prises pour lutter contre les perturbateurs endocriniens ou la pollution atmosphérique peuvent aussi être citées parmi les actions environnementales qui permettent de limiter les maladies chroniques. Au-delà, c'est la fabrique de l'espace urbain lui-même, qui doit être productrice de santé.

La nécessité de mener des politiques ciblées pour répondre aux besoins évolutifs des populations les plus vulnérables a conduit à développer la démarche « d'aller vers » pour le service de Protection Maternelle et Infantile. Ce type de démarche doit aussi permettre de pallier la dégradation de la santé mentale des enfants et les adolescents constatée depuis l'apparition de la pandémie de Covid-19. Celle-ci a revêtu un caractère particulièrement traumatisant pour les personnes âgées confrontées à l'appauvrissement du lien social et familial ou à des situations d'isolement. Les pouvoirs publics, et la Ville en particulier, mènent des actions afin de prévenir la perte d'autonomie et faciliter l'accès aux soins des seniors. Enfin, la pandémie du Covid 19 a mis en évidence la fragilité de certains publics exclus, plus vulnérables, pour lesquels des politiques dédiées doivent être renforcées, telles que les personnes en situation de handicap, les victimes de violences conjugales et sexuelles, les victimes de psycho-traumatismes ou les mineurs non accompagnés.

La lutte contre les addictions présentes sur le territoire parisien se heurte d'abord à la sous-estimation des risques dans le public. De nombreuses structures de soins existent sur le territoire parisien, mais les politiques conduites semblent souffrir d'un déficit de coordination, en particulier s'agissant de la lutte contre le crack. En matière de lutte contre le VIH, la stratégie Paris sans sida est principalement axée sur la démarche communautaire qui reconnaît à une population un savoir-faire pour s'organiser et agir ensemble.

Au-delà de ces actions spécifiques, la démocratie sanitaire vise à associer l'ensemble des acteurs de santé pour élaborer et mettre en œuvre une politique de santé. Elle se traduit par la reconnaissance des droits des usagers et leur participation active à l'élaboration de politiques sanitaires. La prise en compte de « l'expérience patient » est l'une des composantes centrale de cette démocratie des soins.

Le développement de la santé numérique, domaine dans lequel Paris semble bien placée pour figurer

parmi les leaders mondiaux, s'est accéléré récemment et comporte de nombreux aspects prometteurs mais risque aussi d'accentuer la « fracture numérique » et d'éloigner certains publics vulnérables de l'accès aux soins. Les dispositifs innovants en santé sont souvent proposés et mis en œuvre par les nombreuses associations parisiennes parfois en co-construction avec la Ville de Paris.

.....

3. La crise sanitaire de la Covid (2020-2022) : mise à l'épreuve de l'existant et facteur d'innovation

Pour faire face à la crise sanitaire du Covid 19 qui a notamment amené les pouvoirs publics à instituer trois périodes de confinement successives, la Ville de Paris a pris un ensemble de mesures telles que la commande d'équipements de protection ou l'établissement de plans de continuité d'activité qui lui ont permis de répondre à ses missions essentielles. Une politique de soutien aux plus fragiles a parallèlement été mise en œuvre, notamment en direction des Parisiens isolés inscrits sur le fichier REFLEX. Concernant le dépistage et la vaccination, la Ville s'est engagée dans l'organisation de nombreux centres, et les opérations « d'allers-vers » se sont multipliées. Enfin, comme pour toute problématique de santé publique, elle a mis l'accent sur la prévention avec une campagne d'affichage. La création le 1er avril 2022 d'une Direction unique de la Santé Publique dotée de 1 338 agents a visé à faciliter le travail de prévention et à porter un regard sur l'ensemble des politiques de santé. Des actions de lutte contre le virus ont aussi été conduites par des acteurs privés ou ont résulté d'une collaboration entre le public et le privé.

Un peu plus de deux ans après la survenue de l'épidémie et alors que celle-ci ne semble pas encore jugulée, on peut tout au plus tirer des premiers enseignements provisoires sur la gestion de cette crise. Les acteurs de la santé ont été amenés à se concerter et à organiser leurs actions pour lutter contre le coronavirus mais leur coopération semble encore devoir être améliorée. Quant aux actions dites « d'aller vers » les populations les plus éloignées du système de santé, elles pourraient être davantage déployées à Paris.

S'agissant de l'efficacité des actions mises en place afin de pallier les difficultés sanitaires, si les mesures de restriction des déplacements semblent avoir montré leur efficacité en termes de lutte contre l'épidémie, elles ont aussi eu des conséquences négatives sur d'autres indicateurs de santé, en particulier, pour les personnes âgées ou les enfants des familles défavorisées. De plus, la mise en place d'un dispositif renforcé de surveillance de la survenue des épidémies, serait nécessaire afin que les pouvoirs publics ne soient pas surpris et contraints d'agir dans l'urgence comme ce fut le cas pour le Covid.

Un ensemble de préconisations conclut ce rapport.

Introduction

Le Conseil de Paris a décidé lors de sa séance des 12 au 15 octobre 2021 de créer une dix-septième Mission d'Information et d'Évaluation (MIE), la troisième de la présente mandature, sur la santé à Paris.

.....

I - La création de la mission

Présentée par des élus du groupe Changer Paris alors que la crise sanitaire entraînée par l'épidémie de Covid 19 avait mis en évidence les faiblesses de notre système de santé, la demande de création de cette Mission (**annexe 1**) a reçu une réponse favorable de la Maire de Paris et a fait l'objet d'un projet de délibération adopté à l'unanimité par le Conseil de Paris (**annexe 3**). Les objectifs de la Mission sont précisés dans l'exposé des motifs de cette délibération (**annexe 2**) comme suit :

- Réaliser un point d'étape sur les dispositifs municipaux mis en place pour lutter contre l'épidémie, soutenir les personnels soignants, rompre les chaînes de contamination et contribuer à l'efficacité de la campagne vaccinale ;
- Cerner les enjeux, en termes d'objectifs et de moyens à mobiliser, de la création de la future Direction de la santé publique de la Ville ;
- Analyser l'évolution des stratégies territoriales de santé et l'articulation entre médecine de ville et médecine d'hôpital public et privé, particulièrement en période de pandémie ;
- Dresser un bilan des actions de l'Assistance publique/Hôpitaux de Paris sur le territoire parisien au cours des dix dernières années ;
- Dresser le bilan des évolutions passées et à venir du pôle gériatrique de l'AP-HP.

La MIE, installée le 13 janvier 2022, a porté à sa présidence Jean-Pierre LECOQ (groupe Changer Paris). Son rapporteur est Hamidou SAMAKE (groupe Paris en Commun). La Mission est composée de conseillers de Paris appartenant à tous les groupes politiques élus à la représentation proportionnelle (**annexe 4**).

.....

II – Le périmètre de la mission

En s'appuyant sur l'expertise des acteurs de terrain, la Mission a tracé un bilan des évolutions passées du système de santé publique parisien et examiné sa capacité à répondre aux besoins des Parisiens aujourd'hui et dans les prochaines années.

La Mission a concentré ses travaux sur les compétences et les actions de la collectivité parisienne, et leur articulation avec celles des autres acteurs publics et privés de la santé, notamment l'AP-HP et l'Agence régionale de santé d'Île-de-France.

Elle a examiné dans une logique prospective les moyens et dispositifs mis en œuvre par la Ville de Paris, en particulier dans le cadre de la nouvelle direction de la santé publique. Elle a envisagé comment celle-ci peut promouvoir une meilleure coordination des outils et des moyens sur le terrain et a évalué en particulier la pertinence de l'échelon de l'arrondissement, dans le cadre des actions de proximité en intégrant de nouveaux enjeux tels que l'impact de l'environnement

III - Les axes de travail

1. La gestion de la pandémie

La pandémie a mis en évidence des déficits dans l'organisation de la prise en charge de la santé publique tant en termes de capacité que de réactivité. La MIE a notamment examiné les dispositifs municipaux mis en place pour lutter contre l'épidémie, soutenir les personnels soignants, rompre les chaînes de contamination et contribuer à l'efficacité de la campagne vaccinale.

2. La situation des hôpitaux parisiens

La Mission s'est penchée sur l'évolution des structures hospitalières parisiennes au cours des vingt dernières années. Elle a dressé un bilan de la situation présente et s'est efforcée de préciser les orientations à mettre en œuvre afin que le système hospitalier réponde au mieux aux besoins de tous les Parisiens dans les prochaines années.

3. L'accès aux soins de tous les publics

La Mission a étudié les phénomènes de désertification médicale. Elle a examiné la démographie des personnels soignants parisiens et les problématiques de recrutement, de formation et d'installation les concernant. Enfin, elle a veillé à l'articulation des médecines de ville et hospitalières en vue de favoriser une logique de service pour tous, en particulier les femmes et les plus vulnérables, en raison d'un plus faible capital économique ou de situations de fragilités sociales, psychiques ou physiques.

4. De nouvelles approches de la santé

La Mission a été particulièrement attentive aux impacts négatifs de l'environnement sur la santé publique, qu'il s'agisse notamment du réchauffement climatique, du bruit ou de la pollution atmosphérique et aux moyens d'y remédier. La démarche préventive et l'éducation à la santé des habitants ont été aussi au cœur de ses préoccupations afin de réduire le besoin de soins curatifs. La MIE a enfin examiné dans quelles conditions l'usage des outils technologiques et la télé-médecine peuvent accroître les capacités de traitements des patients, dans une logique d'anticipation et de transformation.

IV - La méthode et le calendrier

1. Le calendrier des auditions et les contributions écrites

La Mission a procédé à 12 séances d'auditions en séance plénière entre le 20 janvier et le 19 mai 2022 et a entendu 67 personnes (**annexes 5 et 6**).

La MIE a aussi demandé des contributions écrites à divers organismes ou experts. Elle a ainsi sollicité, en accord avec le Secrétariat général de la Ville de Paris (SGVP), les données et l'expertise de nombreuses Directions de la Ville qui contribuent à l'action de la collectivité parisienne sur la santé. 19 contributions d'organismes extérieurs ont également été transmises aux membres de la Mission (**annexe 7**).

La réponse de la Ville de Chicago au questionnaire que lui a adressé la MIE n'est parvenue à celle-ci qu'après l'adoption du rapport et figure en annexe (**annexe 9**).

Une démarche d'élaboration collective des propositions formulées dans le présent rapport a été mise en œuvre dès l'issue des auditions et visites. Les propositions spécifiques des groupes politiques sont annexées (**annexe 11**).

2. Les visites

Des délégations de la Mission ont effectué douze visites de terrain, notamment dans les hôpitaux, les structures de santé de proximité, les établissements accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées (**annexe 8**).

.....

V Le plan et les préconisations du rapport

Ce rapport est constitué des trois parties suivantes :

- Première partie : La santé à Paris, un système complexe, riche et en tension
- Deuxième partie : Agir globalement pour la santé des Parisiennes et des Parisiens : déterminants environnementaux et sociaux
- Troisième partie : La crise sanitaire de la Covid (2020-2022), mise à l'épreuve de l'existant et facteur d'innovation

Au terme de ses travaux, la Mission a adopté les préconisations qui concluent le rapport.

Enfin, outre deux annexes techniques portant sur la liste des centres de vaccination parisiens et la Halte soins addictions (HSA), figurent en fin de rapport, la liste des personnes auditionnées, celles des visites de terrain effectuées par les membres de la Mission, une bibliographie et un glossaire des sigles utilisés.

LA SANTÉ À PARIS : UN SYSTÈME COMPLEXE, RICHE ET EN TENSION

Le secteur de la santé fait intervenir un grand nombre d'acteurs dont les domaines de compétences, qu'il s'agisse de la veille sanitaire, de la prévention ou de l'offre de soins, s'entrecroisent souvent. Il a été mis à l'épreuve par la pandémie et sur les partenaires institutionnels de l'éducation nationale et de la culture. La crise sanitaire, si elle a eu un impact réel sur les acteurs de la culture et les jeunes, n'a pas freiné cet élan.



A. Un système de santé complexe dans lequel la Ville joue un rôle stratégique

Les rôles et compétences des différents acteurs du système de santé sont décrits ci-dessous et font l'objet d'une cartographie de synthèse. Le rôle spécifique exercé par la Ville de Paris est ensuite présenté.



1) La cartographie des différents acteurs et leurs rôles respectifs

Le secteur de la santé se distingue des secteurs médico-social et social. Il comprend les établissements de soin, comme les hôpitaux et cliniques, et les professions médicales et paramédicales, telles que celles des médecins, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants et sages-femmes. Il inclut également les organismes de formation et de recherche afférents.

Le médico-social, quant à lui, comprend les services aux personnes âgées avec par exemple les EHPAD, ceux aux personnes en situation de handicap, certains services pour l'enfance, l'éducation à domicile (SESSAD¹) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Le secteur social inclut notamment l'hébergement des personnes en situation de précarité, la protection de l'enfance, les femmes en situation de violence, l'addictologie et le Samu social (115).

Le présent rapport a pour objet d'examiner les actions conduites à Paris dans le domaine de la santé et, à titre complémentaire, dans le champ médico-social.

Le système de santé peut s'analyser suivant ses différentes dimensions :

- Territoriale
- Institutionnelle
- Par catégories d'acteurs
- Par l'offre mais aussi les besoins en soins, du point de vue du patient.

a) La dimension territoriale

► Au niveau mondial et européen

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, compte 194 États membres et mène des actions de surveillance de la situation sanitaire mondiale, et de prévention. Elle effectue des études des risques et des préconisations en faveur de programmes de recherche en santé et d'une couverture sanitaire universelle. Elle promeut notamment l'accès aux médicaments et l'extension de la vaccination. L'OMS intervient de manière opérationnelle dans les situations d'urgence et d'épidémie comme pour Ebola ou la Covid-19. Elle donne l'alerte, propose des mesures et coordonne les réponses sanitaires des États membres.

¹. Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

L'Union européenne (UE) dispose d'une Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire et de l'Agence européenne du médicament (EMA) pour l'autorisation de la mise sur le marché des médicaments, avec laquelle travaille, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Les États membres peuvent s'affranchir de la validation de l'EMA mais l'agence s'est néanmoins affirmée comme un acteur incontournable du débat. L'Europe peut décider l'adoption de grands programmes de recherche en matière de santé et adopter des normes contraignantes comme elle l'a fait par exemple sur le tabac. L'Union européenne dispose aussi d'autres organismes comme l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Cette agence vise à renforcer les défenses des membres de l'Union contre les maladies infectieuses. Ses fonctions essentielles couvrent la surveillance, le renseignement sur les épidémies, le conseil scientifique et la formation en santé publique.

► **Au niveau national**

Le système de santé est pour l'essentiel piloté par les pouvoirs publics² nationaux garants de la cohérence de la prise en charge des patients et des résidents et par l'assurance maladie, qui couvre le risque maladie et professionnel et assure le remboursement des dépenses de santé.

L'État intervient dans le financement et l'organisation de l'offre sanitaire et médico-sociale. Ainsi, les ministères chargés de la santé et des affaires sociales assument un large éventail de responsabilités, parmi lesquelles³ :

- Le pilotage et la mise en œuvre des politiques de santé publique, de veille et de sécurité sanitaire qui visent à préserver et à améliorer l'état de santé de la population – par la prévention des maladies chroniques, la lutte contre les risques infectieux ou environnementaux – et à la protéger des menaces sanitaires. Les ministères concernés s'appuient sur les agences sanitaires, dont ils assurent la tutelle, ainsi que sur des partenaires indépendants tels que la Haute Autorité de santé (HAS).
- La supervision de l'ensemble des établissements de soins et d'accompagnement, la formation des professionnels de santé. L'État assure une bonne répartition des structures sanitaires, médico-sociales et ambulatoires sur le territoire national, mais aussi la complémentarité efficace des professionnels de ces structures, afin d'offrir une réponse adaptée et de proximité aux besoins de santé de la population dans chaque territoire. Dans le cadre de la médecine de parcours, les questions purement sanitaires convergent avec les questions sociales concernant le patient ou de l'utilisateur de la santé : politique familiale, dépendance, handicap, précarité...
- Le soutien financier aux établissements sanitaires et médico-sociaux, la fixation des tarifs de prestation et la maîtrise des coûts en santé, la tutelle des organismes d'assurance maladie. Chaque année, le parlement adopte la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) qui définit l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Celui-ci comprend les soins de ville, hospitaliers et médico-sociaux. A partir de ces montants budgétaires et en fonction des orientations du Gouvernement, les ministères élaborent les politiques de santé publique : offre de soins, cohésion sociale, sécurité sociale.

². Source : Ministère de la Santé et de la Prévention.

³. Source : Ministère de la Santé et de la Prévention.

Parmi les organismes nationaux les plus importants, on peut citer :

- L'agence de biomédecine : en charge des prélèvements et greffes d'organes, de la PMA, des recherches sur les cellules souches embryonnaires, du diagnostic prénatal et préimplantatoire, de la génétique humaine.
- L'agence nationale de santé publique aussi appelée Santé Publique France : assure une surveillance épidémiologique et sanitaire afin de mettre en place les politiques de santé les plus adaptées aux besoins, et pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles. Elle participe à la lutte contre les inégalités de santé en mettant en place des stratégies de promotion et de prévention. Elle met en place des expérimentations sur l'ensemble des territoires. Elle a repris les activités de l'EPRUS (*Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires*), de l'InVS (*Institut de Veille Sanitaire*) et de l'INPES (*Institut national de prévention et d'éducation pour la santé*).
- L'Agence Nationale de la Performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) accompagne les professionnels de santé afin d'améliorer le service rendu.
- L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) évalue les risques afin d'éclairer la décision publique.
- L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) évalue les risques et est l'autorité unique en matière de recherche biomédicales.
- La Haute Autorité de santé (HAS), une instance indépendante, évalue les produits de santé, et recommande les bonnes pratiques.
- Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) est chargé d'apporter une aide à la décision au ministre de la Santé en réalisant des rapports sur la santé et en formulant des recommandations.

► Au niveau régional : le relais des politiques nationales

Depuis 2010, des services rénovés de l'État constituent le pivot déconcentré de l'organisation et de la gestion du système de santé et médico-social au niveau régional.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont des établissements publics créés par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de 2009 qui assurent la coordination de la prévention, des soins et de l'accompagnement. Elles veillent à une gestion cohérente des ressources pour permettre un accès égal de tous à une prise en charge continue, de qualité et sécurisée.

À cette fin, les ARS déclinent les politiques nationales et les adaptent à leurs caractéristiques régionales (populationnelles, épidémiologiques, géographiques) par le biais de programmes régionaux de santé (PRS), composés de schémas régionaux de prévention, de schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) de ville et hospitaliers, ainsi que de schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) pour les personnes âgées ou dépendantes, handicapées, en situation de précarité.

La Région Île-de-France⁴ exerce une action organisée autour de 4 axes :

- La formation sanitaire et sociale, dans le cadre de sa compétence générale pour la formation professionnelle,
- La santé des jeunes,
- La lutte contre le VIH,
- Et la lutte contre la désertification médicale.

4. Source : Région Ile-de-France

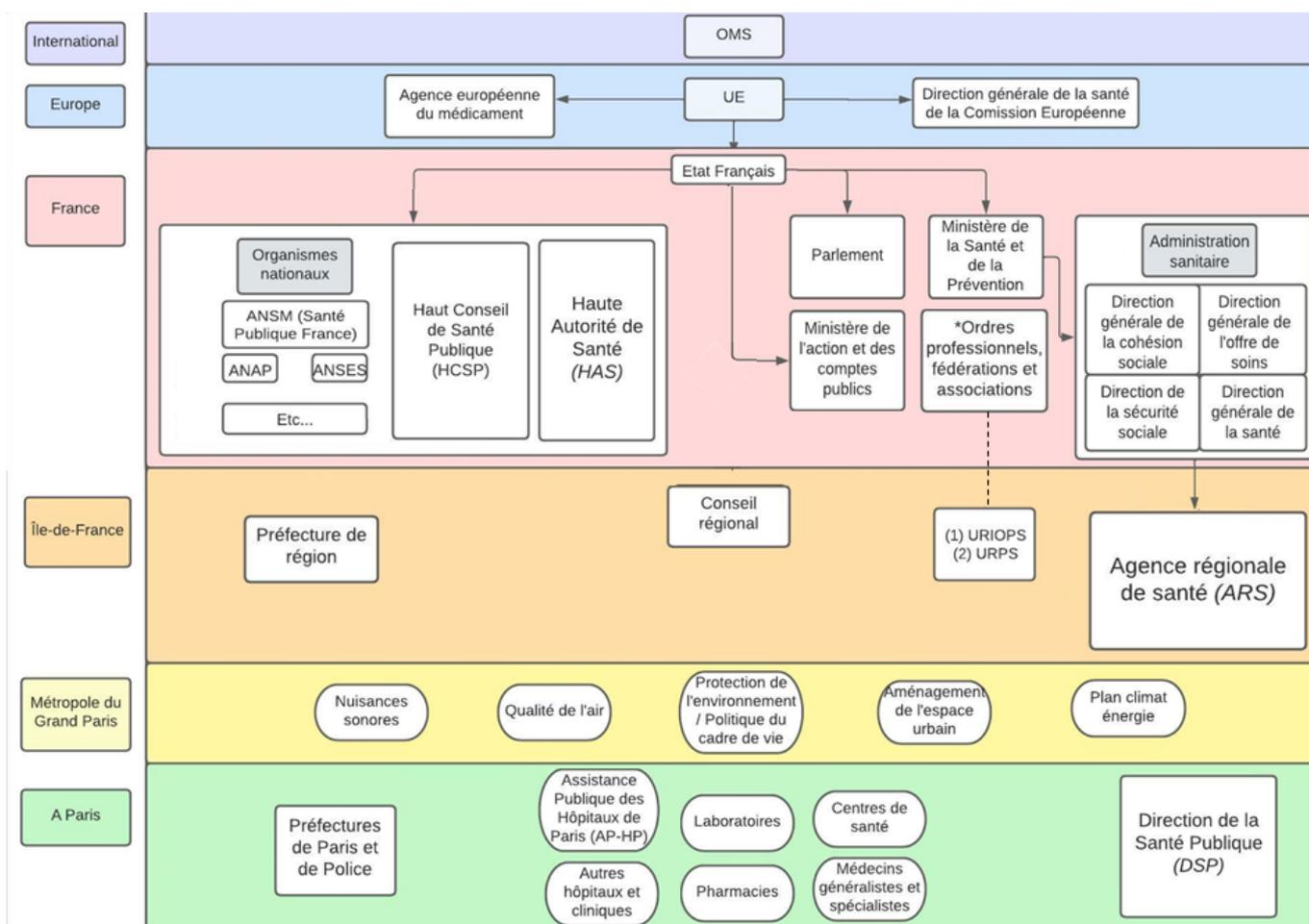
► **Au niveau infrarégional**

Créée le 1er janvier 2016 par l'article L. 5219-1 du code général des collectivités territoriales, la Métropole du Grand Paris prend en charge, au niveau de la stratégie, le thème de l'aménagement urbain, la qualité de l'air, les nuisances sonores, le Plan Climat Air Énergie et la prévention des conduites à risques.

Les politiques mises en oeuvre par la Ville de Paris, sont abordées dans la rubrique suivante.

Les tableaux ci-dessous récapitulent l'organisation du système de santé qui vient d'être décrite.

Le système de santé et ses acteurs (1/2)



(1) URIOPS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux

(2) URPS : Union régionale des professionnels de santé : Médecins libéraux ; Pharmaciens d'officine ; Infirmiers ; Masseurs-kinésithérapeutes ; Chirurgiens-dentistes.

Sources : Assurance maladie, « Toute l'Europe », « Vie Publique », Université de Tours, MIE Santé, SG et DSP Ville de Paris

Le système de santé et ses acteurs (2/2)

	Expertise	Contrôle	Actions ciblées (à titre d'exemple sur le SIDA)	Etudes	Démocratie sanitaire
France	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Conseil scientifique</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Recherche INSERM</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Cour des comptes</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Direction de recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">Conférence nationale de santé</div>
Île-de-France	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">Conseil scientifique</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">Inspection de la région</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes (CRIPS)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">Observatoire régional de santé (ORS)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 5px;">Conférence régionale de santé et d'autonomie</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">Conseil territoriale de santé</div>
Métropole de grand Paris			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">Mission de conduites à risques</div>		
Ville de Paris	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Conseil scientifique</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Comité médical</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">Inspection Générale de la Ville de Paris (IGVP)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">"Vers Paris sans Sida"</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 5px;">Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 5px;">Assises</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 5px;">Conseils locaux</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">Comités locaux</div>

Sources: « Toute l'Europe », « Vie Publique », Université de Tours, MIE Santé, SG, DSP Ville de Paris, MIE Santé.

b) La dimension institutionnelle

Les institutions assurent, dans leurs différentes composantes, un rôle normatif, législatif et réglementaire (au niveau national) avec aux différents échelons un exécutif et une administration, un rôle budgétaire avec des actions qui sont en régie ou bien déléguées, aidées ou subventionnées,

Ces institutions ont des missions :

- de stratégie, d'organisation et de coordination, d'information et de prévention, de gestion des risques, des crises et des épidémies,
- d'expertise avec par exemple des Conseils scientifiques aux différents niveaux,
- d'analyse et d'étude : avec au niveau national : la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de la Santé, au niveau régional l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), et au niveau départemental l'Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR) dans le cas de Paris
- de contrôle avec notamment l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ou la Cour des comptes au niveau national, ou l'Inspection Générale pour la Ville de Paris.
- d'écoute des patients et de démocratie sanitaire, en cours de développement

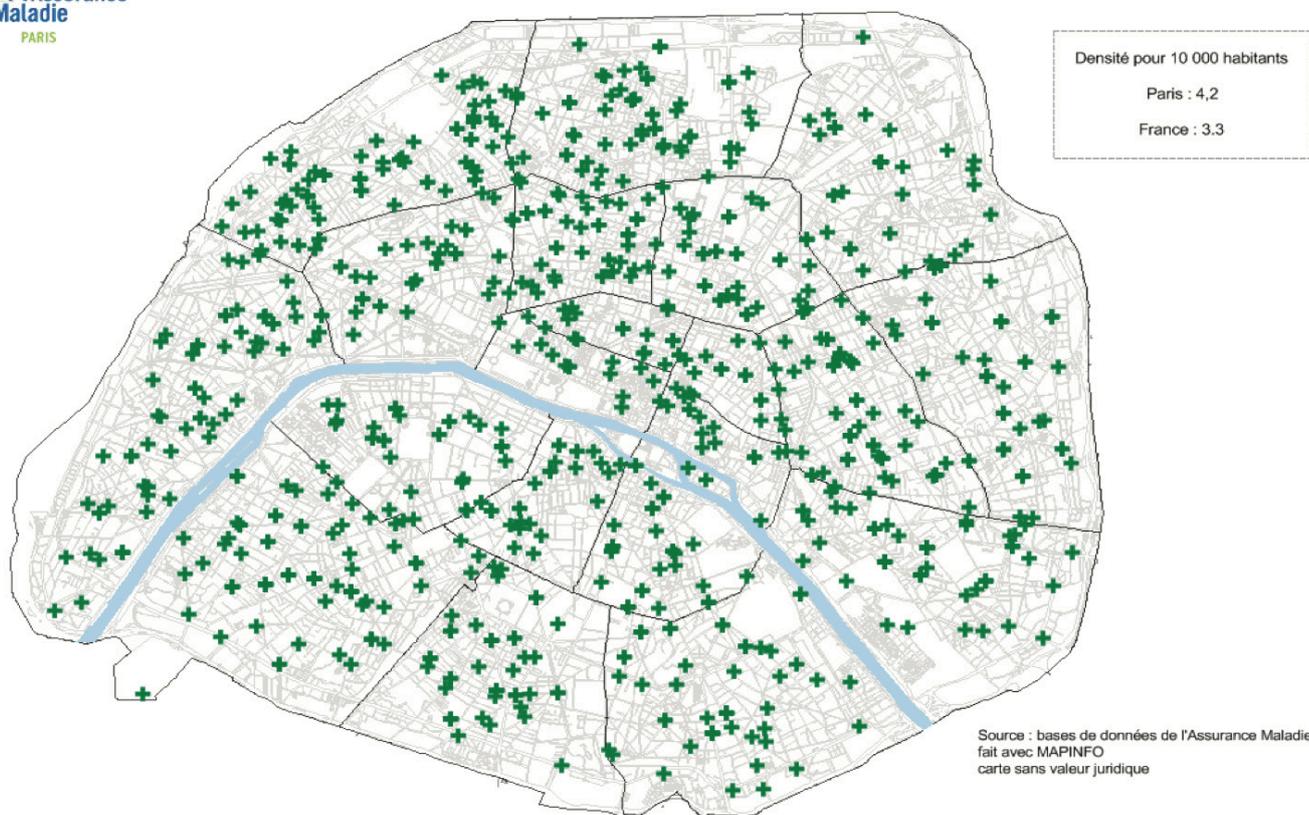
c) Les catégories d'acteurs :

Les métiers :

- les 5.157 médecins généralistes et 13.674 spécialistes⁵ répertoriés à Paris
- les 882 pharmacies qui offrent un maillage territorial très fin et dont le rôle majeur mis en évidence lors de la pandémie du Covid, pourrait être encore accru dans le cadre de la délégation de tâches médicales⁶. La densité du maillage du territoire parisien par les pharmacies apparaît dans la carte ci-dessous :



Géolocalisation des pharmacies



- les métiers support, administratifs, financiers et de gestion (les cadres de santé en hôpital par exemple), informatiques et numériques.
- les infirmiers en institution ou en libéral, les aides-soignants, les « sage-femmes », les laborantins. Le tableau ci-dessous fait ressortir la hausse des effectifs infirmiers parisiens, selon leur mode d'exercice, au cours des 10 dernières années.

5. Source Ministère de la Santé - DREES, 2021.

6. a délégation de tâches médicales est abordée dans C) 2) Les mesures correctives mises en oeuvre par les différents acteurs.

Le nombre d'infirmiers à Paris et leurs modes d'exercice

INFIRMIERS	Ensemble	Libéraux ou Mixtes	Salariés hospitaliers	Autres salariés
2012	31 410	2 382	24 785	4 243
2013	32 528	2 429	25 511	4 588
2014	33 816	2 532	26 289	4 995
2015	34 873	2 626	26 852	5 395
2016	35 942	2 698	27 455	5 789
2017	37 437	2 790	28 532	6 115
2018	38 630	2 851	29 321	6 458
2019	39 807	2 916	30 058	6 833
2020	40 901	2 998	30 711	7 192
2021	41 606	3 057	31 185	7 364
Évolution 2021/2012	+ 32%	+ 28%	+ 26%	+ 74%

- Les structures de soin ou d'analyse : les cabinets de généralistes ou de spécialistes, individuels ou collectifs, les centres et maisons de santé, les laboratoires, les hôpitaux publics mais aussi les hôpitaux privés à but non lucratif, les cliniques privées.

Les 39 hôpitaux de l'AP-HP, avec leurs 100.000 salariés, sont rassemblés au sein de 6 groupements hospitalo-universitaires (GHU).

- Les autres producteurs de soin comprennent notamment les laboratoires pharmaceutiques qui élaborent et produisent les médicaments.

- Les médecines douces ou naturelles avec les magasins spécialisés, herboristeries présentes dans certaines pharmacies ainsi que bien sûr les ventes par Internet qui se développent.

- Enfin, les instances prescriptives qui, grâce à la diffusion massive des savoirs et savoir-faire sur Internet, permettent aux patients d'être de plus en plus informés et donc exigeants. Dans un nombre croissant de cas, ils pratiquent la prévention pour la bonne santé et l'auto-administration avec les médicaments sans ordonnance et autres produits de médecine douce.

d) La demande de soins par le patient :

- Les carences de l'offre de soins sont plus souvent évoquées que les besoins qui croissent notamment du fait du vieillissement de la population et du développement des maladies chroniques. La croissance des besoins en santé mentale, le progrès technique qui offre de nouvelles possibilités de soin, font croître la demande en santé. Les besoins des patients existent à un niveau individuel mais sont aussi « regroupés » via des organismes eux-mêmes utilisateurs du système de santé, notamment les salariés avec la médecine du travail et les élèves avec la médecine scolaire.

Ce bref panorama permet de mesurer l'étendue et la diversité des actions menées ainsi que la complexité du réseau des acteurs présents, particulièrement dans la Capitale.

2) Le champ de compétences et les actions conduites par la Ville de Paris

a) Les responsabilités confiées au niveau local : la prise en charge sanitaire et médico-sociale

Comme l'indique le Ministère de la Santé et de la Prévention⁷, « les structures, établissements et professionnels s'organisent, sous la supervision des ARS, pour permettre une prise en charge organisée : des « soins primaires » – dits aussi de 1^{er} recours – centrés autour des médecins généralistes, qui assurent également l'orientation de leurs patients, des soins de 2^e recours dispensés par les médecins spécialistes, voire de 3^e recours en établissement de santé ou en structure adaptée. Cette organisation des soins est coordonnée entre tous les acteurs et un renforcement de la permanence des soins – de ville et hospitaliers –. C'est l'objectif des parcours de santé, de soins, de vie, prenant le patient ou le résident dans sa globalité ».

En France, le système de santé et médico-social se compose :

- ▶ de structures de ville au sein desquelles des professionnels libéraux et salariés exercent à titre individuel en cabinet, en groupe ou de manière coordonnée en maison ou centre de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues...
- ▶ d'établissements hospitaliers, répartis en 3 grandes catégories : les hôpitaux publics, les cliniques privées à but lucratif et les établissements privés d'intérêt collectif (comme par exemple les hôpitaux privés, les centres de lutte contre le cancer ou de dialyse). Les établissements hospitaliers délivrent des soins généraux (médecine, chirurgie, obstétrique) et/ou plus spécialisés (psychiatrie et santé mentale, par exemple). Ils concourent aussi à la médecine d'urgence avec, répartis sur tout le territoire, des services d'urgence, des services d'aide médicale urgente (SAMU) pour la régulation et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pour les interventions. Parmi les missions spécifiquement dévolues aux hôpitaux publics, figurent aussi l'enseignement et la formation professionnelle ainsi que la recherche scientifique et médicale.
- ▶ d'établissements médico-sociaux, regroupant entre autre les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les structures pour personnes handicapées (MDPH). Ils ont pour mission d'apporter un accompagnement et une prise en charge des publics dits « fragiles », en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance.

Ces dernières années, des alternatives à l'hospitalisation classique ou à l'hébergement traditionnel se sont développées à l'initiative des pouvoirs publics ; elles sont destinées aux patients et aux résidents eux-mêmes, voire à leurs proches :

- ▶ la chirurgie ambulatoire pour raccourcir les délais de prise en charge à 12 heures maximum, avec la garantie d'une sécurité des soins et d'un suivi médical, la télémédecine (téléconsultation, téléexpertise ou télésurveillance, par exemple), pour réduire le nombre des hospitalisations non nécessaires, limiter les transports inutiles ainsi que la perte de repères chez certains patients, notamment âgés, l'hospitalisation à domicile (HAD) pour maintenir, sous certaines conditions, les conditions de vie des patients et de leurs proches, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour une surveillance médicale et autres soins d'hygiène et paramédicaux.

⁷ Source : Ministère de la Santé et de la Prévention : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>

Enfin, il existe des dispositifs spécialisés qui permettent d'accueillir de manière adaptée certains patients ou résidents :

- ▶ les unités neuro-vasculaires (UNV), qui composent une filière efficace de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) pour lesquels la réduction du temps d'intervention est primordiale ;
- ▶ les consultations et centres spécialisés douleur ;
- ▶ les centres spécialisés et intégrés pour les patients obèses afin de rendre à ces derniers l'offre de soins accessible et lisible ;
- ▶ les centres de référence et de compétences pour les patients malades rares, qui améliorent l'accès au diagnostic et l'orientation au sein de filières ad hoc ;
- ▶ les centres mémoire de ressource et de recherche (CM2R), qui reçoivent les personnes dont les troubles nécessitent des examens approfondis, les consultations mémoire pour évaluer les troubles repérés par le médecin traitant et les unités cognitivo-comportementales (UCC), pour accompagner les patients jeunes et âgés atteints de la maladie d'Alzheimer ;
- ▶ les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), les pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcé (UHR), qui favorisent une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement en vue d'offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation ;
- ▶ les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), qui renseignent sur tous les dispositifs susceptibles de répondre aux besoins des personnes âgées ;
- ▶ les maisons départementales de l'autonomie (MDA), qui constituent des structures expérimentales fusionnant à terme les équipes médico-sociales (EMS) des conseils départementaux, les MDPH et les CLIC dans les régions concernées.

D'une manière générale, les patients ont le libre choix de leur médecin traitant, de leur établissement de santé ou de leur structure d'hébergement. De même, les médecins libéraux disposent de la liberté d'installation et prescrivent librement.

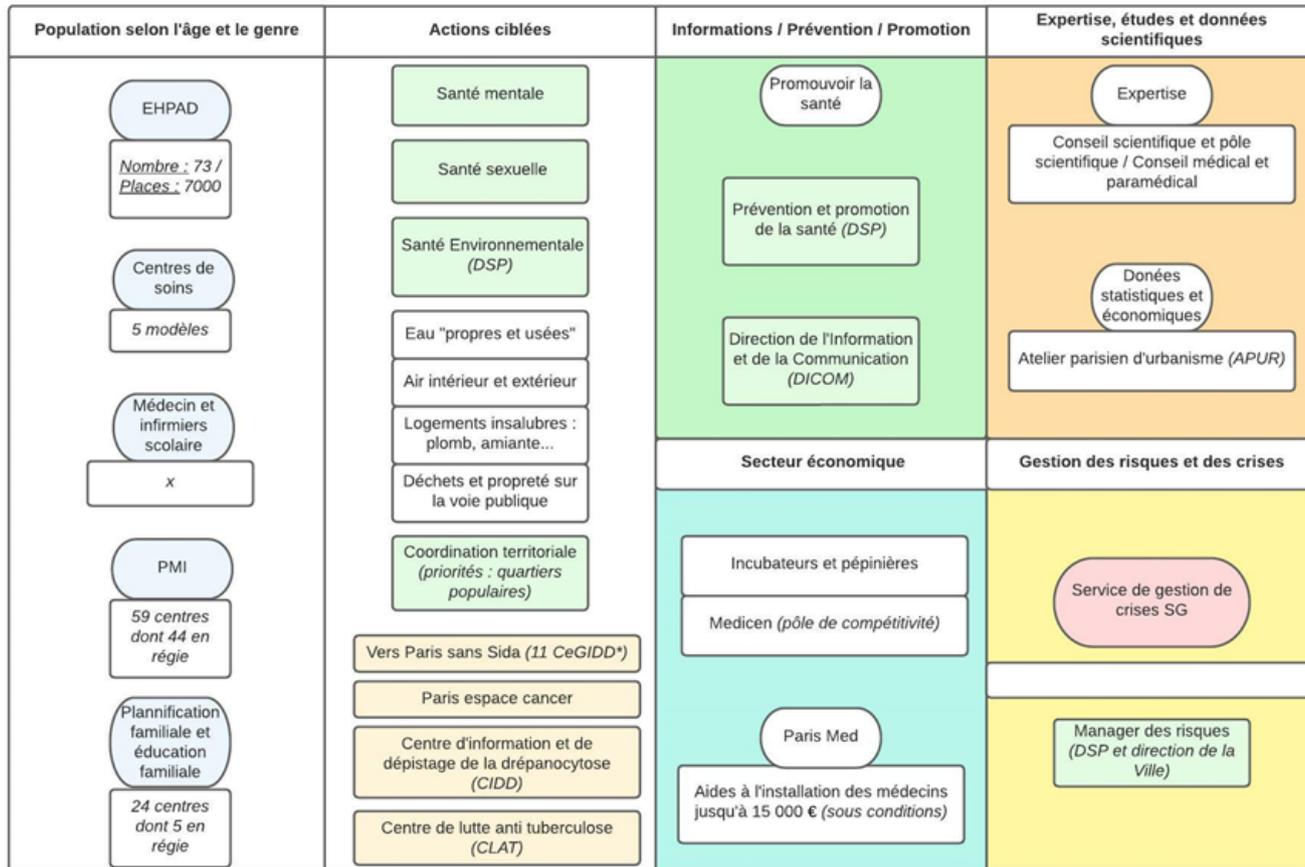
b) Les responsabilités exercées par la Ville de Paris

Le Secrétariat général de la Ville de Paris a précisé de la manière suivante⁸ les actions obligatoires que doit assumer la Ville de Paris : « *Il y a d'abord des compétences obligatoires de la Ville et du Département en matière de santé, et en premier lieu la protection maternelle et infantile avec les 59 centres de PMI, dont 44 que nous gérons nous-mêmes directement en régie, et 24 centres de planification et d'éducation familiale dont 5 sont en régie. Autres compétences obligatoires : tout ce qui est hygiène et protection de l'environnement avec notamment l'eau potable et non potable, l'approvisionnement et la distribution avec Eau de Paris, la surveillance et l'action de l'amélioration de la qualité de l'air intérieur et extérieur, avec la création d'une nouvelle direction au sein de la Ville qui est la Direction de la Transition Écologique et du Climat (DTEC). La propreté et la sanitation faites par la Direction de la Propreté et de l'Eau (DPE), et tout ce qui est mobilisation sur les animaux porteurs de risques sur la santé, avec notamment les insectes et rongeurs, et les actions du département de faune et d'actions de salubrité (DFAS) du SPSE (service parisien de santé environnementale) au sein de la direction de la santé. Enfin, nous avons la responsabilité sur nos bâtiments, avec les risques plomb, amiante* ».

⁸ Audition de Mmes Marie DAUDE, Secrétaire générale adjointe, et Eve PLENEL, Directrice de la Santé publique, par la Mission, le 20 janvier 2022.

Mais les actions de la Ville de Paris en santé vont au-delà des actions réglementairement obligatoires. Elles ont été cartographiées dans le diagramme ci-dessous :

Les actions de la Ville de Paris en santé



NB : La Ville de Paris assure un rôle de médecine du travail pour ses 51 000 agents

*Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

Source : SG, DSP Ville de Paris, Paris.fr, MIE Santé

1) Au fil des années, la Ville de Paris a étoffé un dispositif qui peut s'analyser suivant différentes dimensions (voir le diagramme) :

- L'âge : avec la planification familiale, la PMI, la médecine scolaire, les 7 centres de santé en propre, les 73 maisons de retraite de la Ville de Paris
- Des actions ciblées sur certains thèmes :
 - la santé environnementale qui est un enjeu de long terme ;
 - la santé mentale dont les besoins ont fortement augmenté, notamment chez les jeunes en raison de la pandémie de Covid 19 ;
 - la santé sexuelle des femmes et des hommes, avec notamment la question des IST (Infections Sexuellement Transmissibles) ;
 - citons aussi les actions ciblées contre le SIDA (« Vers Paris sans sida »), le cancer et la tuberculose.
- Des actions d'information, de prévention, et de promotion de la santé, menées désormais par la Direction de la santé publique (DSP) et dont la Direction de la communication et de l'information (DICOM) est un relais important ;
- Une fonction expertise et étude dans le domaine de la santé, avec en particulier le rôle des pôles et Conseil scientifique et médical ;
- Des actions dans le domaine économique, puisque la Ville de Paris a favorisé à la création des incubateurs Paris Biotech Santé, de l'Institut de la Vision et est partenaire du Pôle de compétitivité Medicen ;

- Enfin, la gestion des risques et des crises, avec récemment la gestion du Covid et des centres de vaccination liés à la Ville de Paris.

2) Les centres de soins de ville

Les centres de soins de ville, parfois gérés en régie par la collectivité parisienne, répondent à un besoin de santé de proximité, accessibles (tarification de secteur 1) et disposent souvent d'une aide publique. Quelquefois peu identifiés par les populations, les centres de soins sont de plusieurs catégories :

Les catégories de centres de soins de ville

Centres généralistes	Centres de santé de la Ville de Paris	Salariés de la Ville de Paris	Ville de Paris et gestion à l'acte	5 centres généralistes / 2 centres dentaires
	Centres médicaux sociaux de la Ville de Paris	x	Assurance maladie, Conseil Départemental, Education nationale et Etat	2 centres destinés aux personnes en difficultés, familles exclus, jeunes en difficulté, personnes âgées et handicapés
	Centres de santé	Salariés	ARS et gestion à l'acte	Mono ou pluriprofessionnel, ils sont tenus de pratiquer le tiers payant en attestant d'un projet de santé commun Gérable par une SCIC
	Maisons de santé	Libéraux	ARS + Gestion à l'acte	Structure pluriprofessionnelle devant attester d'un projet de santé commun
	Cabinets médicaux	Libéraux	Gestion à l'acte (patients)	Soins de santé généralistes ou spécialistes
Centres spécialisés	Centre de dépistage gratuit (CEGIDD) / (tuberculose, sida, IST)	Salariés de la Ville de Paris (à vérifier)	Assurance maladie imputée sous forme de dotation forfaitaire annuelle dans le FIR des ARS	Dans 3 centres des équipes médicales assurent écoute, information et soins, qu'il s'agisse de médecine générale ou de dépistage de certaines maladies.
	Centre de lutte contre la tuberculose (CLAT)	x	ARS avec fonds d'intervention régional (FIR)	1 centre d'enquêtes tuberculose et dépistage / médicaments sur livraison / traitement des infections tuberculeuses / dépistage par actions ciblées

Sources: Paris.fr, Ministère des Solidarités et de la Santé, MIE Santé, SG.

Eve PLENEL, directrice de la santé publique, a indiqué à la mission : « Si je fais la somme des centres de planification familiale, de protection maternelle et infantile, des services de santé scolaire dans les écoles, des centres d'adaptation psychopédagogique (CAPP) pour les enfants avec des troubles d'apprentissage, des centres municipaux de santé, des centres médico-sociaux, etc., rien qu'en régie, on a plus d'une centaine de guichets de la santé à Paris, plus d'une centaine de lieux qui sont des services de santé pour les Parisiens, et que bien souvent, c'est un autre défi, les Parisiens ne les identifient pas comme faisant partie du service municipal ou du service public local. Tout notre enjeu est de rendre ce maillage de service visible ».⁹

9. Audition du 20 janvier 2022

De plus, elle souligne que les centres de santé municipaux doivent faire face à des enjeux d'investissement : *« Nos centres de santé et nos équipements de santé, pour qu'ils soient attractifs et ouverts sur la ville, il faut évidemment qu'ils soient modernes, et on a, notamment pour un certain nombre d'équipements, des enjeux de vétusté ou d'équipements qui sont un peu anciens, je pense en matière de radiologie ou de plateaux dentaires, d'échographie, de mammographie, etc. »*¹⁰.

Par ailleurs, la Ville de Paris a décidé un plan de revalorisation salariale dans le cadre du Ségur 3 dans le but de remédier au déficit d'attractivité que connaissent aujourd'hui les métiers du social et du médico-social. Au total, la mise en place de ces mesures représente un investissement pour la Ville de 30 millions d'euros en 2023.

Afin de marquer la priorité accordée à la santé, la Ville de Paris a récemment réorganisé ses activités et a créé la Direction de la santé publique (cf. partie III-A-2).

¹⁰. Idem

B. La situation critique du système hospitalier parisien

Au sein du système de santé, la situation de l'hôpital apparaît particulièrement difficile et Paris n'échappe pas à la règle. Nous verrons comment cette situation peut s'analyser à la lumière des évolutions des dernières années notamment concernant le capacitaire. Les difficultés de recrutement sont un élément majeur des difficultés rencontrées actuellement. Quant aux urgences médicales, elles sont emblématiques de la crise globale du système sanitaire.

1) Les politiques hospitalières conduites depuis 10 ans et l'évolution du capacitaire parisien

Il importe dans un premier temps de rappeler la complémentarité existant entre médecine de ville et médecine hospitalière : les « soins simples » dits « primaires », ou de premier recours, sont assurés par la médecine de ville avec ses médecins généralistes puis éventuellement avec des spécialistes. Seuls les « soins complexes », nécessitant l'apport de plateaux techniques, devraient en théorie être traités à l'hôpital.

Or il en va autrement dans la réalité : l'hôpital attire largement au-delà des soins complexes. Cela est dû notamment à son attractivité et à sa réputation d'excellence dans les soins, à ses horaires d'ouverture 24 heures sur 24 et à la possibilité de venir s'y présenter à tout moment, quelle que soit sa pathologie, via les urgences.

a) Le contexte national et législatif

Les politiques hospitalières menées à Paris s'inscrivent dans un contexte national, particulièrement législatif. Dès 1796, avec la première loi du secteur, le Directoire confiait la gestion des hospices et hôpitaux aux communes. Le contexte législatif plus récent comprend les étapes-clé suivantes :

- La loi de 1958, dite Loi Debré, institue les Centres hospitalo-universitaires (CHU) qui permettent aux médecins-professeurs d'avoir un plein temps entre leur travail à l'hôpital et leur charge de cours universitaire. Ils peuvent exercer leur profession en libéral au sein de l'hôpital en lui reversant une partie de leurs honoraires. Le but est de retenir ces médecins au sein de l'hôpital.
- Une circulaire de mars 1960, confirmée par la loi du 25 juillet 1985, institue la sectorisation psychiatrique à l'hôpital et met fin aux asiles d'aliénés.
- La loi du 4 janvier 1978 expérimente d'autres modes de tarification en plus du prix de journée, instaure le forfait soins et crée les unités de long séjour.
- La loi du 19 janvier 1983 met en oeuvre la dotation globale de financement et instaure le forfait journalier à la charge de l'assuré.
- La loi du 4 mars 2002, dite Loi Kouchner, est relative au droit des malades et à la qualité du système de santé ; elle vise également instaurer une démocratie sanitaire.
- Le plan de modernisation adopté en 2003 intitulé « Hôpital 2007 », « veut répondre au « malaise de l'hôpital » qui se pose déjà à propos des conditions de travail, de la démographie médicale, de la transformation des attentes des patients et des pathologies, de l'intensité des progrès technologiques. Il instaure dans les hôpitaux la tarification à l'activité (T2A). Une grille de tarification est alors établie sur la base de la mesure et de l'évaluation de l'activité des établissements et détermine les ressources allouées à ces derniers. En parallèle, la réforme inaugure l'introduction de partenariats publics-privés (PPP) à l'hôpital public : des capitaux privés peuvent désormais être mobilisés sur des projets d'investissement et les établissements hospitaliers recourent de manière croissante à l'endettement bancaire. Dans un rapport d'avril 2020¹¹, l'IGAS développe l'analyse suivante « engagé en 2003, le plan

11. Rapport d'avril 2020, IGAS, « Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise »

« Hôpital 2007 » a ciblé les établissements publics et privés, avec un montant initial de 10,3 Md€ d'investissements en immobilier (85 % du total), en équipements lourds ou numériques. Il s'est traduit par le versement de subventions en capital ainsi que de dotations en exploitation sur 20 ans (450 M€) permettant de financer 4,5 Md€ d'emprunts aidés. Ces aides à l'emprunt ainsi que le dérapage du plan (coût total de 16 Md€) ont favorisé l'accroissement de l'encours de dette ».

- La loi HPST « Hôpital, patients, santé et territoires », dite Loi Bachelot (2009), crée notamment les Agences régionales de santé (ARS) devant coordonner au niveau régional l'ensemble des politiques de santé : hôpital, santé publique, médecine de ville et prévention. Le texte prévoit une nouvelle gouvernance des hôpitaux (conseil de surveillance, directoire, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens). Il veut faciliter des « coopérations » de l'hôpital public avec le secteur privé (cliniques...).

Depuis lors, la Maire de Paris n'est plus Présidente du Conseil d'Administration de l'AP-HP mais Présidente du Conseil de Surveillance. A ces nouvelles modalités de gouvernance s'ajoute l'introduction de Contrats Pluriannuels d'Objectifs, qui parachèvent les transformations du financement de l'hôpital public amorcées par le Plan Hôpital 2007. Deux axes majeurs structurent ces CPOM : d'une part, l'obligation faite aux établissements d'inscrire leurs activités dans le cadre de l'offre de soins régionale et d'organiser la coopération avec les autres structures de santé du territoire ; d'autre part, des objectifs dédiés à l'amélioration de la performance doivent structurer leurs orientations (qualité du service rendu, efficacité économique et optimisation de la gestion des ressources humaines). Un financement est dès lors octroyé aux établissements sur la base de ces CPOM, après négociation entre la direction de l'établissement et les ARS.

- La création du Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) en 2012. Ses objectifs sont d'accompagner les hôpitaux selon « des critères exigeants en terme d'efficacité », de « soutenabilité financière » et de « valeur ajoutée »¹².

- La loi de modernisation du système de santé de 2016, dite « loi Touraine », introduit les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Deux objectifs leur sont assignés : accroître l'efficacité de l'offre de soins publique, et rechercher une rationalisation des modes de gestion, « par une mise en commun des fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements »¹³. L'étude d'impact du projet de loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 établit que « l'estimation des économies potentielles liées à la création des GHT était initialement chiffrée à 400 M€ pour les trois premières années dont 270 M€ au titre de la mutualisation des fonctions support, 50 M€ au titre de la diminution du recours à l'intérim médical liée à une plus forte attractivité de certains postes médicaux définis dans le projet médical partagé et 38 M€ par la mutualisation de la permanence des soins. Dans un rapport de 2020¹⁴, la Cour des comptes établit que le manque de ressources humaines médicales a empêché la correction des inégalités d'accès aux soins visée par la mise en place des GHT, et estime que ces derniers n'ont pas produit d'effet significatif sur la consommation de soins.

- Les Lois de Finance de la Sécurité Sociale (PLFSS) de 2018 et 2019 réduisent de 2,6 milliard d'euros la part des dépenses allouées aux hôpitaux sur ces deux années, en particulier sur la masse salariale. Dans une circulaire de mai 2018 du Ministère de la Santé, l'objectif de « limiter le taux global national d'évolution de la masse salariale à 1,59% en 2018 » est indiqué. Selon la Cour des Comptes, l'objectif est respecté, l'augmentation des dépenses salariales ayant été limitée à 1% (l'inflation en 2018 s'élevait à 1,8%).

- La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (2019) dans le cadre du programme « Ma santé 2022 » supprime le *numerus clausus* déterminant l'accès en 2^e année de premier cycle de médecine. Elle encourage le développement de projets de santé de territoire. Une plateforme est créée avec pour rôle de réunir, organiser et mettre à disposition les données du système national de santé. Le texte adapte le cadre légal existant afin d'assurer le déploiement de la télémédecine et des télésoins. Les GHT mutualisent désormais en leur sein la compétence de gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques. La loi ouvre également, par le biais d'un droit d'option, la possibilité de mutualiser des fonctions supplémentaires par dérogation aux règles en vigueur, pour les groupements volontaires, qui souhaitent aller plus loin dans l'intégration. Cela concerne en particulier la mutualisation de la trésorerie, la possibilité de présenter un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuels communs ou de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique avec l'agence régionale de santé,

12. Circulaire interministérielle N°DGOS/PFI/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)

13. Article L6132-1 du Code de la santé publique

14. Rapport de la Cour des Comptes, avril 2020, les groupements hospitaliers de territoire - Exercices 2014 à 2019 : Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

ou le rapprochement, voire la fusion, des instances représentatives ou consultatives.

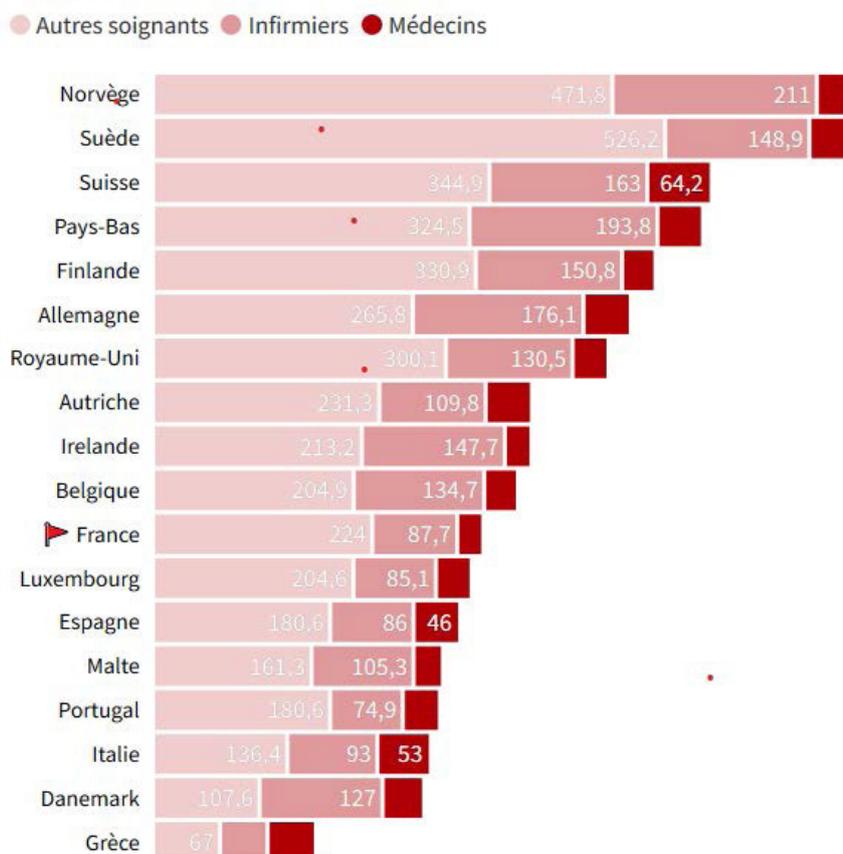
- Plus récemment la consultation des acteurs du système de santé appelée « Ségur sur la santé » (25 mai – 13 juillet 2020) a débouché sur des revalorisations salariales. Avec le « Ségur 1 », 180 euros net mensuels sont accordés à tous les personnels hospitaliers non médecins des secteurs public et privé non lucratifs. L'accord prévoit aussi 450 M€ de revalorisation pour les médecins hospitaliers, 124 M€ pour les externes et 55 M€ pour les internes de l'hôpital.

b) Les caractéristiques des politiques capacitaires aux niveaux international et français

La réduction du nombre de lits d'hôpitaux est une politique répandue au niveau des pays développés. En 2019/2020 selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la France se situe dans une position moyenne avec 4,8 lits d'hôpitaux disponibles pour 1.000 habitants, soit plus qu'en Italie (+15%), qu'en Espagne (+20%), qu'aux États-Unis (+107%) et qu'au Royaume-Uni (+142%). Mais on peut a contrario noter que le chiffre français est nettement inférieur aux chiffres belge (-40%), allemand (-27%) et suisse (-17%) avec une source OCDE portant cette fois-ci sur les lits de soins curatifs des hôpitaux publics et privés.

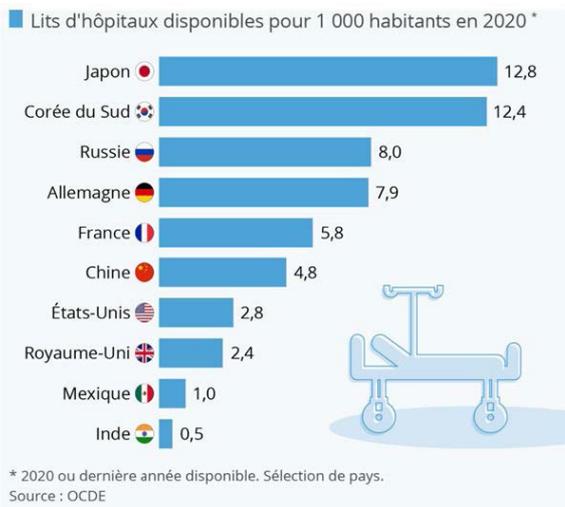
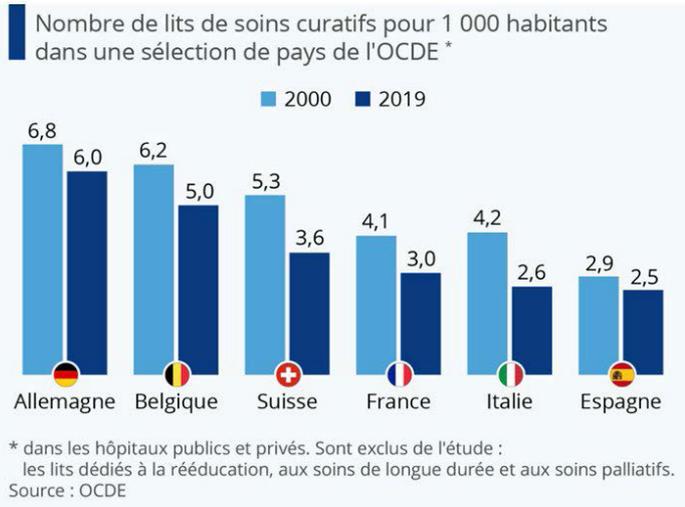
Cependant, les moyens humains des politiques sanitaires ne s'évaluent pas qu'en fonction du seul capacitaire des hôpitaux. Ainsi, l'étude menée par le Lancet citée ci-dessous fait apparaître que le nombre total de médecins, infirmiers et autres personnels soignants est nettement inférieur en France à ce qu'il est au Royaume-Uni (-28%), en Allemagne (-31%), et dans la plupart des pays scandinaves.

Nombre de soignants pour 10.000 habitants en 2019, tous modes d'exercice confondus

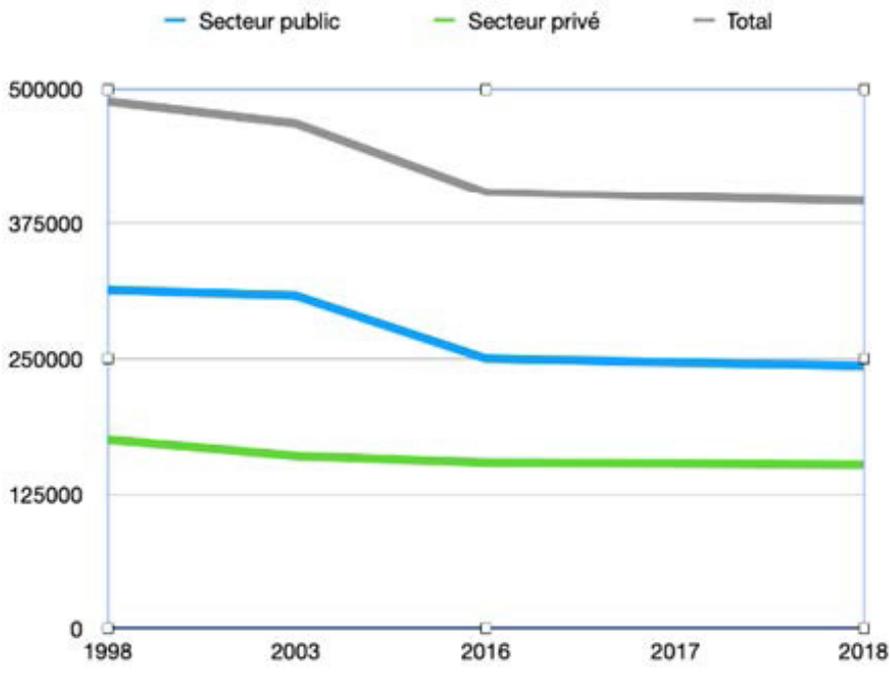


SOURCE : THE LANCET

LA SANTÉ À PARIS : UN SYSTÈME COMPLEXE, RICHE ET EN TENSION



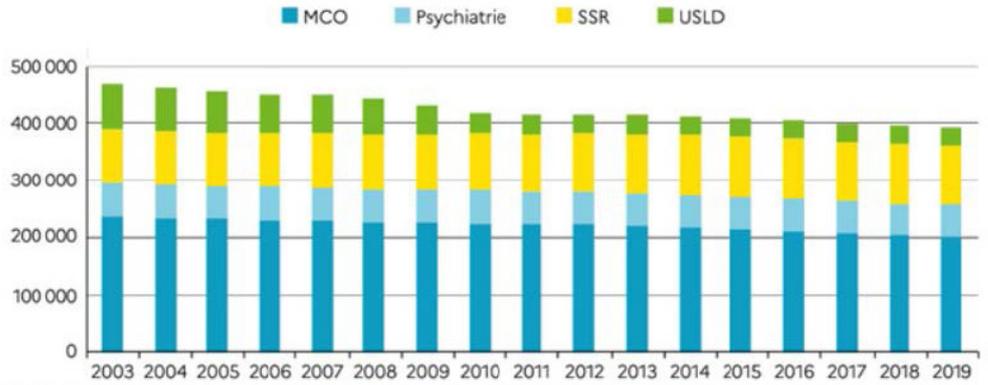
En France, la baisse a affecté particulièrement le secteur public, avec plus de 20% sur 20 ans :



Source : Drees, enquêtes SAE 1998 à 2018.

Il faut toutefois noter le bouleversement en cours concernant l'offre de lits. Le nombre de lits en hospitalisation complète accuse une baisse importante : la baisse globale est de près de 20% entre 2003 et 2019 (soit un peu moins de 400.000 places), affectant particulièrement les soins de longue durée et les soins hospitaliers « classiques », alors que le nombre de places en hospitalisation partielle (médecine ambulatoire en journée) se développe beaucoup : +60%, avec près de 78.000 places, pour les 3 catégories : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; psychiatrie ; soins de suite et de réadaptation.

Nombre de lits d'hospitalisation complète



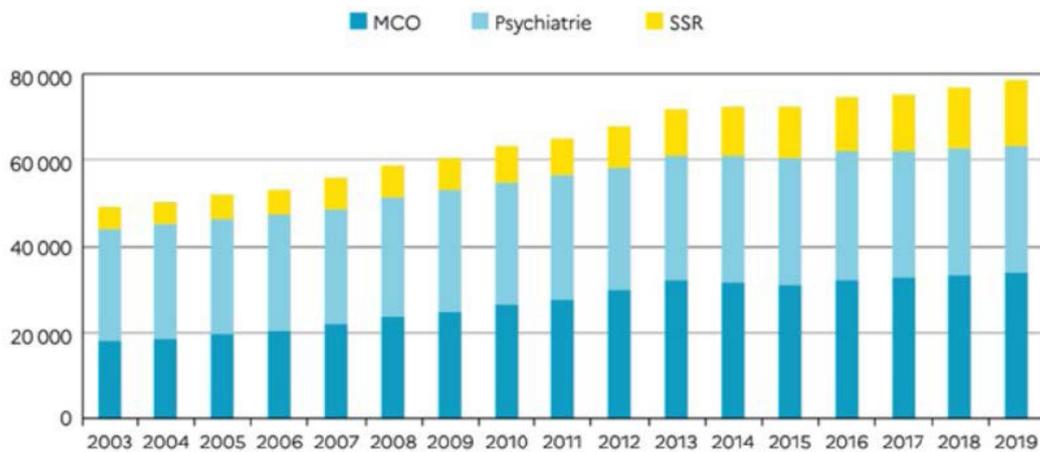
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2003-2019, traitements DREES.

Soins nécessitant un hébergement pour au minimum une nuit à l'hôpital.

Nombre de places d'hospitalisation partielle



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

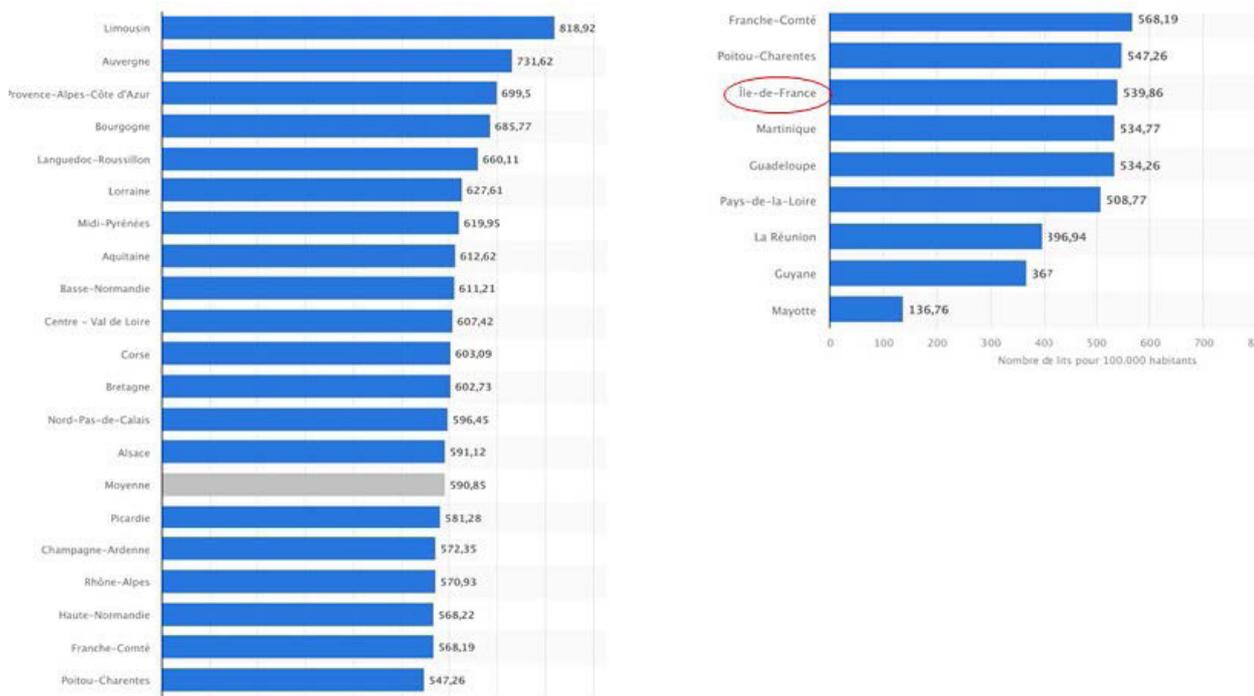
Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2003-2019, traitements DREES.

Dispenser des soins en une journée ou de manière séquentielle sous forme de rendez-vous.

LA SANTÉ À PARIS : UN SYSTÈME COMPLEXE, RICHE ET EN TENSION

Enfin, par rapport aux autres régions françaises, il faut noter qu'avec 5,4 lits pour 1.000 habitants en 2018¹⁵, le nombre de lits d'hôpitaux en Île-de-France est inférieur de 9% à celui de la moyenne nationale et de 34% à celui du champion de France : le Limousin. Cela alors qu'avec le caractère central de la région capitale en termes de transports et d'attractivité, la demande de soins y est supérieure à celle de la moyenne nationale.



c) L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP)

En Île-de-France, le vaisseau-amiral du système hospitalier est constitué par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) avec ses 39 hôpitaux, dont 19 à Paris intramuros, regroupés en 6 groupes hospitalo-universitaires (GHU) (voir carte ci-après).

► Les spécificités des hôpitaux de l'AP-HP

Les hôpitaux publics à Paris et en région parisienne offrent des spécificités. Ils sont gérés dans un très grand ensemble rassemblant 100.000 professionnels et ils se caractérisent également par un niveau de technicité élevé. Martin Hirsch¹⁶, directeur général de l'AP-HP remarque que « l'AP-HP représente 10 % de l'ensemble des lits d'hospitalisation de France, et à elle seule entre 40 et 45 % de la recherche clinique en France ».

Sur le plan de la géographie parisienne, une évolution est observée : « entre les années 70 et les années 2000, la plupart des investissements ont été réalisés sur la rive gauche de la Seine, l'endroit où on retrouve une densité hospitalière AP et hors AP extraordinairement importante... Et depuis une petite dizaine d'années, nous avons engagé une opération de rééquilibrage à la fois vers le nord de Paris et vers les communes limitrophes, avec la construction d'un très grand hôpital à Saint-Ouen, [le nouveau Lariboisière], des rénovations très importantes dans nos hôpitaux de Seine-Saint-Denis, une opération aussi majeure à l'Ouest parisien »¹⁷.

Le nouvel Hôtel-Dieu (4^e) et le futur Hôpital Nord sont deux projets immobiliers majeurs de l'AP-HP. À la suite du transfert de certains services de l'Hôtel-Dieu vers l'hôpital Cochin notamment, le projet

¹⁵. Source : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Ministère de la Santé et de la Prévention)

¹⁶. Audition de M. Martin HIRSCH par la MIE le 17 février 2022.

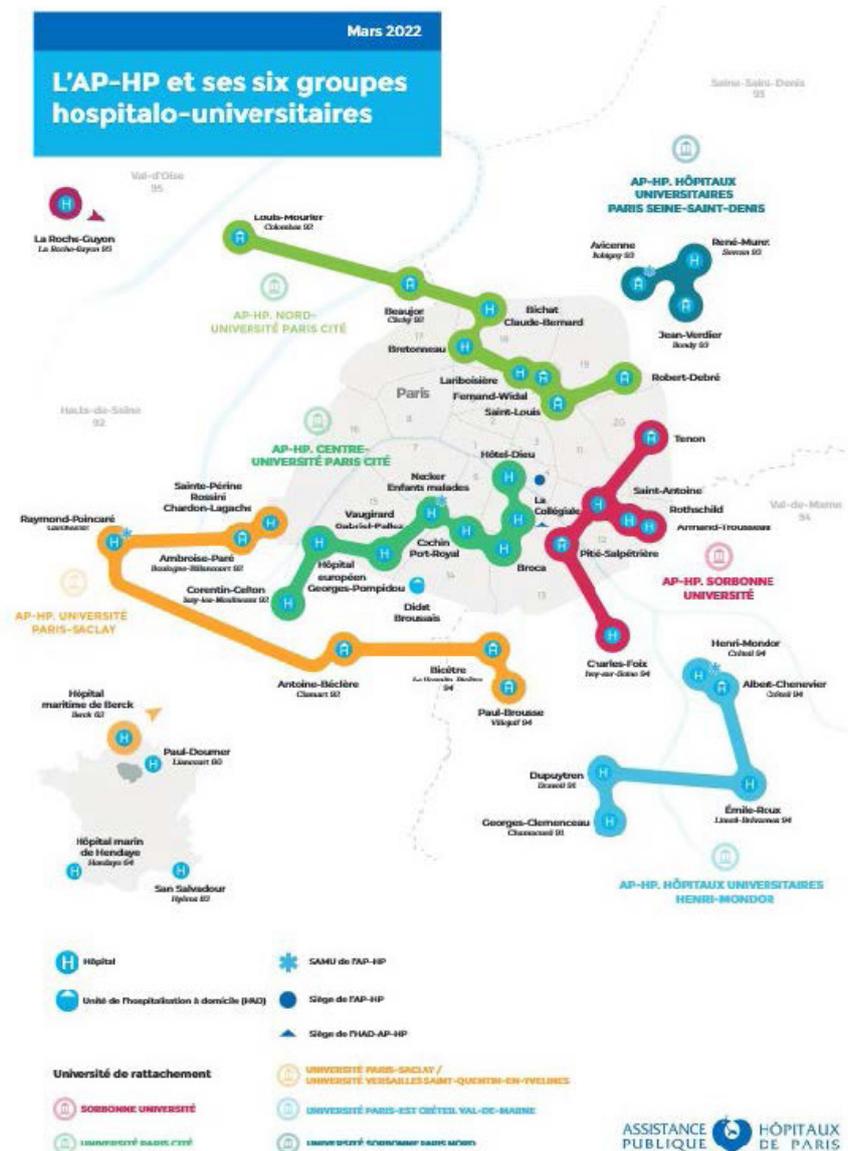
¹⁷. Tribune « Hôpital, le temps de la refondation » le 19 mai 2022

LA SANTÉ À PARIS : UN SYSTÈME COMPLEXE, RICHE ET EN TENSION

Hôtel-Dieu comprend deux volets : une activité médicale sur 32 000 m² et la valorisation de l'espace parvis Notre-Dame (20 000m²) dans lequel le groupe NOVAXIA interviendra dans le cadre d'un bail à construction de 80 ans pour permettre le développement de l'innovation numérique en santé et l'implantation de start-ups. Par ailleurs, la création du campus hospitalo-universitaire à Saint-Ouen (Seine-Saint-Denis) prévue pour 2028 entrainera la fermeture des bâtiments vétustes des hôpitaux Bichat (18e) et Beaujon (Clichy-92) ainsi que la fusion des deux établissements. Le schéma immobilier de l'AP-HP prévoit la cession de la parcelle sur laquelle est élevée la tour Bichat. Ce dernier projet constitue une modernisation et non une augmentation de l'offre de soins.

L'AP-HP souffre d'un manque d'investissement a souligné Martin HIRSCH¹⁸ qui avertit : « La vétusté de certains hôpitaux conduit à devoir consacrer une part importante des investissements à la rénovation, aux mises aux normes, à l'entretien, plus qu'aux équipements ou aux systèmes d'information ».

Aujourd'hui, la densité hospitalière est élevée à Paris, mais est sans spécialisation forte des hôpitaux¹⁹. Martin Hirsch a ainsi indiqué à la mission : « on a les mêmes hôpitaux qui font à la fois le soin non programmé, le recours, les transplantations d'organe... Dans d'autres métropoles, vous avez des hôpitaux en général plus identifiés par des grandes spécialités avec des grands centres. Quand vous avez 15 services d'orthopédie dans lesquels on fait à la fois le rachis, le col du fémur, les prothèses, à petite échelle, le personnel médical ne peut plus faire de recherche. Je pense qu'il faut changer l'offre ».



18. Tribune « Hôpital, le temps de la refondation » mai 2022.

19. Audition de M. Martin HIRSCH par la MIE le 19 mai 2022

d) Focus sur le secteur hospitalier psychiatrique

Le Groupe Hospitalier Universitaire (GHU) de Paris psychiatrie et neurosciences, créé le 1er janvier 2019, est né du rapprochement des hôpitaux Maison Blanche, Perray-Vaucluse et Sainte-Anne. Ces trois établissements, en fusionnant, sont devenus le premier acteur hospitalier parisien pour les maladies mentales et du système nerveux.

Il emploie 5 600 personnels dont 600 médecins, avec un budget de 420 millions d'euros. Sa création a été actée officiellement par arrêté de l'Agence régionale de santé (ARS) et approuvée par le Conseil de Paris. Au total, 66 000 patients parisiens sont accueillis chaque année par ses professionnels de santé. Il met à disposition 170 lieux de soins (sites d'hospitalisation, hôpitaux de jour, unités de soins spécifiques, unités petite enfance, espaces ados, foyers de postcure...). En psychiatrie, 1300 lits et 450 places sont disponibles. Dans le secteur des neurosciences, le GHU propose 108 lits dont 10 lits de soins intensifs et 10 lits de réanimation.

Les actions se concentrent sur les troubles psychiques liés au vieillissement, les soins continus et spécifiques aux adolescents, la consolidation du lien parent/enfant lors de la périnatalité, des suivis de proximité pour les personnes autistes, la prise de soins pour les publics en précarité, la consultation et le sevrage d'addictologies, la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques. De plus, le GHU a mis en place un projet basé sur un diagnostic territorial partagé avec l'ensemble de ses partenaires, impliquant des représentants des particuliers et des familles. Enfin, le service médico-psychologique régional du GHU Paris assure le suivi psychiatrique des personnes détenues au Centre pénitentiaire Paris- La Santé.

Guillaume COUILLARD, son directeur général, a rappelé lors de son audition que le partenariat de ce GHU avec la Ville de Paris, créé en 2018 et renouvelé en 2022, a permis la mise en place d'actions concrètes, notamment dans le domaine du logement avec des équipes qui se rendent auprès des personnes signalées par les bailleurs sociaux qui ont besoin de soins psychiatriques. Initialement situées dans les 19ème et 20ème arrondissements, ces actions ont été étendues au 18ème arrondissement. Des dispositifs ont été également créés pour améliorer l'accès au logement des personnes souffrant de troubles psychiques.²⁰

La nouvelle convention signée en février 2022 avec la Ville vise à s'assurer que les patients suivis en psychiatrie disposent bien d'un médecin traitant : le projet Psy-Som du GHU prévoit une étroite coopération avec le réseau des centres de santé de la Ville à cette fin. Guillaume COUILLARD a rappelé que les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) facilitent aussi les initiatives et les actions adaptées à chaque territoire.

Le GHU de Paris psychiatrie et neurosciences est également lié avec l'AP-HP par une convention qui garantit des relations étroites et structurées entre les établissements de la Ville de Paris et les secteurs de psychiatrie afin d'assurer une bonne prise en charge des patients qui sont en EHPAD, ou de permettre à des patients faisant l'objet de soins psychiatriques d'être accueillis dans en EHPAD. Guillaume COUILLARD a néanmoins indiqué à la mission que le GHU rencontre des difficultés importantes en matière de recrutement infirmier. Il constate la rareté des candidatures et l'augmentation des départs d'agents qui choisissent de se rapprocher de leur lieu de vie, que ce soit en banlieue ou en province.

Parallèlement, une augmentation de la demande en psychiatrie a été constatée, soit directement auprès des secteurs du GHU, soit via les services d'urgence. Le Centre psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA), situé sur le site de Sainte-Anne, a constaté une augmentation de sa fréquentation, d'une trentaine de passages par jour à 40. Cette augmentation de la demande concerne principalement les jeunes, les jeunes adultes et les adolescents.

Pendant la crise sanitaire, deux dispositifs ont été développés : l'Accueil Temporaire Rapide Ados Parisiens (ATRAP), qui prend en charge rapidement en ambulatoire les 10-15 ans dont les parents craignent une tentative de suicide, et le NineTeen destiné aux 16-25 ans, qui a débuté dans le 19e arrondissement, et

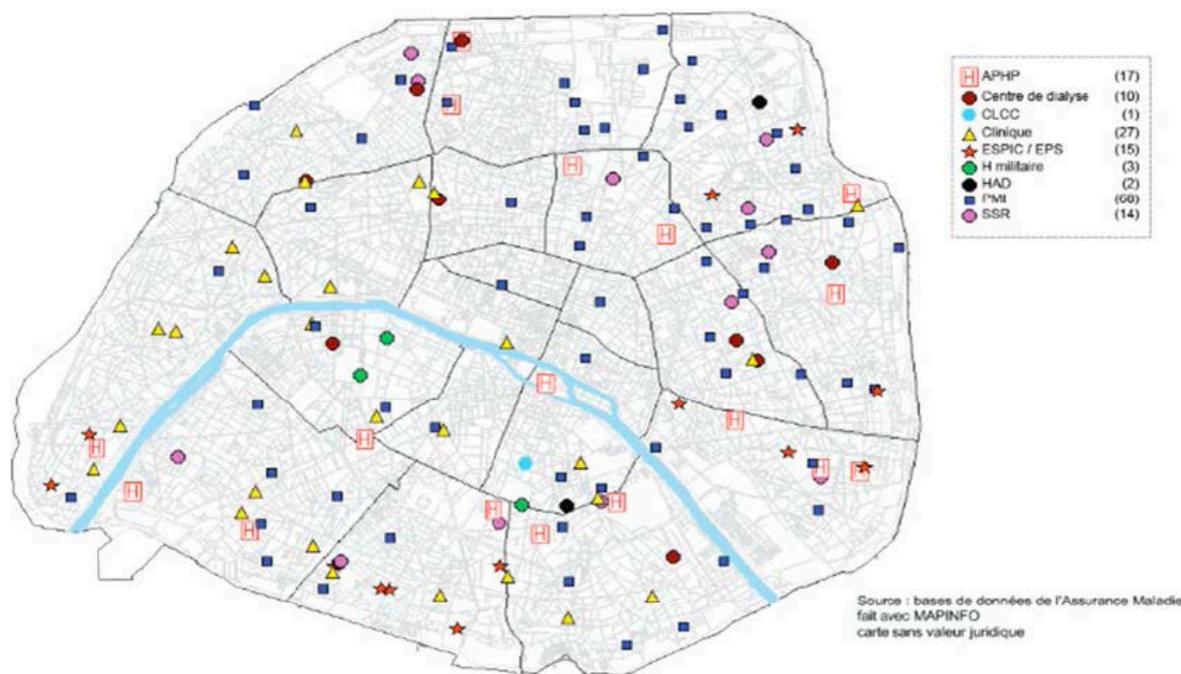
²⁰. Guillaume COUILLARD, audition du 21 avril 2022

a vocation à s'étendre. Le GHU développera en outre l'ouverture de lits pour les 10-15 ans d'ici le début 2023.

e) L'offre hospitalière privée

Le système hospitalier ne se résume pas à l'AP-HP puisqu'il existe également un nombre important d'établissements privés à Paris. Le maillage de l'offre assuré par le secteur privé à but non lucratif, apparaît dans la carte suivante :

Établissements de santé non lucratifs



Légende: ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif (but non lucratif) ; EPS : Établissement public de santé ; SSR : Soins de Suite et de Réadaptation ; CCLC : Centres de lutte contre le cancer ; HAD : hospitalisation à domicile).

Quant aux établissements privés à missions, c'est-à-dire à but lucratif, ils sont 41 à Paris²¹ et ne disposent que de 2.311 lits en MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique-Gynécologie), 780 en SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et 82 en psychiatrie. Ils assurent cependant 50% des actes chirurgicaux réalisés à Paris et 61% des actes chirurgicaux en ambulatoire²². Cette proportion reste stable depuis plusieurs années. Ils rencontrent, comme l'AP-HP, d'importantes difficultés de recrutement, notamment pour les personnels infirmiers dont les rémunérations sont équivalentes à celles proposées en province, malgré le coût sensiblement plus élevé du logement parisien.

► **La crise des hôpitaux**

Depuis plusieurs années, l'hôpital en France, et à Paris, apparaît en crise. C'est comme cela qu'il se perçoit lui-même et c'est l'image qu'il renvoie au grand public. La pandémie du Covid a accru cette mise à l'épreuve sur de l'hôpital. Cette crise se traduit en particulier par :

- des fermetures de lits et même de services (à titre généralement temporaires), faute de personnels qualifiés en nombre suffisant,

21. Source : Fédération de l'Hospitalisation Privée.

22. En actes PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), déclarations à l'ATI (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Le Rapport de la Cour des Comptes indique que l'AP-HP dispose de 3.000 lits en chirurgie et 2.823 lits en hôpital de jour (2019).

- des conditions de travail et des rémunérations qui ne permettent pas d'attirer et de fidéliser les personnels.

Les difficultés de l'hôpital parisien sont donc profondes et multi-causales. Les aspects recrutement et ressources humaines sont développés dans la partie 2.

2) Les difficultés de recrutement des personnels hospitaliers

a) Les effectifs globaux et leur implication

Concernant les effectifs hospitaliers et leur évolution depuis 10 ans, les chiffres de la DREES indiquent que le nombre de médecins présents dans les hôpitaux parisiens est en légère croissance sur la période 2012-2021 (18.831, +6.4%), avec un rythme légèrement supérieur à celui de moyenne nationale (227.946, +5.6%). En revanche, le rythme d'augmentation du nombre d'infirmiers dans les hôpitaux parisiens (41.606, +32.5%) est inférieur à celui de la moyenne nationale (764.260, +34.7%). Pour les sages-femmes, la hausse est de 29% à Paris (970 en 2021) contre 20% pour la moyenne nationale. Le nombre des aides-soignants qui jouent un rôle important dans le fonctionnement des services hospitaliers, n'est malheureusement pas disponible. Il faut noter que ces chiffres sont impactés par la difficile mise en place des 35 heures hebdomadaires à l'hôpital et la réforme des rythmes de travail qu'elle a impliquée au sein de l'AP-HP.

Si les médecins des hôpitaux parisiens représentent 8.3% de l'ensemble des médecins présents dans les hôpitaux français, Paris apparaît comme nettement moins dotée concernant les infirmiers avec 5.4% du total national et surtout les sages-femmes avec seulement 3.9% du total national.

Années - Catégories		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Médecins	Ensemble France	215 930	217 598	219 566	221 001	222 453	223 739	225 046	225 064	227 298	227 946
	Ensemble Paris	17 969	18 061	18 136	18 258	18 403	18 591	18 719	18 609	18 769	18 831
Infirmiers	Ensemble France	567 363	595 394	616 573	638 248	660 611	681 459	700 988	722 572	744 307	764 260
	Ensemble Paris	31 410	32 528	33 816	34 873	35 942	37 437	38 630	39 807	40 901	41 606
Sages-femmes	Ensemble France	19 552	20 322	20 960	21 604	22 299	22 724	22 824	22 956	23 175	23 541
	Ensemble Paris	748	766	800	839	873	918	914	936	935	970

ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1er janvier de l'année (Ministère des Solidarités et de la Santé)

Nombre de lits à Paris: information demandée à l'AP-HP

Il ne suffit pas d'afficher un nombre de lits importants, il faut que ceux-ci soient effectivement ouverts dans les faits. Or, une part importante d'entre eux a dû être fermée dernièrement pour cause d'absence de personnels soignants. Le secteur de la santé, comme du reste d'autres secteurs d'activité, doit faire face à de très importantes difficultés de recrutement. Martin HIRSCH indique²³ : « D'habitude, on a en moyenne, avec les travaux qu'on fait, les rénovations, les problèmes de bactéries multi-résistantes, les petits problèmes locaux, 95% de lits ouverts, jamais 100%. Là on est à 85% à peu près stables depuis 9 mois ».

Un autre élément important est celui de l'occupation effective qui conditionne la « réserve » en lits disponibles, pour pouvoir par exemple affronter un afflux soudain de patients. La pandémie du Covid a été révélatrice à ce sujet. Soulignons un défi à relever de régulation du système de soins hospitaliers : pour des raisons de gestion et de rentrées financières, une direction d'hôpital a intérêt à ce que le taux d'occupation soit le plus élevé possible, donc à ce que l'hôpital soit saturé le plus souvent possible. L'hospitalisation à domicile (HAD) et les actions consistant à ramener les patients chez eux, particulièrement pour la fin de vie, contribuent à desserrer la pression sur l'hôpital. Les visites de médecin à domicile mériteraient également d'être revalorisées. Mais elles ne peuvent s'appliquer pour des publics qui ne peuvent pas vivre chez eux de manière autonome : d'autres solutions sociales sont alors à mettre en place.

23. Audition de M. Martin HIRSCH par la MIE le 19 mai 2022.

En tout état de cause, si l'offre de personnel soignant est en croissance sur la période mais que les difficultés sont patentées et que les délais d'attente s'allongent, cela signifie que ce sont les besoins en soins qui sont en augmentation. Cela s'explique par le vieillissement moyen de la population, le développement des maladies chroniques, le progrès technologique et le niveau d'exigences accru de la population.

b) Des difficultés actuelles de recrutement très importantes

Si les effectifs de personnel hospitalier sont stables, cela ne doit pas masquer les difficultés actuelles très importantes concernant le recrutement. Martin HIRSCH indique²⁴ : « Depuis la rentrée 2021, nous avons 1.000 infirmières de moins que nous n'en avions auparavant et 1.400 de moins que ce que l'on espérait. On avait espéré créer 400 postes supplémentaires d'infirmières ». Les vacances de poste affectent également les médecins pour certaines spécialités comme la psychiatrie.

Le secteur des soins aux personnes, s'il peut être perçu comme noble et porteur de sens, présente aussi la caractéristique de contraintes en emploi du temps fortes et difficiles : gardes et astreintes, travail de nuit, travail le week-end et les jours fériés. D'autres dimensions du travail des soignants sont également citées : « la peur d'être contaminés et contaminants, le manque criant de matériel (« un seul tensiomètre pour tout le service »), l'exposition aux produits cytotoxiques (en oncologie), la multiplication des tâches administratives, les violences verbales et physique envers les soignants, la confrontation à la souffrance d'autrui, à la maladie et à la mort ».²⁵ À cet égard, les postes dans le secteur de la santé sont moins attractifs que d'autres pour des jeunes générations aspirant à de l'autonomie, à des « rythmes temporels libres » sur un marché du travail devenant plus favorable à ceux qui cherchent un emploi. Le Dr Michaël PEYROMAURE indique ainsi « La nouvelle génération de professionnels de santé est plus mobile que la précédente : lorsqu'une personne n'est pas satisfaite ou lorsqu'elle croit avoir fait le tour de la discipline, elle change de service. Les mentalités ont évolué, les individus ne veulent plus sacrifier leur qualité de vie ».²⁶

Par ailleurs, la dimension salariale joue un rôle majeur. « Les études de l'OCDE ont montré que les infirmiers en France étaient parmi les moins bien payés ». « Le « Ségur sur la santé » a permis des avancées salariales. Selon les chiffres de l'AP-HP, un infirmier débute aujourd'hui à 2.103€, nets mensuels, (1.920€ avant le Ségur) et gagne 3.273€ après 30 ans de carrière (2.817€ avant le Ségur), et 4.004€ s'il effectue 20 heures supplémentaires mensuelles (aux 35 heures).

Mais concernant le travail de nuit par exemple, la prime de 1.07€ par heure apparaît très faible et pas à la hauteur de l'enjeu : « c'est le paradoxe du Ségur qui a permis 8 milliards d'euros de salaires en plus par an. Nous, on avait défendu la revalorisation du travail de nuit, des gardes et des astreintes. Ce n'est pas ce qui a été retenu²⁷ ».

S'il est important de recruter, il est crucial de fidéliser les personnels dans leur poste, en dépit des contraintes. Les horaires décalés, de nuit notamment, deviennent de moins en moins facilement supportables au fur et à mesure de l'avancée en âge. Or le turn-over en sortie de l'AP-HP atteignait le chiffre élevé de 10% en 2021 (toutes qualifications) et de 13% pour les seuls infirmiers, contre 12% en 2019. Quant à l'absentéisme, il atteignait le chiffre également élevé de 10,9% globalement et de 12,2% pour les seuls infirmiers.

Les vacances de postes ont pour conséquence le recours à l'intérim, qui atteint des niveaux très importants dans certains services²⁸. Ce statut permet aux intéressés d'être nettement mieux payés « jusqu'au double, voire jusqu'à 3.000€ en 24 heures [pour un médecin] », 30% de plus pour des infirmières, en échappant aux contraintes de service, mais il s'agit d'une solution extrêmement coûteuse et qui fait intervenir du personnel moins formé. « Sur les paramédicaux, il n'y a pas de plafonnement de tarifs prévu, contrairement aux médecins. C'est le poison de l'intérim, il faut revenir à ce qui existait

²⁴. Audition de M. Martin HIRSCH par la MIE le 19 mai 2022.

²⁵. Contribution à la MIE de Célia CLERC, infirmière.

²⁶. Dr Michaël PEYROMAURE, chef du service d'urologie à l'hôpital Cochin, interview au Figaro du 1er juin 2022, auteur de « Hôpital, ce qu'on ne vous a jamais dit... »

²⁷ Audition de M. Martin HIRSCH par la MIE le 19 mai 2022.

²⁸. « Les urgences, maternités et anesthésie semblent être les champions ».

auparavant. Aujourd'hui, il faut trois ans pour s'installer dans le libéral, mais on a le droit de faire de l'intérim à la sortie de l'école. Il faut retrouver une régulation de l'intérim, c'est majeur »²⁹.

c) Les conditions et le contexte du travail

Au-delà des avantages matériels, les conditions de travail, de même que l'ambiance en équipe au travail sont un élément majeur de la fidélisation dans les postes. Or, l'AP-HP souffre d'un retard d'investissement. Par ailleurs, la suradministration et la bureaucratisation de la médecine ont aussi été souvent dénoncées, illustrées par le nombre important de grades et de strates hiérarchiques de décision qui peuvent décourager les initiatives. Le Dr Michaël PEYROMAURE confirme : *« L'administration a pris le pouvoir. On ne peut plus mener de projet sans autorisation... Notre système est totalement déresponsabilisant pour les médecins, qui passent leur temps à quémander auprès de l'administration, n'obtenant d'ailleurs que rarement satisfaction. C'est une énorme source de ressentiment et de paralysie »*.³⁰

Il semble plus difficile de développer l'agilité managériale pour un ensemble de 100.000 salariés tel que l'AP-HP que pour des hôpitaux ou cliniques autonomes. Dans cet esprit, le directeur général de l'AP-HP propose la fusion de l'école des directeurs d'hôpitaux et de leur corps avec l'Institut National du Service Public (INSP) et les administrateurs de l'État *« afin de parer l'endogamie du système de formation, sans faire baisser la qualité »*. *« Diversifier les profils de directeurs, intégrer des praticiens hospitaliers au sein de la direction des établissements les plus importants comme à l'AP-HP, peut renforcer la communauté d'approches et mêler les compétences et expériences dans le pilotage des hôpitaux »*.³¹

Plus que d'administration, c'est de management dont a besoin l'hôpital. Les attentes en matière d'emploi des personnels concernent non seulement les premières années dans le poste mais aussi les suivantes, avec des parcours, des projets professionnels évolutifs en phase avec les aspirations des générations actuelles. Le développement des carrières est crucial. Le directeur général de l'AP-HP le souligne : *« on est nommé à vie dans un établissement »*. *« L'hôpital est un système de caste. 30 ans après le recrutement, on risque d'être toujours infirmière de base avec le même salaire. Il faut que les infirmiers, manipulateurs radio, un certain nombre de paramédicaux n'aient pas comme seul choix de devenir cadre, qui est un métier qui n'a rien à voir, mais puissent devenir infirmiers de pratiques avancées, cliniciens, délégués, ..., avec des responsabilités techniques ou d'encadrement de jeunes, des missions transversales »*. *« Heureusement, cette année, nous ne refuserons aucune demande de promotion professionnelle d'aides-soignants voulant devenir infirmiers »*.

d) Le logement cher à Paris et en région parisienne

Par ailleurs, Paris et la région parisienne souffre d'un déficit important d'attractivité eu égard au coût de la vie et particulièrement au marché de l'immobilier et ses prix très élevés. Or, le système de rémunération de la fonction publique hospitalière est administré au niveau national de manière quasiment uniforme. Les primes pour Paris et la région parisienne sont faibles et très inférieures au différentiel de coût encouru : *« il y a une cotisation sociale qui est un demi-point de moins que pour le reste de la France, ce qui fait une différence de 50 euros en moyenne pour les agents. Et puis, depuis 3 ans, il y a pour les plus bas salaires, une compensation qui peut atteindre une différence de 100 euros »*. *Par ailleurs, il n'existe pas de marges de manœuvre, de « reconnaissance liée aux responsabilités, à l'engagement dans la vie de l'établissement, à la compétence et à la technicité »*³²

En tenant compte de la convention signée avec la Ville de Paris, l'offre globale de logements de l'AP-HP, lui *« permet de loger 7 665 agents, soit environ 11% du total »*³³

²⁹. Audition de M. Martin HIRSCH par la MIE le 19 mai 2022.

³⁰. Dr Michaël Peyromaure, auteur de « Hôpital, ce qu'on ne vous a jamais dit... ».

³¹. Commission d'enquête du Sénat, mars 2022.

³². Tribune de Martin HIRSCH « Hôpital, le temps de la refondation » mai 2022.

³³. Rapport de la Chambre Régionale des Comptes, observations délibérées le 15 décembre 2021.

M. Ian BROSSAT, adjoint à la Maire de Paris en charge notamment du logement indique³⁴ : « s'agissant de l'accès au logement pérenne des personnels soignants, dès 2017, la Ville de Paris a signé un protocole dédiant 500 droits de réservation de logement de la Ville, au sein du patrimoine de Paris Habitat, au bénéfice de l'AP-HP. Actuellement, nous poursuivons les discussions avec l'AP-HP en vue de renouveler cette précieuse et utile convention partenariale. Cette négociation globale menée avec l'AP-HP inclut notamment les projets de construction de logements sur les parcelles domaniales de l'AP-HP, avec des droits de réservation de logements pour les personnels soignants. S'agissant des commissions de désignation de la Ville de Paris, la cotation actuelle prévoit une pondération de 10% pour le critère « travaille à Paris » et de 20% pour le critère « travaille à Paris et habite Paris ». À noter qu'à l'heure actuelle, il n'est pas possible de prioriser un demandeur au regard de sa fonction ou de son emploi : la réforme du CERFA, souhaitée par l'État, ne fait hélas plus apparaître la mention de la profession, ce qui a pour conséquence notamment de faire disparaître les catégories « agents publics ». La réintégration de ces mentions est une demande forte que porte la Ville de Paris auprès de l'État ».

Le directeur général de l'AP-HP a insisté lors de son audition du 19 mai pour que les droits de réservation de logement en faveur du personnel hospitalier puissent être augmentés à l'avenir, dans les négociations en cours avec la Ville et avec la Préfecture.

Par ailleurs, les solutions en termes de gardes d'enfant apparaissent elles aussi insuffisantes.

e) 1 500 personnes employées au service facturation de l'AP-HP

Enfin, le directeur général souligne ce travail administratif, non consacré aux soins des personnes : « On a un travail administratif complètement délirant. Alors que 80% de nos recettes viennent d'un seul payeur, l'assurance maladie, je paie 1.500 personnes pour aller chercher les 3,5€ dans les poches de patients, les 74€ dans la poche de mutuelles, etc. Ceci est absurde. L'assurance maladie devrait nous payer et se débrouiller ensuite auprès des mutuelles et des gens ».

Des solutions d'optimisation de la facturation pourraient ainsi permettre de dégager des ressources en faveur de la santé des personnes.

3) La problématique des urgences médicales

a) En quoi consiste la crise des urgences ?

Les urgences médicales sont emblématiques de la crise qui affecte le système de santé. Cette crise, qui a fait parler d'elle depuis plusieurs années est largement exposée médiatiquement, elle s'exprime de diverses manières :

- Un nombre de passages aux urgences très élevé et en croissance³⁵ avec des capacités d'accueil souvent saturées
- Des effectifs mis à rude épreuve (particulièrement à cause de la contagiosité du Covid 19 peu maîtrisée au début de la pandémie), souvent affectés par des démissions, avec des personnels quelquefois usés. Concernant la santé mentale, le manque de psychiatres notamment la nuit³⁶ se fait cruellement ressentir.
- Des attentes atteignant souvent plusieurs heures, quelquefois pour des cas graves, ce qui peut avoir des conséquences lourdes pour certains patients.
- Des rémunérations perçues comme insuffisantes, avec des astreintes fortes, qui concernent les nuits, les WE et les jours fériés.
- Des difficultés liées à la sécurité des personnels confrontés à certains publics menaçants.
- Cela a eu pour effet la fermeture partielle ou périodique de certains services d'urgence, ainsi qu'un

³⁴. Contribution écrite Note de M. Ian BROSSAT au Président de la MIE Santé le 12 mai 2022.

³⁵. Le nombre de passages aux urgences est passé de 10,1 millions en 1996 à 21,2 millions en 2019 sur l'ensemble de la France.

³⁶. Visite au service des urgences de l'Hôpital Européen Georges Pompidou.

niveau d'insatisfaction élevée s'exprimant quelquefois en mouvement de grève.

b) Le rôle du SAMU, de la BSPP et la cause des difficultés

En amont des urgences, l'acteur principal est le SAMU avec les appels au numéro 15. Le Professeur Pierre CARLI³⁷, chef de service du SAMU de Paris et coordinateur du SAMU zonal d'Île-de-France, a indiqué le niveau d'activité pour 2019, l'année avant le Covid : 850.000 appels correspondant à 370.000 patients (soit une moyenne de 2,3 appels par patient), avec 23 équivalents-temps plein (ETP) de médecins et 55 ETP d'assistants de régulation médicale. Les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ont quant à elles effectué 8.500 interventions de réanimation. Pendant la crise du Covid, le nombre de postes de régulation médicale aux SAMU a été porté à 45, soit 2 fois plus que d'habitude.

Il faut noter dans le cas de Paris, que la Brigade des sapeurs-pompiers (BSPP) joue un rôle très important pour le compte du SAMU. Le général de division Jean-Marie GONTIER³⁸ indique : « *La BSPP a effectué 33.000 interventions Covid, soit 50% de l'activité de secours d'urgence et d'assistance aux personnes au printemps 2020* ».

L'une des difficultés rencontrées dans les services des urgences est la grande hétérogénéité des situations avec lesquelles les patients y arrivent. Certaines personnes s'y présentent directement³⁹. Les patients qui n'ont pas de médecin pour une consultation ou une ordonnance, les personnes âgées sans moyen de déplacement, appellent le 15. Et les urgences sont le plus souvent les seuls services de médecine ouverts toute la nuit. Suivant les sources, il est estimé que 40% à deux tiers des patients venant aux Urgences ne devraient pas y passer.

En effet, bien souvent, l'urgence de la situation, la gravité de l'état de santé ne justifient pas un passage aux urgences : le besoin est social ou psychologique plutôt que médical. Or « *la tentation est grande pour le médecin-régulateur « d'ouvrir le parapluie » et d'orienter vers les urgences... Dès qu'il y a déclenchement d'une ambulance, qu'elle soit des sapeurs-pompiers ou privées, le transport est orienté quasi-systématiquement vers les urgences* »⁴⁰

Un défi majeur consiste à pouvoir disposer d'une vue globale de l'offre de soins disponibles. Les services d'urgence des grands hôpitaux publics sont connus mais moins souvent le détail de leur offre de spécialistes ou de plateaux techniques, et moins souvent encore l'offre des cliniques privées. L'offre des soins globale comprend aussi les médecins généralistes ou spécialistes, en particulier ceux qui peuvent se déplacer, les maisons de santé qui les regroupent, les infirmiers ou autres professions paramédicales, par ailleurs le suivi social. Parfois, le patient veut aller dans un lieu de soin spécifique, mais on ne lui demande pas toujours son avis. Une offre globale mieux maîtrisée permettrait d'apporter une réponse adaptée au besoin du patient, en ne l'envoyant au service des Urgences que lorsque cela est véritablement nécessaire.

La bonne relation avec la médecine de ville apparaît spécialement importante. Elle donne actuellement lieu à Paris à l'expérimentation du Service d'Accès aux soins (SAS) qui associe aux médecins urgentistes du SAMU les médecins de ville pour les soins non programmés (SNP). Le SAS comprend un « décroché très rapide du 15 par un assistant de régulation médicale suivi d'une régulation par un médecin soit urgentiste, soit de soins non programmés⁴¹ ». En complément, Martin HIRSCH indique : « *il est proposé une vision beaucoup plus intégrée des urgences, par exemple avec les centres de santé municipaux de Paris, ... comme nous avons commencé à le faire avec le centre de santé de Gennevilliers* ».

Installer un bureau avec un médecin de garde à proximité immédiate des urgences est une hypothèse quelquefois évoquée. Mais l'expérience de l'Hôpital Européen Georges Pompidou en termes de coopération avec la médecine de ville n'a pas été probante. Sa directrice en témoigne : « *pour soulager*

³⁷. Contribution adressée à la MIE Santé.

³⁸. Contribution écrite à la MIE Santé.

³⁹. A ce sujet, la ville de Bordeaux a récemment demandé que, de nuit, toutes les arrivées aux urgences transitent par le 15.

⁴⁰. Association nationale des infirmiers sapeurs-pompiers et François Braun « 15 questions-réponses sur le 112 ».

⁴¹. Contribution écrite du Pr. Carli, Chef du Service des SAMU de Paris.

les urgences, nous avons organisé des consultations sans rendez-vous, après un appel à projets pour auditionner des candidats. Mais pour les médecins de ville, ce n'était pas rentable et ils sont repartis ». ⁴²

Enfin, le problème du traitement aval des urgences se pose avec acuité : « *manque de lits d'hospitalisation, insuffisance de la réponse de la médecine libérale pour les soins non programmés* »⁴³, insuffisance de la réponse sociale. Martin HIRSCH⁴⁴ souligne : « *le problème est ce que font les patients après quelques heures aux urgences. C'est là qu'il faut des lits... Ce matin, nous avons 83 lits-brancards. Si vous regardez le nombre de ceux qui relèveraient d'un hôpital psychiatrique, c'est énorme* ».

c) Les développements d'avenir

Le professeur CARLI appelle au développement des moyens techniques pour développer la visio-expertise et les téléconsultations. En vue de « *couvrir la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE), et compte tenu de la situation internationale préoccupante et de la préparation des Jeux Olympiques de 2024* », il souhaite une augmentation de la dotation de la Ville de Paris (actuellement de 300.000€ pour un budget global de 5,1 million d'euros).

Le général GONTIER cite également la montée en puissance de la télémédecine, ainsi que la modernisation et l'interconnexion des différents centres d'appel et de régulation. Le regroupement des numéros 15 (SAMU), 17 (police) et 18 (pompiers) en un seul numéro le 112, fait débat au plan national avec des avis divergents. Il fait actuellement l'objet d'une expérimentation dans les départements de Corrèze et de Haute-Savoie dont les résultats seront à prendre en compte.

⁴². Visite à l'Hôpital Européen Georges Pompidou le 11 mai 2022.

⁴³. Martin Hirsch, audition du 19 mai 2022. François Braun « 15 questions-réponses sur le 112 »

⁴⁴. Martin Hirsch, audition du 17 février 2022.

C. Une médecine de ville (cabinets libéraux et centres de santé) en tension et les actions mises en oeuvre

La médecine de ville regroupe les professionnels de santé libéraux et salariés qui exercent en dehors de l'hôpital ou des établissements d'hébergement médico-social. A Paris, même si la situation est meilleure que dans de nombreuses régions françaises, des patients rencontrent depuis quelques années des difficultés croissantes pour accéder aux professionnels de santé du fait de la diminution de leur nombre dans certains quartiers.

Cette situation de tension s'explique d'abord par la structure de la démographie des personnels médicaux, qui entraîne leur raréfaction mais pose aussi la question de l'inégalité territoriale des implantations des différentes professions médicales.

Ainsi, la Capitale peine de plus en plus à attirer de nouveaux professionnels de santé. Les acteurs publics mènent différentes actions pour remédier à cette situation avec le soutien de la collectivité parisienne.

1) L'installation et le recrutement de médecins et de professionnels de santé à l'épreuve de la vie parisienne

a) Le constat

La difficulté à recruter des personnels soignants à Paris se fait en particulier sentir dans l'ensemble des services de santé de la Ville de Paris⁴⁵ où les taux de vacance de postes sont élevés. Eve PLENEL,⁴⁶ précise : « On a des difficultés structurelles qui s'aggravent pour recruter des médecins, des orthophonistes, des psychologues, des infirmières, des sages-femmes, des puéricultrices, des auxiliaires de puériculture. Tous ces métiers étaient déjà en tension, (...) ils le sont encore plus aujourd'hui avec une concurrence entre employeurs du secteur de la santé ou du médico-social ; les mesures du Ségur rendent évidemment plus attractives les carrières actuellement à l'hôpital en dépit de conditions de travail plus difficiles, et la concurrence du secteur libéral ».

Cette pénurie de nouveaux médecins de ville et de professionnels soignants fragilise tout particulièrement l'accès des Parisiens au secteur 1, complètement remboursé par la sécurité sociale.

60,1 % des médecins libéraux parisiens pratiquaient des honoraires libres au 1er janvier 2020 ; cette proportion était de 26,9% chez les généralistes et de 74,7 % chez les spécialistes. Les graphiques ci-dessous établis par l'Assurance maladie indiquent la répartition par secteur de convention⁴⁷ des médecins libéraux parisiens.

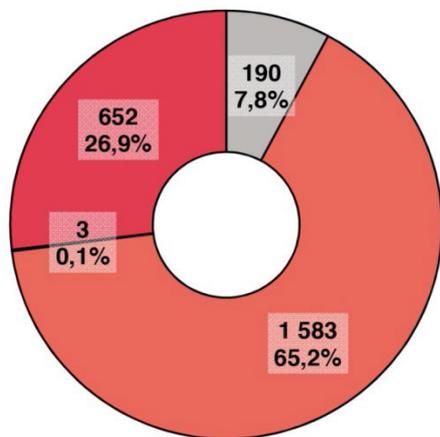
⁴⁵. La Ville de Paris gère notamment 7 centres de santé et 3 centres médico-sociaux qui réalisent 128 000 consultations par an (chiffres communiqués par Marie DAUDE, secrétaire générale adjointe, lors de son audition par la mission, le 20 janvier 2022)

⁴⁶. Audition d'Eve PLENEL, directrice de la santé publique de la Ville de Paris par la mission, le 20 janvier 2022

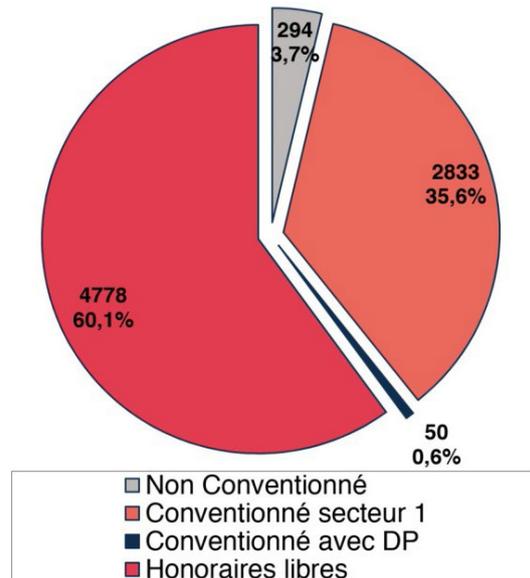
⁴⁷. Assurance maladie -Paris : Démographie des professionnels de santé parisiens au 1er janvier 2020 (Les professionnels de santé retenus par l'Assurance maladie sont ceux qui étaient en activité libérale au 1er janvier 2020 et qui exerçaient en cabinet principal).

La répartition des médecins par secteur de convention

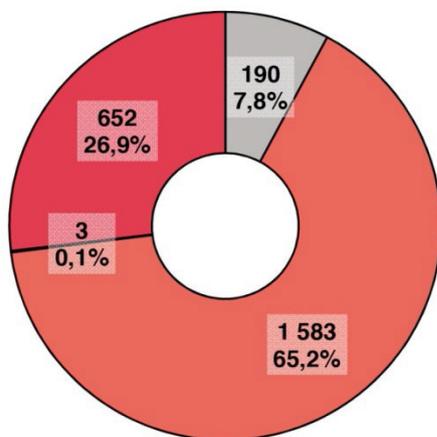
Ensemble des médecins



Médecins généralistes



Médecins spécialistes



« Beaucoup de médecins partent à la retraite, il s'agit d'une urgence » a souligné Anne SOUYRIS⁴⁸

L'audition du Dr Nathalie REGENSBERG DE ANDREIS, secrétaire générale adjointe de l'URPS⁴⁹ médecins d'Île-de-France par la mission⁵⁰ a fait ressortir qu'en 2020, 57 % des médecins spécialistes avaient plus de 60 ans et 54 % des médecins généralistes en avaient plus de 54 ans. Le Dr Nathalie REGENSBERG DE ANDREIS note que « les gens qui étaient installés sont en train de tous partir »⁵¹ et que ceux qui devraient remplacer les médecins issus du baby-boom manquent.

⁴⁸. Audition d'Anne SOUYRIS, adjointe à la Maire de Paris chargée de la santé publique et des relations avec l'AP-HP, de la santé environnementale, de la lutte contre les pollutions et de la réduction des risques par la mission, le 20 janvier 2022

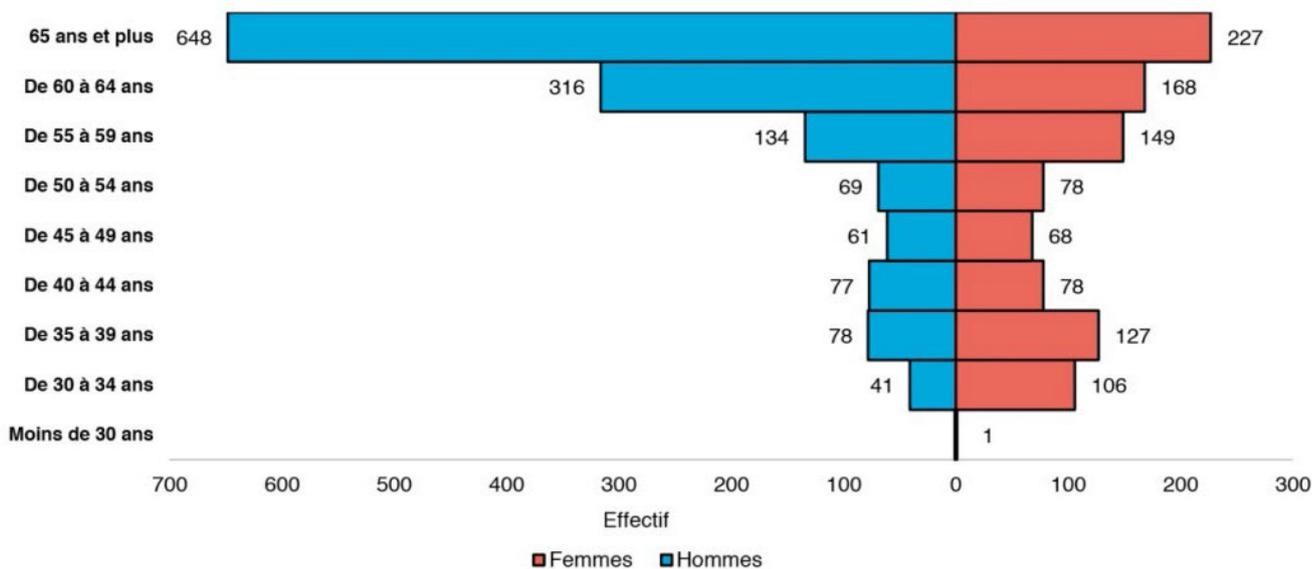
⁴⁹. Union régionale des professionnels de santé

⁵⁰. Audition du Dr Nathalie REGENSBERG DE ANDREIS, secrétaire générale adjointe de l'URPS⁵⁰ médecins d'Île-de-France par la mission, le 17 février 2022

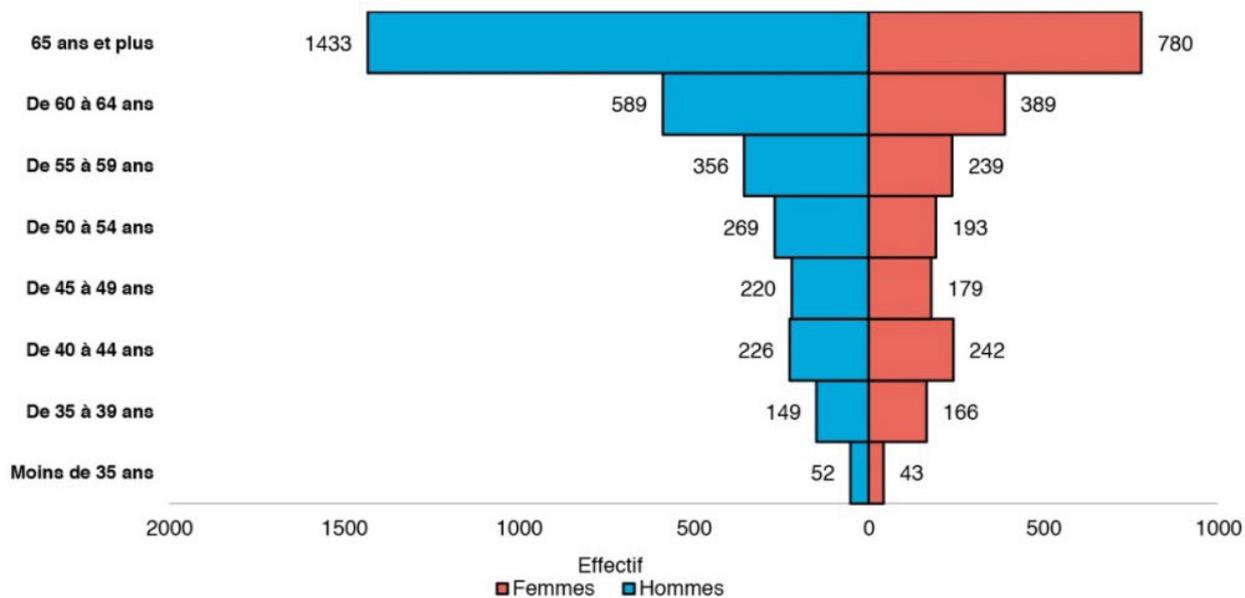
⁵¹. Audition du 17 février 2022

Les pyramides des âges ci-dessous⁵² confirment le constat d'Anne SOUYRIS et du Dr Nathalie REGENSBERG DE ANDREIS.

Pyramide des âges des omnipraticiens libéraux parisiens



Pyramide des âges des spécialistes libéraux parisiens



52. Assurance maladie -Paris : Démographie des professionnels de santé parisien au 1er janvier 2020

LA SANTÉ À PARIS : UN SYSTÈME COMPLEXE, RICHE ET EN TENSION

Les tableaux ci-dessous retracent l'évolution du nombre de médecins généralistes et spécialistes par mode d'exercice à Paris entre 2012 et 2021 : durant cette période, la Capitale a perdu 504 généralistes et 967 spécialistes exerçant exclusivement en mode libéral.

Évolution du nombre de médecins généralistes à Paris entre 2012 et 2021⁵³

Année	Ensemble	1- Libéraux exclusifs	2- Mixtes	3- Salariés hospitaliers	4- Autres salariés
2012	5 583	2 661	297	1 160	1 465
2013	5 506	2 588	371	1 121	1 426
2014	5 468	2 553	391	1 121	1 403
2015	5 459	2 497	423	1 112	1 427
2016	5 421	2 452	448	1 126	1 395
2017	5 407	2 336	550	1 164	1 357
2018	5 422	2 303	586	1 165	1 368
2019	5 308	2 236	590	1 131	1 351
2020	5 241	2 220	561	1 095	1 365
2021	5 157	2 157	558	1 069	1 373

Évolution du nombre de médecins spécialistes à Paris entre 2012 et 2021⁵⁴

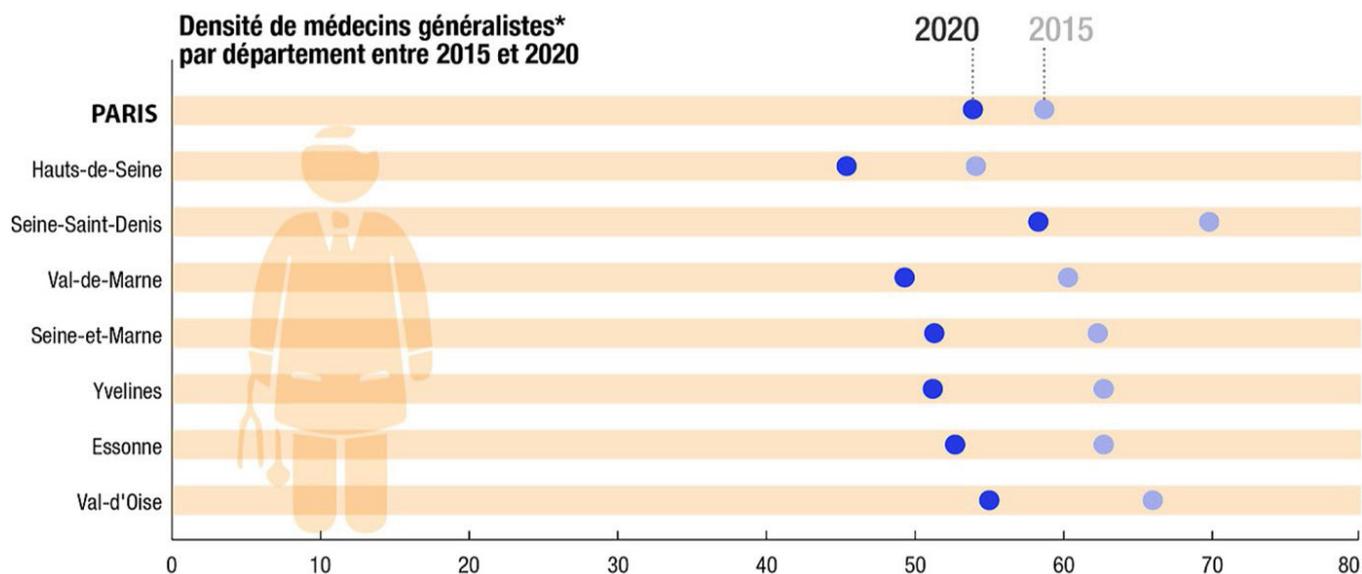
Année	Ensemble	1- Libéraux exclusifs	2- Mixtes	3- Salariés hospitaliers	4- Autres salariés
2012	12 386	4 441	1 482	5 049	1 414
2013	12 555	4 144	1 919	5 091	1 401
2014	12 668	4 022	2 078	5 136	1 432
2015	12 799	3 912	2 165	5 294	1 428
2016	12 982	3 870	2 235	5 417	1 460
2017	13 184	3 490	2 641	5 614	1 439
2018	13 297	3 472	2 639	5 702	1 484
2019	13 301	3 404	2 695	5 697	1 505
2020	13 528	3 451	2 767	5 750	1 560
2021	13 674	3 474	2 753	5 890	1 557

Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1^{er} janvier de l'année

⁵³. Source : Agence des systèmes d'information partagée de santé (ASIP Santé) - Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), traitements Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) - données au 1^{er} janvier de l'année

⁵⁴. Idem

L'Observatoire régional de la Santé d'Île-de-France indique que cette diminution de l'offre en médecins généralistes (libéraux ou exerçant en centres de santé et comptabilisée en équivalents-temps plein) peut être constatée en Île-de-France de façon différenciée selon les départements depuis 2015⁵⁵, ainsi que le met en évidence le diagramme suivant.



Les médecins parisiens entre 2012 et 2021 : nombre, âge moyen, mode d'exercice....

Au 1^{er} janvier 2021, 18 831 médecins de moins de 70 ans étaient en activité à Paris. Depuis 2012, l'effectif de médecins a augmenté de 862 puisqu'on comptait alors 17 969 médecins en activité. En 2021, cet effectif global se répartissait en 5157 médecins généralistes (27,39 %) et 13674 spécialistes hors médecine générale (72,61%). En 2012, ces chiffres étaient respectivement de 5583 (31,07 % de l'ensemble) et 12 386 (68,93 %).

Si le nombre de généralistes a diminué (-426) par rapport à 2012, celui des spécialistes a augmenté (+ 1288) sur la même période.

L'exercice exclusivement libéral se raréfie à Paris : 5631 en 2021 contre 7102 en 2012 (-1471). Les médecins sont de plus en plus nombreux à choisir un exercice mixte, combinant des activités libérales et salariées : 3311 en 2021 contre 1779 en 2012 (+1532). Cette tendance vaut aussi bien pour les médecins généralistes que pour les médecins des autres spécialités.

Sur la période, l'âge moyen des médecins parisiens (généralistes et spécialistes confondus) est resté stable : 52,5 ans en 2021 contre 52,6 ans en 2012.

Les généralistes libéraux étaient 2157 en 2021 contre 2661 en 2012 (- 504), ceux ayant une activité mixte étaient 558 en 2021 contre 297 en 2012 (+261), ceux ayant une activité salariée (hors hôpital) étaient 1373 en 2021 contre 1465 en 2012 (- 92).

Sur la période, l'âge moyen des médecins généralistes a légèrement augmenté : il est actuellement de 54 ans contre 53,3 en 2012. Par mode d'exercice, en 2021, l'âge moyen est de 55,2 ans pour les généralistes libéraux, 50,2 ans pour ceux ayant une activité mixte, 48,9 pour les salariés hospitaliers et de 57,5 ans pour les autres salariés.

Les spécialistes libéraux étaient 3474 en 2021 contre 4441 en 2012 (-967), ceux ayant une activité mixte étaient 2753 en 2021 contre 1482 en 2012 (+1271), ceux ayant une activité salariée (hors hôpital) étaient 1557 en 2021 contre 1414 en 2012 (+ 143).

55. Contribution écrite de l'Observatoire régional de la santé d'Île-de-France

Sur la période, l'âge moyen des médecins spécialistes a légèrement baissé : il était de 52 ans 2021 contre 52,3 ans en 2012. Par mode d'exercice, en 2021, l'âge moyen est de 59,3 ans pour les spécialistes libéraux, 52,4 ans pour ceux ayant une activité mixte, 45,9 pour les salariés hospitaliers et de 57,9 ans pour les autres salariés.

b) Les causes

La première cause qui explique la difficulté à recruter des personnels soignants à Paris est d'ordre national et tient au *numerus clausus*⁵⁶ qui fixait depuis 1972 chaque année le nombre maximum d'étudiants pouvant accéder à la seconde année d'études de médecine, sage-femmes, dentaire ou pharmacie.

Entre 1976 et 1998, le nombre de médecins formés annuellement en France est ainsi passé de 9 500 à 3 500. « *On est revenu à 8 200 par an, mais nous héritons du creux des années 1990* », note le docteur Bruno SILBERMAN, président de l'URPS⁵⁷.

Le *numerus clausus* a été officiellement supprimé le 20 mars 2019⁵⁸. Mais comme l'indique le Dr REGENSBERG DE ANDREIS⁵⁹ : « *l'ouverture du numerus clausus n'a pas d'intérêt immédiat* ». Cette mesure ne pourra contribuer à résorber les déserts médicaux qu'à moyen terme.

Dans ce contexte national de raréfaction des personnels soignants, il existe un enjeu d'autant plus fort d'attractivité des territoires car, comme l'a rappelé M. Paul DOURGNON, directeur de recherche au sein de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) : « *Quand vous êtes médecin, vous vous installez où vous voulez, il n'y a pas de logique d'installation médicale en fonction des besoins* »⁶⁰.

Or le prix de l'immobilier à Paris, tant à l'achat qu'à la location, n'incite pas à s'y installer pour exercer. Anne SOUYRIS a confirmé à la mission : « *Nous avons dès 2014 perçu un certain nombre de choses. D'abord, qu'un des grands freins était le prix de l'immobilier* »⁶¹.

Cette contrainte financière pénalise surtout les praticiens du secteur 1, puisque le tarif conventionné, de 25 euros par exemple pour un médecin généraliste, est le même en province et à Paris, alors que le coût de la vie y est très différent.

Lors de son audition, le Dr REGENSBERG DE ANDREIS a fait état de « *sa propre expérience en tant que médecin généraliste du secteur 1 dont le cabinet est installé dans le 17^e* »⁶² : à son bailleur - la RIVP⁶³ - qui souhaitait majorer son loyer de 50% il y a quelques années, elle a dû expliquer qu'une telle augmentation la conduirait à fermer son cabinet médical.

⁵⁶. La loi n° 71-557 du 12 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi no 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur a instauré le *numerus clausus*

⁵⁷. Bertrand Schneider - Île-de-France : mais où sont passés les médecins ? - Le Parisien.fr - 30 juin 2018

⁵⁸. Avec application dès la rentrée 2020

⁵⁹. Audition du 17 février 2022

⁶⁰. Audition de M. Paul DOURGNON, directeur de recherche au sein de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) par la mission, le 3 février 2022

⁶¹. Audition du 20 janvier 2022

⁶². Audition du 17 février 2022

⁶³. Régie immobilière de la ville de Paris (RIVP)

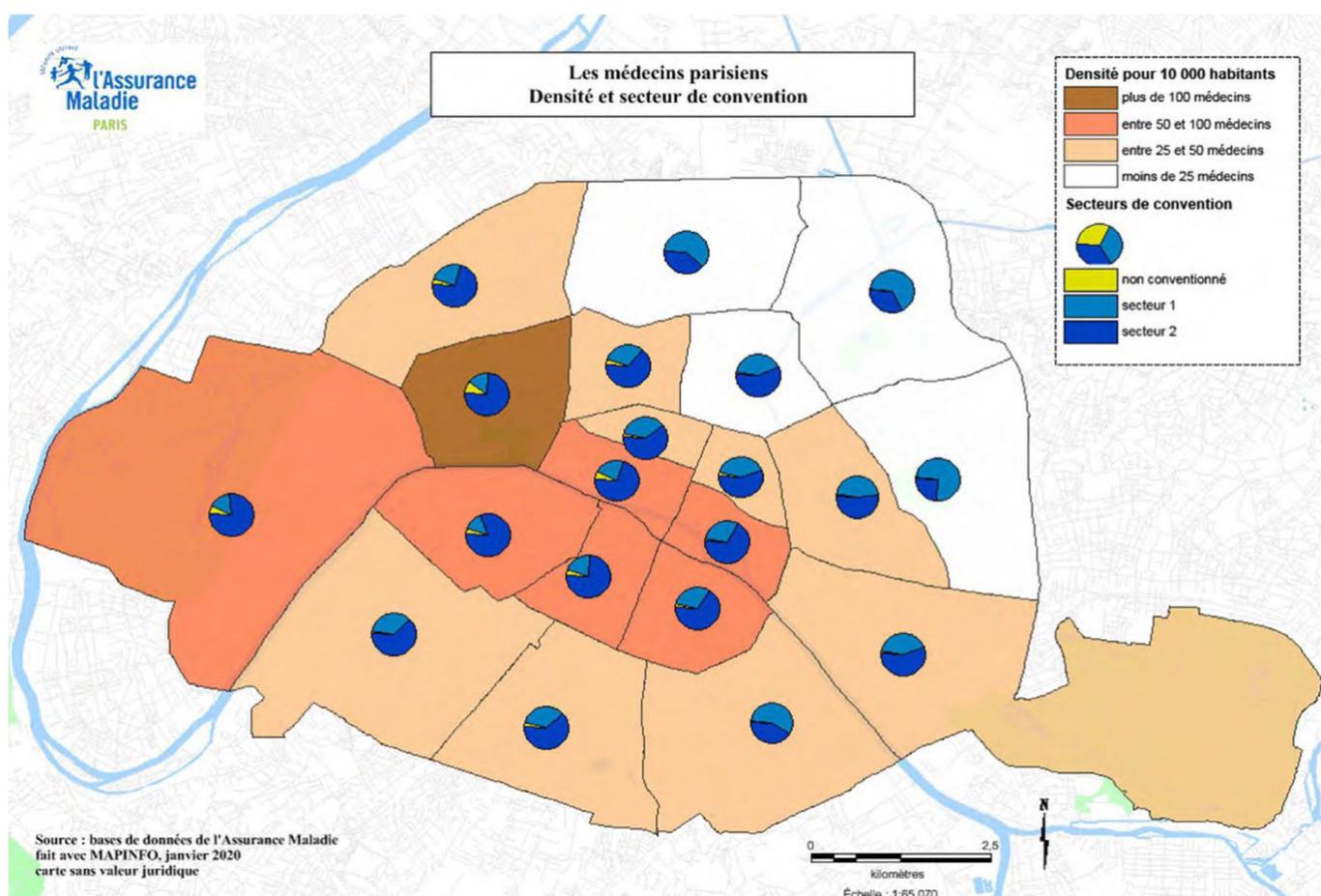
Elle a souligné aussi le caractère dissuasif de certains aspects des conditions de vie à Paris pour les médecins généralistes, qui sont « *en très grande difficulté par rapport au déplacement et au stationnement, ce qui grève notre pratique et notamment la pratique des visites à domicile*», évoquant le temps perdu et des amendes « *qui sont plus importantes parfois que le coût de la visite en lui-même* »⁶⁴.

Plus généralement, Eve PLENEL a estimé que « *les gens quittent Paris dans le champ de la santé comme ailleurs pour une qualité de vie différente* »⁶⁵.

Par ailleurs, les jeunes générations de médecins consentent moins que leurs aînés à de longues journées de travail.

L'attractivité différenciée des territoires joue d'ailleurs aussi à l'intérieur de la Capitale puisqu'on constate une répartition très inégale des médecins entre les arrondissements (cf : figure ..). On dénombre ainsi 65,5 médecins généralistes dans le 10^e pour 100 000 habitants contre 207,1 pour le 8^e.⁶⁶.

Les médecins parisiens, densité et convention⁶⁷



64. Audition du 17 février 2022

65. Audition du 20 janvier 2022

66. Romarik LE DOURNEUF - Paris : Jeune désert médical cherche jeunes médecins - 9 février 2022

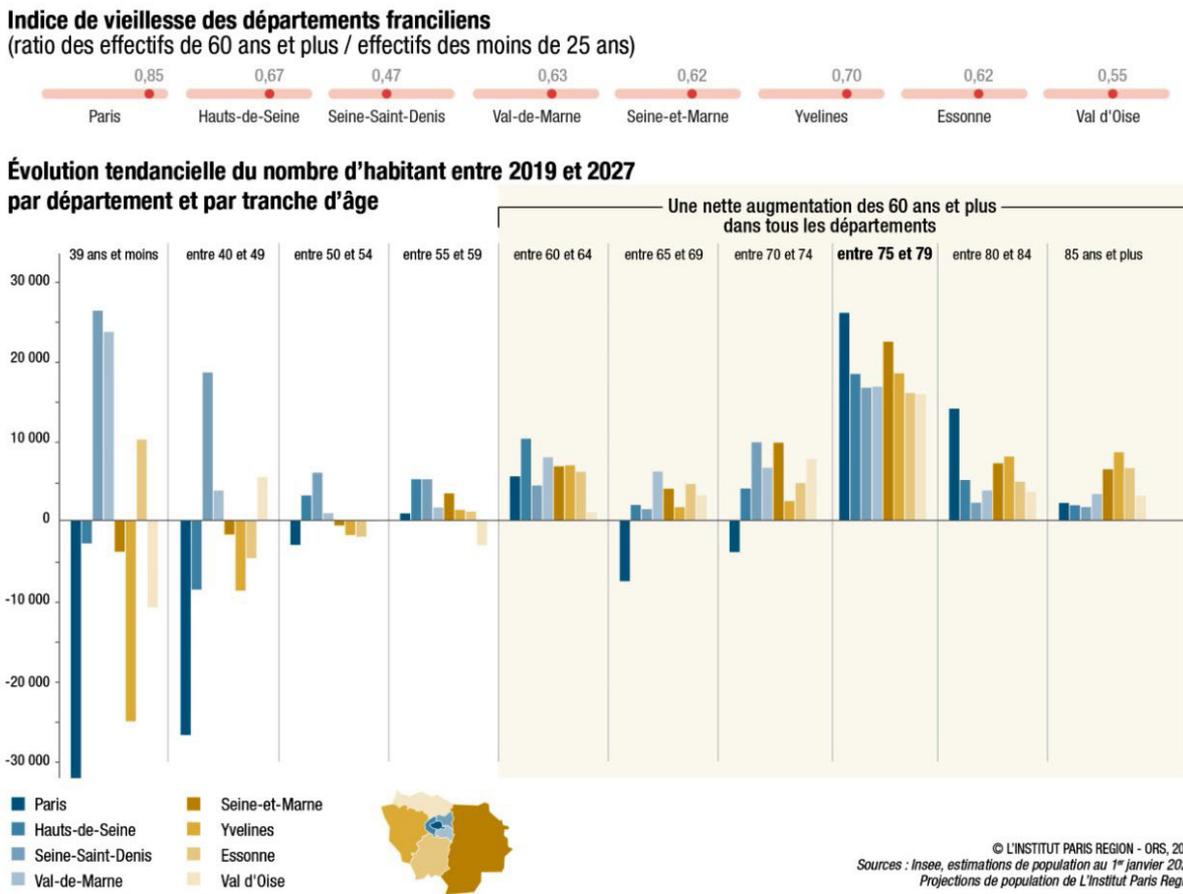
67. Assurance maladie -Paris : Démographie des professionnels de santé parisien au 1er janvier 2020

c) Une population aux besoins sanitaires croissants

La question de la démographie des personnels soignants à Paris est d'autant plus prégnante que le vieillissement de la population parisienne, mis en évidence dans par les deux diagrammes ci-dessous, va au contraire exiger un accès plus large aux soins.

Yannick LUCAS, directeur des affaires publiques de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, a ainsi affirmé devant la MIE que « la nécessité de soins est sans doute plus importante que pour des gens plus jeunes ».⁶⁸.

Vieillesse de la population important à venir



Enfin, il faut rappeler que la patientèle des personnels de santé à Paris n'est pas uniquement parisienne, ce qui constitue un autre facteur de tension. Lors de la visite effectuée par une délégation de la mission du Centre de santé Richerand (10e), sa directrice médicale⁶⁹, Jeanne VILLENEUVE, a par exemple indiqué que la population accueillie par cette structure en 2021 provenait pour 66% de Paris, pour 19% de la Petite Couronne (92,93 et 94), pour 11% de la Grande couronne (77,78, 91 et 95) et pour 4% d'autres départements.

⁶⁸. Audition de Yannick LUCAS, directeur des affaires publiques de la Fédération Nationale de la Mutualité Française par la mission, le 7 avril 2022

⁶⁹ Visite par la mission de la coopérative de santé Richerand (10e), le 20 avril 2022

2) Les mesures correctives mises en oeuvre par les différents acteurs et le soutien de la Ville de Paris

a. Les mesures correctives mises en oeuvre par les différents acteurs

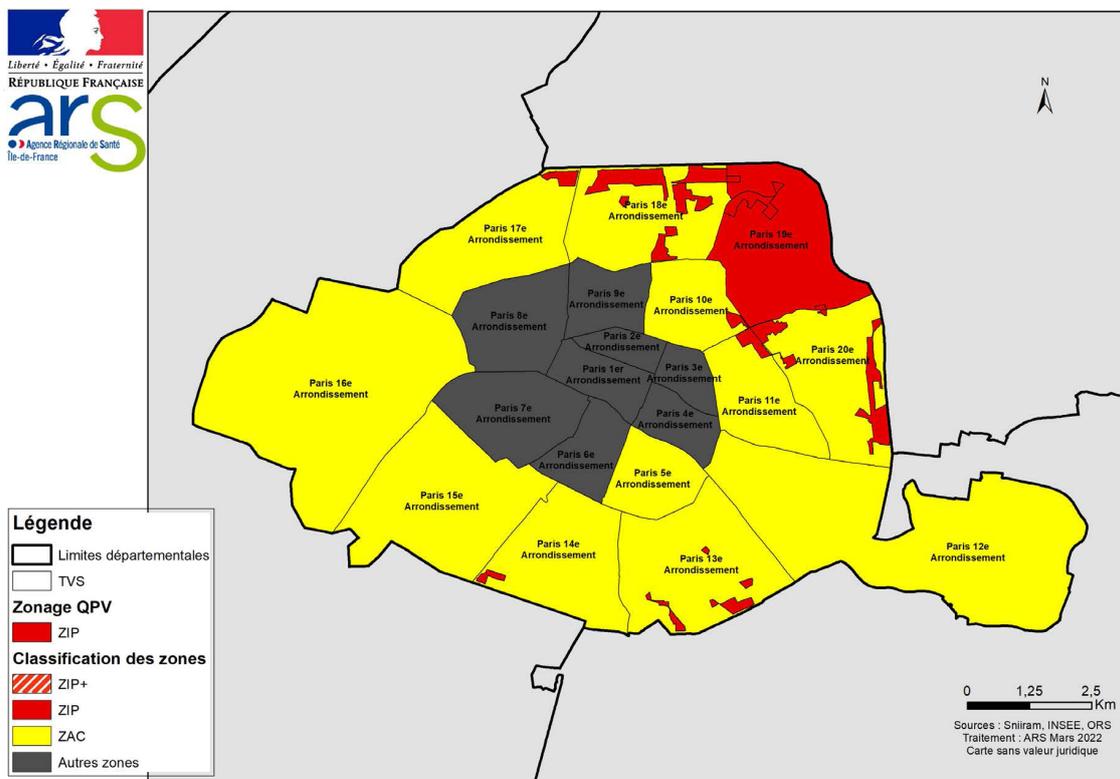
- Les aides à l'installation des médecins dans les zones de fragilité médicale définies par l'ARS

L'Agence régionale de la santé d'Île-de-France détermine, au moins tous les 3 ans, les zones géographiques caractérisées par une offre médicale insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

La carte de 2018, exceptionnellement prolongée d'un an d'espérance de vie, classait les 18^e et 19^e arrondissements en « zone d'intervention prioritaire » (ZIP), zones considérées comme « sous-denses » en offre médicale, et les 13^e, 14^e et 20^e arrondissements en « zones d'action complémentaire », soit des espaces un peu moins fragiles mais qui restent particulièrement observés. Dans ces parties de la Capitale, les jeunes médecins souhaitant s'installer ont pu bénéficier d'un soutien de l'Assurance-maladie.

Grâce à ces mesures, le nombre de médecins généralistes a augmenté de 8 % dans les ZIP entre 2018 et 2020 et de 6 % dans les ZAC sur la même période. Dans le même temps, les autres arrondissements perdaient en moyenne 1 % de leurs effectifs.⁷⁰

Un arrêté du 30 mars 2022, d'Amélie VERDIER, directrice générale de l'ARS Île-de-France, a créé une nouvelle catégorie de territoires présentant des difficultés d'accès aux soins médicaux, les territoires de vie-santé, dans lesquels les médecins seront soutenus par des aides financières ou matérielles pour l'installation et le maintien. La révision du zonage réalisé vise à renforcer l'égal accès aux soins dans les territoires. Le nouveau zonage de Paris est représenté ci-après :



⁷⁰. Romarik LE DOURNEUF - Paris : Jeune désert médical cherche jeunes médecins - 20minutes.fr - 9 février 2022

Les Zones d'Interventions Prioritaires (ZIP) bénéficient à la fois des aides de l'Assurance Maladie et de l'État et les Zones d'Actions Complémentaires (ZAC) ne sont bénéficiaires que des aides de l'État uniquement.

- La délégation de tâches médicales

Une réflexion est par ailleurs conduite pour développer la délégation de certaines tâches auparavant réservées aux médecins à d'autres catégories de personnels soignants.

Le Dr REGENSBERG DE ANDREIS ne s'est pas montrée hostile au principe de telles délégations devant la mission mais en a souligné les limites : « *Le tout, c'est qu'il faut qu'elles soient correctement réfléchies, mises en place. On nous parle beaucoup de délégations des tâches avec les infirmières de pratique avancée (IPA). Une délégation des tâches, ça existe déjà en médecine dans beaucoup de spécialités, mais c'est quelque chose qui se fait, et qui ne doit se faire qu'en concertation avec les médecins et les professionnels de santé. (...) Et la deuxième chose, c'est qu'on délègue vers des spécialités qui elles-mêmes sont en déficit, que ce soit les infirmiers, les kinés. Donc ce n'est que reporter le problème à un échelon suivant.* »

Cela existe déjà de façon limitée pour les pharmaciens qui délivrent « par exemple de l'Immodium (anti-diarrhéique), des Inhibiteurs de la pompe à protons (Mopral), des antihistaminiques (allergie)... » comme l'indique M. LOUP, vice-président de la Chambre syndicale des pharmaciens de Paris⁷¹. Il précise que les pharmaciens « *après un questionnaire suivant un protocole précis sont autorisés à délivrer des médicaments, sans ordonnance, en petits conditionnements. Cela existe, Il faudrait donc élargir notre répertoire.* »

b. Le soutien de la Ville de Paris à l'installation de professionnels de santé

Lors de son audition, Eugénie HAMMEL, cheffe du bureau de la prévention, des dépistages et de l'accès aux soins et des centres de santé à la Direction de la santé publique de la Ville de Paris⁷² a exposé le dispositif de soutien à l'installation de professionnel-le-s de santé en exercice regroupé secteur 1 à Paris. Les constats parisiens précédents⁷³- répartition territoriale très inégale des médecins ,ratio entre généralistes et spécialistes défavorable, forte proportion de médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires, et pyramide des âges des omnipraticiens défavorable- ont conduit la Ville de Paris à structurer un dispositif de soutien à l'installation de professionnel-le-s de santé en exercice regroupé secteur 1⁷⁴, en mars 2015.

Ce plan construit en collaboration avec l'Agence régionale de santé d'Île-de-France, le Conseil Régional d'Île-de-France, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris et le Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Ville de Paris, vise à favoriser le maintien et le développement d'une offre de soins de premier recours accessible.

Il s'agit de promouvoir cette offre « *plus particulièrement dans les zones déficitaires sous des formes diversifiées et adaptées dans une logique de modernisation de la médecine ambulatoire : centres de santé, cabinets d'exercice libéral regroupé, maisons de santé et pôles de santé* ⁷⁵».

⁷¹. Contribution écrite de M. LOUP, vice-président de la Chambre syndicale des pharmaciens de Paris

⁷². Audition d'Eugénie HAMMEL, cheffe du bureau de la prévention, des dépistages et de l'accès aux soins et des centres de santé à la Direction de la santé publique de la Ville de Paris par la mission, le 17 mars 2022

⁷³. Données 2013 - 2014 : densité d'omnipraticiens inférieure à la moyenne nationale (9,7/1000) dans les arrondissements du Nord Est et dans le 13^{ème}, de spécialistes inférieure à la moyenne nationale dans les arrondissements du Nord Est Parisien, de chirurgiens-dentistes inférieure à la moyenne nationale dans les arrondissements du Nord Est et du Sud ; ratio 2 fois inférieur à la moyenne nationale avec forte proportion de médecins généralistes à exercice particulier (environ 30%) ; 58 % des médecins généralistes à Paris en secteur 1 contre 88% au niveau national

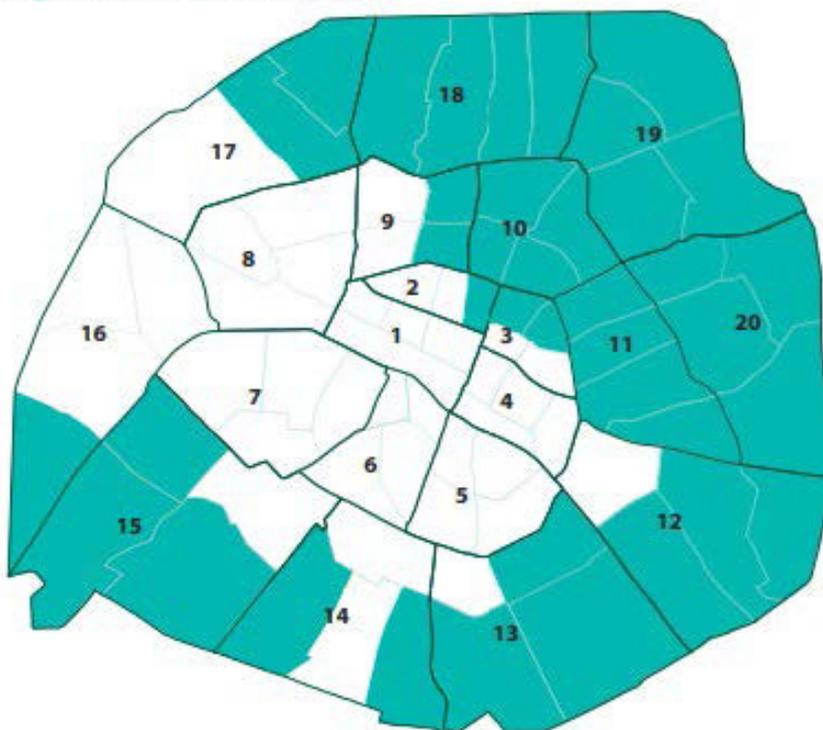
⁷⁴. 2015 DASES 311 G - Convention de partenariat relative au dispositif de soutien à l'installation de professionnel-le-s de santé en exercice regroupé de secteur 1 à Paris

⁷⁵. Extrait de la convention partenariale triennale du dispositif Paris Med' - avril 2015

Le plan comprend trois volets distincts : le dispositif Paris Med' d'aide à l'installation des professionnels de secteur 1 en exercice regroupé; des subventions d'investissement aux Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) et des subventions d'investissement dans le cadre de la réhabilitation, l'agrandissement ou l'implantation de nouveaux centres de santé privés sur le territoire parisien.

Cartographie des zones prioritaires du dispositif Paris Med'

Les quartiers ciblés



L'intervention de la Ville se traduit essentiellement par des subventions d'investissement, mais aussi par la mise en relation de professionnels de santé qui souhaiteraient mener un projet commun, un accompagnement de ces projets, et une aide à la recherche de locaux financièrement abordables.

Les aides à l'installation en exercice regroupé (Paris Med') et à la mise en place de Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) sont soumises à des critères d'attribution :

- L'installation en exercice regroupé (Paris Med') doit concerner au moins 3 professionnels dont un médecin généraliste inscrits en secteur 1 ou pratiquant le tarif opposable. Sont concernées les professions médicales en accès direct (médecins généralistes, pédiatres, sage-femme, dentiste, ophtalmologiste, gynécologue, psychiatre) et les auxiliaires médicaux (Infirmiers diplômés d'Etat, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, podologues pédicures, psychomotriciens, ergothérapeute...). Ils doivent maintenir l'exercice regroupé pour une durée minimale de 3 ans et contribuer à augmenter l'offre de soins en zone déficitaire fragile et prioritaire telle que cartographiée par l'ARS. L'aide par primo-installant est de 15 000 euros.
- Pour être soutenue, une Maisons de Santé Pluri-professionnelles doit comprendre à minima 2 médecins généralistes et 1 auxiliaire médical en exercice conventionné secteur 1. Ces derniers doivent mettre en oeuvre un projet de santé pluridisciplinaire et coordonné, élaboré en lien avec l'ARS (étude de faisabilité, diagnostic de territoire). L'enveloppe forfaitaire de référence de 130 000 € est modulable selon la nature du projet et le montant des travaux.

Le soutien financier à l'installation de professionnels de santé intervient quant à lui dans le cadre de travaux d'aménagement ou d'équipement.

Au total, Eugénie HAMMEL, a indiqué à la mission que « sur la période 2015-2021, avec un engagement financier de la Ville d'un peu moins de 4 millions d'euros »⁷⁶ 36 nouvelles structures ont été créés, dont la répartition territoriale et par catégorie figure ci-dessous :

Structures implantées par arrondissement sur 2015-2021

Arrondissements													
	3	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total
Cabinets regroupés	1		3	2	1	1	1	1	2	1	4	2	19
MSP		2	1	2	3	2		1		1		2	14
Centre de santé		1		1			1			1		2	6

Ces aides ont concerné plus de 200 professionnels de santé dont 119 médecins généralistes, 3 pédiatres, 1 gynécologue, 28 sages-femmes, 12 masseurs-kinésithérapeutes, 7 orthophonistes, 41 infirmiers, 6 podologues et 1 psychomotricien.

Eugénie HAMMEL a fait part à la mission de quelques pistes de réflexion en vue de l'amélioration de l'efficacité du dispositif de soutien parisien :

- Elle a plaidé pour une meilleure articulation entre les différents contributeurs et décideurs estimant qu'il y a « sans doute une réflexion à mener sur le bon niveau de territorialisation du dispositif et l'articulation entre les acteurs locaux (mairies d'arrondissement, Communautés professionnelles territoriales de santé ...) qui sont vraiment de fins connaisseurs des besoins de leurs territoires, des acteurs présents et à même de se mobiliser sur le territoire », et l'administration centrale qui doit être garante du schéma d'attribution des subventions, de l'équité sur l'ensemble du territoire parisien, et du pilotage global à l'échelle de l'ensemble du territoire. Elle a d'ailleurs noté que « les responsables territoriaux d'arrondissement dans le cadre du renforcement de la territorialisation auront pour charge de piloter avec le maire d'arrondissement l'analyse des besoins ».

- L'articulation peut aussi être renforcée entre les acteurs intervenant autour des projets de réaménagement urbain afin d'inscrire les projets d'offre de santé au plus tôt dans la planification urbaine. Eugénie HAMMEL souligne en effet : « Ces projets de réaménagement urbain sont clairement des opportunités d'implantation de nouvelles offres de santé. Pour ce faire, il faut que l'on puisse s'articuler au plus tôt avec nos collègues de la direction de l'urbanisme, de la DILT, ...et bien décliner nos projets à partir des évaluations d'impact en santé qui ont été réalisées à l'occasion de ces projets de réaménagement ».

- Elle estime que la Ville peut encore améliorer l'articulation entre le GIE Paris commerces⁷⁷ « qui commercialise un certain nombre de locaux de bailleurs, et le besoin des porteurs de projets pour que l'on soit vraiment dans une articulation fluide entre le besoin et l'offre ».

- La question se pose par ailleurs du renforcement de l'accompagnement juridique et technique des porteurs de projets.

⁷⁶. Audition du 17 mars 2022

⁷⁷. Depuis octobre 2017, les trois bailleurs sociaux de la Ville de Paris (Paris Habitat, RIVP et Elogie-SIEMP) sont regroupés au sein d'une structure chargée de commercialiser les locaux d'activités en pieds d'immeubles sur l'ensemble des arrondissements parisiens.

- Eugénie HAMMEL a aussi évoqué la nécessaire simplification des procédures et le projet de création d'un guichet unique qui informe sur l'ensemble des aides mobilisables auprès des différents financeurs, mobilise un réseau d'experts et propose une permanence d'aide entre pairs. Inscrite au Contrat local de santé, la concrétisation de ce projet a été différée en raison de la crise de la Covid. Eugénie HAMMEL souligne cependant les limites de cette simplification « *au regard d'un certain nombre de contraintes liées au financement sur les fonds publics ou aux règles d'urbanisme pour ce qui est par exemple du changement de destination des locaux* ».

- La question du maintien de la condition de mixité médical/paramédical pour bénéficier d'un soutien de la Ville lui semble devoir être aussi posée : « *On a une architecture autour du soutien aux professionnels de santé en exercice regroupé qui nécessite l'implication de médecins généralistes et des paramédicaux. C'est un de nos critères, il faut que dans ces cabinets exercent à la fois des médecins généralistes et des paramédicaux* ». Or « *aujourd'hui, on peut avoir des porteurs de projets de cabinet exclusivement dentaires ou exclusivement paramédicaux qui cherchent à être soutenus, qui correspondent aux besoins de la population, et que nous ne pouvons pas soutenir* ».

- Enfin, s'agissant de la définition des zones prioritaires, Eugénie HAMMEL a estimé que l'actualisation effectuée⁷⁸ par l'ARS Île-de-France, « *nous oblige à réfléchir à nouveau aux zones que nous souhaitons prioriser et aux critères de priorisation. Il faudra également que nous repensions la comitologie dans sa dimension territoriale en particulier. Une fois l'ensemble de ces éléments clarifiés, il nous faudra relancer une communication et repenser nos outils* ».

À ce propos, elle a indiqué à la MIE qu'en collaboration avec l'APUR, l'ARS et la CPAM, la Ville travaillait à la réalisation d'une cartographie plus fine des besoins exprimés par spécialité et profession, à partir de laquelle un projet de dispositif repensé pourrait être présenté au Conseil de Paris fin 2022, début 2023 ».

⁷⁸. Par arrêté de sa directrice générale, en date du 30 mars 2022

AGIR GLOBALEMENT POUR LA SANTÉ DES PARISIENNES ET DES PARISIENS : DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX

Cette partie porte sur les impacts négatifs de l'environnement sur la santé publique et les moyens qui peuvent être mis en œuvre pour y remédier. Puis elle aborde les politiques visant à pallier les répercussions sur la santé des inégalités sociales et à répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables. Enfin, elle examine dans quelles conditions il est possible de permettre aux citoyens d'être pleinement acteurs de leur santé.



A. Prendre en compte les déterminants sociaux et territoriaux de la santé

Corriger les inégalités de santé exige de déployer des politiques publiques prenant en compte les besoins des populations dès le plus jeune âge et d'intégrer les problématiques spécifiques de la santé des femmes tout en développant une démarche de médiation adaptée aux différents territoires qui promeuve une logique de prévention auprès de chaque public.

1) Lutter contre les inégalités de santé dès le plus jeune âge

a) Le constat

Les inégalités qui pèsent sur les enfants peuvent avoir un impact durable et profond sur leur santé. À titre d'exemple, un enfant victime de maltraitance, souffre de ses effets physiques immédiats, mais est aussi exposé à des situations d'angoisse et d'anxiété qui, à terme, sont susceptibles de contribuer à dérégler son système hormonal ou à développer des affections de la thyroïde¹.

Les inégalités de revenus peuvent aussi induire des différences importantes dans l'état de santé des enfants. Ainsi, Charlotte MARCHANDISE a souligné devant la MIE que les enfants les plus défavorisés vivent dans les lieux où la pollution de l'air est la plus forte. Cette pollution atmosphérique contribue à favoriser par exemple l'obésité². Ainsi, le taux d'obésité infantile est le double de la moyenne parisienne dans les Quartiers Politique de la ville³. En termes de santé mentale, les confinements dus à la crise sanitaire ont exacerbé les différences entre les enfants : Thierry BAUBET a distingué les enfants vivant dans des familles favorisées qui ont pu quitter Paris pour avoir plus d'espace, et qui ont bien vécu le confinement, de ceux défavorisés contraints de rester dans des surfaces exiguës faute de résidences secondaires. Pour ces derniers, le confinement a été source « de stress, d'angoisse, de traumatisme et de dépression »⁴.

De plus, les enfants peuvent hériter, à la naissance, de certaines pathologies dont leurs parents ne souffrent pas, dues à une surexposition de ces derniers à des perturbateurs endocriniens. André CICOLELLA explique par exemple que « *le taux d'asthme chez l'enfant est multiplié par deux si on a un sol en PVC dans la chambre des parents.* »⁵.

Les disparités de revenus peuvent aussi générer un accès inégal aux soins entre les enfants. Même dans le cadre de l'accessibilité universelle des soins organisée par la Sécurité Sociale, des inégalités persistent,

1. Jeanne SEBAN, directrice de la DASES et du CASVP, audition par la MIE du 3 février 2022

2. Charlotte MARCHANDISE, experte internationale des questions de santé urbaine, de résilience et d'environnement, audition du 27 janvier 2022

3. Olivier ROQUAIN, chef du service politique de la ville, audition du 31 mars 2022

4. Thierry BAUBET, spécialiste de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, audition du 21 avril 2022

5. André CICOLELLA, toxicologue, président de Réseau environnement santé (RES), audition du 27 janvier 2022

notamment du fait de la non prise en charge de certains traitements médicaux. Ainsi, les enfants dyslexiques ou dyspraxiques doivent, pour être diagnostiqués et soignés, être orientés vers des centres privés, qui eux-mêmes sont insuffisants (Cogito'z à Paris exemple), du fait de l'offre de soins insuffisante dans le secteur public. Or de nombreux parents n'ont pas les moyens d'offrir ces soins à leurs enfants.⁶ Cette lacune contraint les familles à de longs déplacements en grande couronne et ailleurs pour trouver l'accompagnement nécessaire. Ce facteur aggrave le mal-être des patients et des familles, quand certaines renoncent aux soins par leur manque d'accessibilité.

La prédominance d'un secteur privé peu accessible aux familles modestes se fait particulièrement sentir en matière de santé mentale. Thierry BAUBET a en partie expliqué ce phénomène par le manque de considération pour les psychologues dans le secteur public : ces métiers n'y seraient pas assez rémunérés. Il y aurait donc selon lui un mécanisme qui fait fuir les professionnels de santé mentale vers le privé, et qui, symétriquement, « déplume » le secteur public⁷. Cela peut expliquer que seuls 30 à 40 % des enfants du XXème arrondissement nécessitant des soins en pédopsychiatrie sont finalement pris en charge⁸.

b) L'action de la Ville

Afin de limiter ces inégalités de santé, l'un des leviers de la Ville de Paris est l'action menée au titre de la protection maternelle et infantile (PMI). Dans ce cadre, la Ville de Paris propose des consultations pour les enfants âgés de moins de 6 ans et pour les femmes enceintes, assure des actions de prévention pour les mineurs en danger. Elle finance l'ensemble des centres de planification et d'éducation familiale, plus communément appelés « plannings familiaux »⁹ et en gère certains en régie.

Le service de PMI parisien est constitué de 44 centres en régie, de 14 en délégation et de 24 centres de planification et d'éducation familiale dont 5 en régie, permettant d'offrir un service universel qui accueille tous les publics, particulièrement les plus vulnérables et les plus précaires. Le Docteur Mathilde MARMIER¹⁰ a indiqué à la Mission que ces dernières actions spécifiques sont réalisées par « une équipe de PMI hors les murs, qui va à la fois faire des maraudes par exemple dans les campements, mais qui va également faire des permanences dans les espaces d'insertion sociale, et un centre de protection maternelle dédié spécialement au suivi des femmes enceintes en situation de grande précarité jusqu'à 32 semaines » situé à l'Hôtel Dieu.

Ce service voit passer au moins une fois dans ces centres de PMI 83 % des enfants qui naissent à Paris, mettant en lumière son caractère universel grâce aux consultations médicales, aux examens obligatoires et aux vaccinations, et ce gratuitement et sans avance de frais, dans un contexte de désertification médicale. Concernant les 17 % qui ne viennent pas en PMI, le docteur Mathilde MARMIER émet l'hypothèse selon laquelle « Les parents ont plusieurs enfants, ils retournent moins en PMI pour les suivants. Ils ont peut-être moins le besoin de soutien à la parentalité, ils se débrouillent plus seuls. »

6. Anne SOUYRIS, adjointe à la Maire de Paris chargée de la santé publique, des relations avec l'AP-HP, de la santé environnementale, de la lutte contre les pollutions et de la réduction des risques, audition du 20 janvier 2022

7. Thierry BAUBET, audition devant la MIE du 21 avril 2022

8. Richard DELORME, contribution écrite. Au-delà de la lutte contre les inégalités, les actions conduites par le service de PMI de la Ville sont décrites dans le paragraphe C-1 de cette sous-partie.

9. Mathilde MARMIER, cheffe du service de PMI à la Direction de la santé publique, audition du 14 avril 2022

10. Mathilde MARMIER, audition du 14 avril 2022

Un dispositif de soutien cible les femmes¹¹ les plus vulnérables en proposant des visites à domicile auprès de la femme enceinte mais également lorsque l'enfant est né. Un des principaux objectifs est d'identifier et de prendre en charge la santé des mères et des nouveau-nés. La majorité des grossesses se déroulent dans de bonnes conditions, mais des problèmes peuvent surgir avant, pendant et après la naissance.

Par ailleurs, face à ces problématiques, la Faculté de santé de Paris a regroupé des praticiens, des chercheurs, des associations et des enseignants qui planifient et conçoivent des pratiques autour de la santé des femmes, tel que le dépistage et le traitement de l'endométriose. Le dépistage de cette maladie gynécologique et sa prise en charge permet de réduire les douleurs chroniques dont sont victimes beaucoup de femmes. La Faculté de santé de Paris travaille également sur un meilleur dépistage et de meilleurs traitements des pathologies ovariennes, causes d'infertilité, permettant aux femmes de mieux planifier leur grossesse.

Au-delà de la PMI, la Ville de Paris mène des actions dans le cadre de la santé scolaire¹². Par ailleurs, André CICOLELLA a rappelé que Paris avait été, en 2017, la première ville à signer la charte « Villes et territoires sans perturbateurs endocriniens » proposée par Le Réseau environnement santé¹³.



© Sophie Robichon - Ville de Paris

11. Ce thème est développé dans la rubrique suivante.

12. Cette politique est abordée infra au paragraphe 4 de cette sous-partie.

13. André CICOLELLA, idem

Cependant, ces différentes politiques ne remplissent pas complètement leurs objectifs. Mathilde MARMIER a ainsi reconnu que la PMI « ne touche pas forcément les publics les plus éloignés »¹⁴, les enfants et les mères qui en ont le plus besoin.

Elle a donc envisagé devant la Mission que la PMI organise dans certains cas des visites à domicile. Un meilleur accompagnement du handicap pourrait aussi être mis en oeuvre en mettant davantage l'accent sur les enfants handicapés mais aussi en permettant aux enfants ayant des parents en situation de handicap d'accéder plus facilement à la PMI. Enfin, la santé mentale gagnerait à être mieux prise en compte par ce service¹⁵.

André CICOLLELA a de son côté plaidé devant la mission pour que la question des perturbateurs endocriniens soit davantage prise en compte pendant la grossesse afin que les enfants ne soient pas contraints de revenir dans les centres de PMI quelques années plus tard, du fait de pathologies dues à l'exposition de la mère lorsque cette dernière était enceinte¹⁶.

Enfin, au titre des nouvelles mesures, Eve PLENEL a proposé qu'à l'instar de l'Australie des modules d'éducation à la santé soient inclus dans les programmes scolaires¹⁷.

2) Les problématiques spécifiques à la santé des femmes

a) Le constat

La santé des femmes comporte des problématiques spécifiques. L'espérance de vie des femmes excède celle des hommes et l'espérance de vie des Parisiennes est plus importante que celle de toutes les autres Françaises¹⁸. Ainsi, évoquer la santé des femmes à Paris nécessite de s'intéresser à la gestion du grand âge¹⁹.

Les femmes semblent être plus proches du système de santé. En effet, une partie non négligeable des femmes vit une grossesse. Dès lors, celles-ci fréquentent l'hôpital ou la maternité. C'est l'occasion de contrôler leur état de santé. De plus, même sans maternité, il semble que les femmes soient plus soucieuses de santé que les hommes. C'est le constat de Marie PASTOR qui déclare : « *La question de la santé est très souvent déléguée aux femmes* » et précise que, dans l'action Banlieues Santé qu'elle a mise en place en 2020, 71 % des participants étaient en réalité des participantes²⁰.

Cependant, malgré ces constats favorables, les femmes semblent être davantage exposées aux risques sanitaires, notamment en termes d'addictions. Une étude de l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Île-de-France a ainsi montré en 2018 que les adolescentes parisiennes étaient 26,9 % à consommer régulièrement du tabac contre 22 % pour les adolescents. Pour ce qui est de l'expérimentation du tabac, en 2018, c'est 65,3 % pour les jeunes filles contre 56,7 % pour les jeunes garçons. Les adolescentes

11. Ce thème est développé dans la rubrique suivante.

12. Cette politique est abordée infra au paragraphe 4 de cette sous-partie.

13. André CICOLLELA, idem

14. Mathilde MARMIER, idem

15. Mathilde MARMIER, idem

16. André CICOLLELA, audition du 27 janvier 2022

17. Eve PLENEL, Directrice de la santé publique, audition du 20 janvier 2022

18. Émilie MORAU, Directrice des études sociales et sociétales de l'APUR, audition du 27 janvier 2022

19. Ce thème est traité dans la partie II-C-2- Les défis du grand âge : faciliter une participation pleine et entière des seniors et prévenir la perte d'autonomie

20. Marie PASTOR, cheffe du service de la prévention et des actions sanitaires de Seine-Saint-Denis, audition du 3 février 2022

parisiennes sont aussi plus expérimentatrices d'alcool et de cannabis que les adolescents, même si cette statistique s'inverse lorsqu'on considère la consommation régulière.

Les femmes sont sujettes à certaines pathologies spécifiques. C'est le cas de l'endométriase. Cette maladie est due au développement de la muqueuse utérine au-delà de l'utérus et entraîne des douleurs importantes. Environ 10 % des femmes seraient concernées. Cependant, il semble y avoir un déficit d'information et de dépistage sur cette pathologie. Pour Anne SOUYRIS : « *Les femmes ne savent pas que cette situation est anormale, que c'est une maladie qui peut être soignée et qui est encore trop taboue* »²¹. Le nombre de femmes concernées et le manque d'information sur l'endométriase en fait un enjeu majeur de santé publique.

Les femmes sont aussi particulièrement exposées aux violences conjugales ou sexuelles. Ce sont environ 213 000 femmes qui sont victimes de violences physiques ou sexuelles commises par leur conjoint ou ex-conjoint annuellement²². Chaque année, 94 000 femmes environ subissent un viol ou une tentative de viol²³. Catherine CHAUSSAIN a déclaré à la mission que la crise sanitaire a été un facteur aggravant, si on considère le nombre de féminicides, celui-ci ayant « *relativement augmenté* »²⁴. Les conséquences des violences conjugales et sexuelles en termes de santé mentale peuvent aussi être très lourdes. Muriel SALMONA a indiqué à la mission que, s'agissant des victimes de violences sexuelles, « *50 % [...] font des tentatives de suicide, 50 % font des dépressions, 40 à 50 % ont des conduites à risque, des mises en danger* ». Elle a précisé que « *Dans près de 80 % [des cas], [...] [les] médecins ne font pas le lien entre les symptômes des personnes, toutes leurs problématiques d'addictions et les violences qu'ils ont subies* ». Les femmes victimes se trouvent donc sans solution pour soigner les troubles consécutifs à des violences. Enfin, Muriel SALMONA a souligné que ces violences font entrer les victimes dans un cercle vicieux. En accroissant leur vulnérabilité physique et/ou mentale, elles ouvrent en effet la porte à de nouvelles violences²⁵.

La santé des femmes nécessite également un accès suffisant aux soins gynécologiques. Or François EMERY a souligné les difficultés rencontrées par les femmes à Paris pour obtenir un rendez-vous auprès d'un gynécologue, tant en ville qu'en milieu hospitalier²⁶.

De plus, ces consultations donnent parfois lieu à des violences obstétricales ou gynécologiques. En 2018, un rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes a montré que les violences obstétricales et gynécologiques étaient généralisées²⁷.

L'association Stop aux violences obstétricales et gynécologiques reçoit chaque mois pas moins de 200 témoignages de violences qui traduisent le non-respect de la loi KOUCHNER de 2002 sur le consentement ou, par de mauvaises pratiques médicales.

Ces violences ont une influence directe et indirecte sur la santé des victimes mise en évidence par Sonia BISCH devant la Mission. Elles peuvent provoquer chez les personnes concernées des troubles mentaux importants qui seront même susceptibles d'affecter leur entourage. De manière plus indirecte, ces

21. Anne SOUYRIS, adjointe à la Maire de Paris chargée de la santé publique et des relations avec l'AP-HP, de la santé environnementale, de la lutte contre les pollutions et de la réduction des risques, audition du 20 janvier 2022

22. Enquête « Cadre de vie et sécurité » 2012-2019 - INSEE-ONDRP-SSMSI.

23. Enquête « VIRAGE », INED, 2016.

24. Catherine CHAUSSAIN, vice doyenne de la recherche, audition du 14 avril 2022

25. Muriel SALMONA, psychiatre et spécialiste en psycho-traumatologie, audition du 14 avril 2022

26. François EMERY, chargé de plaider à Act-Up Paris, audition du 14 avril 2022

27. Sonia BISCH, fondatrice de l'association Stop aux violences obstétricales et gynécologiques, audition du 14 avril 2022

violences créent un climat néfaste pour les femmes, qui hésiteront avant d'aller voir un gynécologue. Le pacte de confiance patiente/médecin est rompu. Ainsi, selon une enquête de l'IFOP, 60 % des femmes ont déjà renoncé à une consultation gynécologique. Ces femmes, possiblement par peur des violences, restent sans soin alors qu'elles en auraient besoin²⁸.

b) Les politiques conduites

Pour répondre à ces défis, le premier levier d'action est la création de Maisons des femmes, lieux où les femmes victimes de violences peuvent être accueillies, y porter plainte par exemple, et surtout bénéficier d'un accompagnement médical, que ce soit en santé somatique ou mentale. Il existe plusieurs structures de ce type à Paris comme par exemple les maisons des femmes de l'hôpital Bichat, de l'Hôtel Dieu ou de la Pitié Salpêtrière, toutes créées sur le modèle de celle de Saint-Denis.

La Maison des femmes de Saint-Denis²⁹

La Maison des Femmes de Saint-Denis inaugurée en 2016, située à proximité de l'Hôpital Delafontaine, accueille les victimes de violences conjugales et de mutilations sexuelles. Celles-ci se voient proposer un rendez-vous d'évaluation afin d'évaluer les traumatismes qu'elles ont subis en vue d'une meilleure prise en charge médicale.

Le parcours dédié aux mutilations sexuelles propose en premier lieu un examen par un chirurgien, qui peut proposer ensuite une opération réparatrice.

Les victimes de violences sont quant à elles prises en charge sur le site par l'équipe de professionnels dédiée (médecins, sages-femmes, psychologues, psychiatres...).

Les usagères y ont également accès à la contraception et aux Interruptions Volontaires de Grossesse. Elles ont la possibilité de porter plainte grâce à une permanence policière et un médecin légiste. En outre, elles peuvent bénéficier de soins de kinésithérapie et d'ostéopathie.

Les enfants des patientes sont pris en charge, grâce à une évaluation avec une pédiatre et une psychologue. Par ailleurs, les usagères ont accès à des ateliers d'estime de soi (sport, danse, yoga, jardinage) et à des groupes de paroles (mutilations sexuelles, inceste, violences sexuelles, violences conjugales) qui se déroulent une fois par mois, en vue de faciliter leur retour à l'autonomie.

En 2021, la Maison des Femmes a reçu plus de 2000 victimes de violences. Le planning familial de l'association a enregistré pour sa part l'accueil de 1600 patientes. Au total, près de 14 000 rendez-vous ont eu lieu en 2021.

D'autres Maisons des Femmes ont été créées, en s'inspirant du modèle de la Maison de Saint-Denis. Il existe actuellement une quinzaine de Maisons de ce type en France, qui adaptent leurs choix de parcours à la sociologie de leur territoire.

La Ville de Paris va renforcer son programme de lutte contre l'endométriose a indiqué Anne SOUYRIS à la Mission. L'objectif sera de diagnostiquer massivement les cas d'endométriose en vue de leur traitement. Ce projet s'accompagnera d'un plan contre les violences faites aux femmes, notamment les violences gynécologiques.

²⁸. Sonia BISCH, idem

²⁹. Visite par la MIE de la maison des femmes de Saint-Denis

Cela passera par l'écriture d'une charte destinée aux médecins qui rappellera les bonnes pratiques ainsi qu'un principe fondateur : le corps de la patiente n'appartient pas au médecin mais à la patiente elle-même. Dans le même sens, le Conseil de Paris s'est prononcé à l'unanimité pour la suspension du professeur gynécologue de l'hôpital de TENON qui a été accusé de violences par 190 femmes et visé par 25 plaintes pour viol, viol sur mineure ou viol en réunion³⁰. Afin de lutter contre les violences conjugales et sexuelles et notamment contre leurs conséquences en terme de santé mentale, Ève PLENEL a souligné que la Ville propose des consultations psychologiques dans ses centres de santé et a mis l'accent sur l'amélioration de la prise en charge psycho-traumatique³¹.

Enfin, agir pour la santé des femmes, c'est aussi les inciter à avoir une activité physique régulière. Anne SOUYRIS a en effet rappelé à la mission que « *les femmes font beaucoup moins d'activités physiques que les hommes à Paris* ». Or l'impact positif de celles-ci est pourtant démontré pour ralentir le développement des maladies chroniques ou prévenir l'obésité par exemple. L'adjointe à la Maire a indiqué qu'elle travaillait avec Pierre RABADAN, adjoint chargé des Sports, pour la création de parcours de santé adaptés aux femmes dans la Capitale³².

Afin d'aller plus loin, plusieurs solutions ont été avancées devant la Mission. Le premier levier est de développer davantage l'information de la population sur les violences que peuvent subir les femmes et leurs conséquences souvent très lourdes sur la santé physique et le psychisme des victimes. C'est ce qu'a entrepris Muriel SALMONA dans le cadre de son association Mémoire traumatique et victimologie. Cette dernière plaide également pour que les pouvoirs publics accompagnent le corps médical dans la gestion des violences, afin que leurs conséquences ne soient plus sous-estimées et pour que les femmes puissent avoir accès à des soins d'urgence en continu³³.

Les problématiques spécifiques liées à la santé des femmes devraient aussi recevoir une place plus importante dans le cadre des études de médecine selon Sonia BISCH.

Pour lutter contre les violences gynécologiques, cette dernière a aussi proposé de créer un numéro d'urgence pour les femmes victimes. L'idée d'un Observatoire sur les naissances et la gynécologie permettant « [d'] évaluer les bonnes pratiques médicales, [d'] évaluer l'application de la loi KOUCHNER sur le consentement » a aussi été évoquée. Enfin, Sonia BISCH a suggéré de créer un dispositif d'alerte afin que les étudiants en stage dans des cabinets de gynécologie et, témoins de violences, puissent signaler les abus de manière anonyme³⁴.

3) La médiation en santé et les projets territoriaux de santé (somatique et mentale)

La médiation en santé est définie par la Haute Autorité de santé (HAS) comme la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter d'une part l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des publics les plus vulnérables et, d'autre part la sensibilisation des acteurs du système de santé aux obstacles que rencontre le public pour accéder à la santé.

30. Sonia BISCH, idem

31. Ève PLENEL, Directrice de la santé publique, audition du 20 janvier 2022

32. Anne SOUYRIS, idem

33. Muriel SALMONA, idem

34. Sonia BISCH, idem

Ainsi, la médiation s'exerce à l'échelon du territoire, principalement dans les lieux qui concentrent les difficultés, notamment dans les Quartiers Politique de la ville ou de veille active. A Paris, les actions de médiation sont donc principalement concentrées au Nord et au Nord-Est de la Capitale dans les 18^e, 19^e et 20^e arrondissements ainsi qu'au Sud dans une partie des 13^e et 14^e arrondissements. La médiation peut englober différents types d'actions visant à renforcer le lien entre patients et professionnels de santé de façon pérenne et localisée. La médiation peut intégrer des opérations dites d'« aller vers », selon une démarche évoquée plus loin dans le rapport³⁵.

Les pouvoirs publics mettent en place ces politiques très localisées, à l'échelle de l'arrondissement voire du quartier, qui sont déclinées dans les projets territoriaux de santé.

Les actions de médiation et les projets locaux qui en découlent sont multiples et portés par différents acteurs. Dans les territoires identifiés plus haut, le premier objectif de la Ville, dans l'idée de garantir l'accès des populations les plus vulnérables au système de santé, est d'encourager l'installation de médecins et de professionnels dans les quartiers qui en ont le plus besoin.

Ainsi, la Ville entend favoriser la création de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) dans les lieux de la Capitale les plus en difficulté³⁶. Les centres regroupant plusieurs médecins sont attractifs pour les professionnels. En effet, pour 73 % des médecins généralistes de moins de 40 ans, la possibilité d'intégrer un regroupement de professionnels de santé est un élément de motivation pour s'installer sur un territoire³⁷.

Dans le cadre du dispositif Paris Med',³⁸ la Ville de Paris propose également des aides logistiques et financières aux médecins pour faciliter leur installation dans ces quartiers³⁹.

Autre exemple d'actions de médiation en santé, les Ateliers Santé Ville, présents sur tout le territoire national, ont d'abord été montés à Paris par des associations, avant d'être confiés à la Ville de Paris en 2017. Ils sont nés du constat de la trop faible intégration des Quartiers Politique de la ville dans les politiques de santé publique, et visaient à mettre en place une coordination des différents acteurs de santé dans les quartiers les plus vulnérables afin de réduire, à terme, le poids des inégalités sociales et territoriales en santé⁴⁰.

Enfin, l'association Fabrique Territoire Santé fournit l'exemple d'une action en faveur de la territorialisation et de la médiation en santé qui n'est pas pilotée par le secteur public. Cette association élabore en effet des diagnostics sur l'état du système santé dans des territoires particuliers, sur lesquels les pouvoirs publics, par exemple dans le cadre de l'élaboration des Ateliers Santé Ville, peuvent s'appuyer pour améliorer l'accès aux soins des plus vulnérables⁴¹.

³⁵. Ce thème est traité dans la deuxième partie du rapport II- C) 3) Aller vers les publics les plus exclus et les plus vulnérables, ainsi que sa troisième partie

³⁶. Anne SOUYRIS, adjointe à la Maire chargée de la santé publique et des relations avec l'AP-HP, de la santé environnementale, de la lutte contre les pollutions et de la réduction des risques, audition du 20 janvier 2022

³⁷. Observatoire régional de santé (ORS) d'Ile de France, contribution écrite

³⁸. Ce thème est traité dans la partie I-C-2-Les mesures correctives mises en oeuvre par les différents acteurs et le soutien de la Ville de Paris

³⁹. Anne SOUYRIS, idem

⁴⁰. Gaëlle ASSIER, coordinatrice territoriale de santé des 5^{ème}, 6^{ème}, 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements, audition du 3 février 2022

⁴¹. Didier FEBREL, président de Fabrique Territoire Santé, audition du 3 février 2022

S'agissant de la santé mentale, la territorialisation et la médiation sont mises en œuvre dans les Conseils locaux de santé mentale⁴² (CLSM), espaces de concertation et de coopération pour les élus, les citoyens, et les professionnels de santé notamment. Au-delà de l'expérience de démocratie sanitaire très novatrice qu'ils représentent, ces conseils veillent à promouvoir la santé mentale sur leur territoire, et à faciliter l'accès aux soins mentaux pour tous.

La Ville de Paris a par ailleurs élaboré avec l'AP-HP et l'Agence régionale de santé (ARS) un projet territorial de santé mentale, qui définit les dispositions prévues jusqu'en 2025 pour répondre aux différents besoins, depuis la santé mentale des adolescents jusqu'aux addictions. Pour chaque mesure, un public cible ainsi que des actions précises et spécifiques sont identifiés.

Qu'elles soient conduites par la Ville ou par d'autres acteurs, ces différentes actions ne sont pas suffisantes. Ainsi Anne SOUYRIS a remarqué devant la Mission que les demandes d'installation dans les quartiers difficiles sont maintenant supérieures aux offres. Par ailleurs, seuls 16 % des médecins généralistes de moins de 40 ans considèrent qu'un accompagnement financier et logistique dans les démarches d'installation serait un élément motivant en vue d'une implantation sur un territoire⁴³. Pour corriger les angles morts et imperfections de la politique en matière de médiation, Anne SOUYRIS a exprimé le vœu que soit créé un observatoire chargé d'effectuer des analyses territoriales en matière de santé pour guider les pouvoirs publics dans la définition de leurs actions à une échelle très localisée⁴⁴.

En ce qui concerne la santé mentale, elle a estimé que les Conseils locaux de santé et notamment des Conseils locaux de santé mentale, n'ont pas vraiment fonctionné et qu'il était nécessaire de les relancer. Guillaume COUILLARD a partagé cette analyse, ajoutant même que la crise sanitaire avait affaibli l'action de ces conseils⁴⁵. La faiblesse relative du service public en matière de santé mentale⁴⁶ affecte spécialement les ménages les plus pauvres et les quartiers les plus défavorisés et semble donc appeler d'abord une réponse territorialisée.

Enfin, la médiation en santé implique de s'assurer de la bonne compréhension par l'ensemble des publics des démarches à effectuer pour avoir accès aux soins. Ces dernières années, notamment du fait de la crise sanitaire, l'usage des outils numériques s'est beaucoup développé dans le système de santé avec la dématérialisation des procédures et l'essor des téléconsultations. Cependant, les personnes âgées qui peuvent être considérées comme vulnérables, semblent parfois dépourvues de ces nouveaux outils ou ne savent pas toujours s'en servir. La numérisation des services de santé⁴⁷ risque donc d'éloigner ces publics du système de soins⁴⁸. Des actions de médiation afin de les rapprocher des outils numériques mais également de sensibiliser les professionnels de santé à ces difficultés, semblent donc nécessaires.

⁴². Anne SOUYRIS, adjointe à la Maire chargée de la santé publique et des relations avec l'AP-HP, de la santé environnementale, de la lutte contre les pollutions et de la réduction des risques, audition du 20 janvier 2022 ⁴³. Observatoire régional de santé (ORS) d'IDF, contribution écrite

⁴⁴. Anne SOUYRIS, idem

⁴⁵. Guillaume COUILLARD, directeur général du GHU Paris psychiatrie et neurosciences, audition du 21 avril 2022

⁴⁶. Ce thème est traité dans la partie II-A-2-Lutter contre inégalités de santé dès le plus jeune âge

⁴⁷. Ce thème est traité dans la partie II-D-2- Les outils numériques et la télémédecine : apports et défis d'une technologie émergente

⁴⁸. Marie-Françoise FUCHS, fondatrice et coprésidente du comité scientifique de l'association OLD'UP, audition du 7 avril 2022

4) Promouvoir la prévention et la santé à tous les âges et dans tous les cadres

► La démarche de la prévention

L'importance des actions de prévention sanitaire, qui visent à empêcher la survenue de maladies dans la population, est de plus en plus reconnue. Lors de son audition, Didier FEBVREL a précisé à la Mission que les trois quarts des 55 millions de personnes qui meurent dans le monde décèdent d'une maladie chronique, soit 50 % de plus qu'en 1990. 80 % des décès dits prématurés ou anticipés sont dus à des maladies non transmissibles. L'Organisation mondiale de la santé indique que la mondialisation, l'urbanisation et le vieillissement de la population sont des déterminants socio-économiques, culturels, politiques et environnementaux sous-jacents à ces maladies chroniques, et que la mauvaise alimentation, la sédentarité, le tabagisme sont des facteurs de risques communs modifiables de ces maladies chroniques, ce qui explique l'intérêt de développer des politiques de prévention et d'éducation pour la santé.

Didier FEBVREL souligne que « *les collectivités territoriales ont, sur ces déterminants, une véritable capacité à agir. Quand une collectivité agit sur les conditions de logement, d'éducation, de mobilité, d'environnement, elle a un impact sur la santé. Inscrire la santé dans toutes les politiques publiques est devenu un enjeu pour les collectivités territoriales qui en prennent conscience* »⁴⁹.

De plus, en prévenant des comorbidités telles que l'obésité, qui rendent les personnes plus vulnérables face aux maladies ou virus, la prévention pourrait contribuer à éviter la survenue ou la gravité d'épidémies. Thierry LEFRANCOIS a ainsi estimé : « *À différentes échelles d'une pandémie, il y a la prévention, c'est-à-dire éviter le fait qu'elle arrive* ». Selon lui, une meilleure organisation et une surveillance accrue auraient pu permettre de détecter le Covid sur l'animal et aurait laissé plus de temps aux pouvoirs publics pour définir des solutions⁵⁰.

Enfin, comme l'a souligné Charlotte MARCHANDISE, les politiques de prévention se caractérisent par leur particulière efficacité : lorsque l'État investit 1 € dans la prévention, ce sont 7 à 9 € qui ne seront pas dépensés en soins.⁵¹

► Le champ des actions de prévention

La prévention concerne l'ensemble de la population, à tous les âges et dans tous les cadres.

Elle peut être mise en œuvre à l'école dans le cadre de la médecine scolaire puisque, selon Flora DEMORY, « *les meilleurs comportements sont ceux qui sont acquis avant l'entrée au collège* »⁵².

⁴⁹. Didier FEBVREL, président de l'association Fabrique Territoire Santé, audition du 3 février 2022

⁵⁰. Thierry LEFRANCOIS, membre du Conseil scientifique, audition du 31 mars 2022

⁵¹. Charlotte MARCHANDISE, experte internationale des questions de santé urbaine, de résilience et d'environnement, audition du 27 janvier 2022

⁵². Flora DEMORY, responsable du développement et des relations extérieures du programme Vivons en forme – Fédérons les villes pour la santé, audition du 14 avril 2022

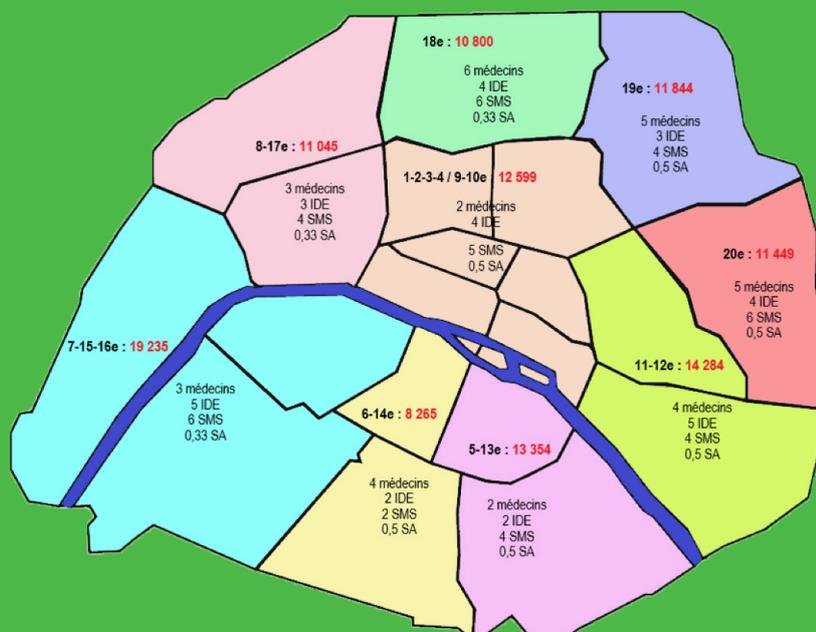
La santé scolaire à Paris

Dans le cadre de la médecine scolaire, le programme « Vivons en forme » créé en 2001 par l'association Fédérons les Villes pour la Santé, qui rassemble un réseau de 260 municipalités, tente de promouvoir les comportements favorables à la santé dès le plus jeune âge, à travers la création d'évènements et de brochures, en lien avec les élus locaux, afin de permettre aux villes d'être des acteurs majeurs de la prévention. Ces actions portent principalement sur l'alimentation, la pratique des activités physiques et la diminution de la sédentarité. Les villes partenaires du programme créent avec l'association réalisent un état des lieux et un programme d'actions, puis mettent en œuvre des formations et des outils à destination des agents territoriaux concernés. La santé scolaire est une mission déléguée par l'État dans le 1er degré dans dix villes en France. Sa mission est de promouvoir la santé à l'école, grâce à des actions pour lutter contre les inégalités de santé et le renforcement de la prévention dès le plus jeune âge.

Elle vise donc la construction d'un « parcours santé » pour les enfants comportant des dépistages réguliers, des actions d'éducation à la santé, un repérage des troubles et des actions en direction de publics à besoins spécifiques.

Les missions de santé scolaire sont assurées pour 122 415 élèves par 31 médecins de santé scolaire (soit un ratio moyen de 1/4000 élèves), 31 Infirmières Diplômées d'État, 40 Secrétaires Médico-Sociales (SMS), 4 secrétaires administratives (SA) et 9 médecins d'encadrement⁵³.

Cartographie des personnels de santé scolaire à Paris



53. Effectifs au 1er avril 2022

Le parcours santé de l'élève se fait de l'école maternelle à l'école élémentaire à travers des bilans systématiques (de 3 à 6 ans), des actions de promotion de la santé selon deux axes stratégiques (« améliorer la santé et le bien-être de tous les enfants » et « favoriser l'égalité et la réussite scolaire de tous les enfants ») et des dépistages bucco-dentaires.

Les interventions sont menées par le pôle de prévention bucco-dentaire de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) de Paris, dans le cadre d'une convention de partenariat. Ainsi, tous enfants de 5 ans des écoles maternelles publiques parisiennes bénéficient d'un dépistage bucco-dentaire en grande section, et, dans certaines écoles élémentaires identifiées comme prioritaires, les enfants de 7 ans bénéficient d'un dépistage et d'une séance d'éducation à la santé bucco-dentaire en classe de CE1. De 2020 à 2021, 12 215 élèves de 3 à 4 ans (79,5%) ont eu un dépistage sensoriel. La politique de rattrapage a ainsi permis d'atteindre une proportion d'élèves dépistés similaire aux années précédentes hors COVID. Les dépistages bucco-dentaires ont quant à eux été réalisés sur 11 752 enfants de Grande Section dans 781 classes, soit 79% des élèves, et sur 6 376 enfants de CE1 dans 461 classes, soit 43% des élèves.

Des actions ciblées pour les élèves à besoins spécifiques sont également réalisées : Les Examens à la Demande (EAD) permettent à l'ensemble des acteurs présents dans les écoles (enfants, parents, enseignants, directeurs d'école, service social, infirmières) de solliciter le Médecin de santé scolaire. Cette demande fait l'objet d'une information aux parents qui reçoivent les contacts du service de santé scolaire. Le projet d'accueil individualisé (PAI) concerne les élèves atteints de maladie chronique. Un plan d'accompagnement personnalisé (PAP) vise à soutenir les élèves en difficulté scolaire en raison de troubles des apprentissages. Enfin, Le projet personnalisé de scolarisation (PPS) concerne tous les enfants pour lesquels la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) s'est prononcée sur la situation de handicap. Sur l'exercice 2020-2021, 4 242 enfants ont été vus dans le cadre d'un EAD soit 3,65% des élèves parisiens, et 5 608 élèves étaient concernés par un PAI ce qui représente 4,82% de l'ensemble des élèves.

Face à la crise sanitaire liée au Covid-19, la santé scolaire a mis en place des recommandations sanitaires, des stratégies de traçage et des campagnes de tests salivaires. Cela a eu pour conséquence une diminution du temps consacré aux dépistages, aux EAD et aux actions d'éducation à la santé.

Concernant la santé environnementale, le service de santé scolaire participe au plan plomb grâce à la mise en place de recommandations du HSCP et de liens avec l'ARS.

Les Centres d'Adaptation psychopédagogiques (CAPP), au nombre de 10 sur le territoire parisien, accompagnent et favorisent l'adaptation et l'inclusion scolaire des enfants en difficultés scolaires ou dont les difficultés psychiques, sociales ou familiales ont un retentissement sur la scolarité. En 2020-2021, ces centres ont suivi environ 2000 enfants, dont 40% en cycle 2 (CP, CE1, CE2).

Paris Santé Réussite (PSR), sectorisé sur le Nord-est parisien (10^e, 11^e, 12^e, 18^e, 19^e et 20^e arrondissements), évalue et diagnostique les troubles de l'apprentissage en exploitant l'adressage d'élèves déjà suivis par des professionnels, en proposant des rééducations et des actions de formation (125 enfants ont été vus en bilan et une vingtaine suivis en rééducation sur l'exercice 2020-2021).

Youcef KADRI a rappelé à la Mission que tous les étudiants en santé ont l'obligation de consacrer au moins trois semaines sur le terrain à une action de prévention, notamment dans les écoles, à travers des cours et des ateliers⁵⁴.

Par ailleurs, Yannick LUCAS a indiqué à la mission qu'aux alentours de 60 ans, l'état de santé d'une personne dépend très fortement du cadre et du mode de vie passés. De plus, les actions de prévention peuvent avoir des effets physiques positifs à cet âge et contribuer à créer du lien social chez les personnes isolées⁵⁵.

Les personnes âgées sont d'ailleurs aussi accompagnées par le programme « Vivons en forme » déjà cité qui leur propose des activités favorisant le maintien d'une espérance de vie en bonne santé, à travers l'alimentation, l'activité physique, le bien-être et le sommeil.

La prévention est mise en œuvre par différents acteurs. S'agissant de l'hôpital, Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP, a remarqué : « *Il a souvent été reproché à l'hôpital de s'intéresser aux malades quand ils le sont et peu à la prévention. Nous en avons conscience et je pense que notamment pendant la crise, nous avons développé différentes de santé publique de plusieurs manières, en travaillant sur les stratégies de dépistage, de tests salivaires dans les écoles, etc.* »⁵⁶.

Enfin, la prévention s'exerce aussi dans le cadre du travail à travers les services de prévention et de santé au travail (SPST). Les médecins du travail évaluent les risques sanitaires pesant sur les travailleurs, conseillent l'employeur, les salariés et leurs représentants sur les mesures à mettre en œuvre afin de préserver la santé au travail. Cela peut concerner les conditions de travail comme la lutte contre les addictions par exemple.

► L'évaluation et les pistes à étudier

Les politiques de prévention mises en œuvre obtiennent des résultats positifs mais incomplets. S'agissant de la médecine scolaire, Thierry BAUBET a indiqué : « *Les psychologues scolaires, bien sûr, les RASED, tous ces dispositifs dans les écoles, qui est un dispositif de premier niveau qui permet beaucoup de repérages [...]. Tous ces systèmes de prévention par l'humain sont en défaut actuellement* »⁵⁷. Ce diagnostic semble confirmé par un sondage IPSOS publié par Sidaction qui montre que l'information et la prévention sur le VIH-SIDA sont très faibles dans les établissements scolaires parisiens⁵⁸.

Par ailleurs, l'investissement dans les politiques de prévention semble être assez faible, bien qu'efficace, selon Charlotte MARCHANDISE.⁵⁹

De plus, la prévention peut parfois s'avérer peu efficace. Ainsi, William LOWENSTEIN, président de l'association de prévention SOS addictions, a constaté, devant les 2 millions de morts dus à l'alcool et au tabac⁶⁰ depuis 20 ans : « *Nous n'avons pas su trouver les bons mots pour nous faire entendre* » et déploré le caractère « sacré » en France de l'alcool alors même que celui-ci génère de l'isolement, des

54. Youcef KADRI, vice-doyen, étudiant à la Faculté de santé de l'Université Paris Cité, audition du 17 mars 2022

55. Yannick LUCAS, directeur des affaires publiques de la Fédération nationale de la mutualité française, audition du 7 avril 2022

56. Martin HIRSCH, directeur de l'AP-HP, audition du 17 février 2022

57. Thierry BAUBET, spécialiste de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, audition du 21 avril 2022

58. François EMERY, chargé de plaider à Act-Up Paris, audition du 14 avril 2022

59. Charlotte MARCHANDISE, idem

60. Ce thème est traité dans la partie II-C-4-La prise en compte des addictions présentes sur le territoire parisien

mises en danger, des cancers et en définitive, tue⁶¹.

La prévention peut en particulier s'avérer sans effet si les publics ciblés ne sont pas atteints comme l'a expliqué Dominique ARGOUD: « *On sait très bien la difficulté de la prévention, ce sont souvent les actions généralistes qui vont s'intéresser, s'adresser où vont être reçues et mises en œuvre par les personnes qui finalement en avaient le moins besoin, et les personnes qui ont le plus besoin d'actions de prévention ne reçoivent pas les messages* »⁶².

Afin de renforcer l'efficacité des actions de prévention, les personnes entendues par la Mission ont avancé plusieurs pistes. Marie CITRINI a soutenu l'idée que la Ville de Paris devait prendre davantage à bras le corps le sujet de la prévention et de l'éducation en santé, qui correspond à son rôle propre⁶³. De son côté, Martin HIRSCH a plaidé pour une la création d'une Direction administrative mixte entre la Ville de Paris et l'AP-HP dans ce domaine⁶⁴.

Enfin, dans le but d'atteindre les publics les plus éloignés du système de santé, des actions de prévention moins conventionnelles peuvent être impulsées. Cela passe notamment par le développement de « l'aller vers ». Ainsi Marie PASTOR a proposé des programmes d'éducation en santé aux habitants de Seine-Saint-Denis, en les formant à devenir eux-mêmes « ambassadeurs en santé » pour diffuser ce savoir sur leur territoire de façon informelle dans leurs contacts avec leur famille, leur environnement associatif, leur club de sport, etc. 30 habitants ont été sélectionnés, dont 20 sans compétences particulières dans le champ de la santé, et 10 professionnels afin de créer une acculturation mutuelle de ces deux types de population sur un parcours d'un an avec 10 sessions, chacune étant dédiée à une thématique sélectionnée par les habitants. « *On avait un travail sur les savoir-faire : comment faire pour monter un atelier, pour parler avec quelqu'un qui est par exemple anti-vaccin sans le braquer, en essayant simplement de lui apporter des informations nécessaires à sa prise de décision.* »⁶⁵ a expliqué Marie PASTOR à la Mission. Des vidéos de 3 minutes contenant à la fois des interviews et des infographies ont également été créées⁶⁶.

61. William LOWENSTEIN, médecin spécialiste en addictologie et président-fondateur de SOS addictions, audition du 21 avril 2022

62. Dominique ARGOUD, sociologue, gérontologue et président du Conseil scientifique de la CNSA, audition du 7 avril 2022

63. Marie CITRINI, représentante des usagers au Conseil de surveillance de l'AP-HP, audition du 10 mars 2022

64. Martin HIRSCH, idem

65. Marie PASTOR, cheffe du service de la prévention et des actions sanitaires du département de la Seine-Saint-Denis, audition du 3 février 2022

66. Marie PASTOR, cheffe du service de la prévention et des actions sanitaires du département de la Seine-Saint-Denis, audition du 3 février 2022

B. La santé environnementale à Paris

En 1999, l'Organisation Mondiale de la Santé déclarait lors de la Conférence ministérielle Santé et Environnement que « *l'environnement est la clé d'une meilleure santé* ». Certaines activités, liées notamment à l'industrialisation, l'urbanisation ou l'évolution des technologies, ont fait l'objet d'évaluation des risques pour la santé, de réglementations adaptées ou recommandations sanitaires. La dimension environnementale doit donc être plus prise en compte pour la santé. Il faut notamment anticiper les impacts sur la santé de l'aménagement urbain.

1) L'environnement, un déterminant important de la santé

Agir sur les facteurs environnementaux, c'est-à-dire améliorer la qualité des eaux, de l'air, des sols, se protéger du bruit, tant à l'extérieur que dans les espaces clos, améliorer la qualité de l'air, lutter contre l'insalubrité, les expositions au plomb ou aux fibres d'amiante, permet de préserver et d'améliorer l'état de santé de la population.

Anne SOUYRIS a rappelé à la Mission que notre santé est déterminée en très grande partie par des facteurs environnementaux. La ville ne doit donc pas seulement soigner, prévenir, elle peut devenir productrice de santé, en termes d'alimentation, d'hygiène, de moindre pollution, de logement, de transport, de modes de vie et d'espaces verts. Les différentes politiques publiques doivent donc être réfléchies à l'aune de la santé.

► Un nouvel outil de la Ville au service de la santé

Successeur du Laboratoire d'hygiène de la Ville, le Service parisien de santé environnementale⁶⁷ apporte à la Ville l'expertise nécessaire, en matière de polluants chimiques, de faune et nuisibles, de micro-organismes et allergènes pour prendre en compte les éléments qui touchent la santé environnementale. Anne SOUYRIS⁶⁸ a indiqué : « *La Ville peut se targuer d'avoir imposé sur la scène nationale, grâce à ses équipes d'experts, la question de la santé environnementale, le plomb, les perturbateurs endocriniens. Nous avons été les premiers signataires de la charte contre les perturbateurs endocriniens. Et évidemment, sur la question de la pollution de l'air* ».

Au-delà des actions obligatoires, la Ville de Paris a ainsi développé des capacités analytiques, d'expertise, de conseil ou de réalisation d'études et de mises à disposition des Parisiens de services qui visent à favoriser une meilleure santé en agissant sur leur environnement.

Le plan Paris Santé Environnement, adopté par le Conseil de Paris en décembre 2015 décrit l'activité de

⁶⁷. Service Parisien de Santé Environnementale

⁶⁸. Adjointe à la Maire de Paris chargée de la santé publique et des relations avec l'AP-HP, de la santé environnementale, de la lutte contre les pollutions et de la réduction des risques, audition n°1 du 20 janvier 2022

la Ville en matière de santé environnementale. Il récapitule les facteurs de risques liés aux cadres de vie qui affectent la santé des Parisiens, afin que les enjeux de santé liés à l'environnement, soient mieux intégrés dans le fonctionnement de la Ville.

► Les perturbateurs endocriniens

Le réseau Environnement Santé créé le 3 mars 2003 à la suite de l'interdiction des biberons présentant du bisphénol, donne un éclairage sur les perturbateurs endocriniens qui permet de comprendre une grande partie de la croissance des maladies chroniques.

Les grandes maladies chroniques, cardiovasculaires, diabète, cancers, AVC⁶⁹, ont progressé à Paris de 107 % durant les 14 dernières années.

Ce réseau Environnement Santé a lancé la charte « Villes et territoires sans perturbateurs endocriniens », dont la première ville signataire fut Paris, invite à engager une démarche pour lutter contre les perturbateurs endocriniens, principalement en agissant sur les produits phytosanitaires, les biocides, l'alimentation, l'information, la sensibilisation et les critères d'éco conditionnalité.

S'agissant par exemple du cancer du sein, il existe des données standardisées sur la population mondiale, montrent qu'à population égale les écarts de taux peuvent être significatifs d'une ville à l'autre. Concernant par ailleurs la qualité du sperme, en 1995 le New England Journal of Medicine a montré que les hommes de 30 ans, ont perdu la moitié du nombre de spermatozoïdes par millilitre en 17 ans. Une étude nationale réalisée par Santé Publique France sur la concentration spermatique de 1989 à 2005, a mis en évidence une baisse de 30 %. La région Île-de-France est la deuxième région la plus impactée en France après l'Aquitaine.

Le cancer du sein peut être expliqué par une multitude de causes environnementales. Par ailleurs, les maladies chroniques sont dues à l'interaction de multiples facteurs tels que la puberté précoce, la sédentarité, les contraceptifs oraux, les substances chimiques, les perturbateurs endocriniens et l'alimentation ultra transformée augmentent les risques.

L'ensemble des recherches réalisées montrent que de nombreuses maladies, qu'il s'agisse du cancer du sein, du cancer de la prostate, de l'obésité, du diabète, de l'infertilité, et chez l'enfant, de l'asthme, du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDH) de la puberté précoce ou le faible poids à la naissance, peuvent être liées à l'exposition aux perturbateurs endocriniens.

► La pollution atmosphérique

Selon Santé Publique France, la pollution atmosphérique serait responsable de 48 000 décès anticipés avec un coût estimé à 101 milliards d'euros en 2015, dans un rapport du Sénat. La pollution de l'air aux particules fines est responsable au niveau mondial d'un recul de 2 ans d'espérance de vie à la naissance.

69. Accident vasculaire cérébral

« Ce rapport soulignait aussi l'impact grandissant du dérèglement climatique sur la santé. Par exemple, en 2003, la canicule a entraîné un recul de 10 % de l'espérance de vie à la naissance.⁷⁰ » selon Bruno CRESTANI⁷¹.

Les études épidémiologiques⁷² ont permis de montrer que lorsque la pollution atmosphérique augmente, la mortalité de cause respiratoire et cardiaque augmente aussi avec quelques jours de décalage. Par ailleurs l'exposition prolongée à la pollution atmosphérique augmente le risque de développer des cancers respiratoires et des maladies cardiovasculaires, notamment coronariennes. Le fardeau sanitaire de la pollution atmosphérique conjugue ces deux phénomènes.

Quelques études permettent de chiffrer la mortalité liée à la pollution de l'air à Paris. Celle de l'International Council on Clean Transportation (ICCT) analyse les effets de la pollution d'origine automobile sur la mortalité en 2015. Elle évalue à environ 1100 les décès annuels dus à la pollution émise par les transports, essentiellement les particules fines (PM 2,5) et l'ozone. Toutes sources de particules fines (PM 2,5) et d'ozone confondues, 3 400 décès sont imputables à la pollution. Les transports automobiles sont ainsi responsables de 32,5 % de l'ensemble des décès liés à la pollution. Le taux de mortalité lié à la pollution était estimé à 11 décès pour 100 000 habitants.

Les effets sanitaires négatifs liés au transport sont pour 71 % la conséquence des moteurs diesels. Parmi 100 cités mondiales majeures, en 2015, Paris arrive en 27e position en termes de population mais en 17e position en termes de mortalité liée au transport. Il faut souligner ici cette disproportion.

Les effets négatifs de la pollution de l'air sont observables à proximité des infrastructures routières, en particulier dans les rues exigües, au trafic dense, avec une faible circulation de l'air et une sur-occupation des logements. L'APUR⁷³ a documenté les problématiques des pollutions de l'air telles qu'elles se présentent, par exemple, Porte de Bagnolet du fait de la présence de l'échangeur qui relie le boulevard périphérique à l'autoroute A3.

Un rapport publié en février 2022, par l'Observatoire Régional de Santé montre une diminution de la mortalité annuelle liée à la pollution depuis 10 ans du fait de la baisse des particules fines (PM 2,5), passant de 10 358 à 6 220. Toutefois, en 2019, la pollution de l'air reste responsable en Île-de-France d'un décès sur 10 et le respect des valeurs recommandées par l'OMS permettrait d'épargner plusieurs milliers de décès. Le dioxyde d'azote (NO₂) produit par la pollution automobile est également source d'une mortalité dont il a été montré dans une étude⁷⁴ réalisée à Paris un lien avec le faible niveau socio-économique.

Les maladies respiratoires ont été particulièrement étudiées et plusieurs travaux réalisés en Île-de-France ont été publiés :

- Une étude menée par les services d'urgences pédiatriques de l'AP-HP a montré que les passages aux urgences pour asthme étaient associés de façon très significative et sans effet de seuil, à l'augmentation des concentrations de particules fines (PM 2,5).⁷⁵
- Une cohorte d'enfants nés dans plusieurs maternités parisiennes a montré une augmentation de l'incidence de l'asthme en fonction de l'exposition au dioxyde d'azote du nouveau-né dans sa première année de vie.⁷⁶

⁷⁰. Rapport de Santé publique France « Surmortalité liée à la canicule d'août 2003 en France. » du 25 novembre 2003

⁷¹. Pneumologue à l'hôpital Bichat et Vice-Président de la Fondation du Souffle

⁷². Mortalité attribuable à la pollution atmosphérique, Institut Paris Région, 2022

⁷³. Atelier Parisien d'Urbanisme2

⁷⁴. Short-Term Associations of Nitrogen Dioxide on Mortality in 18 French Cities, 2010–2014, MDPI

⁷⁵. Fine particulate pollution and asthma exacerbations, 2017, National Library of Medicine

⁷⁶. Environmental Health Perspectives : Volume 125, Issu 4 (Avril 2017)

- Dans cette même cohorte a été montré une atteinte significative de la fonction respiratoire des enfants exposés à la pollution et aux pollens.⁷⁷
- Un travail mené au Canada chez les sujets âgés montre une augmentation de la fréquence des pneumonies en rapport avec une exposition à la pollution (PM 2,5 et NO2).⁷⁸
- Au cours des fibroses pulmonaires, il a été montré que les poussées de la maladie avec insuffisance respiratoire sont favorisées de façon significative par les pics d'ozone alors que la mortalité de ces patients est significativement associée à l'exposition aux particules fines (PM 2,5).⁷⁹
- Les femmes enceintes sont également vulnérables à la pollution notamment en raison des risques associés sur le fœtus. Il a été démontré un risque de prématurité et de faible poids de naissance qui expose à la survenue d'autres maladies au cours de l'âge adulte.⁸⁰
- Un travail mené chez des chauffeurs de taxis parisiens démontre une réduction significative de leur fonction respiratoire après exposition à des concentrations élevées de particules fines (PM 2,5).⁸¹
- Notons les interactions entre les vagues de chaleur et la pollution particulaire. Un travail réalisé à Paris montre une association entre exposition aux particules fines (PM 10) et mortalité induite par une vague de chaleur.⁸²

► La mesure de la pollution atmosphérique en Ile de France

AirParif⁸³ mesure la pollution depuis de nombreuses années. Le nombre de capteurs était en 2020 de 13 stations de mesure de particules fines (PM 2,5) (dont trois en intramuros) et de 24 stations pour les particules fines (PM 10). Or, selon l'étude Concentrations in Paris Using Mobile Pollutrack Sensors Network in 2020, il faut pouvoir compter les particules inférieures au micron, probablement les plus toxiques, et exprimer les résultats en nombre de particules par unité de volume et non en microgrammes par mètre cube. Une autre approche qui paraît souhaitable est de caractériser qualitativement les particules : pouvoir oxydant, présence d'hydrocarbures, de métaux lourds.

La mise en place de capteurs mobiles tels que ceux proposés par Pollutrack⁸⁴ informe sur l'hétérogénéité de distribution de la pollution dans les rues parisiennes.

► Les politiques visant à réduire la pollution atmosphérique

La diminution des polluants atmosphériques peut être obtenue en réduisant la circulation automobile, par exemple dans les zones à Faible Émission (ZFE).

Améliorer le chauffage urbain est également nécessaire en supprimant les chauffages au fioul et au bois. De plus, « *réduire le trafic automobile ne réduit pas seulement la pollution, mais augmente aussi les relations sociales.* » remarque Charlotte MARCHANDISE⁸⁵.

77. Association between lung function of school age children and short-term exposure to air pollution and pollen: the PARIS cohort, 2021, National Library of Medicine⁷⁸.

78. Long-Term Exposure to Ambient Air Pollution and Risk of Hospitalization with Community-acquired Pneumonia in Older Adults, 2009, National Library of Medicine

79. Role of atmospheric pollution on the natural history of idiopathic pulmonary fibrosis, 2018, National Library of Medicine

80. Maternal Exposure to Particulate Air Pollution and Term Birth Weight: A Multi-Country Evaluation of Effect and Heterogeneity, 2013, National Library of Medicine

81. Short-term association of in-vehicle ultrafine particles and black carbon concentrations with respiratory health in Parisian taxi drivers, 2021, National Library of Medicine

82. Small-area spatiotemporal analysis of heatwave impacts on elderly mortality in Paris: A cluster analysis approach. Sci Total Environ, 2017, National Library of Medicine

83. Organisme agréé par le ministère de l'Environnement chargé de la surveillance de la qualité de l'air en Île-de-France, cofinancé par la Ville de Paris.

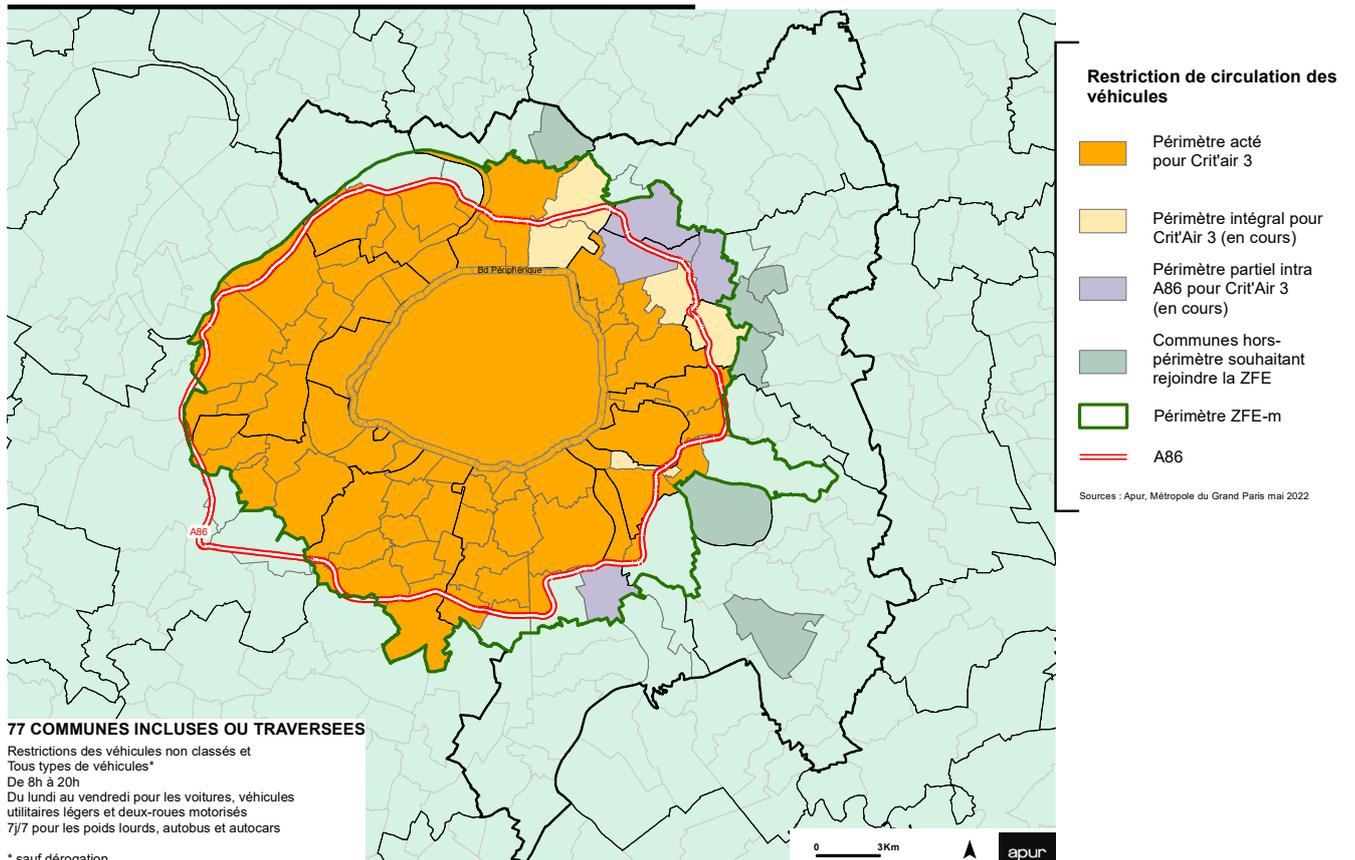
84. 300 véhicules électriques équipés de lasers à particules qui parcourent quotidiennement les artères mais aussi les rues et ruelles de la Capitale. Les données sont ensuite accumulées pour faire des mesures à hauteur de respiration, qui permettent de connaître en fonction des quartiers, l'exposition des piétons aux particules fines.

85. Experte internationale des questions de santé urbaine, de résilience et d'environnement, audition n°2



© Jena-Baptiste Curriat - Ville de Paris

AVANCEMENT DE LA MISE EN PLACE DE LA ZONE À FAIBLES ÉMISSIONS MOBILITÉ MÉTROPOLITAINE - CRIT'AIR 3 (MAI 2022)



► La pollution causée par le plomb

La pollution causée par le plomb, à laquelle l'incendie de la cathédrale Notre-Dame⁸⁶ a donné une nouvelle actualité, est présente dans l'environnement parisien, en particulier dans les logements parisiens où elle peut être source de saturnisme.



© Henri Carat - Ville de Paris

► Sites et sols pollués : un héritage du passé industriel

Le développement industriel en Île-de-France a parfois entraîné la pollution de sols ou des eaux souterraines liée à la présence de déchets et de produits toxiques. Au 26 mars 2018, l'Île-de-France comptait ainsi 595 sites et sols pollués recensés dans la base de données BASOL (base des sols pollués) faisant l'objet d'une action des pouvoirs publics.

La gestion des sites et sols pollués par des activités industrielles est effectuée dans le cadre de la législation relative aux installations classées pour la protection de l'environnement. En cas de danger avéré pour l'environnement ou la santé des personnes, la mise en sécurité du site peut être réalisée par l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME), sur fonds publics, après accord du préfet de région ou du ministère chargé de l'Écologie. En Île-de-France, en 2018, l'ADEME poursuit ou débute une intervention sur au moins 20 sites.

⁸⁶. Voir le plan plomb : <https://www.paris.fr/pages/incendie-de-notre-dame-l-essentiel-concernant-la-pollution-au-plomb-7028>

Deux inventaires ont été réalisés et compilent au niveau national et régional les sites pollués ou potentiellement pollués :

- L'inventaire BASOL : les sites BASOL concernent les sites appelant une action des pouvoirs publics à titre préventif ou curatif.
- L'inventaire BASIAS (inventaire de sites industriels et d'activités de services) : L'inventaire BASIAS est un inventaire historique des sites industriels et activités de service, sans qu'une pollution avérée ait été constatée.

► Établissements scolaires sensibles en Île-de-France

Pour s'assurer que les enfants ou les adolescents fréquentant des établissements ne puissent pas être exposés à une pollution liée aux activités industrielles, le ministère en charge de l'écologie a mis en place un diagnostic pour les établissements situés sur ou en contiguïté d'anciens sites industriels.

La démarche, lancée en 2013, a permis d'engager des diagnostics dans 308 des 594 établissements identifiés. A Paris, les 180 établissements de la toute petite enfance ont été prioritaires pour commencer cette démarche largement portée par le SPSE.

► Les secteurs d'information des sols (SIS) en Île-de-France

Les secteurs d'information des sols (SIS) recensent les terrains où la connaissance des pollutions des sols justifie la réalisation d'études de sols et de mesures de gestion de la pollution pour préserver la sécurité, la santé et l'environnement.

En Île-de-France, plus de 700 sites pourraient être concernés par un projet de SIS. Actuellement, 40 SIS ont été publiés et référencés sur le site Géorisques⁸⁷. 160 autres projets de SIS sont bien avancés et devraient être publiés prochainement.

2) Anticiper les impacts sur la santé de l'aménagement urbain : l'étude d'impact en santé

La préoccupation de la santé publique et les politiques d'urbanisme en faveur de l'hygiène et de salubrité mises en œuvre en particulier sous le Second Empire ont façonné la Capitale que nous connaissons aujourd'hui. Au XX^e siècle, la question de l'air et de la lumière est apparue comme le sujet principal. La connaissance de l'impact des aménagements urbains sur la santé publique a pris une nouvelle dimension depuis quelques décennies et oblige à développer une politique d'anticipation.

a) La fabrique de la ville et la santé

Selon Clémence CHASTAN⁸⁸ la première question à se poser au sujet d'un projet d'urbanisme favorable à la santé, est ce qu'il va produire dans la fabrique de la ville en termes de qualité de l'air, de l'eau, de qualité des sols, d'interaction sociale, d'accès aux équipements, à l'emploi.

⁸⁷. Edité par le ministère du Développement durable et conçu par le Bureau de Recherches Géologiques et Minières (BRGM), Georisques rassemble les informations géographiques sur les risques naturels et technologiques dans un portail national.

⁸⁸. Responsable des nouveaux usages et des initiatives à Impact France, direction marketing de Linkcity, du groupe Bouygues Construction, audition n°12 du 19 mai 2022

Lors de son audition par la Mission, elle a évoqué deux impasses à éviter en matière d'urbanisme favorable à la santé : d'une part une impasse hygiéniste qui se focalise trop sur les risques en négligeant les bénéfiques, d'autre part une impasse rigoriste. Elle remarque ainsi : « Il y a des paysages urbains à bons ou mauvais nutri-scores qui peuvent poser la question : est-ce qu'un urbanisme favorable à la santé consiste à faire un urbanisme où on en vient à interdire les tacos ? ».

Elle estime que trois dimensions intéressantes de l'urbanisme favorable à la santé doivent être privilégiées dans la fabrique de la ville :

- La première est de dégager dans les propositions d'aménagement des co-bénéfices. Par exemple, le lien entre des politiques d'aménagement pour vélo et le bien vieillir ; dans les pays nordiques, la tranche de la population dont la part modale de mobilité à vélo est la plus élevée, les 75-85 ans, montre une meilleure capacité à se déplacer de manière générale, et donc à « bien vieillir ».
- La deuxième est de tirer parti du fait que les usagers de la ville qui sont malgré tout peu associés au processus de sa fabrique, se considèrent comme beaucoup plus légitimes à venir demander des comptes, sachant que cette fabrique de la ville concerne leur santé.
- La troisième dimension consiste à anticiper l'implantation dans le schéma urbain de lieux de soins, au sein d'un aménagement global favorable à la santé.

Emmanuel FAUCHET⁸⁹ a lui aussi rappelé : « *La santé, pour moi, se décide avant l'hôpital, avant le soin, avant de rencontrer un médecin, avant d'être avec des aides-soignants. Elle se passe dans la ville.* ». Il considère que l'aménagement des territoires peut intégrer le paysage dans l'urbanisme de manière à reconnecter les habitants les uns avec les autres, grâce à des lieux qui les invitent à le faire.

Emmanuel FAUCHET appelle à intégrer la population dans les projets d'aménagement du territoire, « *non pas en lui demandant de quelle manière il faut faire, non pas en lui demandant l'autorisation de le faire, mais en lui proposant des rendez-vous populaires qui lui permettent de se rencontrer, et en utilisant des éléments nobles ou un petit peu décalés pour parler de territoire et pour faire en sorte que cette face cachée de la santé puisse être prise en compte.* ».

b) Agir sur les déterminants urbains en santé

Afin d'évaluer le degré de prise en compte de la santé dans les projets urbains, un référentiel a été développé par l'EHESP⁹⁰, pour les acteurs de l'aménagement et de l'urbanisme. Les déterminants de santé qui y figurent renvoient aux comportements de vie sains, aux questions de cohésion sociale, de démocratie locale, d'équipements et de services publics, de développement économique ou encore d'habitat.

Emilie MOREAU⁹¹ a rappelé qu'en Île-de-France l'espérance de vie des hommes et des femmes est supérieure à celle des autres régions françaises mais se caractérise par de fortes disparités territoriales, au sein même des arrondissements parisiens.

Cette diversité de profils a été mise en évidence lors de la pandémie de Covid-19 puisque l'excédent de décès de 20% entre la période 2015-2019 et 2020 à l'échelle régionale est particulièrement accusé dans les communes qui accueillent la population la plus modeste et la plus exposée au risque de développer

89. Directeur architecte DPLG, territoire, santé, bien-être – population « dynamique du territoire » Chroniqueur sur France BLEUE, audition n°12 du 19 mai 2022

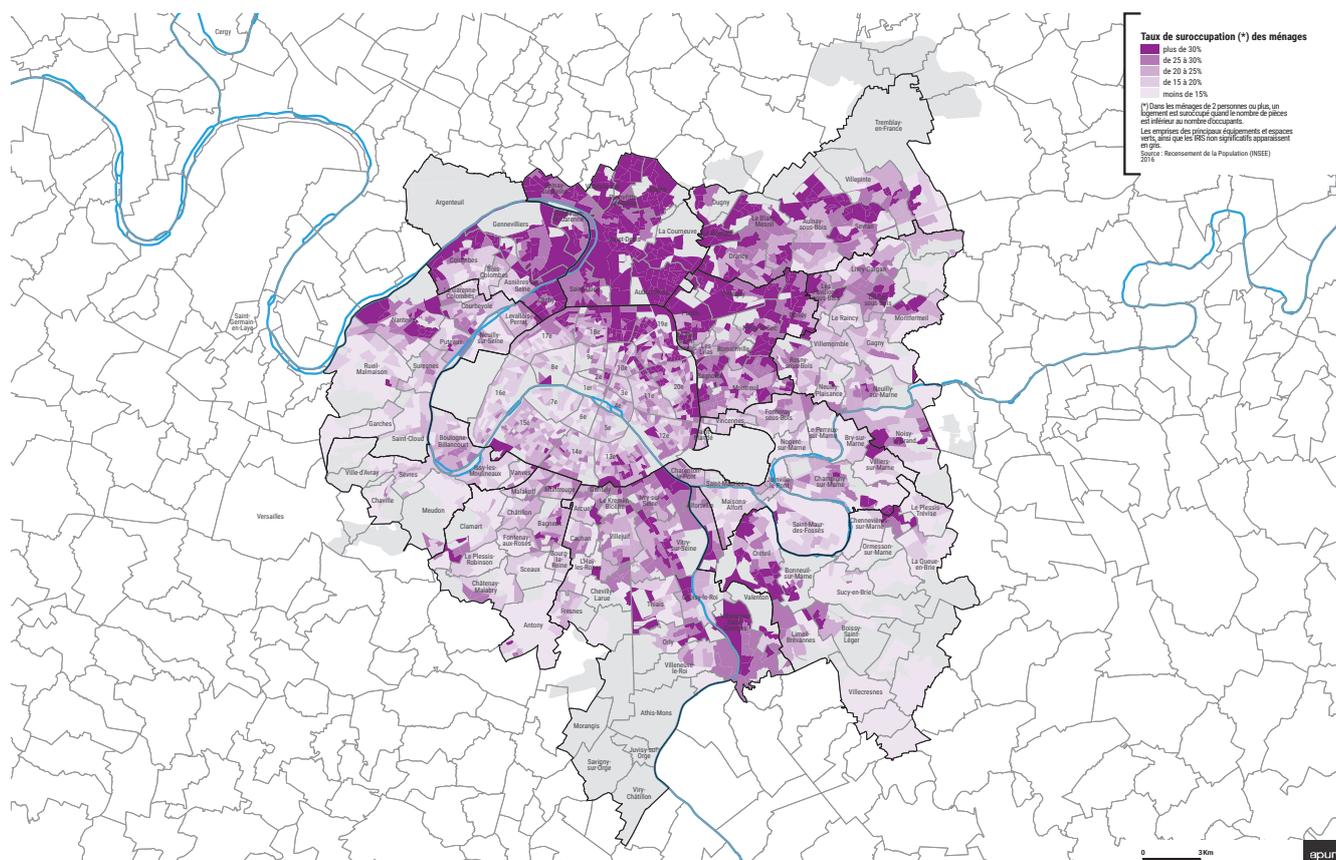
90. REHESP : école des hautes études en santé publique

91. Emilie MOREAU, directrice des études sociales et sociétales à l'Atelier Parisien d'urbanisme, audition n°2

des formes graves du Covid. La santé en Île-de- France apparaît donc fortement corrélée au niveau de vie.

La disparité de confort des logements, particulièrement soulignée lors de cette crise sanitaire, en particulier la question de leur sur-occupation illustre ces constats. Emilie MOREAU a rappelé que « plus d'un ménage sur cinq, 22,5 % des ménages à Paris se trouvent en situation de sur-occupation, soit 500 000 personnes. Les arrondissements les plus touchés sont les 18ème, 19ème et 20ème arrondissements de Paris ».

SUROCCUPATION DES MÉNAGES



c) L'adaptation de la ville à la santé

Le Plan Local d'Urbanisme (PLU) est complété par un plan local d'urbanisme bioclimatique dans le but de favoriser les pratiques ayant un impact positif, diminuant les nuisances et les risques permanents. Au-delà des politiques de mobilité urbaine visant à réduire la circulation automobile déjà évoquées, Dominique ALBA a souligné que « diminuer les nuisances et les risques, c'est aussi changer l'espace urbain. Pour changer correctement l'espace urbain, il faut comprendre comment la ville produit un îlot de chaleur urbain. » ⁹²

92. Dominique ALBA, Directrice générale de l'Atelier Parisien d'urbanisme (APUR), audition n°2

Ainsi, la modification des matériaux dans l'espace public, la modification des plantations, l'augmentation de la perméabilité des sols permettent un rafraîchissement des façades.. La Ville de Paris a récemment créé un Observatoire des arbres. L'arbre est un élément essentiel pour rafraîchir les villes, il apporte une ombre, et de manière mécanique, on gagne de 5 à 7 degrés sans avoir à utiliser des objets technologiques pour rafraîchir l'espace.

d) L'évaluation d'impact en santé : une aide à la décision

Le Service Parisien de Santé Environnementale réalise en particulier une évaluation des impacts sur la santé, faisant l'objet d'actions inscrites dans le plan Paris santé environnement. Ces évaluations sont réalisées dans un cadre méthodologique fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans les années 2000, et s'appliquent notamment à des projets de renouvellement urbain. Ces évaluations d'impacts sur la santé permettent de recommander des mesures appropriées pour maîtriser les impacts et résorber les inégalités.

Les recommandations peuvent dès le début du projet urbain, enrichir et accompagner la décision des parties prenantes par une démarche participative. Cependant, les activités du service parisien de santé environnementale sont bien plus diverses, allant de l'adaptation aux changements climatiques, aux effets allergisants des pollens. Les moisissures dans les environnements intérieurs, les problématiques d'aération et le renouvellement de l'air intérieur, comme la présence d'amiante dans les bâtiments ou la problématique du plomb sont également traités par le Service Parisien de Santé Environnementale.

Développée à partir des recommandations de l'OMS, l'approche Ville-Santé fait de la santé l'objectif de tout projet. Issue de cette démarche, l'Évaluation⁹³ d'Impact sur la Santé (EIS) intègre la dimension santé en incitant à la collaboration et la communication entre les différents partenaires, et, en encourageant la participation de la population au projet.

Par rapport aux études d'impact et évaluations environnementales (EIE) aujourd'hui incontournables lors de la mise en place de projets d'aménagement, la valeur ajoutée de l'EIS réside dans la prise en compte de paramètres de santé plus larges que les seuls aspects physiques et biologiques. Elle élargit le champ d'étude aux habitudes de vie et à l'environnement social. L'EIS est une méthode d'évaluation qui s'adapte à l'ensemble des projets, quels que soient leur nature ou leur dimension, qu'ils soient liés de manière directe ou indirecte à la santé.

► L'EIS : un outil au service des collectivités territoriales pour améliorer la qualité de vie

Les grilles sur lesquelles repose l'EIS sont ajustées à la spécificité de chaque projet en tenant compte des priorités des collectivités et des aspirations de la population. Elles constituent un outil d'aide à la décision, à la réflexion et à l'action qui prend en compte un large éventail de paramètres pour évaluer les impacts sur la santé des différentes catégories de population. Elles sont également un outil d'évaluation et d'enrichissement des projets et des politiques publiques, qui fait face à la complexité des situations, et qui vient conférer de la cohérence et du sens aux politiques locales.

Les bénéfices de l'EIS portent sur 4 axes essentiels qui visent à réduire les inégalités, renforcer et favoriser le lien social, répondre à la montée des exigences des citoyens en matière de santé, ainsi que mettre en valeur les actions municipales en faveur de la santé.

⁹³. Selon les pays, le terme « étude » peut être utilisé à la place de celui d'« évaluation » pour désigner la même démarche

► **L'évaluation de l' impact sur la santé (EIS) concernant le projet de renouvellement urbain « Les Portes du Vingtième » réalisée par le SPSE.**

Le secteur des Portes du Vingtième est composé de 2 projets d'aménagement distincts :

- Le secteur Python-Duvernois qui est classé comme site d'intérêt national dans le NPNRU (Nouveau programme national de renouvellement urbain) porté par l'ANRU (Agence nationale pour la rénovation urbaine) ;
- Le projet d'aménagement de la Porte de Montreuil.

Les populations cibles de ces EIS sont les habitants et usagers du secteur Portes du Vingtième (classé Quartier Politique de la ville) et les professionnels de santé, de la petite enfance, ainsi que de l'entretien travaillant sur le secteur.

Les résultats des actions des EIS seront évalués en interne par l'équipe EIS auprès des commanditaires (**Questionnaire de satisfaction, note de retour d'expérience, présentations aux élus / autres directions techniques...**). Pour certaines des actions, un travail d'évaluation extérieure pourra être confié à une équipe de recherche indépendante pour mesurer les changements de certains déterminants de santé.

C. Des politiques ciblées pour répondre aux besoins évolutifs des populations les plus vulnérables

1) La santé maternelle et infantile : aller au-devant des besoins des familles et des enfants

a) La Protection Maternelle et Infantile

Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) est un service départemental encadré par le code de la santé publique, placé sous l'autorité chargée d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.

Le service de PMI de la Ville de Paris organise des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de 0 à 6 ans, ainsi que des activités de planification et d'éducation familiales. Il joue également un rôle essentiel en matière d'accueil des jeunes enfants, avec l'instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles et la réalisation d'actions de formation, la surveillance et le contrôle des assistantes maternelles ainsi que des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans. Il participe enfin aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger.



D'importantes évolutions ont conduit la Ville de Paris à mener des réflexions autour de la création d'une Direction de la santé, notamment en vue d'une amélioration du système « d'aller vers »⁹⁴ avec la modernisation des centres de santé, la mise en place du tiers payant, la création de l'équipe mobile PMI hors les murs en 2018, ainsi que la création de l'équipe mobile de santé en 2019. De plus, les actions de la Ville de Paris ont été territorialisées, telles celles de la PMI en 2014, la mise en place en 2016 des assises parisiennes de la santé, la mise en place de conseils locaux de santé, et la création en 2018 des équipes territoriales de santé sur 4 territoires qui correspondent à ceux de la DDCT⁹⁵.

Dès mars 2020, la sous-direction de la santé a réorganisé les centres de santé et mis en place une offre de téléconsultation, comme l'ont fait les centres de PMI. Ces actions font partie d'une feuille de route post-crise, avec plus de proximité, plus de territorialisation, plus « d'aller vers », donnant naissance à une réflexion que la Maire de Paris a souhaitée. Le fruit de ce travail a abouti à la création de la Direction de la Santé Publique qui a été annoncée en juin 2020. Deux directions de la Ville de Paris sont également fortement engagées, la DASES⁹⁶ et la DFPE⁹⁷, une partie de la PMI étant regroupée au sein de la Direction de la Santé Publique. Cependant, la DFPE conserve certaines fonctions, telles que le contrôle et l'agrément des crèches parisiennes.

b) Les enjeux auxquels sont confrontés les services de PMI⁹⁸

Selon le docteur Mathilde MARMIER, « L'ajustement sur les pratiques professionnelles, la place de la protection de l'enfance est croissante, l'enjeu de travailler les pratiques professionnelles, ce qui jusque-là était fait par des médecins, peut-être que désormais, cela devrait être fait par d'autres corps de métiers».

Les centres de PMI doivent innover dans le soutien à la parentalité en développant l'intervention à domicile. La Ville de Paris dispose de plus d'une centaine de guichets consacrés à la santé tels que les centres de planification familiale, de protection maternelle et infantile, les services de santé scolaire dans les écoles, les CAPP⁹⁹ destinés aux enfants souffrant de troubles de l'apprentissage, les centres municipaux de santé et les centres médico-sociaux. Néanmoins, les Parisiens ne les identifient pas assez comme faisant partie des services municipaux. Pour Eve PLENEL, directrice de la santé publique, « L'enjeu est de rendre ce maillage de service visible sans remettre en cause les spécificités de tel ou tel services. »¹⁰⁰

c) La santé mentale chez les enfants

Depuis plus de deux ans, la pandémie de Covid-19 a mis en évidence une dégradation conjointe de la santé mentale chez les jeunes, les enfants et les adolescents, ainsi qu'une dégradation des structures de soins.

La pandémie de Covid-19 a révélé des effets à la fois directs et indirects sur la santé mentale des enfants et des adolescents :

⁹⁴. Ce thème est développé dans la troisième partie du rapport

⁹⁵. Direction de la Démocratie, des Citoyen-ne-s et des Territoires

⁹⁶. Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé à Paris

⁹⁷. Direction des Familles et de la Petite Enfance

⁹⁸. Les enjeux spécifiques liés à la lutte contre les inégalités sont traités dans la première sous partie du rapport, 1) lutter contre les inégalités dès le plus jeune âge.

⁹⁹. Centre d'Adaptation Psycho Pédagogique

¹⁰⁰. Eve Plenel, audition du 20 janvier 2022

- Les effets directs sont liés aux mesures sanitaires telles que les périodes de confinement. La maladie a aussi entraîné une crainte chez les jeunes quant à la santé de leurs parents et grands-parents. Le port du masque en revanche n'a pas constitué un problème chez les enfants, hormis dans les classes de CP, et dans celles liées à l'apprentissage de l'enseignement phonologique et à l'enseignement des capacités liées au langage.
- Les effets indirects se révèlent par une désorganisation sociale entraînant une libération des propos haineux et la multiplication d'actes violents, qui ont constitué un climat social difficile pour les jeunes.

Les différents confinements ont par ailleurs mis en avant un impact différencié selon divers critères. Certains enfants ont vécu cette période comme une parenthèse heureuse, d'autres au contraire beaucoup plus difficilement. Les études démontrent que les adolescents ont été beaucoup plus affectés que les enfants, et les filles plus que les garçons.

En 2021, une enquête réalisée dans les centres de PMI parisiens sur l'impact du premier confinement sur l'état de santé des enfants et des femmes enceintes a montré que parmi les personnes vivant en logement social, 40% rencontraient des difficultés pour obtenir des produits alimentaires, alors que pour l'ensemble de la population, ce chiffre n'était que de 15%. Suite au premier confinement, 30 % des familles ont déclaré que leurs enfants souffraient de troubles du sommeil.

Étude sur la santé mentale des adolescents de Notre avenir à tous

L'étude « Les adolescents face au monde, du mal-être à la détresse » de Notre avenir à tous, organisation fondée par Hélène Roques, réalisée par Ipsos en partenariat avec la chaire innovation et santé de l'Essec et la Fondation Jean-Jaurès, fait état d'un mal-être généralisé chez les 11 – 15 ans.

La solide méthodologie de l'enquête conforte la perception mise en lumière lors de la crise du COVID-19, selon laquelle les jeunes adolescents sont en difficulté sur le plan de la santé mentale. Cette étude présente des résultats édifiants : 1 jeune sur 4 se situe dans un état d'anxiété généralisée. Plus alarmant encore, 1 jeune sur 10 est envahi par des idées suicidaires. À ce constat, s'ajoute celui de la sous-estimation de l'état dépressif des adolescents. Une dissonance est observée entre leur mal-être relativement peu exprimé au travers de l'enquête, et ce, malgré la présence de symptômes cliniques de dépression. Corollaire de cette faible prise de conscience, les adolescents communiquent peu autour de ces problématiques que ce soit au sein du cercle proche ou des milieux de socialisation secondaire telle l'école. À cet égard, 71% des adolescents qui présentent des difficultés n'en ont pas parlé. Parmi eux, 45% justifient leur silence sur le sujet par l'insuffisance de la gravité de leurs difficultés. Il en résulte une « chronicisation » de ces problématiques pour près d'un quart des adolescents enquêtés.



2) Les défis du grand âge : faciliter une participation pleine et entière des séniors et prévenir la perte d'autonomie.

La crise du Covid-19 a revêtu un caractère particulièrement traumatisant pour les personnes âgées vivant à domicile ou en établissement de santé, mais aussi pour leurs proches et l'ensemble des personnels qui travaillent auprès de ces publics. Cette crise sanitaire a constitué des moments de suspension de libertés compte tenu des protocoles mis en place, en particulier dans les EHPAD. Ces événements mettent en lumière le besoin d'une coordination des acteurs, notamment à destinations des séniors isolés.

a) Le besoin de lien social des personnes âgées et la question de leur dépendance

Véronique LEVIEUX, adjointe à la Maire en charge des seniors et des solidarités entre les générations, a indiqué que *« l'essentiel, c'est véritablement de permettre aux gens, malgré l'avancée en âge et les vulnérabilités, de continuer à bénéficier d'un bien-être physique et, quand on interroge les gens, la première chose qui paraît vraiment essentielle, c'est la crainte de situation d'isolement, l'appauvrissement du lien social. »*¹⁰¹



© Guillaume Bontemps - Ville de Paris

Une tendance à restreindre la question de l'action en direction des publics âgés aux questions de dépendance et de perte d'autonomie a été constatée ces dernières années. Or, la majorité des personnes

¹⁰¹. Véronique LEVIEUX, audition du 7 avril 2022

âgées ne sont pas confrontées à des problèmes médicaux aigus. En revanche, la question du lien social se pose pour ces publics, qui sont confrontés à une mobilité difficile.

Pour les personnes âgées isolées, en situation de handicap ou éloignées des professionnels de santé, les situations se dégradent. Un comité de coordination de lutte contre l'isolement des seniors a donc été mis en place à l'initiative de Véronique LEVIEUX.



La crise liée à la pandémie de Covid-19 a eu un impact important sur les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. La gestion à domicile de ces personnes s'est faite dans des conditions difficiles, et malgré la présence de 20 centres d'accueil de jour sur le territoire parisien, ainsi que le développement des actions à domicile et des supports numériques, la situation globale s'est détériorée.

Selon Yannick LUCAS, directeur des affaires publiques de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), « Il est fondamental de ne pas réduire l'accompagnement du grand âge au problème des EHPAD » ¹⁰² Son équipe travaille en collaboration sur des missions IDRAD (dispositif renforcé d'accompagnement à domicile), plus communément connues sous le nom d'EHPAD à domicile. L'intention de ce dispositif est d'offrir des services qui accompagnent les individus en situation de dépendance tout en leur permettant de rester à leur domicile : « *On sait que l'accompagnement de la société du grand âge nécessitera des moyens supplémentaires. On parle depuis longtemps*

102. Yannick LUCAS, audition du 7 avril 2022

maintenant d'une loi Grand Âge, je pense que les mois et les années qui viennent nous amèneront à poursuivre cette réflexion du financement de l'accompagnement de la dépendance ».

b) Prévenir la perte d'autonomie

La Ville de Paris mène des actions au titre de la prévention qui sont portées par la conférence des financeurs, mise en oeuvre en application de la loi d'adaptation pour le vieillissement. À ce titre, de nombreux projets de prévention d'accès aux soins sont établis. Des ateliers sont également proposés par le PRIF¹⁰³, au titre de la prévention retraite, qui propose des actions aux seniors Parisiens. Agir sur le public âgé nécessite de prendre en compte des problèmes apparus antérieurement.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a connu une profonde évolution, passant du Code de l'Action Sociale et des Familles au Code de la Sécurité Sociale, en devenant une caisse de sécurité sociale à part entière. À la suite de la canicule de 2003, la conception de la CNSA était centrée sur la perte d'autonomie, qu'il s'agisse du handicap ou du vieillissement. Progressivement, son périmètre s'est élargi grâce à des conférences départementales des financeurs et l'angle de la prévention a été intégré. Il est en effet nécessaire d'intervenir très en amont et sur un spectre d'actions beaucoup plus large que la simple perte d'autonomie.

Les Français ont une espérance de vie située dans la fourchette haute des pays de l'OCDE, par contre, leur espérance de vie en bonne santé est nettement moins élevée. Des actions de prévention peuvent avoir des effets positifs sur le plan physique, et, menées dans un cadre collectif, elles peuvent être un moyen de créer du lien social.

De nombreuses expériences montrent que l'on peut identifier, grâce à l'analyse des données de santé, des situations de fragilité et de pré-fragilité, qui permettent d'orienter les actions de prévention. Celles-ci sont souvent trop généralistes, et s'adressent aux personnes qui en ont le moins besoin, alors que les publics qui le nécessitent ne reçoivent pas les messages. Il est essentiel de cibler les messages, ce que l'assurance maladie et les différents acteurs appellent « l'aller vers ».

c) L'accès aux soins des seniors

Avec le développement de la télémédecine, les diagnostics s'effectuent de plus en plus en distanciel. Mais les personnes âgées, qui sont souvent isolées, maîtrisent peu ou pas les outils numériques, comme les tablettes ou les téléphones intelligents, souvent trop complexes à manipuler. De plus, comme l'indique Marie-Françoise FUCHS¹⁰⁴, fondatrice et coprésidente du comité scientifique de l'association OLD'UP, les seniors ont besoin d'un contact humain : « *Je pense que c'est essentiel pour rassurer, pour prendre en compte la vie des très âgés, qu'il y ait une issue, un dialogue personnifié par quelqu'un qui peut vous aider à réfléchir, vous aider à trouver, vous mettre en relation avec la bonne personne, qui soit une vraie, un vivant, une personne, un homme, une femme qui va écouter ce que vous avez à dire, et qui travaille à essayer de débroussailler vers quoi, comment, indiquer, où aller, que faire ».*

¹⁰³. Prévention Retraite en Île-de-France

¹⁰⁴. Marie-Françoise FUCHS, audition du 7 avril 2022

Selon Dominique ARGOUD¹⁰⁵, sociologue, gérontologue et président du conseil scientifique de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), « *L'essentiel, c'est véritablement de permettre aux gens, malgré l'avancée en âge et les vulnérabilités, de continuer à bénéficier d'un bien-être physique et psychique* ». Pour cela, la question du lien social est primordiale, et celui-ci doit se créer très en amont, afin de détecter les inégalités et les vulnérabilités croissantes qui en résultent. Une des pistes consiste en la création de lieux qui permettent aux personnes âgées de se retrouver, de se voir proposer des activités intellectuelles, sportives avec des professionnels qui peuvent les accompagner.

Véronique LEVIEUX¹⁰⁶, adjointe à la Maire en charge des séniors et des solidarités entre les générations, indique que dans le cadre de la crise sanitaire, la transformation du fichier CHALEX en fichier REFLEX a permis l'inscription de près de 10 000 seniors, ce qui permet aux services de la Ville d'aller au contact et de s'assurer des besoins éventuels de ces populations assez isolées. Les séniors atteints de la maladie d'Alzheimer, que ce soit à domicile ou dans les EHPAD, bénéficient de la présence de 20 centres d'accueil de jours sur tout le territoire parisien.

Néanmoins, Yannick LUCAS¹⁰⁷, directeur des affaires publiques de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), rappelle que l'offre en EHPAD à Paris est moins élevée que dans d'autres régions, et que leur coût est plus onéreux. La FNMF travaille donc sur des dispositifs renforcés d'accompagnement à domicile, afin de pouvoir offrir des services qui permettent d'accompagner les personnes en situation de dépendance autant que de besoin tout en leur permettant de rester à domicile.

Par ailleurs, Stéphanie DRABER-BATAILLE¹⁰⁸, présidente du collectif Tenir ta main, constate que la crise sanitaire a entraîné de graves reculs éthiques, notamment en ce qui concerne les personnes âgées : des patients ont été maintenus dans un isolement total, sans que le moindre contact avec leurs proches ne soit possible, et des mourants sont partis seuls, sans personne pour les accompagner dans les derniers moments de leur vie. La rupture brutale de ces liens affectifs a entraîné des souffrances et des traumatismes à leurs familles, les précautions sanitaires générant une grande inhumanité. Le collectif Tenir ta main, qui a reçu près de 15 000 témoignages allant dans ce sens, a donc réclamé l'inscription dans la loi d'un droit de visite aux patients dans tous les établissements de santé, à tout moment de l'hospitalisation et quelles que soient les circonstances sanitaires. Cette proposition de loi a été votée à l'unanimité au Sénat contre l'avis du gouvernement.

Pour les personnes en fin de vie, il existe six unités de soins palliatifs à Paris, dont deux sont gérées par le service public. Quatre réseaux de santé interviennent également à domicile.

Idriss FAROTA-ROMEJKO¹⁰⁹, cadre de santé en unité de soins palliatifs au groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, situé dans le 12^e arrondissement de Paris, rappelle que des unités de soins palliatifs ont été obligées de fermer des lits, faute de médecins, car l'attractivité des métiers de la santé a beaucoup baissé, créant des déserts médicaux dans la capitale.

Pour Marie-Françoise FUCHS, « *il faut vraiment que la santé se dirige vers un accompagnement humain en même temps que l'accompagnement scientifique, médical [...] Je pense que c'est là que la Ville de Paris peut être pionnière dans ce domaine d'accompagnement relationnel qui manque tellement* ».

105. Dominique ARGOUD, audition du 7 avril 2022

106. Véronique LEVIEUX, audition du 7 avril 2022

107. Yannick LUCAS, audition du 7 avril 2022

108. Stéphanie DRABER-BATAILLE, audition du 10 mars 2022

109. Idriss FAROTA-ROMEJKO, audition du 7 avril 2022

L'existence de déserts médicaux sur le territoire parisien rend problématique l'accessibilité financière pour certaines de ces populations, car il y a à Paris une sur-représentation des médecins de secteur 2, c'est-à-dire habilités à facturer des dépassements d'honoraires avec une moyenne de dépassements plus élevée qu'ailleurs en France¹¹⁰. En moyenne, les dépassements d'horaires concernent environ 80% des médecins spécialistes à Paris. Le manque de médecins en secteur 1 sur le territoire parisien constitue une difficulté pour les seniors confrontés à des difficultés économiques. La présence des centres de santé de la Ville de Paris est importante mais ne pallie pas ce manque. L'enjeu pour ce public âgé est de bénéficier de médecins disponibles pour se rendre à leur domicile. Les seniors rencontrent également des difficultés pour se déplacer sur les lieux de rendez-vous médicaux : Le dispositif Paris en compagnie, créé à l'initiative de la Ville, met en relation des Parisiens bénévoles avec des seniors qui souhaitent être accompagnés dans leurs différentes démarches, dont 25 % représentent des accompagnements pour des visites médicales.

Jeanne SEBAN, directrice de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES), a rappelé que « la Ville intervient avec une politique vraiment très volontariste de ce point de vue en faveur des personnes âgées, par exemple, avec tout le travail que nous menons avec l'ARS au travers des Maisons des aînés et des aidants qui sont déployées sur le territoire parisien »¹¹¹

Par ailleurs, Marie-Françoise FUCHS, fondatrice et co-présidente du comité scientifique de l'association OLD'UP, a souligné l'augmentation continue de l'utilisation des moyens numériques utilisés dans la santé : « Dans notre association, quand on a commencé il y a une quinzaine d'années, 90 % des communications devaient se faire par courrier, 10 % des gens seulement avaient accès au digital. À l'heure actuelle, c'est l'inverse. »¹¹² Cette augmentation pose de nombreux problèmes : pour les seniors, il n'est pas toujours évident de prendre un rendez-vous sur ordinateur et de ne pas pouvoir s'exprimer à un individu physique. De plus, le système de santé devient complexe d'utilisation pour les publics les plus âgés, qui ne savent pas toujours vers quel interlocuteur se tourner : SOS médecins, le SAMU ou les urgences. L'exemple du réseau LogiVitae, qui s'occupe du maintien à domicile sur les 12^e, 19^e et 20^e arrondissements, peut constituer une des réponses à ce problème, deux personnes étant à l'écoute des appels en permanence dans ses locaux pour répondre aux questions des usagers.

Le vieillissement de la population entraîne des pathologies chroniques et des comorbidités. La Fondation Croix Saint-Simon est actuellement une des structures ayant acquis une expertise pour les soins palliatifs. Par ailleurs, les centres médico-sociaux et l'intervention à domicile apportent leur contribution. La Ville de Paris quant à elle, mène des actions avec son Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP), qui allie un service d'aide à domicile et un service infirmier à travers le Service Polyvalent d'Aides et de Soins à Domicile (SPASAD).



3) Aller vers les publics les plus exclus et les plus vulnérables

Outre les seniors, la crise sanitaire liée à la pandémie du Covid 19 a accru et mis en évidence la fragilité de certains publics exclus, plus vulnérables à la transmission du virus qui ont connu une mortalité plus importante.

¹¹⁰. Ce sujet est traité dans la première partie du rapport, dans la troisième sous-partie portant sur la médecine de ville.

¹¹¹. Jeanne SEBAN, audition du 3 février 2022

¹¹². Marie-Françoise FUCHS, audition du 7 avril 2022

Personnes handicapées

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) a recensé près de 130 000 personnes concernées sur Paris, mais Jacques GALVANI ¹¹³, adjoint à la Maire de Paris en charge de l'accessibilité universelle et des personnes en situation de handicap, rappelle que ce chiffre est inférieur à la réalité, beaucoup d'entre elles n'étant pas répertoriées. Pour faire face à la pandémie de Covid 19, la Ville de Paris a organisé des campagnes de dépistages systématiques, notamment dans les 43 foyers qui accueillent les personnes en situation de handicap : 1 000 résidents et 900 professionnels ont été dépistés, et des infirmières hygiénistes ont notamment été envoyées en renfort dans ces établissements. En ce qui concerne la vaccination, celle-ci a été proposée à l'ensemble des établissements parisiens accueillant des personnes en situation de handicap. Au total, près de 700 usagers et une centaine de professionnels ont bénéficié du vaccin Pfizer, grâce à des campagnes de vaccination en lien avec l'Agence Régionale de Santé. Jacques GALVANI rappelle que dès mars 2020, la Ville de Paris a réactivé la communication vers les personnes isolées qui sont inscrites dans les fichiers de la Ville de Paris, dans le fichier CHELEX qui est devenu le fichier REFLEX, destiné à l'origine à soutenir les personnes isolées pendant les canicules, et qui a pu être élargi aux personnes en situation de handicap.

Il indique néanmoins que seulement 36 % des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé ont recours à des soins dentaires et seulement 20 % à des soins de kinésithérapie : « *La question, c'est comment prendre en compte ce handicap dans la politique de santé, alors que les politiques publiques ne garantissent pas toujours aux patients concernés cet accès aux soins de droit commun. Il y a un problème d'information sur l'existence de praticiens formés* ». La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) a pour mission l'accueil, l'orientation et l'accompagnement des personnes handicapées. Elle instruit 45 000 à 55 000 dossiers par an, dont 63% sont des primo-demandes. Elle informe les bénéficiaires sur la prorogation de droit (les droits des personnes en situation de handicap sont prorogés sans que la personne n'ait à en formuler la demande), sur un meilleur accès au fonds de compensation (apport d'une aide financière pour la mise en place d'un projet de vie), ou sur le déploiement de la Prestation de Compensation du Handicap parentalité qui permet de faciliter l'exercice de la parentalité. En outre, une convention a été signée avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour développer l'accès aux droits et aux soins. Pour Myriam BOUALI¹¹⁴, directrice de la MDPH, celle-ci est « *un guichet d'accueil et d'accompagnement, mais également un lieu d'accès à la citoyenneté et un centre ressource* ».

Les victimes de violences conjugales et sexuelles

Dans son rapport de 2018, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes regrette des violences obstétricales et gynécologiques trop fréquentes en France. Ces violences sont le non-respect de la loi Kouchner de 2002 sur le consentement libre et éclairé. Les patientes en cabinet gynécologique ou en maternité sont extrêmement vulnérables : le collectif Stop aux violences obstétricales et gynécologiques reçoit en moyenne 200 témoignages de ces violences chaque mois, que ce soit des non prises en compte des choix et du respect du consentement, ou des mauvaises pratiques médicales. Dans ces témoignages, selon Sonia BISCH¹¹⁵, sa fondatrice et porte-parole, « *on a l'impression parfois qu'il y a comme une zone de non-droit dans les cabinets gynécologiques et les maternités françaises* ».

¹¹³. Jacques GALVANI, audition du 7 avril 2022

¹¹⁴. Visite du 6 avril 2022

¹¹⁵. Sonia BISCH, audition du 14 avril 2022

Elle cite à titre d'exemple le cas d'un gynécologue du Val-d'Oise qui est visé par plus de 130 plaintes pénales pour agressions sexuelles et viols qui n'a pas été suspendu pendant les 9 mois d'enquête, et qu'entretemps, 17 nouvelles victimes ont porté plainte pour viol. Selon une enquête récente de l'IFOP, 60 % des femmes ont déjà renoncé à des soins en gynécologie et en obstétrique en raison d'une défiance envers le médical de plus en plus grande.

La Maison des Femmes de Saint-Denis¹¹⁶, située en annexe de l'hôpital Delafontaine, accueille les femmes victimes de violences conjugales et de mutilations sexuelles. Elles sont prises en charge par une équipe de professionnels composée de médecins, de sages-femmes, de psychologues et de psychiatres. Un parcours personnalisé leur est proposé, avec des rendez-vous de suivi avec des psychologues, des sexologues, des conseillers en économie sociale et familiales ou des assistantes sociales. Les usagères ont également accès à la contraception et aux Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) et ont la possibilité de porter plainte grâce à une permanence policière. Elles peuvent bénéficier en outre de soins de kinésithérapie et d'ostéopathie. Les victimes de mutilations sexuelles peuvent se voir proposer une opération de chirurgie réparatrice si cela est possible. En 2021, la Maison des Femmes a reçu plus de 2 000 victimes de violences. En tout, près de 14 000 rendez-vous ont lieu par an. Actuellement existent une quinzaine de Maisons de Femmes, dans toute la France, qui adaptent leurs choix de parcours à la sociologie de la région.

Les victimes de psycho-traumatismes

Dans les années 2000, d'importantes études épidémiologiques ont été effectuées sur les victimes de violence. Elles démontrent que ces violences sont le premier facteur de risque de mort précoce, de suicide, de conduites addictives et de conduites à risques, entraînant en outre des conséquences sur la santé au niveau cardiovasculaire.

Selon le Docteur Muriel SALMONA¹¹⁷, psychiatre spécialiste du psycho-trauma, les médecins ne sont pas ou peu formés à la psycho-traumatologie. Or, si les victimes de psycho-trauma sont identifiées, si des dépistages systématiques sont effectués, si ces victimes sont prises en charge rapidement, cela permet d'éviter ces facteurs de risque.

Le Docteur SALMONA a précisé : « on va se retrouver avec une explosion de problèmes de santé mentale, des problèmes d'addiction, de précarité et de violences, puisque le premier facteur de risque est de subir des violences et d'en avoir déjà subi. Le premier facteur de risque d'en commettre, c'est d'en avoir subi s'il n'y a pas eu de protection, de soin ». L'association Mémoire traumatique et victimologie qu'elle préside recueille de très nombreux témoignages qui indiquent que les victimes mettent en moyenne 12 ou 13 ans pour trouver un professionnel de santé qui s'intéresse à leur problématique : dans près de 80 % des cas, la plupart des médecins ne font pas le lien entre les symptômes des personnes, leurs problèmes d'addictions et les violences qu'ils ont subies. Le docteur SALMONA plaide pour un meilleur soutien des professionnels de santé qui ont besoin de travailler en réseau.

¹¹⁶. Visite du 25 mai 2022

¹¹⁷. Docteur Muriel SALMONA, audition du 21 avril 2022

Les mineurs non accompagnés

Depuis la crise migratoire de 2015, de nombreux mineurs non accompagnés se sont retrouvés livrés à eux-mêmes sur le territoire national, notamment sur Paris. En 2020, lors du premier confinement lié à la pandémie de COVID-19, aucune mesure de mise à l'abri d'urgence n'a été prévue pour ces mineurs.

Le centre d'accueil des mineurs non accompagnés de l'ONG Médecins Sans Frontières¹¹⁸, situé à Pantin, est le seul centre d'accueil de jour en Île-de-France à destination de ce public. En 2021, 911 jeunes ont bénéficié d'un suivi. Ils sont issus majoritairement d'Afrique subsaharienne (Mali, Guinée, Côte d'Ivoire), mais également d'Algérie, de Gambie, d'Afghanistan et du Sénégal. 98% des MNA sont des jeunes hommes, même si le nombre de jeunes femmes tend à augmenter.

Les membres de l'accueil constatent chez ces jeunes des troubles réactionnels à la précarité, qui se traduisent par des symptômes de troubles du sommeil et de la concentration, un épuisement physique et psychique et des idées suicidaires. 37% développent des troubles psycho-traumatiques et 12% des dépressions. De plus, un certain nombre d'entre eux sont victimes de maladies infectieuses telles que l'hépatite B, la tuberculose, et dans une moindre mesure, le VIH.

Au sortir du premier confinement, et afin de rendre la situation de ces jeunes à nouveau visible, l'ONG Médecins Sans Frontières a organisé un camp, au square Jules Ferry. Face à la mobilisation des jeunes et des associations, la Ville de Paris a accepté d'ouvrir un centre d'hébergement d'urgence dans le 15^e arrondissement, le CHU Émile Zola, doté de 40 places. Bien qu'ils aient salué cette initiative, les responsables du centre estiment qu'il est nécessaire d'augmenter la capacité d'accueil de ce centre, largement sous doté au vu du nombre de jeunes qui se présentent.

Ils indiquent également que les obstacles à la prise en charge sont nombreux : l'absence de représentant légal pose de nombreux problèmes de consentement pour les soins médicaux, ceux-ci nécessitant l'accord parental. Un effort important doit être fait selon eux pour mieux informer les personnels de soin, car il existe de nombreuses exceptions juridiques à l'accord parental. L'absence de couverture sociale est également un problème important, ainsi que l'interprétariat. Il n'y a pas de continuité dans le parcours de soin, et l'absence de domicile fixe et d'accompagnement social renforce la difficulté d'accès aux soins.

Olivier ROQUAIN¹¹⁹, chef du service Politique de la ville à la Direction de la Démocratie, des Citoyen·ne·s et des Territoires, rappelle que la Ville de Paris bénéficie d'un partenariat avec les bailleurs sociaux et d'un maillage associatif territorial très dense, ce qui permet de repérer et d'accompagner un certain nombre de populations parmi les plus vulnérables. Ceci permet un niveau de présence effective important au sein des Quartiers Politique de la ville. Le Service d'Aide Sociale à l'Enfance mène également une action significative en la matière.

¹¹⁸. Visite du 30 mars 2022

¹¹⁹. Olivier ROQUAIN, audition du 31 mars 2022

4) La prise en compte des addictions présentes sur le territoire parisien

Les addictions sont l'une des problématiques les plus difficiles et les plus durables à laquelle les politiques publiques sont confrontées, en particulier s'agissant du crack.

a) Les dispositifs publics existants et les difficultés rencontrées

L'une des principales difficultés est la sous-information et la sous-estimation des risques dans le public, particulièrement concernant l'alcool dont la consommation est banalisée et qui représente en France un secteur économique important. Le docteur William LOWENSTEIN¹²⁰, médecin spécialiste en addictologie, président - fondateur de SOS Addictions, souligne ainsi : il y a « *sous-information sanitaire et manque de considération humaine sur les addictions, sous-estimation, parfois hallucinante, des méfaits liés aux addictions. Si on ne prend que les conséquences de l'alcool et du tabac depuis le début de ce XXI^e siècle, plus de deux millions de décès sont liés à l'usage de ces deux drogues légales en 20 ans [en France]... morts auxquelles il faut ajouter tous les méfaits et dommages liés à la dégradation des conditions sociales, notamment avec l'alcool. Ce qui impose de rappeler les violences aussi bien sur les femmes que les enfants liées aux alcoolisations excessives. ... Nous ne savons plus, nous n'avons pas su trouver les mots pour nous faire entendre* ».

L'alcool présente un risque particulièrement élevé pour certaines populations vulnérables. Bernard BASSET¹²¹, Président d'Addictions France, s'indigne : « *L'alcool est un neurotoxique. Sur un cerveau jeune, les effets sont plus importants... Doit-on tolérer de la publicité sur les alcools autour des écoles, aux arrêts de bus qui amènent les collégiens, les élèves, devant leur établissement scolaire ?* ».

Concernant les addictions et les drogues, les dispositifs principaux déployés à Paris sont les suivants :

- 6 Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CAA),
- 8 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) assurent dans la Capitale un accueil collectif et individuel, un soutien aux usagers dans l'accès aux soins et aux droits, une mise à disposition de matériel de prévention des infections.
- Une trentaine de Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et assimilés, assurent un accueil mais aussi des soins et un accompagnement destinés aux personnes, mineures ou majeures. Les soins peuvent être ambulatoires ou résidentiels, dans un cadre individuel ou collectif.
- Une Halte soins addictions (HSA) qui succède à la salle de consommation à moindre risque et a pour triple mission : le soin, la consommation incluant la réduction des risques et l'accompagnement médico psycho-social. Il existe une structure de ce type à l'Hôpital Lariboisière (Paris 10^e) et une autre située à Strasbourg.

¹²⁰. Audition par la MIE Santé le 21 avril 2022.

¹²¹. Audition par la MIE Santé le 21 avril 2022.

La Halte Soins Addictions (10ème)

La Halte Soins Addictions, dispositif qui succède à la Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR), a ouvert ses portes en 2016. Elle est gérée par l'association Gaïa et est intégrée aux locaux de l'Hôpital Lariboisière. Les lieux de consommation de stupéfiants étant concentrés dans le nord-est parisien, le choix de l'implantation dans le 10e arrondissement correspond à la volonté d'être à proximité de ces lieux de consommation et d'attirer les usagers, afin qu'ils ne se droguent pas dans l'espace public. Elle offre des conditions sanitaires nécessaires pour une consommation à moindre risque et crée un lien avec l'utilisateur. La salle est ouverte de 8h30 à 20h30, sept jours sur sept. Elle propose une consommation sur place ou un échange de seringues.

Les nouveaux arrivants participent d'abord à un court entretien, afin d'appréhender leur type de consommation et leur parcours de vie. Ils signent un contrat dans lequel ils s'engagent à respecter le règlement intérieur. Le dispositif est anonyme, l'utilisateur donne un pseudonyme et une date de naissance, permettant d'opérer un suivi tout en préservant son anonymat. Il est également examiné par des infirmières pour déterminer s'il est sédaté ou en état de manque.

La salle de consommation est composée de 12 postes, individuels ou collectifs. Aucun membre de l'équipe n'injecte de produit à l'utilisateur. C'est à lui de s'injecter tout seul, à moins d'être aidé lorsqu'il vient en « couple injecteur » à condition qu'il y ait accord de l'équipe. Néanmoins, le personnel peut donner des conseils à l'utilisateur pour qu'il transforme son geste et s'injecte en sécurité. Les conditions sanitaires sont strictes et l'utilisateur doit suivre un protocole rigoureux. Le temps de passage dans la salle de consommation est de vingt minutes maximum. Les usagers peuvent ensuite rejoindre une salle de repos, où ils disposent de jeux et de livres. L'équipe souhaite mettre en place des cours de français. La salle de repos permet de discuter avec les usagers, de les solliciter sur des questions de santé et sur un accompagnement social que l'équipe met en place pour la majorité d'entre eux. Les usagers suivent un circuit précis, et ne ressortent pas par l'accueil, afin d'éviter de se croiser. Certains usagers peuvent être eux-mêmes formés aux gestes de réduction des risques pour autrui.

D'une manière générale, le Dr LOWENSTEIN¹²² souligne le déficit de coordination des politiques conduites : « Je ne comprends pas comment on a pu laisser démolir les réseaux installés du temps du VIH-SIDA. Surtout à Paris, jadis exemplaire sur ce sujet transdisciplinaire... S'il n'y a pas de coordination et de réseau, s'il n'y a pas, ensemble, du médical, du social, de l'addictologie, des lits de cure, de postcure, vous voyez bien que personne ou presque ne va s'en sortir. Seule certitude : les débats, les incompréhensions, les souffrances et les nuisances vont se prolonger. Ces réseaux s'imposent bien au-delà du crack : pensons aux personnes SDF, tuberculeux, alcoolo-dépendants... ».

122. Visite du 25 mai 2022



© Henri Garat - Ville de Paris

Il regrette l'absence d' « un organisme spécifique local, clairement identifié, clairement directeur pour les addictions. Les addictions sont un problème mondial, mais avec un paradoxe, souligné par ces 50 dernières années : les meilleures solutions sont locales. Les municipalités sont capables de mettre en œuvre des solutions pratiques, à condition qu'il y ait une coordination et une direction clairement identifiée. Je pose la question de savoir si la mission que vous menez peut déboucher sur un comité de coordination parisien sur le sujet des addictions. ».

Par ailleurs, des addictologues demandent la mise en place d'un service d'Urgences addictologiques. Le Dr LOWENSTEIN¹²³ indique le type de situations auxquelles il pourrait répondre : « Une mère face à une bouffée délirante aiguë de son fils après un abus de cannabis ; un partenaire devenu paranoïaque sous cocaïne ou produits de chemsex ; une situation de grande précarité et multirisques due au crack ; un état de manque à l'héroïne ou aux médicaments opioïdes ; une alcoolisation excessive avec perte de contrôle et violence ; etc. »

« Les centres spécialisés ou CSAPA, sont ouverts du lundi au vendredi jusque vers 18h/19h, reçoivent rarement en urgence, encore moins le week-end, qui sont les jours les plus exposés. (...) Le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA) de Paris ne peut pas tout faire et les services psychiatriques disent : « c'est de l'addictologie, pas de la psychiatrie ! » (...) Les urgences peuvent , fonctionner sur le mode d'un CPOA, par exemple ou sous forme de grande garde parisienne, francilienne, comme par exemple pour la neurochirurgie ou l'ophtalmologie ».

123. Docteur LOWENSTEIN, audition du 21 avril 2022

Concernant le traitement des addictions dans un cadre professionnel, M. Lionel BARRA¹²⁴, Consultant formateur en prévention et soin des addictions, explique que des contrats d'accompagnement peuvent être mis en place : « *On essaye de s'occuper des cas cliniques et de les amener au maintien dans leur emploi, et au soin qui peut être du soin spécifique, mais aussi à la réduction des risques. Nous n'avons pas seulement affaire à des « consommateurs pathos », nous avons également affaire à des consommateurs qui sont juste en mésusage de produits... J'essaie non pas de les sauver, parce qu'on ne les sauve pas, mais de participer à leur prise de conscience* ».

b) Le cas du crack

La difficulté du traitement de cette dépendance est illustrée par la situation du square Forceval, au carrefour du 19^e arrondissement, de Pantin et d'Aubervilliers, où sont regroupés plusieurs centaines de consommateurs de crack depuis septembre 2021.

Concernant la consommation de crack et de drogues illicites, une salle de consommation à moindre risque (SCMR) a été ouverte à l'hôpital Lariboisière en 2016, devenue halte soin addictions (HSA) en septembre 2021.

Une convention a été signée avec l'hôpital Lariboisière pour encadrer l'occupation des locaux et organiser un partenariat avec plusieurs services de l'hôpital, dont la réanimation. Ce dernier service assure des visites de la salle et forme les intervenants aux gestes de premier secours. Par ailleurs, toutes les nouvelles équipes de soignants viennent visiter au moins une fois le local.

Il faut souligner que depuis l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale d'octobre 2021, le dispositif de consommation à moindre risque peut également être mis en place par un CSAPA, un CAARUD ou une unité mobile.

Une étude de l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives (OFDT) menée en partenariat avec l'INSERM¹²⁵ a fait émerger une demande majeure des usagers : l'extraction rapide de l'espace où ils vivent et l'accompagnement en vue d'un arrêt rapide de la consommation du produit, conditions sans lesquelles toute tentative de « s'en sortir » leur paraît vouée à l'échec.

Le crack fait l'objet d'une politique nationale déployée en Île-de-France par l'Agence régionale de santé. Dans ce cadre, un plan crack a été signé le 27 mai 2019 avec l'ensemble des partenaires¹²⁶ compétents dont la Ville de Paris. Il affiche 4 objectifs principaux :

- accompagner les usagers pour réduire les risques et favoriser les parcours de soin,
- renforcer les capacités d'hébergement et d'espaces de repos,
- intervenir dans l'espace public à destination tant des usagers que des habitants,
- améliorer la connaissance des publics concernés.

Il prévoit 33 actions concrètes comme par exemple le renforcement des maraudes médico-sociales; l'accompagnement et la prise en charge médico-sociale des usagers de drogues en errance avec l'utilisation d'un bus de premier Accueil Santé Social ; le renforcement des places de mise à l'abri à l'hôtel (dispositif ASSORE) ; le renforcement du suivi des injonctions thérapeutiques par des psychologues ; l'ouverture de places en Unités d'hébergement spécialisées (UHS) ; la mise en place d'une offre de soin et d'hébergement médicalisé (Lits d'Accueil Médicalisé et Lits Halte Soins Santé LAM/LHSS) orienté sur

¹²⁴. Audition par la MIE Santé le 21 avril 2022.

¹²⁵. État des lieux OFDT / INSERM janvier 2021.

¹²⁶. Préfecture d'Île-de-France et de Paris, Préfecture de police, Parquet de Paris, Ville de Paris, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Les CPTS pourraient être incluses dans le réseau de partenaires. Il existe également une mission métropolitaine de prévention des conduites à risque.

les addictions ; et enfin, la contribution au financement de l'étude INSERM/OFDT sur la situation liée au crack à Paris.

L'état des lieux INSERM/OFDT confirme l'intérêt de ces actions. Il souligne également l'importance de l'insertion sociale, relationnelle, professionnelle des consommateurs de drogues et cite en exemple les activités d'insertion de type Labo Fabrik, Tapaj et les dispositifs Premières Heures. Il recommande d'associer plus étroitement les habitants à la politique menée et de mettre en place des espaces de discussion. Il suggère enfin des relations régulières entre la police et les associations de réduction des risques et d'éviter les évacuations non concertées qui dispersent le phénomène sans trouver de réponse satisfaisante tant pour les usagers que pour les riverains.

Deux espaces de repos ont été ouverts en 2019 : l'espace La Porte de la Chapelle et le CSAPA Sleep In (18e). L'espace de la Porte de la Chapelle devra déménager en 2023 en raison de travaux liés à l'organisation des Jeux Olympiques et un lieu adéquat de remplacement est recherché.

Récemment, le projet de création d'un centre de soins pour toxicomanes dans l'ancien hôpital Chardon-Lagache (16^e) a été suspendu par le Ministère de la Santé, ce qui est vivement regretté par des professionnels du secteur.

Ce qui paraît important aujourd'hui est la mise en oeuvre effective de ce plan signé par l'ensemble des partenaires avec les moyens appropriés.

5) - La santé communautaire : l'exemple de Vers Paris sans Sida

Une action de santé est « communautaire », selon la Charte de promotion des pratiques de santé communautaire de l'Institut Théophraste Renaudot¹²⁷ « lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane d'experts ou non, internes ou non à la communauté (l'ensemble d'une population d'un quartier, d'une ville, d'un village, des groupes réunis pour un intérêt commun, une situation problématique commune) ».

Bernard PISSARRO, administrateur de cet Institut, a indiqué lors de son audition : « Les actions dites communautaires permettent à une population d'acquérir un savoir et un savoir-faire pour s'organiser et agir ensemble. C'est une démarche partenariale qui permet aux habitants d'occuper une place centrale dans les échanges entre professionnels et non professionnels »¹²⁸. La place de l'individu n'est donc plus appréhendée dans le cadre du système de soins seulement mais du système de santé en général.

Bernard PISSARRO a rappelé que ce concept est né aux États-Unis avec « la Community health qui était une organisation de la santé au niveau de la collectivité territoriale ». Avec « une traduction plus littérale, on aurait dit plutôt santé communale. Mais, c'est le terme communautaire qui s'est développé et qui a été utilisé de façon internationale » a précisé l'ancien professeur de santé publique en soulignant : « On est loin d'être dans le communautarisme. On est bien dans la communauté, ce qui est bien différent ».

¹²⁷. Fondé en 1981, par un groupe de médecins exerçant en centres de santé, ou cadres de santé de collectivités territoriales, l'Institut Renaudot est né du besoin de formation et d'échange des personnels des centres de santé, du besoin de plaider pour les soins de santé primaires et pour la promotion de la santé. Dans les années 1990, l'Institut Renaudot a orienté son travail vers la promotion des pratiques de santé communautaire.

¹²⁸. Audition de Bernard PISSARRO, ancien professeur de santé publique, administrateur de l'Institut Renaudot par la mission, le 10 mars 2022

Avec les démarches de santé communautaire, l'idée est de partir des compétences et des capacités des habitants a affirmé quant à elle Eve PLENEL¹²⁹. L'approche a fait ses preuves mais « *la France reste en retard, que ce soit sur la question des usages de drogues, que ce soit en termes d'aller vers les populations éloignées du soin ou les plus touchées par une maladie* » note Anne SOUYRIS¹³⁰.

En matière de lutte contre le VIH, elle a indiqué que la stratégie Paris sans sida était principalement axée sur la santé communautaire. Au-delà de l'objectif consistant à faciliter l'accès au diagnostic de manière extrêmement large à toute la population, Anne SOUYRIS a mis en exergue une deuxième préoccupation essentielle : l'aller vers les populations les plus touchées par le VIH.

Portée par la Ville de Paris avec ONUSIDA, la déclaration de Paris signée le 1er décembre 2014 engage les grandes cités du monde à atteindre dès 2020 l'objectif dit 90 – 90 – 90 afin que 90% des personnes séropositives connaissent leur statut sérologique, que 90% des personnes qui connaissent leur séropositivité reçoivent des traitements antirétroviraux et que 90 % des personnes sous traitements antirétroviraux aient une charge virale indétectable, pour aller vers l'extinction de la transmission du VIH à l'horizon 2030.



© Josephine Brueder - Ville de Paris

¹²⁹. Audition du 20 janvier 2022

¹³⁰. Audition du 20 janvier 2022

Si les deux derniers objectifs de 90% étaient déjà atteints en France, au moment de la signature, le dépistage des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) devait être amélioré, d'où l'intérêt d'élargir les modes et les actions de dépistage notamment en direction des populations les plus touchées.

C'est pourquoi, en mai 2015, la Maire de Paris a missionné l'épidémiologiste France LERT pour élaborer des stratégies opérationnelles en s'attachant aux enjeux propres à chacune des populations les plus particulièrement concernées.

En février 2016, celle-ci lui a remis un rapport intitulé **Vers Paris sans sida**¹³² dans lequel était rappelée la situation épidémiologique en matière de VIH à Paris : une épidémie importante¹³³ (cinq fois plus élevée que la moyenne française¹³⁴, plus de 2 fois plus élevée que l'Île-de-France et près de 10 fois plus élevée que la métropole hors Île-de-France ; une épidémie concentrée au sein de la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (52,5%) et des populations migrantes contaminées par voie hétérosexuelle (38,3%) principalement d'Afrique Sub-Saharienne ; une épidémie concentrée au plan géographique¹³⁵ dans les quartiers centraux (1^{er} à 4^e arrondissements) et dans le Nord Est (10,11, 18, 19 et 20^{es} arrondissements) mais aussi dans le 13^e¹³⁶ ; une épidémie à la hausse parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ; une épidémie non repérée précocement avec un diagnostic trop tardif de l'infection empêchant l'effet protecteur du traitement sur la transmission de jouer pleinement.

Avec sa stratégie Vers Paris sans sida, adoptée début 2016, « Paris a remobilisé les acteurs de la lutte contre l'épidémie pour augmenter la couverture du dépistage du VIH, faire connaître les nouveaux outils de la prévention diversifiée notamment la PrEP¹³⁷ et promouvoir une approche inclusive des sexualités et des populations les plus touchées » indique la Maire de Paris dans sa communication sur la santé présentée au Conseil de Paris en novembre 2019¹³⁸.

La stratégie Paris sans sida vise à adapter les moyens d'action proposés aux différents groupes exposés, à leur épidémiologie et à leurs modes de vie sous la forme de cinq programmes populationnels en direction des personnes vivant avec le VIH, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), des populations migrantes, des personnes Trans et des prostitué.e.s.

Cette stratégie est mise en œuvre par l'association éponyme créée, en septembre 2016, à l'initiative de la Ville de Paris et de personnalités engagées. Cette association collecte des fonds publics et privés afin de financer toute action de terrain et de communication permettant l'information des Parisien.ne.s, la promotion d'une approche inclusive des population particulièrement exposées au VIH, l'accès au dépistage, aux divers modes de protection, aux soins, aux traitements et aux droits en privilégiant les dispositifs de santé communautaires visant les populations les plus touchées par l'épidémie de VIH-SIDA.

En 2018, à Paris, la surveillance épidémiologique a mis en évidence une baisse de 16 % des nouveaux diagnostics d'infection VIH par rapport à 2013. La crise du Covid-19 a notamment généré de multiples obstacles au dépistage.

¹³². Vers Paris sans SIDA - 1er février 2016 – proposition pour atteindre l'objectif des 3 X90 en 2020 et la fin de la transmissions du VIH en 2030 à Paris – France LERT, épidémiologiste

¹³³. Les cas parisiens représentent un cinquième du chiffre France entière pour un peu plus de 3% de la population

¹³⁴. En 2014, 585 découvertes de séropositivité par million pour 100 pour la France entière

¹³⁵. Les données de l'assurance maladie indiquaient qu'à Paris vivaient avec une affection longue durée (ALD) VIH en 2013 au moins 17 501 personnes (3 586 femmes et 13 915 hommes)

¹³⁶. S. Halfen . Évolutions récentes du VIH dans les populations et les territoires franciliens. Bulletin de Santé. Épidémiologie en Île-de-France, ORS – IDF, 2015, 22

¹³⁷. PrEP (abrégé de l'anglais pre-exposure prophylaxis) : La prophylaxie pré-exposition est un traitement médicamenteux - combinaison de deux antirétroviraux tenofovir/emtricitabine - qui empêche l'infection par le virus du sida chez des personnes séronégatives.

¹³⁸. 2019 DASES 321 - Communication sur la politique parisienne de santé.- Conseil de Paris Séance des 12, 14 et 15 novembre 2019.

D) Permettre aux citoyennes et citoyens/ usagères et usagers d'être pleinement actrices et acteurs de leur santé

Au-delà des actions spécifiques conduites dans le cadre d'une démarche communautaire, la démocratie sanitaire vise à associer l'ensemble des acteurs de santé pour élaborer et mettre en oeuvre la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Elle se traduit par la création d'instances de concertation dans lesquelles l'ensemble des acteurs du champ de la santé sont représentés. Cette approche est consacrée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et développée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

1) Le développement de la démocratie sanitaire et la prise en compte de « l'expérience patient »

Comme le souligne l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, la démocratie sanitaire se traduit par la reconnaissance des droits des usagers du système de santé. Cette notion implique une participation active des usagers à l'élaboration de politiques de santé ainsi qu'à l'élaboration du système de santé. Faire vivre la démocratie sanitaire nécessite d'intervenir à tous les niveaux pour développer la concertation et le débat public, accroître la participation des acteurs de santé, dont les usagers, et promouvoir leurs droits individuels et collectifs.

Anne SOUYRIS¹³⁹, précise que la démocratie sanitaire se traduit concrètement par le souci de « *faire en sorte que les citoyens, les associations, les conseils de quartier puissent avoir plus de poids pour faire remonter des problématiques* ». Les conseils et les mairies d'arrondissement jouent également un rôle important pour définir des politiques de santé qui répondent aux enjeux locaux. À titre d'exemple, la Ville de Paris a mis en place un comité consultatif Covid-19 doté d'un collège scientifique, social et économique, qui émet des recommandations à destination de l'exécutif parisien, afin de lui permettre de mettre en oeuvre des actions en adéquation avec les souhaits du public et des usagers.

La prise en compte de l'expérience patient est une des composantes de la démocratie sanitaire : elle est constituée de l'ensemble des interactions et des situations vécues par une personne ou son entourage au cours de son parcours de santé. Ces interactions sont façonnées à la fois par l'histoire de vie de la personne concernée, mais aussi par l'organisation de ce parcours.

Amah KOUEVI¹⁴⁰, directeur de l'Institut Français de l'Expérience Patient (IFEP) a précisé à la mission : « *Parler de l'expérience patient, c'est s'intéresser à ce que vivent les usagers du système de santé.* »

¹³⁹. Anne SOUYRIS, audition du 20 janvier 2022
¹⁴⁰. Amah KOUEVI, audition du 14 avril 2022

Quand on est vulnérable, confronté à la maladie, il y a de manière inhérente le sujet de l'angoisse, l'angoisse de l'hospitalisation, l'angoisse de la prise en charge, l'angoisse de vivre à domicile avec une maladie chronique qui se font jour ». Pour cela, « Les patients atteints de maladies chroniques attendent des personnels soignants qu'ils soient des accompagnateurs ».

L'IFEP mène quatre types d'actions afin de réduire cette angoisse :

- Développer des connaissances générales sur l'expérience patient, afin d'aborder le degré d'appropriation de cet enjeu chez les professionnels de santé, et de mesurer l'évolution des attentes chez les usagers eux-mêmes ;
- Convaincre et mobiliser les personnels de santé, quels que soient leur mode d'exercice,
- Accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux qui veulent se lancer dans ce type de démarches,
- Faire participer les patients, leurs représentants et leurs proches.

C'est dans cette perspective que sont développés des programmes de formation et d'action qui visent à expliquer et préciser les attitudes que les professionnels de santé doivent adopter dans leur rapport au patient. Ils sont entraînés à recueillir et analyser le récit et le vécu des patients afin de créer des programmes d'actions concrètes, portant sur l'amélioration de l'accueil des patients dans les structures de santé, la fluidité de leur prise en charge, et le type d'informations qui leur sont apportées.

La participation des patients permet en outre d'encourager les usagers et leurs proches à partager leur expérience. Les patients sont ainsi replacés au cœur du système de soin.

Pour mesurer concrètement l'impact de ces actions, une enquête annuelle est réalisée par l'institut. Celle-ci fait apparaître que les professionnels de santé estiment qu'ils tiennent compte de l'expérience patient à 75 %, alors que les patients estiment que leur vécu est pris en compte à 57 %.

La majorité des Français considère que l'expérience des usagers constitue une véritable expertise et un atout pour l'amélioration de l'organisation des prises en charge et des pratiques des professionnels « l'expérience patient est une vision nouvelle de la démocratie en santé, elle constitue une véritable évolution dans la façon d'aborder le système de soins ».

Amah KOUEVI suggère donc que les collectivités territoriales jouent un rôle dans ce recueil d'expériences, en accompagnant les citoyens dans leur parcours de santé, en lien avec l'ARS, et en encourageant la participation citoyenne, par exemple au niveau des conseils de quartier. La collecte des témoignages de patients, au travers d'un service en ligne, pourrait aussi être organisée par la Ville de Paris.

Des dispositifs équivalents existent déjà au Québec, où des patients partenaires travaillent en lien étroit avec les équipes de santé. Dans certaines unités, des patients ayant subi auparavant des interventions assez lourdes épaulent, soutiennent et conseillent d'autres patients qui vont subir ce même type d'intervention.

Amah KOUEVI estime que « l'expérience patient est une vision nouvelle de la démocratie en santé, elle constitue une véritable évolution dans la façon d'aborder le système de soins ».

La démocratie sanitaire est cependant parfois imparfaitement mise en oeuvre. Ainsi, s'agissant des personnes âgées, Véronique LEVIEUX¹⁴¹, adjointe à la Maire de Paris en charge des seniors et des

¹⁴¹. Véronique LEVIEUX, audition du 7 avril 2022

solidarités entre les générations, a pointé un défaut de démocratie sanitaire durant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 : « *La parole des aînés, y compris dans les établissements, la parole de leurs proches doit être un sujet mieux pris en compte, pas uniquement pour faire remonter des problématiques ou des accidents, mais pour avoir un cadre d'échanges* ». Elle a souhaité que tous les EHPAD du CASVP soient ouverts aux élus d'arrondissement.

Dans le même sens, François EMERY¹⁴², chargé de plaider à Act-Up Paris, regrette que les caisses primaires d'assurance maladie informent peu les usagers sur leurs droits : suite à une enquête de terrain réalisée auprès de personnes demandant l'Aide Médicale de l'État (AME), il a été constaté que la plupart des personnes ont une connaissance de l'aide médicale d'État, mais de manière communautaire et intrafamiliale, et non pas grâce au site de la CPAM ou à ses agents. Selon lui, « *Cela interroge énormément par rapport à la démocratie sanitaire, par rapport à la transparence de l'administration et par rapport à notre capacité d'accompagner les publics, par rapport au respect de la règle du jeu avec les personnes qui ont en charge de mettre en oeuvre les lois* ».

Par ailleurs, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) se fixe pour objectif dans son projet de service de mieux prendre en compte la parole des usagers afin de faciliter leur parcours et les informer sur leurs droits, comme celui d'un meilleur accès au fond de compensation, la prorogation des droits ou du déploiement de la Prestation de Compensation du Handicap. Il est également prévu, en coordination avec le Ministère de l'Éducation Nationale, de faire participer les élèves en situation de handicap au comité départemental de l'école inclusive. De plus, des associations d'usagers peuvent assister à la commission exécutive de la MDPH, qui leur présente deux fois par an le bilan d'activités.

La démocratie sanitaire permet en outre de développer des actions préventives. Suite à la pandémie de Covid-19, le système de santé, basé sur le tout curatif, s'est tourné vers la prévention. La crise sanitaire a mis en lumière les problèmes de surpoids et d'obésité des enfants, qui sont un facteur aggravant dans le traitement de la maladie. Le système de santé, jusqu'alors basé sur le tout curatif, se tourne vers la prévention¹⁴³. Le thème est traité dans la partie II-A-4-Promouvoir la prévention et la santé à tous les âges et dans tous les cadres de ces facteurs de risque.

2) Les outils numériques et la télémédecine : apports et défis d'une technologie émergente

Ces dernières années, notamment du fait de la crise sanitaire, l'usage des outils numériques s'est beaucoup développé dans le système de santé avec la dématérialisation des procédures et l'essor des téléconsultations. Cette évolution comporte de nombreux aspects prometteurs mais risque aussi d'accentuer la « fracture numérique » et d'éloigner certains publics vulnérables de l'accès aux soins. L'utilisation des outils numériques dans le secteur de la santé aura à terme plusieurs effets bénéfiques. En premier lieu, selon Nicolas CASTOLDI, elle permettra aux soignants d'adapter finement les traitements prescrits, aujourd'hui « très génériques »¹⁴⁴, au profil particulier de chaque patient.

La numérisation facilite aussi la conservation des données de santé des patients. La communication entre les professionnels de santé du dossier médical¹⁴⁵ des patients en sera facilitée. Cette évolution est

¹⁴². François EMERY, audition du 14 avril 2022

¹⁴³. Le thème est traité dans la partie II-A-4-Promouvoir la prévention et la santé à tous les âges et dans tous les cadres

¹⁴⁴. Nicolas CASTOLDI, directeur délégué auprès du directeur général de l'AP-HP chargé des questions d'innovation, audition du 12 mai 2022

¹⁴⁵. Depuis le 1er janvier 2022, le dossier médical des patients figure sur la plateforme Mon espace santé (décret du 4 août 2021)

encouragée par les pouvoirs publics. À titre d'exemple, le Health Data Hub, créé dans le cadre de la loi pour l'organisation et la transformation du système de santé (OTSS), soutient et impulse le stockage des données de santé via des appels à projet, des accompagnements dans les démarches administratives, des mises à disposition de données.¹⁴⁶

Nicolas CASTOLDI indique que le développement de ces bases de données permettra d'identifier de nouvelles « *corrélations* » ou « *caractéristiques de patients* »¹⁴⁷ et d'associer certaines maladies à des comportements quotidiens par exemple. Cette nouvelle méthode d'identification de risques et de recherche scientifique ne pourra voir le jour qu'à partir de bases de données suffisamment importantes et hétérogènes pour permettre des conclusions. Celle de L'AP-HP, avec ses 11 millions de patients, semble remplir cette condition.

Par ailleurs, la télémédecine est un levier qui peut s'avérer utile dans les « déserts médicaux » a estimé Johana LERFEL¹⁴⁸. Elle peut également être un outil au service de la prévention. Ainsi, l'association French Healthcare développe, en partenariat avec une start-up, un modèle d'intelligence artificielle qui pourrait s'adapter au public qu'elle vise. En fonction du niveau de compréhension du patient des enjeux et du vocabulaire médicaux, le logiciel utilisera un langage et des moyens de communication différents afin d'assurer la bonne compréhension des messages de prévention.

Elle se heurte cependant à des obstacles qui en limitent l'intérêt. Caroline LE MAREC a souligné que ce système est difficile à appréhender pour certaines populations, notamment les personnes âgées, pourtant celles qui ont le plus besoin de soins. D'après son expérience, l'âge des patients pris en téléconsultations dépasse rarement 60 ans. De plus, il existe une réticence de la part de certains médecins à utiliser la télémédecine. C'est le cas, par exemple de la moitié des médecins généralistes dans son centre de santé, de l'Épée de Bois,¹⁴⁹

Enfin, la téléconsultation n'est pas adaptée aux pathologies nécessitant un examen physique du patient. Elle ne l'est pas non plus, selon Thierry BAUBET pour la santé mentale, qui est « *avant tout de l'humain, de la rencontre et de l'échange* »¹⁵⁰.

En termes de volume, avant la crise sanitaire, *Doctolib* accueillait chaque jour 1 000 téléconsultations en moyenne. Ce nombre est passé à 100 000 au plus fort de la pandémie. Aujourd'hui, il y a 20 000 téléconsultations quotidiennes sur la plateforme, soit 20 fois plus qu'avant la survenue de la crise mais 5 fois moins qu'il y a quelques mois¹⁵¹. Cette statistique traduit bien l'essor des téléconsultations mais aussi leur relatif essoufflement récent et confirme l'idée selon laquelle la télémédecine serait un outil surtout utile en temps de crise¹⁵².

La numérisation de la santé peut aussi permettre de simplifier les échanges entre les professionnels de santé et les patients. Ainsi, Nadine FARCY a affirmé à la mission que, « *les services d'e-santé constituent un levier clé pour développer des réponses ambulatoires innovantes* »¹⁵³. Cependant, comme pour les

¹⁴⁶. Health Data Hub, contribution écrite

¹⁴⁷. Nicolas CASTOLDI, idem

¹⁴⁸. Johana LERFEL, directrice générale de French Health System, audition du 12 mai 2022

¹⁴⁹. Caroline LE MAREC, directrice du centre l'Épée de Bois Paris, audition du 12 mai 2022

¹⁵⁰. Thierry BAUBET, spécialiste de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, audition du 21 avril 2022

¹⁵¹. Henri PITRON, directeur monde des affaires publiques de Doctolib, audition du 12 mai 2022

¹⁵². Natacha REGENSBERG DE ANDREIS, secrétaire générale adjointe de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins – Ile de France, audition du 17 février 2022. Health Data Hub, contribution écrite

¹⁵³. Nadine FARCY, coordinatrice générale des soins à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicaux-sociaux (ANAP), audition du 10 mars 2022

téléconsultations, ces nouveaux modes de communication, marqués par la dépersonnalisation des procédures pourraient rendre plus difficile l'accès aux soins, en particulier pour les personnes âgées moins dotées d'outils numériques et moins résilientes face aux procédures informatisées¹⁵⁴.

Enfin, les défis à relever pour étendre la médecine numérique sont aussi de nature éthique. La constitution de bases de données suppose l'accord des patients. La condition pour que « *cette médecine puisse avancer* » est donc l'émergence de « *consensus sociaux suffisamment forts* »¹⁵⁵ qui supposent que les citoyens aient confiance dans la protection de la confidentialité de leurs données sanitaires. Or celles-ci sont parfois stockées chez des hébergeurs étrangers appartenant à des multinationales. S'agissant de Doctolib, Henri PITRON a assuré que les données étaient chiffrées de bout en bout et que la clé de déchiffrement était stockée chez un acteur français¹⁵⁶. À terme, le développement d'hébergeurs de données nationaux pourrait contribuer à renforcer la confiance de la population dans ces nouvelles technologies.

Paris semble bien placée pour figurer parmi les leaders internationaux de la santé numérique. Elle dispose de la base de données de l'AP-HP, importante et diversifiée. Vincent AUREZ a souligné que le développement de l'innovation médicale, suppose la réunion de quatre éléments : « *L'innovation, le talent, les capitaux et l'immobilier adapté* »¹⁵⁷. Il estime que Paris les possède tous, sauf le dernier, qui est en cours d'acquisition avec la construction d'un incubateur de startups de grande ampleur à l'Hôtel Dieu dans le cadre d'une convention avec l'AP-HP¹⁵⁸.

PariSanté Campus, exemple de la volonté française de devenir un des leaders de la e-santé

PariSanté Campus est un programme de recherche, d'innovation et de formation dans le domaine du numérique en santé. Implanté à Issy-les-Moulineaux, à la limite du 15^e arrondissement, il déménagera, à horizon 2028 au Val-de-Grâce (5^{ème}), dans l'ancien hôpital d'instruction des armées.

Les objectifs du programme sont multiples :

- Stimuler la production et l'exploitation des données de santé pour la recherche et l'innovation
- Soutenir la formation autour de la santé numérique
- Développer des applications créatrices d'entreprises et d'emplois
- Améliorer la prise en charge médicale et l'efficacité du système de soin.

Différents acteurs participent à ce projet qui comprend actuellement 30 startups et devrait en compter 100 au Val de Grâce. Plusieurs opérateurs publics sont présents comme le Health Data Hub et quatre instituts de recherche. Enfin, ce programme initié dans le cadre du plan de relance par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ainsi que le Ministère de la Santé et de la prévention illustre la volonté des pouvoirs publics d'investir dans la santé numérique¹⁵⁹.

¹⁵⁴. Marie-Françoise FUCHS, fondatrice et co-présidente du comité scientifiques de l'association OLD'UP, audition du 7 avril 2022

¹⁵⁵. Nicolas CASTOLDI, idem

¹⁵⁶. Henri PITRON, idem

¹⁵⁷. Vincent AUREZ, directeur innovation et développement durable de Novaxia, audition du 12 mai 2022

¹⁵⁸. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP, audition du 17 février 2022

¹⁵⁹. Visite de PariSanté Campus

3) Participation individuelle et participation collective : Co-construire les innovations avec les associations

Les nombreuses associations agissant sur le territoire parisien proposent des solutions innovantes dans le domaine de la santé. Leurs actions peuvent permettre la co-construction de projets originaux et novateurs avec la Ville de Paris. Olivier ROQUAIN, chef du service Politique de la ville à la Direction de la Démocratie, des Citoyen·ne·s et des Territoires, indique que la Ville de Paris développe une politique d'accompagnement des associations grâce à une enveloppe financière de 14 millions d'euros sur des financements mutualisés État et Ville de Paris¹⁶⁰.

Quelques exemples d'associations ou d'acteurs privés conduisant des actions majeures en matière de santé sont rappelés ci-dessous.

MEDICEN est une association Loi 1901 représentant un pôle de compétitivité de santé en Île-de-France qui a pour vocation de transformer l'innovation scientifique en valeur thérapeutique, économique, en processus industriel et en emplois autour de la biotech, la medtech et de la E-santé¹⁶¹.

En matière de santé, la France dénombre six pôles de compétitivités dont MEDICEN est le plus important, rassemblant le plus grand réseau hospitalier européen avec l'AP-HP, plus de 50 % des centres de recherches, écoles et universités en France, ainsi qu'une concentration de grands groupes Pharma et du Numérique.

Son réseau est constitué de 510 adhérents dont 38 cliniques et académiques, 37 entreprises de taille intermédiaire et grandes entreprises, mais aussi plus de 430 startups, petites et moyennes entreprises. Ce réseau comporte également d'autres pôles de santé, des syndicats ainsi que des bioclusters européens et internationaux.

MEDICEN accompagne ses adhérents en matière d'innovation, de financements et d'enjeux internationaux. Depuis sa création, MEDICEN a reçu 1 830 projets, 1 280 ont été labélisés, 429 projets labélisés ont été financés et 95 produits ont été mis sur le marché. Les projets labélisés financés représentent 2,25, Milliards d'euros d'investissement total dont 843 millions d'euros de financements publics. Son président Christian DELEUZE, a estimé devant une délégation de la Mission que la recherche en Île-de-France est de tout premier ordre, mais que les investissements publics et privés étaient malheureusement éparpillés faute de vision stratégique à long terme.

SOS Médecins Grand Paris propose 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 des visites à domicile ainsi que des consultations sur des points fixes grâce à 180 médecins. C'est une structure libérale liée par de nombreux partenariats avec le service public. Lors de la crise sanitaire, l'association a mis en place trois centres qui ont permis de vacciner 200 000 patients sur Paris. Selon son président, le docteur Serge SMADJA¹⁶², les visites à domicile répondent à une demande de soins pour une médecine de proximité, car avec les difficultés croissantes liées à la démographie médicale, les patients ont de plus en plus de mal à trouver un médecin traitant.

Fruit d'une réflexion issue du Ségur de la Santé, la société My Hospital propose de son côté l'Hébergement Temporaire Non Médicalisé (HTNM) : il s'agit de l'accueil des patients éligibles sous prescription médicale

¹⁶⁰. Olivier ROQUAIN, audition du 31 mars 2022

¹⁶¹. Visite de MEDICEN du 8 juin 2022

¹⁶². Serge SMADJA, audition du 17 février 2023

en chambre hôtelière, c'est-à-dire dans un établissement tiers. L'objectif consiste à libérer des lits des hôpitaux afin de ne plus déprogrammer d'actes médicaux. Cela permet d'améliorer le bien-être des patients et de l'inscrire dans son parcours de soins avec un accompagnant, mais également d'héberger les personnes éloignées de l'hôpital et de l'offre de soins.

Les patients bénéficient ainsi d'une diminution du stress et de l'appréhension car ils ne sont plus isolés de leurs proches, d'une réduction de la fatigue par un sommeil plus serein que dans un environnement hospitalier, d'une meilleure récupération, notamment mentale par le fait de ne pas se sentir comme un « malade alité », d'une facilité d'accès aux soins pour les personnes éloignées de l'établissement de santé ou du centre de soins, et d'une prise en charge de la nuit hôtelière sur prescription médicale. De plus, l'HTNM permet la diminution de l'engorgement des services d'urgences, une amélioration de la rotation des chambres, la réduction des coûts de santé par l'optimisation de l'affectation des lits disponibles. Pour Gwenaëlle CHAZAL¹⁶³, directrice produit de My Hospital, ce dispositif qui n'existe dans aucun autre pays du monde « *consiste également à créer l'hôpital du futur* »,

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) regroupent l'ensemble des acteurs de santé et du social d'un territoire, les professionnels de santé libéraux, les professionnels de santé et médicosociaux salariés, les structures médicales, sociales et médicosociales en lien avec les élus, l'hôpital et les patients. Leurs objectifs sont l'organisation des soins non programmés, la coordination ville-hôpital, l'attractivité médicale du territoire et la coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile. Les CPTS sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner. Le bénéfice attendu est aussi une plus grande fluidité des parcours de santé pour le patient. Leur création résulte des mesures du plan de transformation du système de santé « Ma Santé 2022 » qui vise à décloisonner et réorganiser le système de soins. À titre d'exemple, la CPTS du 18^{ème} arrondissement, qui est la première à avoir été mise en place sur Paris¹⁶⁴, est divisée en quatre pôles d'activité : accès aux soins ; précarité ; ville-hôpital ; prévention. Elle dispose d'une infirmière de parcours, d'un médiateur social et d'un coordinateur de santé et de gestion.

La Fondation Maison des Champs¹⁶⁵, située dans le 19^{ème} arrondissement, accompagne les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et les personnes atteintes de troubles cognitifs. 18 infirmiers et 55 aides-soignants se déplacent chaque jour aux domiciles des personnes pour les aider à se lever, s'habiller, faire leur toilette, à recevoir des soins sur prescription médicale comme la préparation du pilulier, injections et pansements. Grâce à la coopération de divers intervenants (kinésithérapeute, aide-soignant, aide à domicile), cela permet à des personnes en état de très grande dépendance de rester chez elles si elles le souhaitent. Pour Catherine de BRABOIS, directrice adjointe, « *Chacun de nous a une conscience aiguë de la nécessité de cet engagement pour permettre aux personnes de vivre leur choix de rester chez elles, mais aussi de la responsabilité qui incombe à un aide-soignant, une infirmière, à une auxiliaire de vie qui est la seule à connaître la personne très isolée, en situation de très grande fragilité* ». Dans le 19^{ème} arrondissement, où intervient la Fondation, les patients cumulent beaucoup de facteurs de fragilité dans un contexte de grande précarité économique et d'isolement. Ses services permettent d'avoir jusqu'à 5 ou 6 passages d'aides-soignants par jour, pris en charge par la sécurité sociale, et d'avoir plusieurs heures d'aides à domicile par jour pour les personnes en situation d'extrême dépendance, qui sont financées par le Département. Catherine DE BRABOIS a précisé : « *Nos services sont vraiment le fer-de-lance de la solidarité, et ils sont l'expression du contrat social qui permet que la société prenne soin des plus anciens* ». Néanmoins, la Fondation rencontre

¹⁶³. Gwenaëlle CHAZAL, audition du 10 mars 2022

¹⁶⁴. Dr Agnès GIANNOTTI, audition du 10 mars 2022

¹⁶⁵. Catherine DE BRABOIS, audition du 17 mars 2023

des difficultés dans le recrutement de ses aides-soignants, en raison d'horaires très contraignants. Elle plaide notamment pour l'alignement des salaires des soignants du médicosocial sur ceux de l'hôpital.

L'association French Healthcare est une marque publique qui appartient au ministère des Affaires étrangères, sous la bannière Choose France. Lancée en 2017, cette association est à la fois comme un outil d'animation du réseau des acteurs de la santé et un instrument de promotion collective du savoir-faire français. Elle contribue à promouvoir la vision française en matière de santé mondiale, fondée sur une approche humaniste du soin et un accès équitable et juste aux produits et services de santé. Elle regroupe des acteurs de la filière privée et publique afin de mener des actions communes pour promouvoir l'excellence de la santé française à l'international. Elle compte 270 membres, des établissements de santé publique, des établissements de santé privée à but non lucratif, le centre de lutte contre le cancer, ainsi que l'hôpital Foch, l'hôpital Saint-Joseph, l'hôpital américain et des entreprises de toutes tailles.

L'association Itawa Nounous Ecolos, fondée par Alexandra LORENZO¹⁶⁶, propose une formation de santé environnementale orientée vers la garde d'enfants individuelle (nounous à domicile et assistantes maternelles). Ce dispositif permet de sensibiliser ces professionnelles à des pratiques plus saines en matière de santé environnementale et de limiter l'exposition des nouveaux nés et des jeunes enfants aux polluants environnementaux. L'association a également organisé une campagne d'audit Santé environnementale auprès de crèches, avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France, l'organisation d'une journée porte ouverte en 2019 à l'occasion de la 4^{ème} semaine de la Santé Environnementales lancée par la Ville de Paris, sur la thématique « pratiques saines pour la petite enfance ». Elle a participé et co-organisé la 1^{ère} journée du réseau ISÉE (Ile de France Santé Environnement) « pour un environnement favorable à la santé du jeune enfant » en 2019, le projet « Un air plus sain pour les 0-6 ans » en 2021. L'association effectue en outre de l'accompagnement et du conseil pour aider les acteurs publics et privés à définir et adapter des solutions propres à leurs territoires, leurs priorités et leurs contraintes.

L'association Puissance Dys, présidée par Béatrice SAUVAGEOT, orthophoniste, propose une nouvelle méthode thérapeutique d'accompagnement de la dyslexie. Les diverses auditions rendent compte des carences systémiques de la prise en charge des personnes souffrant de dyslexie. En effet, la pénurie de l'offre de soins a pour conséquence l'augmentation du temps d'attente d'un rendez-vous chez un spécialiste. Le délai d'attente correspond en moyenne à deux ans. En se référant aux établissements de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), près de 600.000 enfants et adolescents sont touchés par des troubles du neuro-développement en France. Parmi eux, entre 3% et 5 % des jeunes de moins de 18 ans sont dyslexiques.

Néanmoins, l'innovation en santé offre une possibilité de pallier le manque de spécialistes dans l'espace Parisien. Ainsi la nouvelle méthode thérapeutique et pédagogique proposée par Béatrice SAUVAGEOT est basée sur l'amélioration de la plasticité cérébrale, l'activation des mécanismes propres à chaque enfant afin d'optimiser son potentiel. L'association propose des stages, des jeux et met à disposition une application pour que les patients se soignent seuls tout en ayant un suivi.

166. Contribution écrite de l'association Itawa

LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID (2020-2022), MISE À L'ÉPREUVE DE L'EXISTANT ET FACTEUR D'INNOVATION



A. Parer à l'urgence : une mobilisation de tous les acteurs et de toutes les actrices



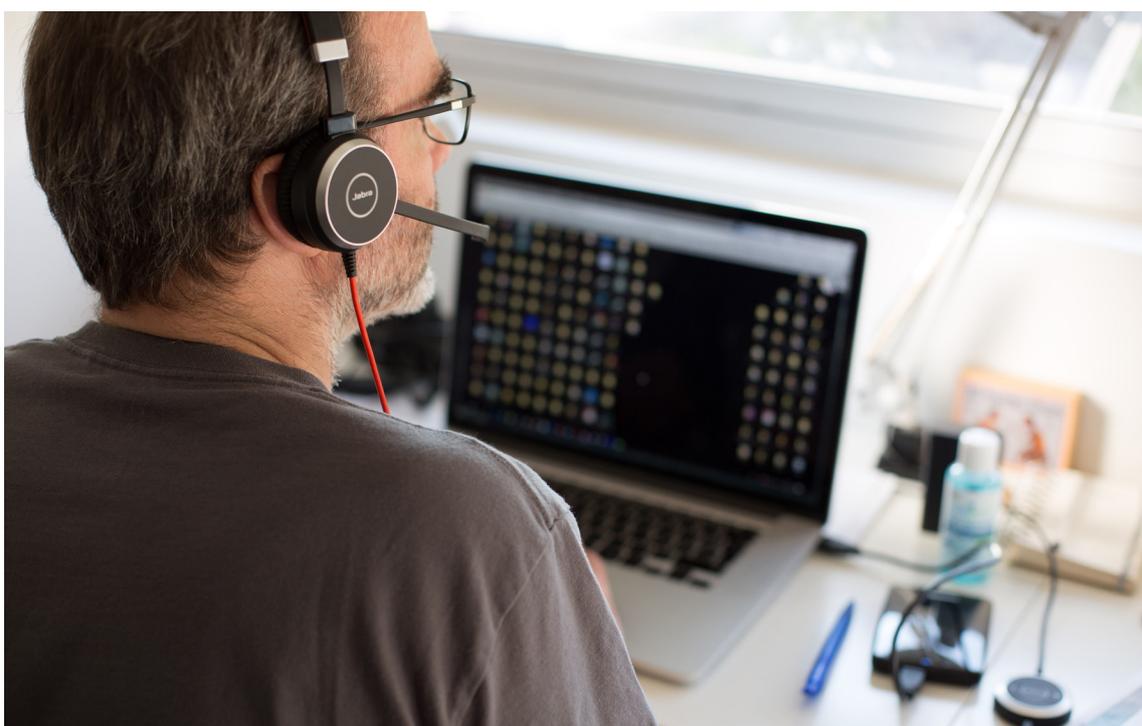
1. Les nouvelles actions initiées par les différents acteurs

Le virus du Covid 19 apparu en Chine fin 2019 s'est rapidement propagé du fait de sa forte contagiosité et, à partir de début mars 2020, les contaminations ont entraîné un afflux important de patients dans les hôpitaux français. Les services de réanimation ont vite été proches de la saturation. Dès lors, face à ce qui va apparaître comme une crise sanitaire inédite, les acteurs publics et privés vont réagir par différents types de mesures, tant à l'échelle nationale que locale.

Les actions les plus fortes et les plus visibles ont été prises au niveau national avec l'institution de trois périodes de confinement successives, du 17 mars au 11 mai, puis du 29 octobre au 15 décembre 2020, enfin du 3 avril au 3 mai 2021.

La période de confinement la plus stricte fut la première, seuls les déplacements les plus essentiels étant autorisés. Au contraire, durant les deux suivantes, les établissements scolaires sont par exemple restés ouverts la majeure partie du temps. Même hors période de confinement total, des couvre-feux ont été institués aux heures tardives et pendant la nuit. Ainsi, entre le 17 octobre 2020 et le 20 juin 2021, la France n'a pas connu une journée sans un couvre-feu à minima.

Ces mesures de restriction des déplacements ont répondu à l'exigence sanitaire de limiter les contacts entre les personnes afin d'éviter la propagation du virus. Elles ont été complétées par la fermeture des établissements recevant du public pendant plusieurs périodes, par l'incitation, voire l'obligation du télétravail chaque fois que possible.



L'autre volet de la stratégie gouvernementale, « Tester, alerter, protéger » a visé à isoler de façon stricte les personnes atteintes du coronavirus, tout comme celles et ceux qui avaient été en contact avec elles.

Au début de la crise, du fait de la concentration des plus grandes difficultés des services de réanimation dans les hôpitaux situés en Ile-de-France et dans le Grand Est, il a été décidé de transférer en TGV des patients vers des régions moins touchées. Pierre CARLI a souligné la complexité logistique de ces transferts « *Chaque voiture transporte quatre patients intubés en syndrome de détresse respiratoire aiguë avec un médecin senior, un junior, quatre infirmiers et un logisticien pour la réalisation de la surveillance et des soins. Dans chaque rame, une équipe de régulation médicale est présente pour la coordination* ». Six TGV médicalisés ont ainsi pris, entre le 1er et le 10 avril 2020, le départ de Paris à destination de Brest, Bordeaux, Quimper, Angoulême ou encore Rennes, transportant environ 20 patients chacun. Ce fut la première fois que des trains sanitaires circulaient en France depuis la Seconde Guerre Mondiale¹.

Dans ce contexte, la Ville de Paris a pris un ensemble de mesures afin de lutter contre le virus. Pierre-Henri HINGRAY a indiqué à la MIE : « *[une] gouvernance, [...] se met en place dès la fin janvier 2020 avec les premières informations qui nous arrivent de Chine. Nous mettons en place une organisation dédiée au travers d'abord d'une cellule de veille qui se transformera assez vite en une cellule de crise, associant l'ensemble de l'exécutif, les maires d'arrondissement et l'ensemble des directeurs de la Ville* ».

Dès le 27 janvier, les panneaux d'affichage de la Ville rappellent les messages de prévention et les recommandations pour lutter contre les virus hivernaux. Le 31 janvier, la Maire de Paris interpelle la Ministre des Solidarité et de la Santé, Agnès BUZYN, sur les mesures à prendre et propose des consignes d'isolement pour toutes les personnes provenant des zones infectées. Début février, sans attendre la réponse de la ministre, Paris met en place ce dispositif, aux termes duquel tout enfant qui revient de Chine ou qui a côtoyé quelqu'un revenant notamment de ce pays passe quatorze jours chez lui avant de revenir en crèche et demande qu'il en soit de même pour les écoles en classe. Le 31 janvier également, des protocoles sanitaires adaptés sont déployés dans les crèches et les centres de Protection maternelle et infantile. Des commandes d'équipements de protection sont passées. Des masques sont mis à la disposition des agents de ces établissements. Les services municipaux ont été mobilisés à travers des plans de continuité d'activité qui ont permis d'assurer les missions essentielles de la Ville, que sont par exemple la collecte des ordures, l'accompagnement des personnes âgées ou l'état civil. Ce sont ainsi près de 9 000 agents qui ont été mobilisés quotidiennement auxquels se sont ajoutés 2 400 agents d'autres services, volontaires pour leur prêter main forte².

Début février, une cellule de veille qui devient rapidement une cellule de crise se met en place au sein de l'administration parisienne. Les plans de continuité d'activité préparés de longue date dans les directions permettent à la Maire d'annoncer dès le 16 mars que la Ville sera en capacité de répondre à ses missions essentielles, notamment la collecte des ordures, la police municipale, l'accompagnement des personnes âgées, la Protection maternelle et infantile (PMI), le soutien aux malades reçus dans les centres de santé municipaux, l'hébergement d'urgence, l'aide sociale à l'enfance, les bains-douches ou encore l'état civil. Le service public fait dans cette période la preuve d'une forte capacité d'adaptation. Au sein de la Ville, plus de 2 400 agents se portent volontaires tout au long de la période du confinement pour prêter main forte aux collègues des autres directions. En quelques semaines, les centres médicaux et médico-sociaux de la Ville accueillent les personnes qui présentent des symptômes et mettent en place une offre de télé-conseil, télé-consultation, consultation en présentiel et d'interventions hors les murs, dédiée à la lutte contre le Covid-19.

1. Pierre CARLI, directeur médical du SAMU de Paris AP-HP, contribution écrite

2. Audition de Pierre-Adrien HINGRAY, chef du service de gestion de crise de la Ville de Paris, par la mission, le 31 mars 2022

Le 3975, numéro téléphonique d'information unique de la Ville, est réorganisé pour répondre aux interrogations et aux besoins des Parisiens et reçoit près de 12 000 appels par semaine pendant le confinement.

L'accueil des enfants dont les parents exercent des fonctions essentielles à la lutte contre l'épidémie, notamment le personnel hospitalier, s'organise. Un réseau « crèches relais » se met en place du 16 mars au 11 mai et accueille 3 150 enfants. Un dispositif similaire se met en place dans les écoles primaires et les collèges, où jusqu'à 1 400 enfants sont accueillis quotidiennement.

Une stratégie est aussi arrêtée s'agissant de la distribution des masques de protection. Les stocks existants sont distribués en grande partie aux personnels de l'AP-HP et dans une moindre mesure aux médecins libéraux. Dans un deuxième temps, les agents de la Ville sont équipés. Enfin, la Municipalité passe des commandes de masques pour les Parisiens en s'attachant à diversifier les fournisseurs afin de pallier d'éventuels défauts de livraison.

Dès le 17 mars, jour du début du confinement, un « plan masques » est arrêté qui permet d'équiper les agents assurant les missions essentielles, de contribuer à l'équipement des hôpitaux de l'AP-HP et les médecins et des infirmiers libéraux parisiens ainsi que des associations humanitaires intervenant auprès des personnes sans domicile fixe et en situation de grande précarité. Parallèlement à cette distribution, la ville milite auprès des services de l'État pour un élargissement des consignes du port des masques dans l'ensemble des services sociaux et médico-sociaux pour protéger le public et les professionnels. Les EPHAD du territoire parisien sont également pourvus. Dès le 23 mars, le masque est rendu obligatoire dans les EPHAD du Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP), en amont des directives nationales. Pour anticiper le déconfinement, la Ville commande près de 2,2 millions de masques en tissu homologués à destination des Parisiens et une campagne de distribution est organisée entre mai et juin en s'appuyant sur le réseau des pharmacies.

Pendant la première période de confinement, une politique de soutien aux plus fragiles a parallèlement été mise en œuvre. Chacun et chacune des inscrits du fichier REFLEX, qui recense 13 000 personnes âgées fragiles, a été appelé par les services de la Ville et une aide, par exemple par la livraison de produits alimentaires, lui a été proposée.

À partir du début du confinement, les Parisiens fragiles et isolés inscrits sur le fichier REFLEX, environ 13 000 personnes, sont appelés régulièrement pour s'assurer de leur santé physique et mentale, maintenir un lien et proposer des mesures d'accompagnement : portage de repas et de courses, envoi de masques, etc.

La priorité est donnée à l'aide alimentaire. 2 700 personnes âgées se voient livrer leur repas quotidiennement. À compter du 24 mars, un dispositif d'aide alimentaire se met en place en lien avec l'État et l'association Aurore pour fournir 5 000 panier-repas par jour aux personnes en ayant besoin. Au total, les différents acteurs de la solidarité assurent la distribution de 17 000 repas par jour à Paris. Le 23 mars, les marchés alimentaires sont suspendus. La Ville fournit à un prix abordable 15 000 paniers pour permettre aux familles modestes de s'approvisionner en fruits et légumes frais. En partenariat avec la CAF (Caisse d'allocation familiales), une aide financière exceptionnelle de la Ville est également versée aux familles dont les tarifs de cantine sont entre 0,13 € et 1,62 € par repas pour compenser la suspension de la restauration scolaire et la fermeture des marchés. Près de 30 000 familles bénéficient de ce soutien au cours du mois d'avril

et le dispositif est reconduit pour le mois de juin. Ainsi, la Ville est aux côtés de ceux que la crise fragilise. Le renouvellement automatique des aides est assuré. Les centres d'action sociale se mobilisent pour répondre aux demandes d'attribution d'aides discrétionnaires et exceptionnelles visant à répondre à des besoins d'urgence exprimés par plus de 1 720 foyers.

Les équipes de la Ville se mobilisent pour accompagner les personnes en situation de grande précarité et leur permettre de se protéger contre l'épidémie. 14 bains-douches municipaux restent ouverts. Le plan hivernal de mise à l'abri est prolongé et 14 gymnases sont mis à disposition. Afin de limiter la propagation du virus au sein des lieux d'hébergement d'urgence, la Ville de Paris, l'ARS et le Préfet de région ouvrent deux centres spécialisés à Paris dotés d'une capacité d'accueil totale de 190 lits pour accueillir les personnes sans domicile fixe infectées par le Covid-19 qui ne nécessitent pas d'hospitalisation.

La nécessité de protection des enfants les plus vulnérables guide l'action municipale. Afin de permettre la continuité de service, les enfants des personnels de la protection de l'enfance sont pris en charge dans les crèches parisiennes, avant même l'adaptation des instructions nationales. Trois jardins pédagogiques ouvrent pour des enfants signalés par les services sociaux, afin d'éviter le huis-clos et plusieurs équipements, dont des gymnases, sont mis à disposition des foyers de l'aide sociale à l'enfance pour permettre aux enfants de pouvoir se dépenser. Une quinzaine de logements sont mis disposition par la Ville de Paris à destination des femmes et enfants exposés aux violences conjugales et intrafamiliales. Un service de téléconsultation psychologique « psycho mômes écoute », ainsi que plusieurs consultations spécialisées en protection de l'enfance sont mises en place pour soutenir la parentalité.

Concernant le dépistage, l'action municipale s'est d'abord concentrée sur les EHPAD, puis, avec l'accroissement du nombre de tests disponibles après le premier confinement, des centres de dépistages municipaux seront ouverts, souvent en partenariat avec l'ARS.

Pour répondre à une situation très difficile dans les EHPAD, le 2 avril, la Maire prend l'initiative d'organiser un dépistage massif des personnels et des résidents, y compris asymptomatiques, ce qui lui permet de démarrer cette campagne de tests dès le 6 avril et de tester l'ensemble des EHPAD du CASVP en 15 jours, la Ville ayant également apporté son concours aux tests dans les EHPAD parisiens hors CASVP. Bientôt, en partenariat avec l'ARS, ce dépistage est étendu aux établissements accueillant aussi des personnes en situation de handicap, et dans les Centres d'hébergement d'urgence (CHU), les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) et foyers de travailleurs migrants. Ainsi de mars 2020 à novembre 2021, 336 interventions ont eu lieu dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion (CHU, CHRS, AHI), celles des personnes âgées et/ou en situation de handicap, de l'accueil des enfants de l'ASE (Aide sociale à l'enfance), les foyers de travailleurs migrants et résidences sociales (FTM/RS), les appartements de coordination thérapeutiques ainsi que les lieux de formation et d'emploi dans le cadre de l'insertion. Au total, près de 11 000 résidents ont été dépistés et 5 000 professionnels.

Les opérations de dépistages et dispositifs d'allers-vers se sont multipliés avec l'apparition puis la généralisation des Test Rapides Antigéniques, plus simple d'utilisation et permettant des consignes d'isolement plus rapides.

Dès mai 2020, dans les quartiers les plus touchés par l'épidémie et les plus éloignés de l'offre de dépistage PCR, des dispositifs de prélèvement itinérants se mettent en place en partenariat avec l'ARS et la CPAM. Ils sont accessibles à toutes et tous, gratuits, y compris pour les personnes sans couverture maladie et sans rendez-vous. Le personnel de la Ville est largement mobilisé tant sur l'aspect médical que logistique pour l'édification des premiers barnums dans les quartiers populaires.

Pour répondre à la forte demande de tests à l'été 2020, des stands de dépistage gratuits et sans rendez-vous,

sont ouverts sur les sites de Paris Plages, berges de Seine et bassin de la Villette : ils rencontrent un grand succès avec près de 500 tests par jour. De septembre 2020 à octobre 2021, en partenariat avec l'ARS, 6 centres de dépistage sont ouverts à proximité des mairies d'arrondissement, le matin au public prioritaires (notamment les professionnels de santé) et l'après-midi à tous. Plus de 500 000 tests y sont effectués sur la période.

La Ville s'est également inscrite dans le dispositif Médiateur de Lutte Anti-Covid (MLAC), proposé dans le cadre de la stratégie nationale « Tester-Alerter-Protéger ». Il permet à des personnes de se former pour partir au contact de publics variés afin de proposer des dépistages mais aussi pour donner des conseils de prévention, être à l'écoute des interrogations concernant l'épidémie et orienter en fonction des besoins vers les dispositifs existant.

Les MLAC accompagnent la parole et l'action médicale et permettent d'établir le lien avec les personnes les plus éloignées du système de soins. Le parcours de formation est dispensé par l'École des Hautes Études en Santé Publique et l'AP-HP et des IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers). Son contenu insiste sur les données essentielles concernant le Covid-19, ses modes de transmission et le bon usage des gestes de protection, mais également sur la manière d'aborder cette pandémie auprès de différents publics, sur la façon d'adapter les messages aux personnes que l'on a face à soi et entamer un dialogue constructif. À l'issue de cette formation, les MLAC obtiennent un agrément pour deux années. Celui-ci leur confère les compétences pour réaliser les prélèvements naso-pharyngés ou salivaires, analyser les résultats des tests antigéniques et rendre les résultats. Principalement issus d'associations partenaires des équipes territoriales de santé de la Ville ou des Volontaires de Paris, les médiateurs de lutte anti-Covid sont sollicités depuis le printemps 2021 sur les opérations de dépistage, notamment en milieu scolaire, d'« aller vers » et de porte à porte. Ils accompagnent les partenaires de terrain auprès des publics qui ont des difficultés à maintenir ou adopter des gestes en matière de prévention, en raison de l'isolement, de la lassitude ou de l'éloignement des enjeux de santé. Ils sont des acteurs essentiels de la promotion de la vaccination auprès des personnes les plus hésitantes.

Aux côtés de la soixantaine de MLAC bénévoles, une équipe de 12 professionnels a été recrutée pour répondre aux besoins alors que l'épidémie ne semble pas toucher à sa fin.

Le rôle de la médecine scolaire dans le dépistage

Dans le cadre de sa compétence déléguée de santé scolaire pour le premier degré, la Ville a mis en place une cellule « Covid École » en novembre 2020 pour répondre aux signalements de situations de cas positifs dans les établissements scolaires publics du premier degré et effectuer le contact-tracing. Dans une collaboration permanente avec l'ARS et le Rectorat, la cellule fait le lien avec les familles et les personnels des établissements. De novembre 2020 à mars 2021, des tests antigéniques rapides ont été proposés aux personnels des établissements. Les interventions des équipes de dépistage sont l'occasion d'entamer le dialogue sur les façons de se protéger contre le virus. Plus de 1800 professionnels sont sensibilisés lors de ces passages et 77% d'entre eux font le choix du dépistage. Dès mars 2021, des campagnes de tests salivaires RT-PCR, tardivement homologués en France, sont réalisées dans les écoles parisiennes du premier degré, en coopération avec l'Agence régionale de santé, le Rectorat de Paris et sur certaines opérations avec l'AP-HP. Elles sont menées de façon « réactive » suite à la découverte d'un cas positif, ou « itératives », à intervalles réguliers dans une série d'écoles dites « sentinelles » ou dans le cadre d'une programmation. La stratégie a été adaptée selon le degré de circulation du virus afin de pouvoir répondre aux

mieux aux besoins des établissements. Depuis le printemps, environ 7 000 enfants sont dépistés par semaine, même si l'adhésion des familles varie avec le temps, la crainte de voir la classe de son enfant pouvant détourner du dépistage. Des auto-tests ont été proposés aux personnels de l'établissement pour leur permettre de se dépister deux fois par semaine, un dispositif qui n'a pas rencontré une forte adhésion. Cependant, au-delà du seul dépistage, toutes ces opérations ont été l'occasion de sensibiliser aux enjeux de prévention et de proposer des solutions adaptées à la configuration des établissements pour réduire les risques de contamination.

L'installation de 500 capteurs de CO2 dans 200 classes d'établissements scolaires et crèches recevant des enfants dès le premier trimestre 2021 a aussi participé à une logique de réduction des risques et de freinage de l'épidémie, alors que le virus est largement transmis par aérosolisation. Intégré à un plan de promotion de l'aération dans les établissements, le déploiement se poursuit et atteindra prochainement plus de 3 000 capteurs disponibles dans l'ensemble des établissements (voir 4.).

La Ville s'est également mobilisée pour la vaccination des plus jeunes : dès que celle-ci a été ouverte au 12-17 ans, la Ville a proposé la mise en place d'un circuit de vaccination au sein des collèges et lycées en privilégiant les établissements des quartiers populaires, avec un public plus éloigné de l'offre vaccinale ouverte à l'ensemble des publics.

Enfin, comme sur toute problématique de santé publique, la Ville a mis l'accent sur la prévention avec une campagne d'affichage. Des bornes de gel hydro-alcoolique ont aussi été installées près des arrêts de bus³.

Durant toute la pandémie, les pharmacies ont été mises à contribution. Elles ont d'abord été autorisées à produire elles-mêmes des solutions hydro alcooliques, puis ont eu la charge de distribuer des masques fournis par la Ville de Paris. Frédéric LOUP a expliqué à la MIE : « *Les Parisiens réservaient leurs masques sur Internet, ils récupéraient un QR code, la Mairie de Paris nous avait donné des petites tablettes, les gens venaient, avaient rendez-vous et repartaient avec leurs masques* ». 60 % des pharmacies ont par ailleurs effectué des tests. Les pharmaciens ont aussi contribué à la campagne de vaccination. Frédéric LOUP a d'ailleurs précisé : « *Paris est le meilleur département au niveau de la France dans le taux d'injections terminées. [...] Je crois que le pharmacien a bien joué là-dedans* »⁴.

Les actions de lutte contre le virus ont aussi été conduites par des acteurs privés ou ont résulté d'une collaboration entre le public et le privé. Ainsi Serge SMAJDA, président de SOS médecins – Grand Paris rappelle que « *Depuis début 2021, lorsque la crise Covid s'installait, nous avons réagi en mettant en place trois centres de vaccination à Paris, et nous avons ainsi vacciné plus de 200 000 patients* ». Il remarque aussi que « *les indicateurs SOS ont été un des indicateurs qui ont permis au début et encore maintenant de suivre la progression de l'épidémie de Covid* »⁵. C'est donc une fédération d'associations privée qui a alimenté Santé Publique France en données sur l'avancée de l'épidémie.

Le seul service de réanimation privé existant à Paris avant la crise, à Geoffroy Saint-Hilaire, a vu sa capacité doubler et deux autres services de réanimation privés ont été créés grâce à des transferts de personnels et à un important effort de formation. Hélène KISLER-ELKOUBY a souligné que « *les établissements de santé privés dans la région ont pris en charge en moyenne 25 % des patients Covid en soins critiques* ». Elle a d'ailleurs rappelé que la coopération entre les secteurs privé et public était déjà pratiquée avant

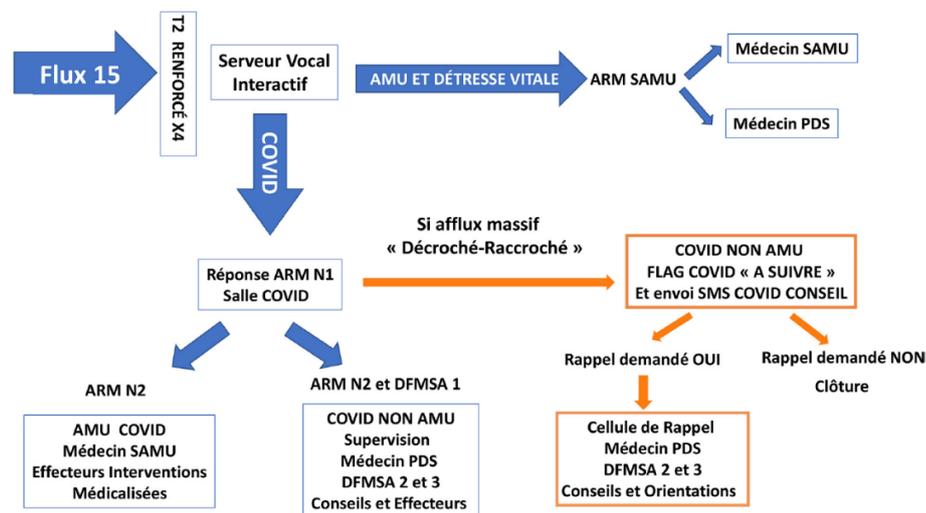
3. DICOM, contribution écrite

4. Frédéric LOUP, président de la chambre syndicale de pharmaciens de Paris, audition du 31 mars 2022

5. Serge SMAJDA, président de SOS médecins – Grand Paris, audition du 17 février 2022

la crise sanitaire sous l'égide de l'ARS d'Ile-de-France à travers notamment des échanges d'informations sur le nombre de lits disponibles⁶. Enfin, Nicolas CASTOLDI a évoqué le dispositif Covidom, issu d'un partenariat entre l'AP-HP et la startup Nouveal, qui permet le suivi à distance des patients. Cette plateforme a facilité le traitement des cas qui nécessitaient un suivi sans pour autant justifier une hospitalisation⁷. L'AP-HP, quant à elle, a pris des mesures afin de pallier le manque de personnel notamment en rachetant des congés à ses soignants⁸.

S'agissant du SAMU, Pierre CARLI a indiqué : « à la fin du mois de février [2020] (vers le 24 février), les appels au 15 concernant le Covid augmentent sensiblement pour atteindre un pic historique le 13 mars [2020] avec 26 000 appels pour les quatre Samu AP-HP en 24 heures, dont 8 400 à Paris, soit plus de quatre fois l'activité maximale jusque-là observée ». Un serveur vocal interactif a donc été mis en place pour orienter les appels motivés par la Covid. Lorsqu'une personne appelait pour ce motif, elle était orientée vers un service spécifique qui redistribuait les appels après en avoir évalué l'urgence. Une personne avec des symptômes légers se voyait par exemple proposer un accompagnement par Covidom⁹. Le schéma suivant détaille ce dispositif :



AMU = Aide Médicale d'Urgence, PDS = Poste de secours, Flux = appels téléphoniques, ARM = assistant de régulation médicale, DFMSA = diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (les étudiants en DFMSA ont pendant leur formation le statut d'étudiant faisant fonction d'interne)

A Paris et dans la petite couronne, l'action des SAMU est complétée par celle de la Brigade de sapeur-pompiers de Paris (BSPP). Le Général de Division Jean-Marie GONTIER a indiqué dans sa contribution¹⁰ à la MIE que la BSPP a notamment assuré le traitement de 33.000 interventions Covid, culminant à 600 prises en charge quotidienne, soit 50% de l'activité de secours d'urgence et d'assistance aux personnes au printemps 2020.

Au total, s'agissant de l'hôpital, « l'organisation mise en place pendant la crise en première vague, c'était une déprogrammation totale des activités » a souligné Hélène KISLER-ELKOUBY. Ainsi, pour faire face à l'afflux massif de patients Covid, les hôpitaux ont dû changer leur organisation et retarder les soins hors

6. Hélène KISLER-ELKOUBY, déléguée générale de la Fédération de l'hospitalisation privée – Ile-de-France, audition du 17 février 2022
 7. Nicolas CASTOLDI, directeur délégué auprès du directeur général de l'AP-HP et directeur exécutif de l'Hôtel Dieu, audition du 12 mai 2022
 8. Martin HIRSH, directeur général de l'AP-HP, audition du 19 mai 2022
 9. Pierre CARLI, idem
 10. Contribution à la MIE du Général de Division Jean-Marie GONTIER le 14 mars 2022

Covid prévus. L'ensemble de l'Hôpital a ainsi été mobilisé par la crise sanitaire¹¹.

2. La réorganisation des services et les politiques spécifiques mises en œuvre par la Ville de Paris (DSP, participation à la campagne vaccinale)

Anne SOUYRIS a relevé devant la MIE : « La période de Covid que nous traversons depuis deux ans a mis au premier plan la question de la santé dans les politiques publiques, mais elle a mis aussi en avant le rôle des collectivités locales, non seulement dans la gestion de crise, mais aussi et surtout en ce qui a fait le cœur de l'action de la Ville : la prévention, la réduction des risques, la santé environnementale au plus près des habitants dans un souci constant de réduction des inégalités sociales et territoriales, qui sont particulièrement insupportables quand on parle d'accès aux soins ou de conditions de vie défavorables à une vie en bonne santé. ¹²»

S'agissant de ces inégalités devant la santé, Eve PLENEL¹³, directrice de la Santé Publique de la Ville de Paris, a précisé que « les facteurs de santé ce n'est pas seulement l'hérédité, l'âge, le genre et les facteurs propres à la personne, mais le style de vie, la socialisation, l'éducation, le milieu social, les conditions économiques, les conditions de travail, les conditions de logement, etc. »

A - La création de la Direction de la Santé Publique

Anne SOUYRIS a indiqué que la création d'une Direction unique de la Santé Publique ne correspond pas à « une réforme des canaux organisationnels et managériaux, mais bien la concrétisation de notre volonté de porter une option nouvelle pour la santé des Parisiennes et des Parisiens ». Elle doit pouvoir réagir à des urgences comme celle de la crise du Covid, mais également réaliser un travail de prévention et porter un regard sur l'ensemble des politiques menées par la Ville de Paris.

Cette création a été annoncée en juin 2020 et a donné lieu à la mise en place d'une équipe de préfiguration dirigée par le docteur Élisabeth HAUSHERR au début de 2021 qui a permis la mise en place officielle de la nouvelle Direction le 1er avril 2022.

Quatre objectifs¹⁴ principaux ont été assignés à la DSP :

- Déployer une politique ambitieuse de prévention dans une démarche de santé environnementale,
- Permettre aux citoyens d'être acteurs de leur santé,
- Renforcer la territorialisation et l'action de proximité,
- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Dotée de 1 338 agents, dont 26 postes créés au budget 2022, ses différentes missions se déclinent de la façon suivante :

- Se doter d'une organisation en santé réactive et adaptée aux spécificités des territoires parisiens en capitalisant sur les savoir-faire développés au cours de la crise sanitaire.
- Apporter une réponse au long court aux besoins de santé structurants de la population : prise en charge et accompagnement des maladies chroniques dans un contexte de vieillissement,

11. Hélène KISLER-ELKOUBY, idem

12. Anne SOUYRIS, audition du 20 janvier 2022

13. Eve PLENEL, audition du 20 janvier 2022

14. Eve PLENEL, audition du 20 janvier 2022

accessibilité de l'offre médicale, réduction de l'exposition aux polluants et toxiques, etc.

- Renforcer les complémentarités avec les autres acteurs sanitaires que sont l'ARS, la CPAM et l'AP-HP en proposant une approche qui ne soit pas uniquement centrée sur le soin.
- Contribuer à l'intégration de la santé dans l'ensemble des politiques de la Ville.
- Participer à renforcer l'attractivité des métiers de la santé à Paris en interne comme en externe.

La DSP doit cependant relever le défi que représentent des tendances lourdes de l'évolution socio-démographique parisienne telles que le vieillissement de la population qui peut s'accompagner d'un isolement des plus âgés ou d'une charge croissante pesant sur leurs aidants, face à laquelle les services de la Direction ne sont pas les mieux positionnés. Eve PLENEL a indiqué en outre que Paris a plusieurs années de retard cumulé sur le dépistage de certaines pathologies et a précisé : « *On va le payer lourdement dans les 10 prochaines années en matière de dépistage des cancers, de repérage des troubles d'apprentissage, de repérage de dyslexie chez les enfants, de repérage des problèmes de violence intrafamiliale et de santé mentale qui vont avec* ».

Elle relève également qu'avec des populations de plus en plus aisées et stables socialement, Paris connaît aussi l'attraction des populations en très grande errance et en très grande précarité : « *On a une ségrégation, une cohabitation de populations dont les besoins de santé sont très différents, et dont les attentes ne sont pas les mêmes.* »

B - La participation de la Ville à la campagne vaccinale

Dès mars 2020, les services de la Ville ont réorganisé les centres de santé municipaux et mis en place une offre de téléconsultation. Puis des actions de dépistage ont été organisées, notamment hors les murs, dans les EHPAD, les établissements de protection de l'enfance et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

De plus, les services de la Ville se sont engagés fortement dans l'organisation des centres de vaccination¹⁵ : 31 centres ont été mis en place sur le territoire parisien, dont 16 en gestion directe par la Ville. Des opérations « d'aller vers » dans les Quartiers Politique de la Ville ont également été lancées, car, comme l'a souligné Marie DAUDE, « *une crise sanitaire accentue les inégalités d'accès aux soins et les inégalités sociales*¹⁶».

Pierre-Adrien HINGRAY, chef du service de gestion de crise de la Ville de Paris, a rappelé que la campagne de vaccination a été préparée dès l'été 2020, en collaboration étroite avec l'ARS et la Préfecture de Police. Le 6 janvier 2021 a été annoncée l'ouverture de centres de vaccination portés par les collectivités locales, et le 16 janvier, au moment où démarre la campagne de vaccination en direction des plus âgés, 19 centres de vaccination ont ouvert leurs portes à Paris. Ce nombre, qui est monté jusqu'à 29 au pic de l'été, s'est constamment adapté à l'évolution de la stratégie vaccinale du Gouvernement.

La Ville de Paris a également développé d'autres dispositifs de vaccination, fixes ou éphémères : 42 sites ont ainsi été créés sur la période de mars à juillet 2021 en privilégiant les quartiers populaires, pour faire du porte-à-porte et combattre l'éloignement des populations à la vaccination.

En complément, des opérations "d'aller vers" spécifiques ont été lancées, notamment dans les résidences

¹⁵. La liste des centres de vaccination figure en annexe du présent rapport

¹⁶. Marie DAUDE, audition du 20 janvier 2022



pour personnes âgées, les CHU, les foyers de travailleurs migrants avec soit des vaccinations réalisées par des équipes mobiles, soit de l'aide à la prise de rendez-vous.

Pour mener à bien ces actions, 800 agents volontaires ont été mobilisés, et 140 cadres ont été déployés comme responsables de centre de vaccination. Le 3975 a été utilisé comme ligne d'appel d'aide à la prise de rendez-vous, 9 millions d'euros de dépenses ont été engagés pour cette campagne, et tous les services ont entretenu un dialogue étroit avec les maires d'arrondissement, en particulier pour l'adaptation du dispositif et du maillage, et le choix des opérations et des territoires pour les opérations éphémères. Pierre-Adrien HINGRAY a précisé : « Nos forces, ce sont des moyens humains, des moyens logistiques, des moyens de transport qui font clairement la force des collectivités locales et d'une ville comme Paris quand on voit que les acteurs, côté État, notamment les services déconcentrés de l'État, sont largement démunis de ce type de moyens. Puis, c'est un pilotage en lien direct avec les élus, notamment les maires d'arrondissement, au travers de leur connaissance fine du territoire, qui nous a permis d'adapter et de préciser des dispositifs que ce soit de vaccination, de dépistage au plus près du besoin et des spécificités de chaque territoire ¹⁷».

Du 11 mars au 11 juillet 2020, 18 centres éphémères de vaccination ont été ouverts par les ateliers santé ville dans l'ensemble des quartiers prioritaires de la Ville, permettant de réaliser 13 000 vaccinations.

Ces centres éphémères ont fait l'objet d'un partenariat avec la CPAM, qui adressait un courrier aux personnes éligibles à la vaccination en amont de l'ouverture d'un centre. Gaëlle ASSIER, coordinatrice territoriale de santé dans les 5^{ème}, 6^{ème}, 13^{ème} et 14^{ème} arrondissement, a rappelé qu'il y a eu une

¹⁷. Pierre-Adrien HINGRAY, audition du 31 mars 2022

forte implication des coordinatrices des ateliers santé ville dans la mise en place d'actions « d'aller vers », la diffusion de l'information, et qu'il y a eu « *une véritable reconnaissance des habitants qui avaient de grandes difficultés à accéder à la prise de rendez-vous en centre de vaccination*¹⁸ ».

À titre d'exemple, Gaëlle ASSIER a indiqué que l'atelier santé ville local, en collaboration avec la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13^e arrondissement, l'équipe de développement local et les élus chargés de la santé, a superposé une cartographie des personnes non vaccinées du 13^e arrondissement et une cartographie du service parisien de santé environnementale de surveillance de la présence du SARS-CoV-2 dans les eaux usées. Cette superposition a permis d'identifier un quartier peu touché par la vaccination, et donc de mettre en place très rapidement une opération de vaccination éphémère. 300 personnes ont pu être vaccinées en deux jours, dont une trentaine de primo injections.

Amélie VERDIER, directrice générale de l'ARS-Ile de France, signale que la Ville de Paris a obtenu de très bons taux de couverture vaccinale par rapport aux départements de la Région : 87 % des Parisiens avaient eu un schéma vaccinal complet en février 2022¹⁹.

Par ailleurs, la Ville de Paris a mis en place des actions visant à soutenir une activité économique affaiblie par les mesures nationales de restrictions de déplacements prises dans le cadre des confinements successifs : « Paris vous accompagne », « Paris vous informe » et « Paris vous occupe ».

18. Gaëlle ASSIER, audition du 3 février 2022

19. Amélie VERDIER, audition du 17 février 2022

B. Les premiers enseignements de cette expérience inédite

Du fait notamment d'un recul temporel encore insuffisant et du caractère très parcellaire des données disponibles, il ne paraît pas possible aujourd'hui de mesurer l'efficacité globale des mesures déployées contre la pandémie entre 2020 et 2022. Certains enseignements peuvent cependant être d'ores et déjà dégagés.

1. L'évaluation de l'efficacité des mesures déployées

a. L'efficacité des confinements mesurée par des modèles mathématiques

Le confinement repose sur une règle basique de statistiques résumée par Pascal CREPEY²⁰ : « *En réduisant le nombre de contacts par individu, on réduit mécaniquement le risque de transmission du virus, donc on a un impact sur l'évolution de l'épidémie* ». Les mesures de restriction adoptées ont entraîné une baisse de 82 % du taux de reproduction du virus lors du premier confinement (17 mars – 11 mai 2020). Des estimations de chercheurs de l'université de Berkeley aux États-Unis, publiées dans la revue Nature en juin 2020, suggèrent que les cas confirmés en France auraient augmenté de 1,4 million si les pouvoirs publics n'avaient pas pris ces mesures pour arrêter la contagion. L'épidémie aurait alors entraîné au total la mort de plus de 214 000 Français. Les confinements ont donc eu comme effet principal de limiter le nombre de formes graves et de permettre au système de soin de rester efficace.

b. L'efficacité des campagnes de dépistages et de vaccination à Paris

► Le dépistage

Le maillage du territoire parisien par une offre variée de tests avec des opérations gratuites et sans rendez-vous, l'ouverture de 6 centres de dépistages et de diagnostic (CDD) de septembre 2020 à octobre 2021, mais aussi des 5 centres de santé de la Ville de Paris et des laboratoires ont permis la réalisation de près de 500 000 tests à l'autonomie 2020²¹.

► La vaccination

De mars à juillet 2021, les 18 centres de vaccinations éphémères ouverts dans l'ensemble des Quartiers Politique de la Ville ont permis de réaliser 13 000 vaccinations. Ces actions ont contribué à un excellent taux de couverture vaccinale à l'échelle de la région. En effet, un peu moins de 77 % des parisiens ont eu un schéma vaccinal complet, incluant les injections de rappels. Au début de l'année 2021, SOS Médecins a dans la même optique ouvert trois centres de vaccinations, permettant de vacciner plus de 200 000 personnes à Paris.

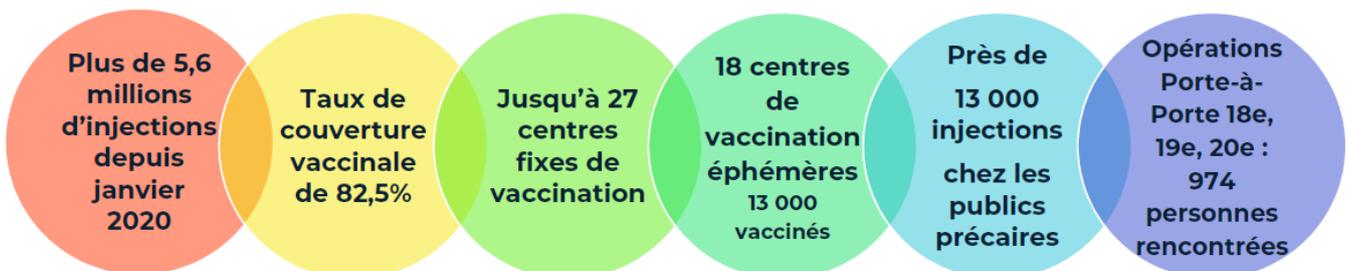
²⁰. Professeur, département Méthodes quantitatives en santé publique, « Coronavirus : le confinement a-t-il vraiment été efficace contre l'épidémie de covid-19 ? » France info, 21 juin 2020

²¹. Présentation de Pierre-Adrien HINGRAY, chef du service de gestion de crise de la Ville de Paris lors de la séance d'audition n°7 le 31 mars 2022



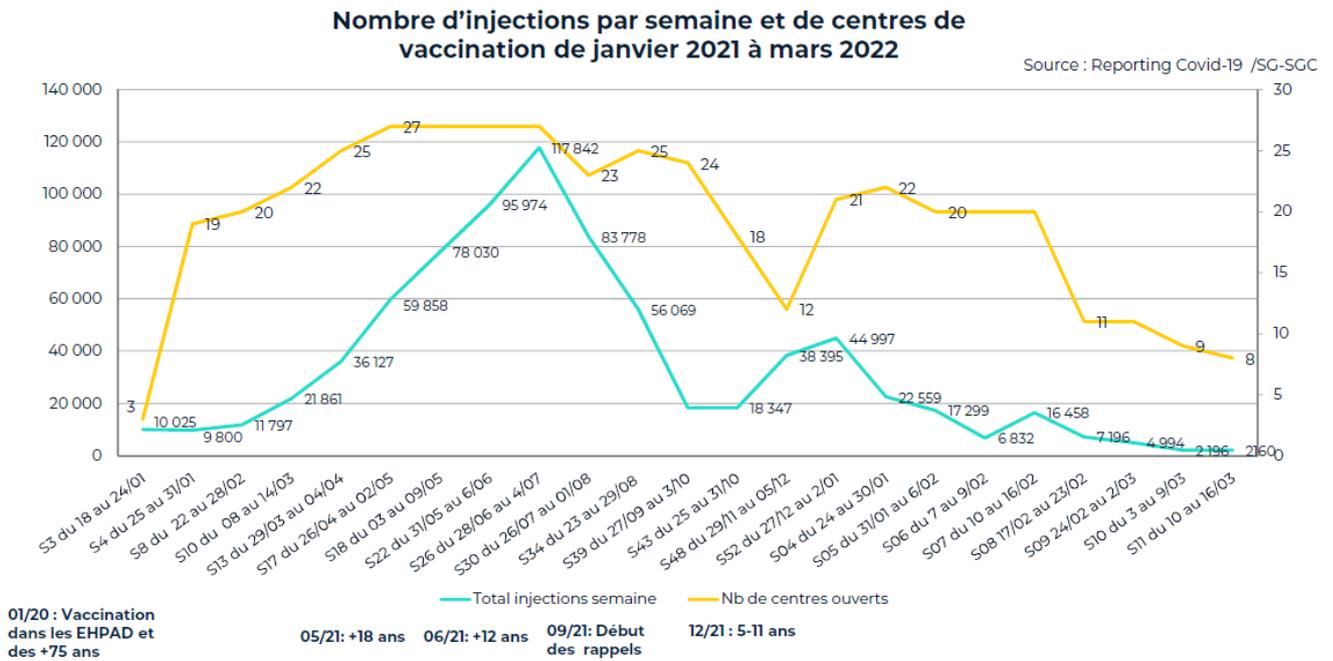
Le tableau suivant récapitule les différentes actions réalisées en matière de vaccination :

Dépistage et vaccination : quelques chiffres clés



Le diagramme ci-après met en évidence l'essor des injections permis par l'ouverture rapide de nombreux centres de vaccination au cours du premier semestre 2021. Les capacités de vaccination fluctuent ensuite et décroissent pour s'adapter au déclin des demandes d'injections.

Vaccination



Cependant, l'afflux de personnels dans les centres de vaccination où ils pouvaient bénéficier d'une rémunération supérieure, a pu perturber la prise en charge des soins. Catherine de BRABOIS²² note ainsi que « les soignants des SSIAD²³ étaient exclus du Ségur de la Santé, alors que les centres de vaccinations ouvraient au même moment ». Par ailleurs, un infirmier dans des centres de vaccination était payé en 3 jours l'équivalent d'un mois de salaire dans les SSIAD (48€ de l'heure le dimanche et jours fériés). Ces écarts ont contribué à aggraver les dysfonctionnements du système de santé pendant la période de vaccination.

2. Les premiers enseignements : les nécessaires coopérations, la démarche de « l'aller vers »

Un peu plus de deux ans après la survenue de l'épidémie et alors que celle-ci ne semble pas encore jugulée, on peut tout au plus tirer des premiers enseignements provisoires sur la gestion de crise.

A. Une coopération des acteurs encore à renforcer

De l'ARS à la Ville, de l'AP-HP aux structures hospitalières privées, la santé à Paris relève de nombreux acteurs, qui ont été amenés à se concerter et à organiser leurs actions pour lutter contre le coronavirus.

²². Directrice générale adjointe de la fondation de la Maison des champs, audition n°6 du 17 mars 2022

²³. Service de soins infirmiers à domicile

Si Helena KISLER-ELKOUBY a estimé que cette coopération avait été efficace²⁴, Yazdan YAZDANPANAHA a fortement nuancé ce point de vue : « il y a un truc qui n'était pas clair, [c'étaient] toutes les interactions entre la Ville, la région, l'État ²⁵ » .

Dans le même sens, Marie DAUDE a regretté une reconnaissance insuffisante de l'action municipale : « si on a pu discuter avec nos partenaires comme l'ARS, la PRIF, la CPAM, on n'a pas toujours été pris au sérieux comme on le devait. Notamment, on a été pendant la crise un partenaire essentiel pour l'État et pour nos partenaires habituels. Sans nous, ils n'auraient pas pu monter ces 31 centres de vaccination, toutes les actions de dépistage, d' « aller vers ». Et pourtant, on a eu parfois des difficultés à se faire reconnaître dans les réunions, à discuter d'égal à égal. Cela a été un point parfois même de crispation avec l'État, et un point à renforcer ²⁶ » .

Ève PLENEL a confirmé ce constat et a pointé des décalages entre la Ville et l'État dans la gestion de la crise : « Quand on disait en 2020 que le coronavirus était un virus aéroporté, qu'il nous fallait des capteurs de CO2, qu'il fallait promouvoir l'aération et l'ouverture des fenêtres, on était en butte à une communication nationale qui n'allait pas dans ce sens-là, et qui disait : « Non, le message, ce sont les gestes barrières, le lavage des mains, etc. ²⁷ » .



²⁴. Helena KISLER-ELKOUBY, déléguée générale de la Fédération de l'hospitalisation privée d'Ile-de-France, audition du 17 février 2022, propos cités dans le A, 1) de cette troisième partie

²⁵. Yazdan YAZDANPANAHA, président de l'ANRS maladies infectieuses et émergentes, audition du 31 mars 2022

²⁶. Marie DAUDE, Secrétaire générale adjointe chargée de la qualité des services aux parisiens, audition du 20 janvier 2022

²⁷. Ève PLENEL, Directrice de la santé publique, audition du 20 janvier 2022

B. La démarche de l'« aller vers »

Des actions dites « d'aller vers » consistant pour les acteurs de la santé, non pas à attendre la venue des citoyens, mais à aller à leur rencontre, ont du être déployées pour lutter contre la crise du coronavirus, en particulier pour atteindre les populations les plus éloignées du système de santé. Le département de Seine-Saint-Denis a ainsi organisé une dizaine d'actions dans les lieux passant de différentes villes avec des tentes et des animations musicales pour familiariser les habitants avec les « gestes barrières ».

Cela a été l'occasion d'un échange avec une population rarement au contact des personnels médicaux et un moyen pour ces derniers de comprendre leurs problématiques spécifiques²⁸. Marie DAUDE s'est montrée favorable à un recours plus important à ce levier à Paris : « *On a bien vu qu'on avait là-dessus une marge de progression, et qu'il fallait vraiment mettre le paquet notamment sur l'aller vers et sur la santé dans certains quartiers* ²⁹ » .



C. La prise en compte de tous les paramètres de la santé

S'agissant de l'efficacité des actions mises en place afin de pallier les difficultés sanitaires, si les mesures de restriction des déplacements semblent avoir montré leur efficacité en termes de lutte contre l'épidémie, elles ont aussi eu des conséquences négatives sur d'autres indicateurs de santé. Alice DESBIOLLES a en effet relevé : « *la gestion de crise que nous avons observée, a entraîné de nombreux dommages collatéraux à tous les âges de la vie, [...], que ce soit en termes de violences intrafamiliales, de violence*

²⁸. Sonia PASTOR, cheffe du service de la prévention et des actions sanitaires du 93, audition du 3 février 2022

²⁹. Marie DAUDE, idem

au sein des institutions, en termes de pauvreté, de précarité [...] du fait de logiques de confinement, [...]. Le décrochage scolaire, [...] l'obésité, l'obésité infantile, les conduites addictives, notamment l'alcool, qui explosent, la sédentarité, [...] le syndrome de glissement chez les personnes âgées ³⁰» .

Par ailleurs, 30 % des familles dans les centres de PMI déclarent que le confinement a généré des troubles du sommeil chez leurs enfants³¹. De plus, comme cela a déjà été souligné, ces conséquences négatives ont été notablement plus accusées, sur le plan de la santé mentale en particulier, pour les enfants des familles défavorisées³².

Alice DESBIOLLES a donc plaidé pour une autre stratégie de lutte contre le virus qui ne s'appuie pas sur les seuls indicateurs épidémiologiques mais prene en compte la santé de la population dans son ensemble. Il lui paraît également nécessaire de mieux adapter les actions mises en œuvre à la spécificité des territoires. Enfin, elle a souligné l'intérêt de mettre l'accent, même hors période pandémique, sur les politiques de prévention des comorbidités³³.

D. Les mesures d'isolement des publics fragiles

Par ailleurs, les règles d'isolement appliquées trop strictement à l'hôpital ou dans les EHPAD ont pu sembler parfois présenter un caractère excessif. Stéphanie DRABER-BATAILLE interroge : « *Comment peut-on interdire le droit de visite aux patients ? Comment des malades ne peuvent-ils pas avoir droit aux visites, alors que l'on sait que quand on est malade, quoi de plus réconfortant que d'avoir la visite d'un proche [...] ?* ³⁴ ». Marie CITRINI, représentante des usagers au conseil de surveillance de l'AP-HP assure que les règles d'isolement sont allées trop loin et qu'il est nécessaire à l'avenir de garantir le « droit absolu », selon son expression, d'avoir sa famille à côté de soit lorsque l'on est malade³⁵.

Stéphanie DRABER BATAILLE est comédienne et directrice de théâtre. Son père, Étienne DRABER, 81 ans, a été hospitalisé en décembre 2020 à la Pitié-Salpêtrière pour une opération. Après avoir contracté le Covid à l'hôpital, il a été condamné à l'isolement puisque les visites de ses proches ont été interdites, sauf au "dernier moment". Etienne DRABER a été victime de traitements dégradants et s'est laissé mourir de chagrin. Ses proches ont été privés de tout hommage à sa dépouille. « *Je parle au nom de mon père, mais je parle au nom des plus de 15 000 témoignages avec l'association que j'ai pu monter avec Laurent FRÉMONT.* » Elle a co-fondé le collectif Tenir la main, qui milite pour le droit de visite aux patients quelles que soient les circonstances sanitaires, qui soutient les patients et leurs proches en leur proposant un soutien humain, juridique et matériel, et contribue à la réflexion éthique sur la place de l'humain dans le système de santé.

³⁰. Alice DESBIOLLES, médecin de santé publique et spécialiste en pandémie, santé environnementale et écoanxiété, audition du 31 mars 2022

³¹. Mathilde MARMIER, cheffe du service de la PMI de la Direction de la santé publique, audition du 14 avril 2022.

³². Thierry BAUBET, spécialiste de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, audition du 21 avril 2022

³³. Alice DESBIOLLES, idem

³⁴. Stéphanie DRABER-BATAILLE, présidente du collectif « Tenir ta main », audition du 10 mars 2022. Cette question est développée dans la deuxième partie du rapport.

³⁵ Marie CITRINI, représentante des usagers du conseil de surveillance de l'AP-HP, audition du 10 mars 2022.

E. Le bilan des actions conduites par la Ville

S'agissant de la Ville de Paris, Pierre-Adrien HINGRAY a expliqué qu'« à l'issue du premier confinement, [la Ville a] mené un retour d'expérience, comme [elle] le mèn[e] à l'issue de chaque crise, [...] qui a formulé une série de recommandations, la création de la direction de la santé publique en fait partie ».

Il souligne en particulier la nécessité d'améliorer les actions de communication afin notamment d'atteindre davantage les personnes en situation de fracture numérique. Cela passe par exemple par de « l'aller vers ».

Enfin, il regrette l'absence de stratégie commune sur la commande et la distribution de masques au début de la crise. S'agissant des masques et des équipements de santé, Pierre-Adrien HINGRAY a assuré que la Ville a tiré les enseignements de la crise : « il nous a été demandé de constituer un stock stratégique nous assurant trois mois d'autonomie sur l'ensemble des équipements de protection individuel : masques, blouses, gants, combinaisons, etc³⁶ » .

F. L'anticipation des prochaines pandémies.

Plus généralement, Thierry LEFRANCOIS, estime que c'est l'ensemble des acteurs de la santé au sens large - santé humaine, environnementale, végétale et animale- qui doivent être mobilisés en vue de favoriser un « écosystème peu favorable aux émergences [d'épidémies] ».

De plus, la mise en place d'un dispositif renforcé de surveillance de la survenue des épidémies serait nécessaire afin que les pouvoirs publics ne soient pas surpris et contraints d'agir dans l'urgence comme ce fut le cas pour le Covid.

C'est pourquoi, il considère que la relation chercheur/décideur devrait être beaucoup plus forte³⁷. Dans le même sens, Yazdan YAZDANPANAHA appelle de ses vœux un travail sur la relation entre la science et la population, notamment sur la question de la vaccination. Ce sujet risque en effet de revenir et une communication sur les vaccins hors période épidémique permettrait un taux de vaccination suffisamment élevé lorsque le virus survient³⁸.

³⁶. Pierre-Adrien HINGRAY, chef du service de gestion de crise au Secrétariat général de la Ville de Paris, audition du 31 mars 2022

³⁷. Thierry LEFRANCOIS, membre du Conseil scientifique, audition du 31 mars 2022

³⁸. Yazdan YAZDANPANAHA, idem

PRÉCONISATIONS



1 : Le pilotage de la santé

Renforcer la démocratie en santé

1. Établir un diagnostic territorial pour construire une vision commune des besoins à l'échelle micro-locale des quartiers. Ces cartographies permettront de renforcer le maillage du territoire parisien en santé.
2. Systématiser la démarche de démocratie sanitaire mise en place avec le Comité Consultatif Covid-19 et le Comité de pilotage du plan plomb, dans un dialogue incluant les associations et partenaires institutionnels, les patients, en assurant la visibilité des données disponibles sur paris.fr. et permettre une consultation plus aisée par les Parisiennes et les Parisiens des données de santé environnementale. Cela peut inclure le risque pollinique, la présence de moustiques tigres en période de surveillance épidémiologique, le bruit...
3. Encourager la diffusion des initiatives des conseils locaux d'usagers de service de santé (conseil local de la santé mentale, conseil local du handicap) et renforcer leur inclusion transversale dans les consultations des instances participatives faites par la Ville.
4. Impliquer davantage les Maires d'arrondissement dans les politiques de santé de la Ville afin qu'ils puissent développer une vision locale sur l'accès aux soins à l'échelle de leur arrondissement. Établir un temps annuel de débats au Conseil de Paris sur la politique de santé de la Ville.
5. Plaider auprès de l'État pour la création d'Objectifs Nationaux de Santé Publique (ONSP) annuellement débattus au Parlement après un travail territorialisé au niveau des départements sur les besoins de santé, avant l'élaboration du PLFSS.
6. Proposer de substituer au Conseil de Surveillance de l'AP-HP un Conseil d'Administration assurant une bonne représentation des élus de l'ensemble du territoire parisien, des personnels soignants et médicaux, ainsi que des usagers et de leurs familles.

Promouvoir les innovations et la recherche en santé

7. En s'appuyant sur « les volontaires de Paris », expérimenter sur le modèle du Département de Seine-Saint-Denis, le dispositif « d'ambassadeurs de santé », citoyennes et citoyens formés aux problématiques sanitaires et aux dispositifs de prévention, permettant de relayer les enjeux auprès des habitantes et des habitants.
8. Plaider auprès de l'État pour la mise en place d'états généraux sur l'utilisation des données de santé pour permettre l'avancée de la réglementation et encourager l'innovation, notamment pour le dossier patient numérique, afin de mieux coordonner les soins autour du patient, tout en veillant à protéger ses données personnelles.

Resserrer les partenariats

9. Accentuer le développement d'une CPTS dans chaque arrondissement.
10. Plaider auprès de l'AP-HP pour la création de postes de médecins partagés entre la Ville de Paris et l'AP-HP, permettant un co-financement de ces emplois.
11. Pour améliorer le système d'entrées et sorties de l'hôpital, plaider auprès de l'AP-HP pour la mise en place d'un cadre de travail facilitateur et coordonné entre les services sociaux de la Ville de Paris et de l'AP-HP et renforcer la coopération entre les centres de santé municipaux et les hôpitaux de l'AP-HP.
12. Favoriser le partage des retours d'expériences avec la Région, notamment sur la politique de « l'aller-vers », en lien avec l'Observatoire régional de la Santé et l'Agence régionale de la Santé et développer des formations pour les élus parisiens notamment avec la Métropole du Grand Paris.
13. Renforcer les nombreuses structures d'aide au développement économique travaillant dans le secteur de l'innovation en santé au niveau de la Ville de Paris et plaider pour l'élaboration d'un schéma directeur régional prospectif de l'innovation en santé garantissant la libre administration des établissements publics.

2) Santé environnementale

Urbanisme et santé environnementale

14. Étudier l'opportunité de créer un observatoire de la santé environnementale et inclure le critère de la santé dans l'ensemble des choix politiques sur l'environnement bâti, social, physique économique.
15. Engager une réflexion sur la végétalisation de la ville, accentuer le développement d'équipements sportifs dans l'espace public et réaménager progressivement le territoire.
16. Étudier l'opportunité d'étendre la réalisation d'Évaluations d'Impacts en Santé (EIS), de mettre en place des critères d'éco-conditionnalité dans la commande publique afin d'interdire progressivement certaines substances nocives ciblées prioritairement, poursuivre la démarche de suppression des perturbateurs endocriniens dans les établissements publics et accroître le nombre d'inspecteurs d'hygiène et de salubrité pour accélérer l'amélioration de l'habitat.
17. Poursuivre et renforcer la lutte intégrée contre la prolifération d'espèces invasives (rongeurs, punaises de lits...) dans le respect des engagements pris par la Ville en matière de biodiversité.

Alimentation et santé environnementale

18. Développer très largement des campagnes de sensibilisation à la qualité nutritionnelle des repas et œuvrer pour rendre accessible une alimentation de qualité assurant des apports nutritionnels favorables à la santé de chacune et chacun conformément aux objectifs du Plan alimentation durable 2022 et encourager l'activité physique, particulièrement auprès des établissements scolaires.

3) L'accès au soin

Urbanisme et accès au soin

19. Identifier les parcelles à préserver pour y implanter des équipements de santé répondant à un besoin d'offre de santé (en priorité dans les zones en sous-densité médicale, identifiables dans les cartes de l'APUR) tels que des maisons de santé ou des établissements d'enseignement, de santé et d'action sociale. Protéger les parcelles actuellement occupées par une fonction de santé publique et environnementale, notamment l'ensemble des parcelles d'hôpitaux publics.
20. Consacrer une part plus importante des locaux des bailleurs sociaux à l'installation de professionnelles et professionnels de santé, particulièrement des MSP, en lien avec le GIE Paris Commerce. Réserver des pieds d'immeuble issus de projets de réhabilitation et zones d'aménagement concerté (ZAC) à l'installation de centres municipaux, d'acteurs associatifs ou de médecins s'engageant à pratiquer des tarifs en secteur 1 sur tout le territoire parisien.

Développer l'accès au soin en secteur 1

21. Favoriser la participation de la Ville de Paris à la constitution de sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC) de santé, dans le cadre défini par la loi de 2014 relative à l'économie sociale et solidaire.
22. Autant que possible, soutenir financièrement et politiquement toute structure de santé en secteur 1 menacée de fermeture ou de reprise par un opérateur absent de ce secteur.
23. Poursuivre les efforts de recrutement pour pourvoir autant que possible les postes vacants de personnels de santé dans les services municipaux (médecine scolaire, PMI, etc.).
24. Recenser les professionnels de santé proposant des visites à domicile et faciliter par le biais du 3975 la mise en relation avec des patients en difficulté avec le numérique. Favoriser ces déplacements à domicile en plaidant pour l'adoption d'une politique tarifaire qui valorise les déplacements, en facilitant pour leur véhicule professionnels la circulation et le stationnement et en créant des incitations matérielles pour les jeunes médecins s'installant et souhaitant pouvoir se déplacer à domicile : aide aux déplacements (transports publics, véhicules autant que possible électriques ou hybrides, vélos adaptés).
25. Étoffer le dispositif « Paris Med' » pour qu'il devienne un guichet unique favorisant l'installation des jeunes médecins, renforcer les aides techniques, juridiques, comptables, financières pour les porteurs de projets de secteur 1.
26. Soutenir les formes collectives de l'exercice médical dans chaque quartier : centres de santé (associatifs, mutualistes, municipaux), maisons de santé, cabinets libéraux, pour permettre aux médecins de rester en cœur de ville et attirer les médecins qui n'ont ni l'envie ni les moyens de gérer un cabinet privé. Favoriser l'accueil des étudiants en 4e année d'internat comme "médecins assistant" dans ce cadre, en leur permettant d'être ainsi encadrés par des médecins maîtres de stage, particulièrement dans les déserts médicaux.

4) La santé et l'hôpital

Garantir l'attractivité du territoire parisien et le logement des professionnels de santé

27. Retirer les primes compensant le coût de la vie à Paris du calcul des revenus conditionnant leur obtention. Généraliser à l'ensemble des salariés de l'AP-HP une prime coût de la vie indexée sur leur salaire.

Favoriser le recrutement des personnels soignants hospitaliers

28. Intervenir pour le développement des passerelles entre les différents métiers de la santé, l'évaluation de la pénibilité réelle de chacun des postes et leur prise en charge.
29. Plaider auprès de l'État pour l'augmentation des capacités d'accueil des facultés de médecine pour qu'elles puissent former un nombre suffisant de professionnels.

Favoriser le recrutement des personnels soignants hospitaliers

30. Demander à l'AP-HP annuellement un bilan des lits supprimés et services fermés, provisoirement ou définitivement, dans les hôpitaux du territoire parisien, du délai moyen d'attente pour la consultation de médecins à l'hôpital public, du nombre moyen de patientes de patients accueillis dans l'année dans le service d'urgence par membre du personnel soignant.

Réformer les Urgences

31. Au sein des Urgences de chaque hôpital, créer un service d'urgences spécifiques aux seniors âgés de plus de 75 ans.
32. Créer une maison médicale de garde au sein ou à proximité immédiate de chaque hôpital parisien disposant d'un service d'urgences et ouvrir aux médecins et infirmiers volontaires les centres de santé municipaux la nuit pour répondre aux demandes accueillies par les urgences mais ne nécessitant pas de prise en charge hospitalière immédiate. Un système de consultations assurées par des médecins aux urgences pourrait ainsi permettre une redirection rapide de ces demandes et soulager les urgences hospitalières sans pour autant laisser sans réponse les usagères et usagers.
33. Promouvoir un seul numéro d'urgence, le 112, accompagné de moyens supplémentaires.
34. Proposer aux autorités de santé que les pharmaciens voient leur rôle accru dans les dispositifs de prévention, de conseil et de promotion de la santé publique.

5) La santé des publics spécifiques

Améliorer la prise en charge médicale des femmes

35. Réaliser dans le cadre d'un travail plus général de recensement et de cartographie de l'offre en santé, une cartographie en ligne « La santé des femmes à Paris » recensant tous les services, publics ou associatifs, dédiés à la santé des femmes et à la santé gynécologique et proposant des soins de santé spécialisés (y compris pour l'accueil hospitalier ou médico-judiciaire des femmes victimes de violence), en précisant les spécialités disponibles, le secteur le cas échéant, leurs horaires et modalités d'accès.
36. Créer des postes de gynécologues et de sages-femmes dans les centres municipaux de santé. Favoriser l'installation des sages-femmes et leur formation continue.
37. Demander la reconnaissance de l'endométriose comme une Affection de Longue Durée (ALD 30) et la formation des étudiantes et étudiants en médecine et soins infirmiers à son dépistage et à sa prise en charge.
38. Pérenniser les maisons des femmes mises en place ou prévues dans le cadre de l'AP-HP, les valoriser, et développer des outils de communication pour les faire connaître de tous les publics. Encourager le développement rapide de l'Institut pour la Santé des Femmes au sein de la clinique Tarnier et s'assurer de sa bonne insertion dans l'écosystème de santé parisien.
39. Améliorer la connaissance des procédures juridiques et sociales de l'accouchement sous le secret au sein de l'AP-HP pour améliorer l'accompagnement des femmes choisissant cette forme d'accouchement, prévenir les maltraitances à leur égard et à celui des enfants, et faciliter le placement pour adoption rapide des nourrissons, leur permettant de développer des liens d'attachement plus sécurisés.
40. Réaliser des campagnes de sensibilisation, notamment en direction des jeunes à partir du second degré, sur les droits des patients et particulièrement des patientes en gynécologie, les violences gynécologiques, et les possibilités de médiation ou de signalement en cas de difficultés. Encourager les formations de l'ensemble des professionnels, assurant l'accueil de tous les publics, au respect du consentement des patientes et des patients, et à la connaissance des pratiques recommandées et déconseillées par la Haute Autorité de santé en matière de santé gynécologique.

Renforcer la santé des seniors

41. Continuer à développer l'offre de places en EHPAD de la Ville et porter les ratios personnel/résidents à 0,8 ETP comme le demande la Défenseure des droits. Intervenir pour la revalorisation des salaires des aides à domicile et des personnels des EHPAD, en compensant la charge représentée pour les collectivités territoriales.

42. Développer l'accès aux soins palliatifs pour les patients en fin de vie à Paris.
43. Proposer l'établissement de majorations pour les consultations de personnes dépendantes nécessitant un temps d'accueil plus important sans supplément de reste à charge pour les patients.
44. S'assurer de la présence de lieux de soins conventionnés secteur 1 accessibles dans chaque arrondissement, que ce soit en termes d'accessibilité physique, mais aussi par exemple de traduction en langue des signes, ou encore de temps d'attente limité, en continuité avec la politique d'accès universel engagée par la Ville.
45. Garantir le niveau de l'offre de Soins Longue Durée au sein des hôpitaux de l'AP-HP. Développer des places d'accueil de jour afin de décharger les aidants, notamment pour les patients atteints de troubles cognitifs.
46. Poursuivre la montée en compétence de la Ville dans sa capacité à pouvoir répondre rapidement aux crises sanitaires. Protéger les populations, en particulier les plus vulnérables, les informer et les impliquer dans le cadre d'une collaboration nourrie avec les milieux experts et assurer la coordination des structures. Élaborer un plan d'action à l'échelle de Paris pour faire face à de futures épidémies avec différentes étapes en fonction de la menace sanitaire.

Faciliter l'accès aux soins des personnes migrantes

47. Pour faciliter l'accès aux soins des MNA en l'absence de représentant légal majeur, créer une instance de décision collégiale permettant au soignant de solliciter l'accord de l'AP-HP pour intervenir.
48. Encourager le développement de consultations type PASS (permanences d'accès aux soins de santé), particulièrement autour de services de santé mentale, et favoriser la connaissance de ces dispositifs par des moyens de communication dédiés pour permettre aux personnes en grande précarité ou n'ayant pas de droits ouverts (notamment en raison de délais de carence) d'avoir accès aux soins de manière inconditionnelle.

Lutter contre les drogues et soigner les conduites addictives

49. Travailler à la définition de périmètres de protection autour des établissements scolaires et de jeunesse afin de limiter la publicité pour l'alcool, les fastfoods etc.
50. Reconnaître l'addiction comme une maladie prise en charge par la Sécurité Sociale.
51. Garantir le remboursement total des consultations de psychologues par la Sécurité Sociale, sans conditionnement à une prescription médicale par un ou une médecin généraliste.

Développer les soins psychiatriques

52. Améliorer la prise en charge de la santé mentale : mettre en place une veille au sein des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) pour identifier les besoins en termes de santé mentale et y répondre au mieux, mener une campagne d'information et de lutte contre la stigmatisation sur la santé mentale.

53. Généraliser la constitution d'équipes mobiles psycho-sociales dans tous les arrondissements, en lien avec tous les bailleurs présents sur le territoire parisien, et renforcer les moyens dédiés aux équipes existantes. Renforcer les moyens dédiés au logement social accompagné, indispensable pour la santé.
54. Réfléchir à un plan d'actions pour pallier les difficultés de recrutement dans les différents services hospitaliers parisiens, en particulier dans les services psychiatriques et dans les services des urgences. Renforcer le nombre de lits en psychiatrie et pédopsychiatrie et leur allouer des moyens humains et financiers.

Santé communautaire et réduction des risques

55. Poursuivre et développer les démarches visant l'équité dans l'accès aux soins et de santé communautaire en ciblant les populations les plus éloignées du soin et les plus à risque, concernant la possibilité de contracter certaines pathologies en raison de déterminants sociaux, orientation sexuelle, genre, lieu d'habitation, origine géographique.
56. Prospector auprès de l'État et de l'Assurance Maladie pour des financements innovants permettant une prise en charge des actions de prévention, de soins non-programmés, d'endométriose, de dépistages, de santé sexuelle, etc.
57. Renforcer les actions sur la santé sexuelle, et notamment celles de prévention de la transmission de certaines maladies et infections sexuellement transmissibles (concrétiser la trajectoire de Vers Paris Sans Sida, promouvoir la vaccination contre le papillomavirus (HPV), promouvoir les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge des hépatites).
58. Pallier, dans la mesure du possible, les carences manifestes de l'État sur la prise en charge, l'accompagnement et la promotion de la santé mentale par un ciblage des publics vulnérables identifiés.
59. Poursuivre et renforcer le dispositif de consultations médico-psychologiques, associant généraliste et psychologue pour l'accompagnement des 18-30 ans.
60. Promouvoir l'éducation à la santé (santé environnementale, santé mentale), notamment auprès des plus jeunes et des publics fragiles, en partenariat avec la communauté éducative (ex: ateliers périscolaires pour les plus jeunes, mises en situations et campagnes de communication pour les adolescentes et les adolescents).
61. Ajouter aux conventions de financement signées avec les structures de santé que la Ville subventionne, un engagement à l'accueil de personnes migrantes, en situation de handicap ou de très grande précarité. Demander un compte rendu de l'accueil de ces publics dans les bilans annuels. Demander, dans ces mêmes bilans, un point sur le lien avec les syndicats et les CSE des secteurs médical et médico-social parisiens.

Lutter contre la pédo-criminalité et les violences conjugales ou intrafamiliales

62. Mener une campagne de prévention contre les violences sexuelles envers les enfants, notamment dans le cercle de confiance, auprès de la population et du service hospitalier : favoriser une aide d'urgence médicale et psychologique pour les victimes, accompagner les victimes mineures, en situation de handicap, et majeures sujettes aux traumatismes liées à une expérience pédo-criminelle. Proposer une meilleure formation des médecins à ces problématiques.
63. Sensibiliser les médecins généralistes et les pédiatres, notamment celles et ceux intervenant auprès de personnes en situation de handicap, au questionnement en cas de suspicion de violences conjugales ou intrafamiliales.

6) Les différents cadres de la santé

Développer la santé scolaire

64. Organiser des assises de la santé scolaire pour travailler au renforcement de la médecine scolaire et de sa lisibilité.
65. Concevoir, sous l'impulsion de la Direction de la Santé Publique, en lien avec les partenaires de l'École (Rectorat et DASCO) et de la santé (ARS, CPTS, etc.) des modules d'éducation à la santé pour développer la culture de la prévention et d'accès aux soins dès le plus jeune âge.
66. Renforcer les effectifs de médecine scolaire à tous les niveaux (y compris l'orthophonie), particulièrement s'agissant de la santé mentale, pour améliorer le repérage des problématiques et améliorer le suivi, dans la logique des travaux préparatoires déjà engagés par la Ville; favoriser la connaissance par ces services de toutes les ressources du territoire, particulièrement des services universels et secteur 1, en matière de santé et de soins. Développer des outils éducatifs et de sensibilisation au sein des services de santé scolaire.
67. Favoriser la connaissance par les établissements scolaires des associations proposant des interventions en milieu scolaire en matière d'éducation à la sexualité (incluant des sensibilisations aux problématiques de non-consentement, de violences, et à la lutte contre les LGBTphobies), et de promotion de la santé, notamment sexuelle, de manière générale.
68. Assurer la présence d'un médecin scolaire dans chaque école de la Ville de Paris et renforcer les CAPP. Demander à l'Éducation nationale de créer des postes d'infirmerie et d'assistance sociale scolaires dans le second degré de manière à garantir la présence d'un infirmier ou d'une infirmière et d'une assistante ou d'un assistant de service social par établissement scolaire.
69. Augmenter les capacités de prise en charge médicale et psychologique du Service Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) sur la base d'une analyse quantitative et qualitative du délai moyen d'attente.

.....

Améliorer la santé au travail

- 70. Lancer une concertation avec les acteurs socio-professionnels sur la santé au travail.
- 71. Lancer une campagne de sensibilisation aux risques professionnels y compris psychosociaux au sein des personnels de la Ville.

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1 - Lettre demandant la création de la MIE

Annexe 2 - Exposé des motifs du projet de délibération

Annexe 3 - Délibération du Conseil de Paris

Annexe 4 - Trombinoscope des membres de la MIE

Annexe 5 - Liste des personnes auditionnées

Annexe 6 - Calendrier des séances d'auditions

Annexe 7 - Liste des contributions écrites adressées à la Mission

Annexe 8 - Liste des visites effectuées par la Mission

Annexe 9 - Liste des centres de vaccination ouverts à Paris

Annexe 10 - La Halte soins addictions

Annexe 11 - Réponse de la Ville de Chicago au questionnaire de la Mission

Annexe 12 - Préconisations présentées par chaque groupe politique

Annexe 13 - Bibliographie

Annexe 14 - Glossaire des sigles utilisés

Annexe 1 : Lettre demandant la création de la MIE



LA PRESIDENTE

Paris, le 21 avril 2021

Objet : Constitution d'une MIE – « Santé à Paris »

Madame la Maire,

Au nom de 28 élus du groupe *Changer Paris* représentant un sixième des membres du Conseil de Paris et en application de l'article 22 du règlement intérieur de notre assemblée, je tenais à vous faire part de notre demande de création d'une Mission d'information et d'évaluation dédiée à la stratégie de Santé à Paris.

La crise sanitaire entraînée par l'épidémie de Covid-19 a révélé les défaillances et les faiblesses de notre système de santé qui montrait déjà des signes de fatigue, et qui sort encore plus fragilisé de cette crise.

Dans cet esprit, le retour à une vie normale ne pourra se faire sans la reconstruction d'une organisation solide, qui puisse faire face à de nouvelles crises et qui tire les leçons des faiblesses rencontrées.

En ce sens, cette mission d'information et d'évaluation devra permettre :

- D'évaluer l'efficacité des dispositifs municipaux mis en place pour lutter contre l'épidémie, soutenir les personnels soignants, rompre les chaînes de contamination et garantir l'efficacité de la campagne vaccinale ;
- D'évaluer sur dix ans les orientations stratégiques et les réalisations de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, dont vous présidez le Conseil de Surveillance ;
- De préciser les modalités de mise en place de la nouvelle Direction municipale de la Santé Publique ;

- De mettre en perspective ces objectifs à atteindre avec les nouveaux moyens à mettre en œuvre ;
- D'analyser et de rendre compte de l'évolution des stratégies territoriales de santé, de leur réactivité face à la crise et de l'articulation entre la médecine de ville (*médecins, infirmiers, paramédicaux libéraux, centres de santé*) et la médecine d'hôpital (*AP-HP, mais aussi les structures privées participant au service public*), lors des dix dernières années et plus particulièrement en période de pandémie ;
- Les problématiques du grand âge devenant une question majeure de santé publique, de préciser les évolutions passées et prévues du pôle gériatrique de l'AP-HP.

Aussi, nous semble-t-il essentiel de solliciter les différents acteurs de la santé à Paris afin d'appréhender dans de bonnes conditions la reconstruction de notre stratégie sanitaire, de refondre notre système de santé sur des bases saines et d'être ainsi en mesure de faire face à de nouvelles crises.

Cette mission d'information et d'évaluation s'inscrit dans cette démarche et aboutira à un rapport permettant d'éclairer le Conseil de Paris sur ces questions.

Je vous prie d'agréer, Madame la Maire, l'expression de ma considération distinguée.



Rachida DATI
Maire du 7^e arrondissement
Présidente du groupe Changer Paris

Madame Anne HIDALGO
Maire de Paris
Hôtel de Ville

Mission d'Information et d'Evaluation « Santé à Paris »
Liste des 28 élus signataires
(signatures électroniques du fait de la pandémie, transmises sur demande)

David ALPHAND

Samia BADAT-KARAM

Vincent BALADI

Sandra BOELLE

Geoffroy BOULARD

Alix BOUGERET

Véronique BUCAILLE

Grégory CANAL

Marie-Claire CARRERE-GEE

Daniel-Georges COURTOIS

Rachida DATI

François-Marie DIDIER

Marie-Caroline DOUCERE

Philippe GOUJON

Rudolph GRANIER

Hélène JACQUEMONT

Nicolas JEANNETE

Jeanne d'HAUTESERRE

Jean LAUSSUCQ

Jérôme LORIAU

Jean-Pierre LECOQ

Emmanuel MESSAS

Frédéric PECHENARD

Aurélie PIRILLO

Jérémy REDLER

Francis SZPINER

Marie TOUBIANA

Anne-Claire TYSSANDIER

Annexe 2 : Exposé des motifs du projet de délibération

Direction de la Démocratie, des Citoyen.ne.s et des Territoires
Service du Conseil de Paris

2021 DDCT 82 : Création d'une mission d'information et d'évaluation sur la santé à Paris

PROJET DE DELIBERATION

EXPOSE DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

La Présidente du groupe Changer Paris m'a saisie d'une demande de création d'une mission d'information et d'évaluation portant sur la santé à Paris. La présidence en reviendra, comme cela est la règle, au groupe qui en est à l'initiative.

J'ai accepté d'inscrire à l'ordre du jour de notre assemblée la création de cette mission. En effet, dans le contexte inédit de la crise sanitaire que nous traversons du fait de l'épidémie de Covid-19, il me paraît tout particulièrement nécessaire de dresser une évaluation des dispositifs existants et des évolutions à mettre en œuvre.

Cette mission d'Information et d'évaluation devra s'attacher notamment à :

- réaliser un point d'étape sur les dispositifs municipaux mis en place pour lutter contre l'épidémie, soutenir les personnels soignants, rompre les chaînes de contamination et contribuer à l'efficacité de la campagne vaccinale ;
- cerner les enjeux, en termes d'objectifs et de moyens à mobiliser, de la création de la future Direction de la santé publique de la Ville ;
- analyser l'évolution des stratégies territoriales de santé et l'articulation entre médecine de ville et médecine d'hôpital public et privé, particulièrement en période de pandémie ;
- dresser un bilan des actions de l'Assistance publique/Hôpitaux de Paris sur le territoire parisien au cours des dix dernières années ;
- dresser le bilan des évolutions passées et à venir du pôle gériatrique de l'AP-HP.

La mission d'Information et d'évaluation (MIE) procèdera à l'audition des différents acteurs et experts concernés par la santé à Paris afin d'appréhender au mieux les conditions d'une révision de notre stratégie sanitaire et d'une évolution de notre système de santé. Au terme de ses travaux, elle pourra ainsi formuler des préconisations.

Il s'agira de la dix-septième MIE conduite au sein de la Ville de Paris et de la troisième de la présente mandature. Ce dispositif, institué en 2008 au sein du Conseil de Paris, a montré son efficacité et je ne doute pas qu'il sera, une fois encore, parfaitement adapté pour poser, dans la sérénité et le dialogue, un diagnostic sur le dispositif de santé à Paris et son évolution.

Je souligne en effet que les rapports rendus par les MIE témoignent de la volonté de leurs membres d'aboutir à un constat partagé et à la formulation de propositions consensuelles dans l'intérêt des Parisien.ne.s. Je souhaite bien entendu qu'il en soit de même pour la mission dont je vous demande d'approuver aujourd'hui la création.

Je vous prie, Mesdames et Messieurs, de bien vouloir en délibérer.

La Maire de Paris

Annexe 3 : Délibération créant la MIE

Délibération affichée à l'Hôtel de Ville
et transmise au représentant de l'Etat
le 19/10/2021

CONSEIL DE PARIS

Extrait du registre des délibérations

Séance des 12, 13, 14 et 15 octobre 2021

2021 DDCT 82 Création d'une mission d'information et d'évaluation sur la santé à Paris.

Mme Anne SOUYRIS, rapporteure.

Le Conseil de Paris,

Vu le Code général des collectivités territoriales et notamment son article L.2121-22-1 issu de l'article 8-1 de la loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité ;

Vu l'article 22 du règlement intérieur du Conseil de Paris ;

Vu la lettre du 21 avril 2021 de Madame Rachida DATI, présidente du groupe Changer Paris, demandant, au nom de 28 élus de son groupe, la création d'une mission d'information et d'évaluation sur la santé à Paris ;

Considérant que ce thème constitue une question d'intérêt municipal ;

Vu le projet de délibération en date du 28 septembre 2021 par lequel la Maire de Paris lui demande la création d'une mission d'information et d'évaluation sur la santé à Paris ;

Sur le rapport présenté par Madame Anne SOUYRIS, au nom de la 4ème commission,

Délibère :

Article 1 : Une mission d'information et d'évaluation est formée au sein du Conseil de Paris sur la santé à Paris.

Article 2 : La mission d'information et d'évaluation débutera le 13 janvier 2022 pour une durée de six mois.

Article 3 : Cette mission est composée de 15 conseillers de Paris désignés à la proportionnelle des groupes. Chaque groupe peut également désigner un suppléant.

Article 4 : A l'issue de la mission, le rapport sera soumis au vote de ses membres. A défaut d'une adoption unanime, des contributions pourront être annexées au rapport. Après son adoption, le rapport sera inscrit à l'ordre du jour et débattu au Conseil de Paris.

Article 5 : La mission sera assistée dans ses travaux par la Direction de la démocratie, des citoyen.ne.s et des territoires. Les directions de la collectivité, sous l'autorité de la secrétaire générale de la Ville de Paris, répondront à toutes les demandes de documentation de la mission. Les adjoints à la Maire qui, sans en être membres, sont concernés par le champ de la mission participeront aux travaux de celle-ci sans voix délibérative.

La Maire de Paris,



Anne HIDALGO

Annexe 4 : Trombinoscope des membres de la MIE



Trombinoscope MIE Santé



Jean-Pierre LECOQ
6^e - Groupe
changer Paris

Président



Hamidou SAMAKE
20^e - Groupe
Paris en
commun

Rapporteur

Membres titulaires (par ordre alphabétique)



Nicolas BONNET-OULALDI
12^e - Groupe
communiste
et Citoyen



Véronique BUCAILLE
16^e - Groupe
changer Paris



Lamia EL AARAJE
20^e - Groupe
Paris en
Commun



Alexandre FLORENTIN
13^e - Groupe
Écologiste de
Paris



Barbara GOMES
18^e - Groupe
Communiste
et citoyen



Alexis GOVCIYAN
9^e - Groupe
Indépendants et
Progressistes



Nicolas JEANNETE
15^e - Groupe
changer Paris



Nathalie LAVILLE
13^e - Groupe
Paris en
commun



Eric LEJOINDRE
18^e - Groupe
Paris en
commun



Maud LELIEVRE
9^e - groupe
Modem
Démocrates et
Ecologistes



Jérôme LORIAU
15^e - Groupe
changer
Paris



Carine PETIT
14^e - Groupe
Génération.s



Emmanuelle RIVIER
20^e - Groupe
Écologiste de
Paris

Membres suppléants (par ordre alphabétique)



Mahor CHICHE
19^e - Groupe
Paris en
commun



Emmanuel MESSAS
16^e - Groupe
Changer Paris



Camille NAGET
19^e - Groupe
Communiste et
Citoyen



Chloé SAGASPE
11^e - Groupe
Écologiste de
Paris



Hannah SEBBAH
16^e - Groupe
Indépendants et
progressistes



Mélody TONOLLI
14^e - Groupe
Génération.s

Annexe 5 : Liste des personnes auditionnées (par ordre alphabétique)

ALBA Dominique, directrice générale de l'Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR), séance du 27 janvier 2022

ARGOUD Dominique, sociologue, gérontologue, Président du Conseil scientifique de la CNSA, séance du 7 avril 2022

ASSIER Gaëlle, coordinatrice territoriale de santé (5, 6, 13, et 14^{ème} arrondissements), séance du 3 février 2022

AUREZ Vincent, directeur innovation et développement durable et madame Aude PUPIN, responsable de programmes du groupe Novaxia pour le projet Hôtel-Dieu, séance du 12 mai 2022

AZERAD David (Dr), membre du Conseil d'administration de la CPTS du 20^{ème}, séance du 17 février 2022

BARRA Lionel, consultant formateur en prévention et soin des addictions, séance du 21 avril 2022

BASSET Bernard, président d'Addictions France, séance du 21 avril 2022

BAUBET Thierry (Pr), spécialiste de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, séance du 21 avril 2022

BISCH Sonia, fondatrice de l'association Stops aux violences gynécologiques, séance du 14 avril 2022

BOUYSSOU Isabelle, directrice des instituts de formation (IFSI-IFAP-IFAS) du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph (14^e), directrice adjointe du Département universitaire en sciences infirmières de l'Université de Paris, séance du 17 mars 2022

BOUZID Jalila, directrice régionale Ile-de-France d'Addictions France, séance du 21 avril 2022

BRABOIS (de) Catherine, directrice générale adjointe de la fondation de la Maison des Champs (SSIAD, SAAD, hébergement temporaire, garde itinérante de nuit, appartements de coordination thérapeutique), séance du 17 mars 2022

CASTOLDI Nicolas, directeur délégué auprès du directeur général de l'AP-HP chargé des questions d'innovation, directeur exécutif de l'Hôtel-Dieu, séance du 12 mai 2022

CHAZAL Gwenaëlle, directrice produit de My Hospitel, plateforme numérique de gestion du parcours HTNM (hébergement temporaire non médicalisé), séance du 10 mars 2022

CICOLELLA André, toxicologue, président de l'association Réseau Environnement Santé (RES), séance du 27 janvier 2022

CITRINI Marie, représentante des usagers au conseil de surveillance de l'AP-HP, séance du 10 mars 2022

CHASTAN Clémence, responsable des nouveaux usages et des initiatives - Impact France (direction marketing de Linkcity, groupe Bouygues Construction) pour le programme « Euêka-Ilôt santé » à Lyon Confluence, séance du 19 mai 2022

CHAUSSAIN Catherine, vice-doyenne de recherche - Université de Paris Santé, séance du 14 avril 2022

COUILLARD Guillaume, directeur général du GHU Paris psychiatrie et neurosciences, séance du 21 avril 2022

DAUDE Marie, Secrétaire générale adjointe, chargée de la qualité des services aux parisiens, séance du 20 janvier 2022

DEMORY Flora, responsable du développement et des relations extérieures du programme Vivons en forme de l'Association FLVS - Fédérons Les Villes pour la Santé, séance du 14 avril 2022

DESBIOLLES Alice, médecin de santé publique, spécialiste en pandémie, santé environnementale et écoanxiété, séance du 31 mars 2022

DOURGNON Paul, directeur de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), séance du 3 février 2022

DRABER BATAILLE Stéphanie, présidente du collectif « Tenir ta main » séance du 10 mars 2022

ANNEXES

EMERY François, chargé de plaider à Act-Up Paris, séance du 14 avril 2022

FARCY Nadine, coordinatrice générale des soins, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), séance du 10 mars 2022

FAROTA-ROMEJKO Idriss, cadre de santé en unité de soins palliatifs au Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, séance du 7 avril 2022

FAUCHET Emmanuel, architecte DPLG, spécialiste en territoire, santé et bien-être de la population, chroniqueur sur France Bleu « Question de territoire », séance du 19 mai 2022

FEBVREL Didier, président de l'association Fabrique Territoire Santé, séance du 3 février 2022

FUCHS Marie-Françoise, fondatrice, coprésidente du comité scientifique de l'association OLD'UP, séance du 7 avril 2022

GALVANI Jacques, adjoint en charge de l'accessibilité universelle et des personnes en situation de handicap, séance du 7 avril 2022

GIANNOTTI Agnès (Dr), présidente de la Communauté professionnelle territoriale de santé du 18ème, séance du 10 mars 2022

HAMMEL Eugénie, responsable du bureau de la prévention et des dépistages (BDP) et de l'accès aux soins et des centres de santé (BASCS), Direction de la santé publique de la Ville, séance du 17 mars 2022

HINGRAY Pierre-Adrien, chef du service de gestion de crise - Secrétariat général de la Ville de Paris, séance du 31 mars 2022

HIRSCH Martin, directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, séance du 17 février 2022 et séance du 19 mai 2022

JEUNEMAITRE Xavier (Pr), doyen de la Faculté de santé de l'Université Paris Cité (5e), séance du 17 mars 2022

JOLIVET Christophe (Dr), coordinateur de la CPTS du 20ème, séance du 17 février 2022

KADRI Youcef, vice-doyen, étudiant à la Faculté de santé de l'Université Paris Cité (5e), séance du 17 mars 2022

KHONSARI Roman Hossein (Pr), directeur médical du Health Data Hub (exploitation des données en matière de santé), séance du 12 mai 2022

KISLER-ELBOUKY Helena (Dr), déléguée générale de la Fédération de l'hospitalisation privée - Île-de-France, séance du 17 février 2022

KOUEVI Amah, directeur de l'Institut Français de l'Expérience Patient, séance du 14 avril 2022

LE MAREC Caroline (Dr), directrice du centre l'Épée de Bois Paris (Ville de Paris), séance du 12 mai 2022

LEFRANC Agnès, cheffe du service parisien de santé environnementale, séance du 27 janvier 2022

LEFRANCOIS Thierry (Dr), membre du Conseil Scientifique Covid 19, séance du 31 mars 2022

LERFEL Johanna, déléguée générale de French Health System (promotion internationale de l'industrie et des services d'excellence français en matière de santé), séance du 12 mai 2022

LEVIEUX Véronique, adjointe en charge des seniors et des solidarités entre les générations, séance du 7 avril 2022

LOUP Frédéric, vice-président de la chambre syndicale des pharmaciens de Paris, séance du 31 mars 2022

LOWENSTEIN William (Dr), médecin spécialiste en addictologie, Président - Fondateur de SOS Addictions, séance du 21 avril 2022

LUCAS Yannick, directeur des affaires publiques de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), séance du 7 avril 2022

ANNEXES

MARCHANDISE Charlotte, experte internationale des questions de santé urbaine, de résilience et d'environnement, séance du 27 janvier 2022

MARMIER Mathilde (Dr), cheffe du service de PMI, Direction de la santé publique, séance du 14 avril 2022

MOREAU Émilie, directrice des études sociales et sociétales (APUR), séance du 27 janvier 2022

MEZAOUR Naïma, directrice du GIP SESAN (SErvices numériques en SANté), séance du 12 mai 2022

PASTOR Marie, cheffe du service de la prévention et des actions sanitaires du Département de la Seine-Saint-Denis, séance du 3 février 2022

PETITJEAN Didier, directeur de patrimoine - Université de Paris Santé, séance du 14 avril 2022

PLENEL Ève, directrice de la santé publique de la Ville de Paris, séance du 20 janvier 2022

PITRON Henri, directeur monde des affaires publiques de Doctolib, séance du 12 mai 2022

PISSARO Bernard, administrateur de l'Institut Renaudot, séance du 10 mars 2022

REGENSBERG DE ANDREIS Natacha (Dr), secrétaire générale adjointe de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins - Île-de-France, séance du 17 février 2022

ROQUAIN Olivier, chef du Service Politique de la Ville (DDCT), séance du 31 mars 2022

SALMONA Muriel, psychiatre, spécialiste du psychotrauma, séance du 21 avril 2022

SEBAN Jeanne, directrice de la DASES et du CASVP, séance du 3 février 2022

SMADJA Serge (Dr), président de SOS Médecins-Grand Paris, séance du 17 février 2022

SOUYRIS Anne, adjointe à la Maire, chargée de la santé et des relations avec l'AP-HP, de la santé environnementale, de la lutte contre les pollutions et de la réduction des risques, séance du 20 janvier 2022

ULLMANN Sylvie, directrice générale de l'Espace psychanalytique d'orientation et de consultation (EPOC), séance du 21 avril 2022

VERDIER Amélie, directrice générale de l'Agence régionale de santé-Ile de France, séance du 17 février 2022

YAZDANPANAH Yazdan (Pr), Président de l'ANRS, maladies infectieuses émergentes, séance du 31 mars 2022

Annexe 6 : Calendrier des séances d'auditions

Séance n°1 - 20 janvier 2022 - Le cadre de la mission

Anne SOUYRIS, adjointe à la Maire, chargée de la santé et des relations avec l'AP-HP, de la santé environnementale, de la lutte contre les pollutions et de la réduction des risques,

Marie DAUDE, Secrétaire générale adjointe, chargée de la qualité des services aux parisiens

Ève PLENEL, directrice de la santé publique de la Ville de Paris

Séance n°2 - 27 janvier 2022 - Santé & environnement

Charlotte MARCHANDISE, experte internationale des questions de santé urbaine, de résilience et d'environnement

Dominique ALBA, directrice générale de l'Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR)

Émilie MOREAU, directrice des études sociales et sociétales (APUR)

Agnès LEFRANC, cheffe du service parisien de santé environnementale

André CICOLELLA, toxicologue, président de l'association Réseau Environnement Santé (RES)

Séance n°3 - 3 février 2022 - Les inégalités de l'accès aux soins

Paul DOURGNON, directeur de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES),

Jeanne SEBAN, directrice de la DASES et du CASVP

Marie PASTOR, cheffe du service de la prévention et des actions sanitaires du Département de la Seine-Saint-Denis

Didier FEBVREL, président de l'association Fabrique Territoire Santé, séance du 3 février 2022

Gaëlle ASSIER, coordinatrice territoriale de santé (5, 6, 13, et 14ème arrondissements)

Séance n°4 - 17 février 2022 - L'écosystème de soins franciliens : acteurs et points de vigilances

Martin HIRSCH, directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Amélie VERDIER, directrice générale de l'Agence régionale de santé-Île de France

Dr Serge SMADJA, président de SOS Médecins-Grand Paris

Dr Helena KISLER-ELBOUKY, déléguée générale de la Fédération de l'hospitalisation privée - Île-de-France

Dr Natacha REGENSBERG DE ANDREIS, secrétaire générale adjointe de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins - Île-de-France

Dr David AZERAD, membre du Conseil d'administration de la CPTS du 20ème

Dr Christophe JOLIVET, coordinateur de la CPTS du 20ème

ANNEXES

Séance n°5 - 10 mars 2022 - Assurer la permanence des soins grâce aux coopérations

Dr Agnès GIANNOTTI, présidente de la Communauté professionnelle territoriale de santé du 18ème

Nadine FARCY, coordinatrice générale des soins, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

Gwenaëlle CHAZAL, directrice produit de My Hospital, plateforme numérique de gestion du parcours HTNM (hébergement temporaire non médicalisé)

Marie CITRINI, représentante des usagers au conseil de surveillance de l'AP-HP

Stéphanie DRABER BATAILLE, présidente du collectif « Tenir ta main »

Bernard PISSARO, administrateur de l'Institut Renaudot

Séance n°6 - 17 mars 2022 - Recrutement du personnel soignant et démographie médicale

Eugénie HAMMEL, responsable du bureau de la prévention et des dépistages (BDP) et de l'accès aux soins et des centres de santé (BASCS), Direction de la santé publique de la Ville,

Catherine de BRABOIS, directrice générale adjointe de la fondation de la Maison des Champs (SSIAD, SAAD, hébergement temporaire, garde itinérante de nuit, appartements de coordination thérapeutique)

Pr Xavier JEUNEMAITRE, doyen de la Faculté de santé de l'Université Paris Cité (5e)

Youcef KADRI, vice-doyen, étudiant à la Faculté de santé de l'Université Paris Cité (5e)

Isabelle BOUYSSOU, directrice des instituts de formation (IFSI-IFAP-IFAS) du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph (14e), directrice adjointe du Département universitaire en sciences infirmières de l'Université de Paris

Séance n°7 - 31 mars 2022 - Gestion de crise et pandémie

Pierre-Adrien HINGRAY, chef du service de gestion de crise - Secrétariat général de la Ville de Paris,

Pr. Yazdan YAZDANPANAH, Président de l'ANRS, maladies infectieuses émergentes

Alice DESBIOLLES, médecin de santé publique, spécialiste en pandémie, santé environnementale et écoanxiété

Olivier ROQUAIN, chef du Service Politique de la Ville (DDCT)

Dr. Thierry LEFRANCOIS, membre du Conseil Scientifique Covid 19

Frédéric LOUP, vice-président de la chambre syndicale des pharmaciens de Paris

Séance n°8 - 7 avril 2022 - Vulnérabilité, autonomie, enfance et grand âge

Véronique LEVIEUX, adjointe en charge des seniors et des solidarités entre les générations

Jacques GALVANI, adjoint en charge de l'accessibilité universelle et des personnes en situation de handicap,

Dominique ARGOUD, sociologue, gérontologue, Président du Conseil scientifique de la CNSA

Marie-Françoise FUCHS, fondatrice, coprésidente du comité scientifique de l'association OLD'UP

Yannick LUCAS, directeur des affaires publiques de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

Idriss FAROTA-ROMEJKO, cadre de santé en unité de soins palliatifs au Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon

ANNEXES

Séance n°9 - 14 avril 2022 - Prévention et démocratie sanitaire

Flora DEMORY, responsable du développement et des relations extérieures du programme Vivons en forme de l'Association FLVS - Fédérons Les Villes pour la Santé

Amah KOUEVI, directeur de l'Institut Français de l'Expérience Patient

Dr Mathilde MARMIER, cheffe du service de PMI, Direction de la santé publique

Catherine CHAUSSAIN, vice-doyenne de recherche - Université de Paris Santé

Didier PETITJEAN, directeur de patrimoine - Université de Paris Santé

Sonia BISCH, fondatrice de l'association Stops aux violences gynécologiques

François EMERY, chargé de plaidoyer à Act-Up Paris

Séance n°10 - 21 avril 2022 - Réponses aux difficultés psycho-sociales et addictologie

Guillaume COUILLARD, directeur général du GHU Paris psychiatrie et neurosciences

Pr. Thierry BAUBET, spécialiste de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent

Sylvie ULLMANN, directrice générale de l'Espace psychanalytique d'orientation et de consultation (EPOC)

Dr William LOWENSTEIN, médecin spécialiste en addictologie, Président - Fondateur de SOS Addictions

Lionel BARRA, consultant formateur en prévention et soin des addictions

Bernard BASSET, président d'Addictions France

Jalila BOUZID, directrice régionale Ile-de-France d'Addictions France

Muriel SALMONA, psychiatre, spécialiste du psychotrauma

Séance n°11 - 12 mai 2022 - Développement des services numériques et télémédecine

Nicolas CASTOLDI, directeur délégué auprès du directeur général de l'AP-HP chargé des questions d'innovation, directeur exécutif de l'Hôtel-Dieu

Vincent AUREZ, directeur innovation et développement durable et madame Aude PUPIN, responsable de programmes du groupe Novaxia pour le projet Hôtel-Dieu

Johanna LERFEL, déléguée générale de French Health System (promotion internationale de l'industrie et des services d'excellence français en matière de santé)

Naïma MEZAOUR, directrice du GIP SESAN (SErvices numériques en SANté)

Dr Caroline LE MAREC, directrice du centre l'Épée de Bois Paris (Ville de Paris)

Henri PITRON, directeur monde des affaires publiques de Doctolib

Pr. Roman Hossein KHONSARI, directeur médical du Health Data Hub (exploitation des données en matière de santé)

Séance n°12 - 19 mai 2022 - La santé dans la ville – Parangonnage national et international

Emmanuel FAUCHET, architecte DPLG, spécialiste en territoire, santé et bien-être de la population, chroniqueur sur France Bleu « Question de territoire »,

Clémence CHASTAN, responsable des nouveaux usages et des initiatives - Impact France (direction marketing de Linkcity, groupe Bouygues Construction) pour le programme « Euêka-Ilot santé » à Lyon Confluence

Martin HIRSCH Martin, directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Annexe 7 : Liste des contributions écrites

Pr CARLI - chef du SAMU de Paris et coordonnateur du SAMU Zonal d'Île-de-France
Général de division Jean-Marie GONTIER, Brigade des Sapeurs-pompiers de Paris (BSPP)
Observatoire régional de santé d'Île-de-France
Association ITAWA
Association Addictions France
Frédéric LOUP, vice-président de la Chambre syndicale des pharmaciens de Paris
Association girondine « LaSantéUnDroitPourTous - Stopons les dépassements d'honoraires médicaux »
Célia CLERC – Infirmière
Emmanuel HIRSCH, Professeur d'éthique médicale, directeur de l'Espace éthique Île-de-France
Emmanuelle CAMBOIS, directrice de recherche à l'Institut national d'études démographiques (INED)
Dr Thierry LE FRANCOIS, membre du Conseil scientifique COVID-19
Pr Richard DELORME, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Pr Bruno HOUSSET, Pneumologie, CHI de Créteil, président de la Fondation du Souffle
Pr Bruno CRESTANI, Pneumologie, Hôpital Bichat, vice-Président de la Fondation du Souffle
Mutualité sociale agricole (MSA)
Chloë VOISIN-BORMUTH, directrice des études et de la recherche - La Fabrique de la Cité.
Médecins du Monde Paris
Médecins sans Frontières – Mission France
Health Data Hub - (Plateforme des données de santé)
Ian BROSSAT, adjoint à la Maire de Paris en charge du logement, de l'hébergement d'urgence et de la protection des réfugiés
Direction des affaires juridiques (DAJ)
Direction des affaires scolaires (DASCO)
Direction de la Démocratie, des Citoyen-ne-s et des Territoires (DDCT)
Direction de l'information et de la communication (DICOM))
Direction des familles et de la petite enfance (DFPE)
Direction des affaires culturelles (DAC)
Direction des espaces verts et de l'environnement (DEVE)
Direction de la propreté et de L'eau (DPE)
Direction de la Police municipale et de la Prévention (DPMP)
Direction des Système d'Information et du Numérique (DSIN)
Direction de l'urbanisme (DU)
Direction de la voirie et des déplacements (DVD)

ANNEXES

Direction de la Jeunesse et des Sports (DJS)

Direction de la santé publique (DSP)

Annexe 8 : Listes des visites effectuées par la Mission

9 mars 2022 - Centre maternel Ledru-Rollin-Nationale (13ème).

Échange avec Tiphaine TONNELIER, directrice, Anaëlle SIMON, infirmière puéricultrice, responsable de la crèche de Fontenay-aux Roses et Lea Baudier, stagiaire.

16 mars 2022 - Maison des Aînés et des Aidants (M2A) de Paris Centre

Échange avec Marie BOUCHAUD, directrice générale, et Marie-Liesse FAURE, directrice adjointe.

30 mars 2022 - Centre d'accueil des mineurs non accompagnés de Médecins sans Frontières à Pantin

Échange avec Euphrasie KALOLWA, responsable plaidoyer santé de la Mission France de MSF, et Fabienne REVIGLIO, coordinatrice de projet Ile-de-France.

6 avril 2022 - Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de Paris

Échange avec Myriam BOUALI, directrice.

13 avril 2022 - Hôpital Hôtel-Dieu et son tiers lieu

Échange avec Didier FRANDJI, directeur du groupe hospitalo-universitaire AP-HP Centre - Université Paris Cité, Nicolas CASTOLDI, directeur exécutif de @Hôtel-Dieu, Alexandre FRITSCH, directeur délégué Hôpital Hôtel-Dieu, le Pr Frédéric BATTEUX, directeur médical de la direction de la stratégie et de la transformation de l'AP-HP et responsable médical du site Hôtel-Dieu, le Dr Mehdi BENCHOUFI, directeur médical du tiers-lieu @Hôtel-Dieu et fondateur de la start-up echOpen, le Dr Coralie PREBET, directrice médicale du Digital Medical Hub, Lise ROCHAIX, responsable de la Chaire Hospinomics (Paris School of Economics-AP-HP), Martin DUMONT, responsable de la Chaire de philosophie à l'Hôtel-Dieu (ENS – AP-HP) et Nina ROGNON, directrice projet innovation.

20 avril 2022 - Coopérative de santé Richerand (10ème)

Échange avec le Dr Alain BEAUPIN, président de la coopérative et membre du bureau de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), Julie BOITARD, directrice générale, et Jeanne VILLENEUVE, directrice médicale.

11 mai 2022 - Hôpital européen Georges-Pompidou

Échange avec Anne LEFEBVRE, directrice de l'Hôpital Européen Georges-Pompidou, Nathalie SIEDLARZ, directrice-adjointe, Sophie MARAVAL, directrice du personnel médical, Claire POYART, responsable de la commission médicale, Jérôme ANTONINI, directeur général adjoint du GHU – AP-HP Centre Université de Paris, le Professeur Bruno RIOU, directeur médical de crise de l'AP-HP pour l'épidémie de Covid-19, Emmanuel GUEROT, directeur médical de crise HEGP, et Éric ROUSSEL, directeur des ressources humaines non médicales du groupe hospitalo-universitaire AP-HP Centre-Université de Paris, le Pr Philippe JUVIN, chef du service des urgences, et le Pr Emmanuel MESSAS, chef du service de médecine vasculaire.

11 mai 2022 - Salle de consommation à moindre risque du 10ème

Échange avec le docteur Elisabeth AVRIL, directrice générale, et Victor DETREZ, directeur-adjoint de de l'association Gaïa.

ANNEXES

18 mai 2022 - Hôpital Bichat – Claude Bernard et sa Maison des femmes

Échange avec Grégory VIAL, directeur des hôpitaux Beaujon et Bichat - Claude Bernard, Nathalie MEDRANO, cadre paramédicale du département médico-universitaire de gynécologie-périnatalité AP-HP Nord, Amélie GLADING, sage-femme coordinatrice de la Maison des femmes AP-HP Nord - Hôpital Bichat, Mme DA COSTA, infirmière diplômée d'Etat, Mme FERRARY, psychologue , et Mme DESERT, travailleuse sociale de l'association HAFB.

25 mai 2022 - La Maison des femmes de Saint-Denis

Échange avec le Dr Ghada HATEM-GANTZER, Médecin-Chef de la Maison des Femmes, et Leila SAIDI, coordinatrice de l'équipe

8 juin 2022 - PariSanté Campus

Échange avec le Pr Antoine TESNIÈRE, directeur de PariSanté Campus, et Marie DARNHAULT, directrice exécutive.

8 juin 2022 - MEDICEN

Échange avec Christian DELEUZE, président de MEDICEN et Jessica LEYGUES, déléguée générale.

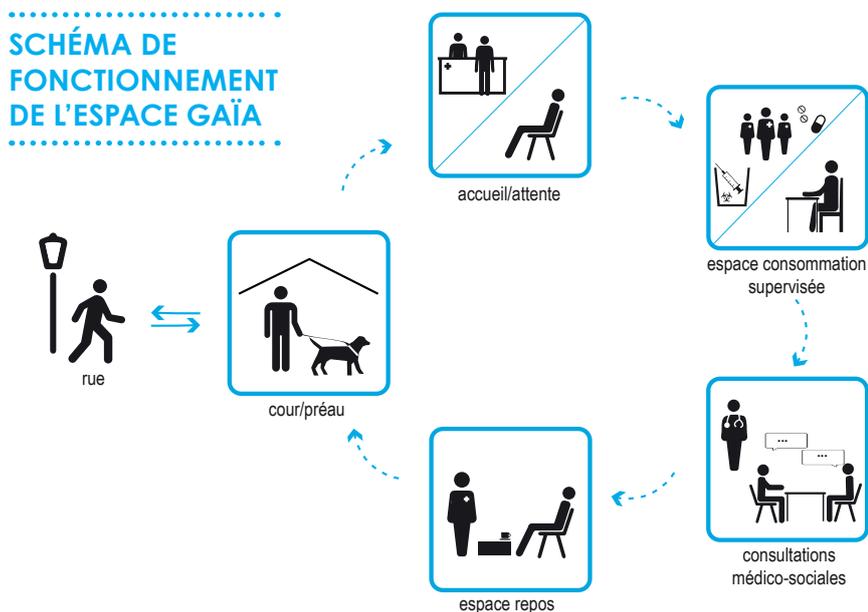
Annexe 9 : Liste des centres de vaccination ouverts à Paris

Arrondissement	Site CV	Adresse
Centre	Mairie de Paris Centre puis espace rue Malher	2 rue Eugène Spuller
75005	Mairie du 5ème	19 bis place du Panthéon
75005	Gymnase des Patriarches	6 place Bernard Halpern
75006	Mairie du 6ème	78 rue Bonaparte - Rez-de-chaussée droite
75007	Gymnase Camou	Gymnase Camou , 35 avenue de la Bourdonnais
75008	Mairie du 8ème	3 rue de Lisbonne
75009	Mairie du 9ème	6 rue Drouot
75010	Mairie 10e	72 Rue du Faubourg Saint-Martin
75011	Salle Olympe de Gouges	15 rue Merlin
75012	Gabriel Lamé	Espace Gabriel Lamé 10, rue de l'Aubrac
75013	Centre de vaccination Edison	44 Rue Charles Moureu
75013	Centre de vaccination Bertheau	15 rue Charles Bertheau
75013	Gymnase Bourneville-Kellermann	19 rue du Docteur Bourneville
75014	Mairie du 14ème + 1 annexe (institut Alfred Fournier)	12b rue Pierre Castagnou
75015	Mairie du 15ème	31 Rue Pecllet
75016	Mairie du 16 ème	71, avenue Henri Martin
75016	Montherlant	30 boulevard Lannes
75017	SOS Porte Pouchet	2 rue Francis Garnier
75017	Gymnase Courcelles	229 rue de Courcelles

ANNEXES

75018	Mairie du 18ème	1, place Jules-Joffrin
75019	Centre de santé Edmond de Rothschild (Jaurès)	87 avenue Jean Jaurès (Gymnase)
75019	Le 104	5 rue Curial
75020	Gymnase des Vignoles /MA20	Gymnase des vignoles 87 rue des Haies

Annexe 10 : La Halte soins addictions



Au 30 septembre 2020, l'Espace Gaïa présente un bilan global positif depuis son ouverture :

- ➔ 1 442 personnes inscrites dans le dispositif
- ➔ 170 consommations en moyenne par jour
- ➔ 242 027 consommations évitées dans l'espace public
- ➔ 4 859 consultations sanitaires
- ➔ 4 711 entretiens sociaux

INFORMATIONS PRATIQUES

ADRESSE

14 rue Ambroise Paré 75010 Paris

OUVERTURE 7J/7

🕒 11 heures d'ouverture quotidienne au public (9h30 > 20h30)

➔ Présence quotidienne du personnel de Gaïa-Paris dans le quartier entre 10h et 21h par des maraudes

CONTACTS



Ligne Gaïa-Paris dédiée riverains : **0762499345**



association@gaia-paris.fr
www.gaia-paris.fr

En cas d'urgence :

SAMU : 15
SAPEURS POMPIERS : 18
POLICE : 17
ecoute10@interieur.gouv.fr

RESSOURCES

www.mairie10.paris.fr/scmr

Publié en nov. 2020.





LA SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE PARISIENNE

« ESPACE GAÏA »

SALLE JEAN-PIERRE LHOMME

QU'EST-CE QU'UNE SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE (SCMR) ?

C'est un dispositif de santé publique qui permet l'accueil d'usagers de drogues en situation de précarité par une équipe professionnelle médico-sociale dans le but de :

➡ Réduire les risques de décès et de maladies graves par une consommation supervisée de drogues ;

➡ Réduire l'usage de drogues et la présence de seringues dans les lieux publics et privés ;

➡ Procurer un environnement respectant des règles d'hygiène fondamentales ;

➡ Stabiliser les usagers en leur donnant accès à un service de santé et à un suivi social pour favoriser leur réinsertion et restaurer leur dignité ;

➡ Améliorer la sécurisation et le cadre de vie dans des quartiers subissant des nuisances associées à la consommation de drogues.

IMPACT DE LA COVID SUR LA SCMR

LA SCMR POURSUIT SON ACTIVITÉ RÉDUITE POUR DES RAISONS SANITAIRES

	Avant mars 2020	En confinement	Octobre 2020
Passages en moyenne par jour	170	60	100
Postes d'injections	12	4	6
Postes d'inhalations	6	0	0
Espace de repos	Ouvert	Limité	Limité

EN MAINTENANT UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL ADAPTÉ AU PLUS PRÈS DES BESOINS DES USAGERS

- ➡ Par le maintien, dans le respect des consignes sanitaires, de l'espace de consommation et des consultations médicales et sociales.
- ➡ Par la mise en place d'actions de sensibilisation aux gestes barrières pour limiter les contaminations.
- ➡ Par une augmentation du travail de rue (maraudes) pour renforcer l'aller vers les usagers.
- ➡ Par une organisation permettant de répondre à l'augmentation des appels sur la ligne dédiée.
- ➡ Par la mise à l'abri des usagers les plus vulnérables et la distribution de tickets services et paniers repas dans le cadre du dispositif d'hébergement hôtelier ASSORE-Aurore.

UNE PRÉSENCE DES USAGERS DE DROGUES DANS L'ESPACE PUBLIC RENDUE PLUS VISIBLE PAR LA CRISE SANITAIRE

L'application des gestes barrières comme la distanciation physique, les consignes de sécurité sanitaire en période de Covid-19 obligent les structures accueillant du public, y compris les publics en situation de précarité, à modifier leur organisation et limiter leur capacité d'accueil.

INFORMATIONS PRATIQUES

ADRESSE

14 rue Ambroise Paré 75010 Paris

OUVERTURE 7J/7

🕒 11 heures d'ouverture quotidienne au public (9h30 > 20h30)

➡ Présence quotidienne du personnel de *Gaïa-Paris* dans le quartier entre 10h et 21h par des maraudes

CONTACTS

Ligne *Gaïa-Paris* dédiée riverains :
0762499345

association@gaia-paris.fr
www.gaia-paris.fr

En cas d'urgence :
SAMU : 15
SAPEURS POMPIERS : 18
POLICE : 17
ecoute10@interieur.gouv.fr

RESSOURCES

www.mairie10.paris.fr/scmr

Publié
en nov.
2020



IDÉES FAUSSES SUR LA SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE*

IL N'Y A PAS D'ENCADREMENT MÉDICAL DANS LA «SALLE DE SHOOT» *

FAUX

- La SCMR ne peut pas ouvrir sans la présence d'un.e infirmier.e
- Il y a en permanence a minima 7 salarié.e.s et un agent de médiation
- L'équipe pluridisciplinaire est composée de 34 professionnel.le.s : 19 éducateur.rice.s, 10 infirmier.e.s, 1,5 assistant.e.s sociaux, 1 médecin, 0,5 psychiatre, 2 agents de médiation
- Elle dispose de conventions de partenariat avec les hôpitaux Lariboisière et Fernand Widal

C'EST UNE ZONE DE NON DROITS DANS LAQUELLE LA POLICE NE PEUT INTERVENIR

FAUX

- La circulaire pénale du 13 juillet 2016 encadre et permet la détention d'une petite quantité de produit destinée à une consommation personnelle au sein de la salle et au sein d'un périmètre restreint aux abords. L'usage de stupéfiants reste totalement prohibé sur la voie publique.
- La SCMR est au coeur d'une Zone de Sécurité Prioritaire dotée de moyens supplémentaires. La police peut intervenir à l'intérieur ou à l'extérieur de la SCMR, comme partout ailleurs.

DEPUIS SON OUVERTURE, IL Y A UNE AUGMENTATION DES SERINGUES DANS L'ESPACE PUBLIC

FAUX

- Depuis sa création en 2016, la SCMR, c'est près de 190 000 consommations évitées dans l'espace public.
- Le nombre de seringues ramassées dans l'espace public a été divisé par trois.

C'EST UN PROJET RISQUÉ, IRRESPONSABLE ET INCONSCIENT

FAUX

- Dans le monde, il existe aujourd'hui plus de 90 SCMR dans 10 pays et plus de 60 villes, dont 2 en France.
- A Paris, l'Espace Gaïa vient compléter les dispositifs de réduction des risques et des dommages (RdRD) déjà présents sur le territoire (18 Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ; 9 Centres d'Accompagnement et d'Accueil à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), 35 automates distributeurs/échangeurs de seringues dont 10 distributeurs de kits d'inhalation répartis dans 14 arrondissements.

* L'appellation «salle de shoot» dénature l'objectif de la **Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR)** qui est un dispositif complet de réduction des risques et d'aide aux usagers.

SES PRINCIPAUX OBJECTIFS

POUR

REDUIRE LES RISQUES
de surdose, d'infections et d'autres complications, liées à la consommation de drogues

POUR

ACCOMPAGNER
les consommateurs dans un processus de substitution ou de sevrage

POUR

AMELIORER L'ACCES AUX DROITS
et aux services sociaux

POUR

REDUIRE LES NUISANCES
dans l'espace public

Retrouvez la présentation complète sur www.mmpcr.fr et www.mairie10.paris.fr/scmr

Annexe II : Réponse de la Ville de Chicago au questionnaire de la Mission



MIE du Conseil de Paris sur la santé Questionnaire adressé à la Ville de Chicago

Le Conseil de Paris a créé une mission d'information et d'évaluation (MIE) consacrée à la santé à Paris.

Cette instance, présidée par Jean-Pierre LECOQ et rapportée par Hamidou SAMAKE, est composée de 15 conseillers de Paris représentant tous les groupes politiques siégeant au sein de l'assemblée parisienne et fonctionne sur le modèle des missions parlementaires. Elle conclura ses travaux en juillet prochain par l'adoption d'un rapport assorti de propositions portant sur l'évolution du système de santé parisien.

Pour éclairer sa réflexion, la mission souhaiterait prendre connaissance des dispositifs mis en place par la Ville de Chicago en matière de santé, à travers le questionnaire ci-dessous.

1) D'une manière générale, quelles sont les compétences de la Ville de Chicago en matière de santé publique ?

En sa qualité d'agence de santé publique de Chicago, *le Chicago Department of Public Health (CDPH)* fournit des services de santé publique et définit les politiques en matière de santé sur l'ensemble du territoire.

Le CDPH gère également un large éventail de programmes qui portent sur:

la préparation aux situations d'urgence, la coordination des politiques et des systèmes de santé, la sécurité alimentaire, le contrôle des maladies infectieuses, la prévention des maladies chroniques et la promotion de la santé, l'équité en matière de santé dans les politiques de la ville, le planning communautaire, l'épidémiologie, les autorisations et les inspections environnementales, l'information au public, l'inclusion, la diversité, l'équité et l'accès, la santé scolaire, les services de soins infirmiers et de conseil, la nutrition/femmes et enfants, la prévention et la lutte contre le saturnisme et les maisons saines, le VIH, les IST, la tuberculose, la santé mentale, la consommation de substances psychotropes et la prévention de la violence.

ANNEXES

Les services de soins de santé sont généralement fournis directement par les hôpitaux et les cliniques, le CDPH comble les manques en jouant le rôle de pourvoyeur de services de base quand cela s'avère nécessaire.

2) **Quelles sont les principales difficultés identifiées en matière de santé publique au sein de la population de votre ville ? Quelles actions la municipalité conduit-elle pour y remédier?**

Les habitants de Chicago ont un bilan de santé inégal lié à la race, à l'origine ethnique, au statut socioéconomique, au sexe, à la géographie et à d'autres variables. En 2020, l'écart d'espérance de vie entre les Noirs et les Blancs de Chicago était de dix ans (contre 8,8 ans en 2017) et, pour la première fois depuis des décennies, l'espérance de vie des résidents noirs est passée sous la barre des 70 ans. Les résidents latino-américains ont vu leur espérance de vie diminuer de 3 ans entre 2019 et 2020, la plus forte baisse de tous les groupes raciaux ou ethniques, et ont perdu un total de 7 ans d'espérance de vie depuis 2012. Les cinq principaux facteurs de l'écart d'espérance de vie sont les suivants : les maladies chroniques, les homicides liés aux armes à feu, les maladies infectieuses (y compris le VIH et le COVID-19), la mortalité maternelle et infantile, et les surdoses d'opioïdes.

La ville de Chicago lutte activement contre ce problème grâce à l'initiative [Healthy Chicago 2025 \(HC2025\)](#), qui élabore des stratégies dans plusieurs domaines prioritaires : le logement, l'accès à la nourriture, l'environnement, la sécurité publique, la planification et le déroulement du quartier, ainsi que la santé et les services sociaux. Avec cette initiative, la ville entend transformer les politiques et les processus pour favoriser les systèmes antiracistes et multiculturels, renforcer les capacités communautaires et le leadership des jeunes, améliorer les systèmes de soins pour les populations les plus touchées par les inégalités, et promouvoir la santé et le dynamisme des quartiers.

La ville a alloué 1,8 milliard de dollars pour répondre à la source aux problèmes de santé dans le cadre du [Chicago Recovery Plan \(CRP\)](#), qui renforce le financement fédéral unique en son genre pour stimuler une reprise économique équitable et durable après la pandémie de COVID-19 et promouvoir le bien-être des habitants. Voici quelques exemples d'efforts clés soutenus par le CRP et/ou d'autres sources de financement :

a. Healthy Chicago Equity Zones (zones d'équité pour une Ville de Chicago plus saine). L'initiative Healthy Chicago Equity Zones déploie des stratégies ultra-locales pour lutter contre les facteurs sociaux et environnementaux qui contribuent aux inégalités en matière de santé et de race, avec pour objectif final de faire disparaître l'écart d'espérance de vie entre les races à Chicago. Les efforts ont commencé par le pilotage communautaire des campagnes de vaccination contre le COVID-19, notamment par des actions de sensibilisation et d'engagement au cours de l'année 2021 visant à augmenter les taux de vaccination contre le COVID-19. Aujourd'hui, les Equity Zones/ zones d'équité s'attaquent aux facteurs qui contribuent aux inégalités raciales et de santé, notamment l'accès aux soins et aux services sociaux, l'accès à la nourriture, les conditions de logement, la sécurité communautaire et l'environnement du quartier dans son ensemble. Les fonds sont répartis entre six organisations au niveau régional qui fournissent un soutien financier, administratif et de gestion de projet dans chacune des zones d'équité. Ces chefs de file régionaux sont tenus, à leur tour, de sous-traiter avec au moins une association communautaire dans chaque quartier de leur région pour que les priorités locales soient mises en avant au lors de la planification et de l'élaboration des actions.

b. Health equity in all policies/L'équité en matière de santé au sein des politiques. Le CDPH aide les agences gouvernementales et les organisations communautaires à travailler ensemble pour façonner nos environnements sociaux, économiques et physiques de manière à promouvoir la justice raciale, sociale et environnementale. Le CDPH soutient le réaménagement des systèmes gouvernementaux dans leur ensemble afin de mettre en place des processus responsables et équitables, tout en se concentrant sur les résultats à obtenir en matière de politiques structurelles et à agir sur les déterminants sociaux de la santé (c'est-à-dire le logement abordable, la souveraineté alimentaire, la

justice environnementale, l'urbanisation et le fonctionnement équitables des quartiers, etc...). Les activités clés comprennent la convocation intersectorielle et le renforcement des capacités, l'intégration de l'équité en matière de santé dans la prise de décision et les processus, et l'élaboration de politiques.

c. Maladies chroniques. Le CDPH consacre 25 millions de dollars à la formation et au déploiement d'agents de santé communautaire (ASC) dans les quartiers les plus vulnérables afin de former une équipe de santé publique capable de mener des actions de sensibilisation, d'éducation et de coordination des ressources. Les ASC permettent aux résidents de mieux surveiller leur santé et les aident à accéder aux services sociaux et de santé dont ils ont besoin, en particulier dans les communautés où les résidents sont plus susceptibles d'être déconnectés des méthodes traditionnelles de marketing et de communication.

d. Santé mentale et stress. La ville de Chicago a lancé son programme pour l'équité en matière de santé mentale en 2020, qui a débuté par un investissement de 9,3 millions de dollars inscrit au budget de la ville pour 2020 afin de garantir un système coordonné et complet de soins de santé mentale. Les quatre principales stratégies de ce programme sont les suivantes 1) l'extension des services de santé mentale dans les centres de santé publics et à but non lucratif dans les quartiers où les besoins sont les plus importants. 2) L'amélioration des programmes de prévention de la violence pour répondre aux besoins en matière de santé mentale. 3) le financement de programmes de prévention et d'intervention en cas de crise pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale supplémentaires et qui ont souvent du mal à accéder à des cliniques traditionnelles. 4) Coordonner le système de soins en veillant à ce que tous les habitants de Chicago qui ont besoin de soins de santé mentale soient informés des moyens d'accéder à ces services.

Le CRP alloue 20 millions de dollars pour financer le déploiement à l'échelle de la ville de centres de soins orientés vers le traitement des traumatismes, autrement dit un réseau de prestataires de services de santé mentale qui fournissent des services indépendamment des moyens financiers, de l'assurance maladie ou de la situation au regard de l'immigration.

e. Consommation de substances psychotropes. Le déploiement susmentionné grâce au CRP, qui entre en vigueur en juin 2022, renforcera les initiatives en cours du CDPH pour lutter contre les décès liés aux opioïdes, comme le programme de bandelettes réactives au fentanyl qui a permis de distribuer plus de 5 500 tests et plus de 30 000 bandelettes réactives à plus de 60 organisations et 250 personnes depuis octobre 2021, ainsi qu'un partenariat avec les bibliothèques publiques de Chicago pour distribuer du Narcan afin de répondre aux overdoses d'opioïdes.

f. VIH. Le CDPH fournit des services très complets dans le cadre de ses propres programmes et de ceux gérés par des structures externes. Le CDPH a créé des cliniques spécialisées dans le but de détecter et de traiter les IST et de dépister et de mettre en relation les personnes vivant avec le VIH avec des prestataires de soins externes. En externe, le CDPH finance un éventail très complet de services liés au VIH, d'un montant de 40 millions de dollars, qui sont sans incidence sur le statut, c'est-à-dire que les services sont fournis aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes exposées à l'infection au VIH. Le programme fonctionne comme un système de soins et comprend des « maisons de santé » qui fournissent des soins médicaux et psychologiques intégrés, un dépistage du VIH et des IST et une orientation vers les soins, ainsi qu'une multitude de services de soutien, notamment le logement, l'aide financière d'urgence et la gestion de dossiers. Le programme du CDPH est régi par un processus de prise de décision impliquant la communauté, dans le cadre duquel des organisations externes et des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH définissent les priorités des services et allouent les ressources.

g. Santé maternelle et infantile. Dans le cadre du CRP, 25 millions de dollars sont consacrés au développement à l'échelle de la ville du programme *Family Connects Chicago*, un programme universel de visites à domicile par des infirmières qui met les familles en contact avec des services au cours de la période cruciale qui suit la naissance, le placement en famille d'accueil, l'adoption ou la perte d'un nouveau-né. Le programme traite de la santé maternelle et infantile au niveau individuel et de la santé de la population et engage les membres de la communauté et les prestataires de services à renforcer

et à coordonner un système de soutien pour toutes les familles avec des nouveau-nés.

h. Homicides et violence dans les zones autrefois négligées. Dans le cadre du CRP, 85 millions de dollars sont alloués à la fourniture de services directs de prévention de la violence, notamment en renforçant le réseau de prestataires de services de rue de la ville, un programme qui, selon une étude récente de *Northwestern*, *réduit de 20 % la probabilité de blessures par balle mortelles et non mortelles chez les participants au cours des 18 premiers mois de participation.*

3) Quelles ont été les politiques mises en œuvre par Chicago pour faire face à la pandémie de Covid 19 ? Quels enseignements est-il possible d'en tirer ?

Chicago est à l'avant-garde de la lutte contre la pandémie grâce à ses plans de relance COVID. En mars 2020, à l'instar d'autres grandes villes, la ville de Chicago a rapidement émis l'ordre de santé publique n° 2020-1 : *Shelter in Place for COVID-19 Illness*, qui a déclenché le confinement de la ville pour contenir la propagation. D'autres ordres de santé publique ont également été émis pour aider le CDPH dans ses efforts visant à enrayer la maladie. Consciente des dommages causés par le COVID-19 aux communautés défavorisées, l'administration municipale a mis en œuvre diverses politiques destinées à relancer l'économie locale, telles que l'octroi d'une subvention de 2 millions de dollars pour l'aide au logement dans le cadre du COVID-19 afin de payer les loyers des personnes touchées par la pandémie, la création d'un fonds de résilience des petites entreprises de Chicago doté de 100 millions de dollars afin d'aider les petites entreprises, et la mise en place d'une école virtuelle par le biais des écoles publiques de Chicago afin de permettre à tous les élèves d'accéder à l'éducation. Grâce aux efforts de Chicago pour revitaliser l'économie et contenir la pandémie, la ville a pu rouvrir prudemment ses commerces à la fin du mois de juillet 2020, en imposant le port de masques, la distanciation sociale et d'autres exigences (ordonnance de santé publique n° 2020-9). Afin de vacciner le plus grand nombre possible d'habitants de Chicago, la ville a également lancé sa campagne de vaccination de masse dès le début de la pandémie en mettant en place des cliniques de vaccination de masse (en collaboration avec la FEMA), des cliniques de vaccination gérées par le CDPH, ainsi que des sites de vaccination de quartier et familiaux en collaboration avec le Blue Door Neighborhood Center de Blue Cross et le Blue Shield of Illinois (BCBSIL) et les universités de la ville. En outre, reconnaissant que le public des enfants et des adolescents peut être de plus en plus à risque, pour contribuer à la vaccination d'autant d'enfants et d'adolescents que possible contre le COVID-19, le département de la santé publique de Chicago s'est associé au Lurie Children's pour organiser des cliniques de vaccination gratuites pour les jeunes. Le CDPH a également collaboré activement avec des associations locales pour organiser des séances de vaccination gratuites dans les quartiers défavorisés de la ville.

L'administration de la ville a convoqué un groupe de travail sur le COVID-19 (COVID-19 Recovery Task Force) afin de maintenir la dynamique de la ville en dépit des répercussions profondes de cette maladie. L'objectif principal de ce groupe de travail est d'augmenter l'accès aux ressources et aux services de santé mentale et psychologique dans les communautés, d'étendre les programmes de soutien et de piloter des approches innovantes afin d'améliorer et de renforcer le filet de sécurité sociale, de redéfinir le tourisme régional, les voyages et l'hospitalité, et de développer de nouveaux et d'anciens quartiers pour encourager le tourisme de proximité.

La pandémie de COVID-19 a permis à nos responsables de la santé d'apprendre à utiliser les données de manière nouvelle et innovante, non seulement pour prévenir de futures épidémies, mais aussi pour réfléchir à ce que la ville peut faire pour améliorer la vie de tous les habitants de Chicago. Par exemple, la ville essaie de tirer les leçons de sa politique de réponse au COVID et des données du COVID pour différentes communautés dans le cadre de stratégies à long terme qui aident à combler l'écart entre les races en termes d'espérance de vie en concentrant les ressources sur les communautés de Chicago

ayant un accès limité aux soins de santé, ce qui est décrit dans l'initiative Healthy Chicago 2025. Par ailleurs, la ville a constaté l'efficacité de la CRP dans la relance économique de la ville, et l'administration entend profiter de l'élan acquis par la ville pour créer des centres communautaires de coordination et des relations entre les partenaires communautaires afin de répondre à d'autres problèmes de santé publique dans notre ville.

4) **Votre ville a-t-elle mis en place des dispositifs en matière de santé environnementale (lutte contre les risques liés à l'habitat, les effets du dérèglement climatique, la pollution atmosphérique...) ?**

Oui, nous en disposons. Pour montrer l'exemple, la ville de Chicago dispose de son propre plan d'opérations durables, qui se traduit par la mise en œuvre d'opérations quotidiennes de manière durable dans les locaux de la ville, ainsi que par le rappel aux services de prendre des décisions respectueuses de l'environnement et d'intégrer des mesures de durabilité comme pratique standard dans tout ce que nous faisons. En outre, la Ville s'est engagée à obtenir la certification LEED (*Leadership in Energy and Environment Design*) pour tous les nouveaux bâtiments municipaux, et le nombre de bâtiments certifiés LEED ne cesse de croître et vient enrichir notre inventaire actuel de plus de 40 bâtiments certifiés LEED. Le plan d'exploitation durable intègre également de nombreux éléments des politiques et des programmes préparés par 2FM pour la certification LEED.

Dans le cadre de l'initiative «Sustainable Chicago 2015», les projets suivants ont été mis en œuvre pour veiller à la santé environnementale de la ville :

Retrofit Chicago - Lancé pour accélérer la rénovation énergétique des bâtiments municipaux, commerciaux et résidentiels ; à ce jour, les efforts de rénovation comprennent la rénovation énergétique complète de 60 bâtiments municipaux, 50 bâtiments commerciaux (40 millions de pieds carrés) visant une réduction de 20 % de la consommation d'énergie d'ici 5 ans, et plus de 20 000 rénovations de logements.

Chicago Solar Express - Création d'un guichet unique pour aider les résidents et les entreprises à opter pour l'énergie renouvelable, avec des coûts réduits et des autorisations simplifiées ; cette initiative a été suivie par Solar Chicago, un programme d'achat de panneaux solaires en gros qui a permis de créer plus de 600 kW de nouvelle capacité solaire dans la région de Chicago.

Traitement de l'eau et des eaux usées - Lancement d'un fonds d'infrastructure verte de 50 millions de dollars et achèvement des premiers projets, dont six campus scolaires ; installation de 50 000 compteurs d'eau résidentiels dans le cadre du programme MeterSave de la ville, afin d'aider les résidents de toute la ville à économiser l'eau et Nous avons également remplacé 320 miles de conduites d'eau, remplacé ou réaménagé 275 miles de conduites d'égout, recouvert 56 000 structures d'égout et installé plus de 71 000 compteurs d'eau.

Parcs, espaces verts et alimentation saine - Ouverture de parcs uniques en leur genre, tels que Northerly Island, 606, Rosehill, La Villita et Maggie Daley, et reconstruction ou remise à neuf de 225 terrains de jeux dans toute la ville dans le cadre de l'initiative Chicago Plays. Le plan a également permis de créer 19 jardins communautaires permanents NeighborSpace pour rendre la ville plus verte et plus durable.

Déchets et recyclage - L'initiative a permis d'étendre le recyclage résidentiel à 400 000 nouveaux foyers, en achevant le déploiement du service à l'échelle de la ville et en lançant un nouveau site Web d'éducation au recyclage à l'adresse <http://www.recyclebycity.com/chicago>. L'initiative a également permis d'adopter une nouvelle ordonnance sur le compostage afin de soutenir l'agriculture urbaine, de mettre en place un système de ramassage des déchets par réseau afin d'améliorer le service, de réduire les coûts et d'économiser du carburant, et de réutiliser les infrastructures de la ville en déplaçant et en restaurant le pont de l'avenue Ashland pour le réutiliser dans le prolongement de la piste cyclable et piétonne surélevée 606.

Changement climatique - Fermeture décisive des deux dernières centrales au charbon de la ville de Chicago, situées à Pilsen et Little Village ; approvisionnement en électricité sans charbon pour les installations appartenant à la ville et exploitées par elle ; interdiction du stockage du coke de pétrole (un sous-produit du raffinage du pétrole) dans les limites de la ville de Chicago, qui menaçait la qualité de l'air local ; adhésion au Pacte mondial des maires, un engagement international pour le suivi, la transparence et l'action en matière d'émissions de gaz à effet de serre.

Plus récemment, la ville a publié son plan d'action de 2022 pour le climat, qui se construit sur le budget de 2022 proposé par la Maire de Chicago, y compris les 188 millions de dollars d'investissements pour les mesures visant à atténuer les effets du changement climatique, et qui fixe l'objectif de réduire directement les émissions à Chicago de 62 % d'ici 2040. Le plan s'appuie sur cinq piliers :

- Réduire les coûts pour les ménages et les entreprises en réalisant des économies sur les services publics et en élargissant l'accès aux énergies renouvelables, notamment en s'engageant à rénover 20 % de tous les types de bâtiments de la ville de Chicago, à rénover 90 % du portefeuille de bâtiments de la ville d'ici 2035 et à augmenter de 20 MW les énergies renouvelables des communautés de Chicago.
- Réduire les déchets en s'engageant à mettre en place un système de collecte des déchets organiques d'ici 2025, à recycler 90 % de nos déchets résidentiels d'ici 2040 et à créer des emplois dans le cadre de la réutilisation des matériaux.
- Mettre en place un réseau de transport à zéro émission et améliorer la qualité de l'air en développant la marche, le vélo et les transports en commun, en augmentant le nombre d'utilisateurs du CTA et en soutenant l'électrification des flottes municipales et commerciales.
- Investir dans notre avenir énergétique propre, en respectant notre engagement de produire 100 % d'énergie renouvelable pour les activités de la ville d'ici 2025 et dans toute la ville d'ici 2035, en investissant dans 30 MW d'énergie renouvelable sur les propriétés de la ville d'ici 2030 et en encourageant la transition des centrales de pointe à combustibles fossiles vers des technologies propres de stockage par batterie pendant les pics de demande énergétique.
- Renforcer les communautés et préserver la santé en permettant des investissements dans la résilience des communautés et en intégrant des critères d'équité raciale et de santé dans le processus décisionnel.

Chaque pilier comprend des stratégies climatiques liées entre elles, conçues pour mieux servir toutes les communautés de Chicago, et en particulier les communautés de couleur et de la classe ouvrière qui subissent de manière disproportionnée le stress chronique et les impacts du changement climatique.

Enfin, le CDPH a reçu des fonds du CRP pour élargir notre réseau local de contrôle de la qualité de l'air, réaliser une évaluation de l'impact cumulatif afin d'identifier les zones communautaires les plus vulnérables aux impacts négatifs sur la santé dus à l'exposition à la pollution (en s'appuyant sur [l'indice de qualité de l'air et de santé de Chicago](#)) afin d'informer les changements de politique d'utilisation des terres et de zonage, financer des initiatives communautaires de justice environnementale, augmenter le couvert forestier urbain et assainir les sites pollués.

5) Existe-t-il des déficits en matière de recrutement des personnels de santé, qu'il s'agisse des hôpitaux ou de la médecine de ville? Si oui, quelles actions mettez-vous en place pour y remédier ? Le développement des outils numériques et de la télémédecine peut-il, selon vous, constituer une piste prometteuse à cet égard ?

La ville, comme d'autres grandes villes, connaît une pénurie de personnel dans les hôpitaux, d'autant plus que la demande d'infirmières est montée en flèche dans tout le pays et dans le monde entier. La ville et l'État de l'Illinois s'emploient activement à résoudre ce problème à court et à long terme. Par exemple, le gouverneur J.B. Pritzker a pris des décrets au début de la pandémie de COVID-19, au printemps 2020, afin d'assouplir les restrictions en matière de licences et de faciliter l'envoi de personnel médical supplémentaire là où il est nécessaire. En outre, le nouveau budget de l'État de l'Illinois pour l'exercice 2023 propose d'investir 180 millions de dollars pour protéger et accroître le nombre de professionnels de la santé de l'État, en mettant l'accent sur les prestataires de Medicaid.

Le groupe de travail sur le plan COVID de Chicago cherche également des moyens de consolider la protection et les avantages des travailleurs à court et à long terme, notamment en créant un conseil des salaires et des normes pour établir une charte des droits des travailleurs prévoyant des normes et des protections très complètes. Alors que le monde devient de plus en plus numérisé et connecté, et compte tenu de l'existence de déserts sanitaires connus à Chicago, la ville estime que l'utilisation d'outils numériques et de la télémédecine peut être utile non seulement pour remédier à la pénurie de personnel clinique dans les hôpitaux et les cliniques, mais aussi pour réduire les disparités dans l'accès aux soins de santé.

6) L'accès aux soins à Chicago est-il équitable pour toutes les catégories de la population ?

Les disparités dans l'accès aux soins de santé sont un problème important dans de nombreuses communautés dans le monde, y compris dans la ville de Chicago, où des zones autrefois délaissées ne disposent pas d'un accès identique aux soins de santé. Nous reconnaissons que les Noirs, les Latinos et les personnes à faible revenu de Chicago, ainsi que les communautés touchées de manière disproportionnée par la pollution et les communautés défavorisées et en voie de gentrification, disposent depuis longtemps d'un accès inégal aux soins de santé par rapport aux autres populations et quartiers.

La ville de Chicago collabore avec le programme Medicaid de l'État de l'Illinois, qui fournit une couverture médicale aux habitants de Chicago à faibles revenus, dans le cadre d'initiatives destinées à améliorer

rer l'accès aux soins. L'État a récemment créé le programme [Healthcare Transformation Collaboratives \(HTC\)](#) pour encourager les collaborations entre les prestataires de soins de santé et les associations de quartier afin d'améliorer les prestations de santé, de réduire les disparités en matière de soins et d'harmoniser les ressources dans les quartiers en difficulté de l'Illinois. Le programme vise en particulier à améliorer l'accès aux services communautaires, aux soins préventifs, aux soins obstétriques, à la gestion des maladies chroniques et aux soins spécialisés, et à prendre en compte les facteurs sociaux déterminants pour la santé. Cette initiative, ainsi que l'augmentation de l'investissement fédéral dans les centres de santé qualifiés au niveau fédéral (FQHC) et les efforts de la ville pour élargir l'accès aux services de santé mentale, permettront d'améliorer de manière significative l'accès aux soins pour tous les habitants de Chicago.

7) Comment les politiques de santé publique de votre ville prennent-elle en compte les besoins spécifiques des femmes et les problématiques liées au genre ?

La santé publique de la ville dépend de sa capacité à améliorer la santé de tous les habitants de Chicago. Les besoins spécifiques des femmes, tels que les soins de santé reproductive et les services infirmiers pour les nouveau-nés, sont activement pris en compte dans nos politiques.

En ce qui concerne l'engagement de la ville en faveur de la santé des mères, Chicago a mis en place le programme Family Connects Chicago - un service d'infirmières à domicile à la disposition des familles de Chicago ayant des nouveau-nés - et le programme Women, Infant and Children (femmes, enfants et nouveaux-nés) qui fournit des compléments alimentaires, des orientations en matière de soins de santé et une éducation nutritionnelle à de nombreuses femmes enceintes, allaitantes et post-partum non allaitantes, ainsi qu'aux nourrissons et enfants de moins de cinq ans remplissant les conditions requises. Sur la question des soins de santé reproductive, Chicago s'est engagée à fournir un large éventail de services de santé reproductive aux femmes de tout âge et de toute population dans le cadre de la loi sur la santé reproductive de 2019 de l'Illinois.

En outre, la ville de Chicago est consciente des racines structurelles qui à mi-chemin entre le racisme et l'inégalité entre les sexes sont à l'origine de la violence sexiste, laquelle touche de manière disproportionnée les femmes de couleur, les femmes autochtones, les personnes transgenres et les personnes LGBTQIA+, les immigrants et les personnes handicapées. L'administration municipale dispose d'un plan stratégique pour lutter contre la violence sexiste et la traite des êtres humains. Voici quelques points saillants de ce plan :

Rendre obligatoire une série de formations standard sur la violence liée au sexe et le traumatisme pour tous les employés de la ville et des agences affiliées, et tirer parti de l'expertise des ONG pour le déroulement de ces formations ;

Proposer aux enquêteurs (par exemple, à la Commission des droits de l'homme, au Département des ressources humaines, au Département des affaires commerciales et de la protection des consommateurs, etc ;) une formation et les doter des connaissances en matière de soins tenant compte des traumatismes afin d'identifier les incidents liés à la VBG et à la traite des êtres humains et d'y répondre ;

Créer des protocoles d'intervention tenant compte des traumatismes pour tous les services de la ville en contact avec le public ;

Finaliser les modifications de l'ordonnance de la COPA, comme prévu par le décret de consentement, afin de garantir la compétence sur toutes les enquêtes relatives aux agressions sexuelles ;

S'associer à un organisme de recherche pour mener une étude de prévalence sur la traite des êtres humains ;

Identifier et examiner les ensembles de données actuels au sein des services municipaux et des agences affiliées qui comprennent des données sur la violence liée au sexe et la traite des êtres humains.

Élaborer des outils de reporting annuel à l'intention des services municipaux et des agences affiliées,

afin de décrire les moyens utilisés par la ville de Chicago pour lutter contre la violence sexiste et la traite des êtres humains.

8) Êtes-vous **confronté au vieillissement de la population de Chicago ? Menez-vous des politiques pour répondre aux besoins du grand âge (au-delà de 80 ans) ?**

Oui, nous le sommes. En 2019, le CDPH a publié le [databook sur la santé des personnes âgées](#) pour présenter, pour la première fois, des données très complètes sur la santé globale des personnes âgées à Chicago. Ce rapport a pris en compte à la fois les aspects sanitaires liés à l'état de santé, l'accès aux soins, la santé comportementale, les maladies chroniques et les blessures, ainsi que les facteurs déterminants de la santé tels que le revenu et l'accès à la nourriture.

La ville de Chicago met en œuvre le plan «Chicago amie des aînés», qui intègre les nouvelles politiques et lignes directrices « Vieillir dans son quartier », afin d'améliorer l'environnement urbain et les transports de Chicago pour que les habitants puissent vivre et vieillir dans des communautés saines.

9) **Chicago a-t-elle mis en place des dispositifs d'accompagnement spécifiques pour les victimes d'addictions ? A-t-elle adopté des programmes de prévention des maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH ?**

Oui, la ville propose des programmes spécifiques pour les personnes ayant besoin d'une réinsertion ainsi que pour la prévention des IST. La plateforme Chicago Connects fournit des listes de programmes de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme, de services d'assistance téléphonique, de groupes de soutien par des pairs et de services de santé mentale. Encore une fois, comme indiqué dans le Chicago Recovery Plan (CRP), un aspect important de l'initiative stratégique est de combattre la pandémie d'opioïdes en plus du COVID, et le plan s'engage à soutenir les initiatives en cours du CDPH pour lutter contre les décès dus aux opioïdes, comme un programme de bandelettes réactives au fentanyl et un partenariat à long terme avec le Chicago Public Library System pour distribuer du Narcan afin de lutter contre les surdoses et la dépendance aux opioïdes. Parmi les autres mesures et programmes destinés aux personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances, citons le recours au traitement assisté par médicaments, la mise en œuvre de la loi sur la crise de l'héroïne et l'expansion des programmes d'éducation sur les surdoses d'opioïdes et de distribution de naloxone.

Le CDPH a financé l'Illinois Public Health Institute (IPHI) pour mener une analyse du paysage des West et South Sides afin d'identifier les insuffisances et les obstacles des services pour les personnes présentant un risque d'overdose, et travaille avec l'IPHI pour financer le programme Chicago Linkage to Assisted Recovery and Treatment (CLART), qui vise à améliorer les systèmes de soins pour les personnes souffrant de dépendance aux opiacés. Le CDPH a également étendu les services de prévention des overdoses et de réduction des risques dans les communautés qui en ont le plus besoin, finance un nouveau programme de contrôle des drogues qui permet aux personnes qui consomment des drogues de faire contrôler leurs drogues avant de les utiliser afin de réduire le risque d'overdose, et travaille à la coordination des services de proximité et de traitement de la toxicomanie dans les quartiers du West Side. Un autre exemple notable des programmes de Chicago pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie est l'adoption et l'expansion du *Narcotics Arrest Diversion Program (NADP)*, qui est étendu aux 22 districts de police d'ici la fin de 2021. Ce programme est conçu pour détourner les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances du système de justice pénale et les

orienter vers des services de traitement et de désintoxication.

En ce qui concerne le VIH et les autres IST, le CDPH fournit des services très complets dans ses propres programmes et dans des programmes administrés par des organisations externes. Le CDPH a créé des cliniques spécialisées dans le but de poser un diagnostic et de traiter les IST et de dépister et mettre en relation les personnes vivant avec le VIH avec des prestataires de soins externes. En externe, le CDPH finance un ensemble très complet de services liés au VIH qui sont neutres en termes de statut, c'est-à-dire que les services sont fournis aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes exposées à l'infection au VIH. Le portefeuille fonctionne comme un système de soins et comprend des « maisons de santé » qui fournissent des soins médicaux et comportementaux intégrés, un dépistage du VIH/des MST et un lien vers les soins, ainsi qu'une solide constellation de services de soutien, y compris le logement, l'aide financière d'urgence et la gestion de cas. Le portefeuille du CDPH est guidé par un processus décisionnel impliquant la communauté, dans le cadre duquel des organisations externes et des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH hiérarchisent les services et allouent les ressources.

10) Y-a-t-il d'autres dispositifs originaux mis en œuvre par la Ville de Chicago en matière de santé publique que vous souhaiteriez porter à notre connaissance ?

La ville utilise activement les réseaux sociaux, l'apprentissage automatique et les réseaux locaux comme un moyen innovant d'acquérir des connaissances sur les problèmes de santé publique émergents, tels que les intoxications alimentaires et les e-cigarettes, de trouver des solutions et de prendre des mesures. Par exemple, le CDPH a créé l'application Foodborne Chicago App, qui utilise l'apprentissage automatique et le traitement du langage naturel dans un système automatisé pour examiner les tweets locaux concernant les symptômes d'intoxications alimentaires. Les employés de la ville trient les tweets pour déterminer quels utilisateurs de Twitter devraient recevoir un message les invitant à remplir un rapide rapport en ligne, qui pourrait déboucher sur une inspection. Depuis son lancement, le système a identifié 2 664 tweets qui semblaient suggérer une sorte de maladie d'origine alimentaire dans la ville au cours de sa première année de fonctionnement. Les employés du département ont envoyé 288 réponses, qui ont donné lieu à 236 rapports. Une surveillance étroite des réseaux sociaux et des hashtags peut également aider à anticiper, reconnaître et répondre à une opposition populaire.

Pour prévenir la propagation du virus du Nil occidental, la ville a lancé une initiative qui utilise la modélisation prédictive à partir de données provenant du public pour prévoir le mouvement du virus du Nil occidental dans les moustiques infectés dans la ville. Compte tenu des données relatives à la météo, à l'emplacement, aux tests et aux pulvérisations, l'algorithme et le modèle sont capables de prédire quand et où les différentes espèces de moustiques seront testées positives au virus du Nil occidental ; l'initiative est alors en mesure d'allouer efficacement des ressources pour prévenir la transmission du virus.

Enfin, dans la campagne visant à réduire le risque de saturnisme chez les enfants, la modélisation prédictive a de nouveau été utilisée comme une approche innovante pour s'attaquer à cette terrible crise de santé publique. La ville a activement partagé son dossier médical électronique et ses données avec

des institutions de tous les secteurs du projet de santé, comme le ministère de l'Innovation et de la Technologie, Alliance Chicago, l'Institut de santé publique de la région métropolitaine de Chicago et le Centre de science des données et de politique publique de l'Université de Chicago, ce qui constitue un changement radical par rapport à l'approche traditionnelle. Le modèle prédictif implique la saisie de caractéristiques spatio-temporelles (analyses de sang, inspection du domicile, recensement ACS, violations de permis de construire), de caractéristiques spatiales (évaluateur, empreintes de bâtiments) et de données cliniques provenant du dossier médical électronique via une API. Le modèle est ensuite exploité sous la forme d'un outil d'aide à la décision clinique du dossier médical électronique, qui produit un indice de risque et détermine s'il est nécessaire d'orienter le patient vers une inspection visuelle de son domicile et de l'informer sur les stratégies de réduction du plomb, tout en alertant les prestataires de soins de santé sur le risque d'exposition au plomb en fonction de l'adresse actuelle du patient.

Annexe 12 : Préconisations présentées par chaque groupe politique**Groupe Communiste et Citoyen**Préconisations du groupe Communiste et Citoyen à la MIE Santé

Propos introductif

Au terme de ces six mois d'auditions et visites menées dans le cadre du travail de la MIE sur la santé à Paris, plusieurs constats ont émergé de la voix des professionnel·les de santé, des acteurs·rices du secteur médico-social, des responsables institutionnels et associatifs.

Dans chacun des secteurs appréhendés, il apparaît sans équivoque que l'accès aux soins se dégrade année après année. L'hôpital a connu d'importantes dégradations issues de plus de 20 ans de réformes inefficaces ; du plan Juppé de 1995 à la loi Buzyn (2019) en passant par l'instauration de la tarification à l'acte (2004), la loi Bachelot (2009) et la loi Touraine (2016) la logique d'entreprise s'est progressivement installée à l'hôpital public. Pour ne prendre que les cinq dernières années, plus de 4 milliards d'euros d'économies ont été réalisées sur l'hôpital dans le cadre des projets de lois de finance de la sécurité sociale (PLFSS). Ces politiques aboutissent aujourd'hui à des fermetures d'hôpitaux de proximité, des suppressions de lits et d'emplois, des reports de consultations, des distances toujours plus conséquentes pour accéder aux soins et des urgences saturées. Le tout, dans un contexte d'épuisement du personnel soignant.

Ces politiques managériales et de marchandisation de la santé se répercutent en premier lieu sur les populations les plus précaires, qui subissent également de façon concomitante la désertification médicale qui se généralise en France. La psychiatrie n'est pas non plus en reste de cette tendance générale, et ce alors-même que les addictions et pathologies mentales progressent dans notre pays. Les premières victimes de cette austérité imposée sont les populations précaires et les classes moyennes, celles et ceux pour qui les soins en clinique privée sont inaccessibles ou trop onéreux et qui n'ont pour seul choix que celui du non-recours aux soins.

Si plusieurs de ces constats ont été mis en lumière et exacerbés par la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19, il convient en revanche de percevoir cet

épisode comme un catalyseur des problématiques liées à la santé à Paris – et ailleurs. En ce sens, et sans nier les effets de la conjoncture, il s'agira d'appréhender lesdites problématiques comme étant structurelles et dépassant pour certaines le seul cadre du territoire parisien.

Dès lors, la grille d'analyse nécessaire à l'élaboration des préconisations devra résulter d'une lecture multidimensionnelle des enjeux de santé à Paris, mêlant différents échelons de décision politique – nationale, régionale et locale –, différentes temporalités – réformes passées et à venir – et différents déterminants sociaux qui façonnent aujourd'hui les besoins en santé et les réponses à apporter – catégorie socio-professionnelle et classe sociale, genre, état de santé, situation administrative, lieu d'habitation, etc -.

L'un des apports les plus forts de cette MIE fut la démonstration d'une intrication forte entre ces facteurs et échelles multiples; cette interdépendance entre différents cadres décisionnels est d'ailleurs parfois source de difficultés dans la mise en place de coopérations nécessaires pour l'élaboration de politiques publiques de santé.

Concrètement, il existe des champs d'action dans lesquels la Ville de Paris est pleinement souveraine des actions à mettre en œuvre; d'autres, dans lesquels elle est partenaire ou liée par des obligations légales indépendantes de sa volonté; et, dans un troisième cas de figure, certains dans lesquels elle ne dispose d'aucune compétence réglementaire. La difficulté majeure dans l'édiction d'une politique de santé publique à Paris résulte du lien indissociable entre ces différents champs et du lien de causalité qui les unit; toute avancée dans l'un des champs est corrélée aux actions menées dans les deux autres, à leur état d'avancement, à leurs orientations et objectifs. Si bien que tout volontarisme de la Ville de Paris dans son champ de compétences ne produira des résultats optimaux que si ses partenaires institutionnels et l'État accompagnent ces actions en agissant dans leurs propres champs de compétences.

C'est au titre de cette analyse de la structure des politiques de santé en France que les élu-es du groupe Communiste et Citoyen font le choix de construire leurs préconisations pour la santé à Paris autour de trois grands axes, déclinant chacun les marges de manœuvre de la Ville de Paris dans les différents champs. Seront d'abord évoquées les préconisations afférentes aux compétences directes de la Ville de Paris, par lesquelles il lui est possible de créer un service public territorial de santé **(I)**, puis celles pour lesquelles la Ville de Paris est dépendante de la coopération avec ses partenaires - l'AP-HP, l'État, etc - **(II)** et enfin celles qui

épisode comme un catalyseur des problématiques liées à la santé à Paris – et ailleurs. En ce sens, et sans nier les effets de la conjoncture, il s'agira d'appréhender lesdites problématiques comme étant structurelles et dépassant pour certaines le seul cadre du territoire parisien.

Dès lors, la grille d'analyse nécessaire à l'élaboration des préconisations devra résulter d'une lecture multidimensionnelle des enjeux de santé à Paris, mêlant différents échelons de décision politique – nationale, régionale et locale –, différentes temporalités – réformes passées et à venir – et différents déterminants sociaux qui façonnent aujourd'hui les besoins en santé et les réponses à apporter – catégorie socio-professionnelle et classe sociale, genre, état de santé, situation administrative, lieu d'habitation, etc. -.

L'un des apports les plus forts de cette MIE fut la démonstration d'une intrication forte entre ces facteurs et échelles multiples; cette interdépendance entre différents cadres décisionnels est d'ailleurs parfois source de difficultés dans la mise en place de coopérations nécessaires pour l'élaboration de politiques publiques de santé.

Concrètement, il existe des champs d'action dans lesquels la Ville de Paris est pleinement souveraine des actions à mettre en œuvre; d'autres, dans lesquels elle est partenaire ou liée par des obligations légales indépendantes de sa volonté; et, dans un troisième cas de figure, certains dans lesquels elle ne dispose d'aucune compétence réglementaire. La difficulté majeure dans l'édiction d'une politique de santé publique à Paris résulte du lien indissociable entre ces différents champs et du lien de causalité qui les unit; toute avancée dans l'un des champs est corrélée aux actions menées dans les deux autres, à leur état d'avancement, à leurs orientations et objectifs. Si bien que tout volontarisme de la Ville de Paris dans son champ de compétences ne produira des résultats optimaux que si ses partenaires institutionnels et l'État accompagnent ces actions en agissant dans leurs propres champs de compétences.

C'est au titre de cette analyse de la structure des politiques de santé en France que les élu-es du groupe Communiste et Citoyen font le choix de construire leurs préconisations pour la santé à Paris autour de trois grands axes, déclinant chacun les marges de manœuvre de la Ville de Paris dans les différents champs. Seront d'abord évoquées les préconisations afférentes aux compétences directes de la Ville de Paris, par lesquelles il lui est possible de créer un service public territorial de santé **(I)**, puis celles pour lesquelles la Ville de Paris est dépendante de la coopération avec ses partenaires - l'AP-HP, l'État, etc - **(II)** et enfin celles qui

s'inscrivent entièrement en dehors de son champ d'intervention mais dont la mise en œuvre conditionne la réussite des deux axes qui auront été précédemment développés (III).

Ce point de méthode étant établi, nous appelons par chacune de ces préconisations à rompre avec le dogme de réduction de la dépense publique qui a été le curseur des politiques de santé en France depuis plus de 20 ans, avec pour résultats ceux que nous constatons aujourd'hui : le recul de l'accès aux soins et les inégalités de santé. Notre objectif premier doit être de répondre aux publics les plus touchés par cette réalité, en donnant à l'hôpital public les moyens de remplir ses missions, en investissant pour une médecine de ville en secteur 1, et en garantissant à chacun-e la santé physique et mentale. L'investissement public est la clé de chacun de ces objectifs.

En outre, nous identifions cinq priorités qui reflètent chacune les grands enjeux de santé qui structurent le territoire parisien. Le PLU devra être l'outil de la sécurisation du capacitaire hospitalier de notre Ville, en particulier pour protéger la vocation des parcelles des hôpitaux Bichat et Hôtel Dieu (**proposition 18**). Notre Ville devra, dans les services dont elle a la compétence, mettre en œuvre une politique d'investissement public en créant de nouveaux centres municipaux de santé sur le territoire (**proposition 2**), et en octroyant des moyens supplémentaires à la santé scolaire dans le premier degré (**proposition 7**). L'État devra adopter les mesures réglementaires qui permettront de garantir à toutes les femmes un accès aux soins suffisant et satisfaisant (**propositions 9, 40 et 43**) ; à toutes et tous le droit à la santé mentale (**propositions 22, 23, 24 et 40**); et à l'hôpital public et au personnel hospitalier, des conditions de travail décentes, dignes, valorisantes, pour sauver ce maillon central de la santé des Parisien·nes et des Parisiens (**propositions 31 à 40**).

- 7) Assurant la présence d'un·e médecin scolaire dans chaque école de la Ville de Paris et renforcer les CAPP
- 8) Pourvoir les postes vacants de personnels de santé dans les services municipaux (médecine scolaire, PMI, etc)
- 9) Prospectant auprès de l'État et de l'Assurance Maladie pour des financements innovants permettant une prise en charge des actions de prévention, de soins non-programmés, d'endométriose, de dépistages, de santé sexuelle, etc ;
- 10) Organisant des circuits de continuum entre associations spécialisées sur des publics-cibles (par exemple, les associations d'aide aux personnes migrant·es) et structures de santé dont elle est gestionnaire ou auxquelles elle apporte un soutien financier ;
- 11) Ajoutant aux conventions de financement signées avec les structures de santé qu'elle subventionne un engagement à l'accueil de personnes migrantes, en situation de handicap ou de très grande précarité ;
- 12) Demandant un compte rendu de l'accueil de ces publics dans les bilans annuels ;
- 13) Demandant, dans ces mêmes bilans, un point sur le lien avec les syndicats et les CSE des secteurs médical et médico-social parisiens ;

En plus des conditions sociales d'existence, le genre constitue un frein fondamental à l'accès aux soins. A Paris, les consultations gynécologiques font partie des plus onéreuses et des plus difficilement dans des délais raisonnables. À cela s'ajoute la normalisation de la douleur vécue durant les règles, qui confronte les femmes souffrant d'endométriose à un délai de diagnostic moyen estimé à 13 ans. La Ville de Paris peut agir à son échelle en :

- 14) Créant des postes de gynécologues dans ses centres municipaux de santé
- 15) Agissant à son échelle pour la prise en charge de l'endométriose, en organisant la formation de l'ensemble du personnel soignant de ses centres municipaux de santé et de ses services de santé scolaire au dépistage et à la prise en charge de l'endométriose, et en fournissant des Endotest à ces services. Par ailleurs les subventions versées par la Ville de Paris à des structures de santé devront certifier la formation et la sensibilisation de leur personnel soignant au dépistage et à la prise en charge de l'endométriose.

La promotion de la santé à tous les âges et dans tous les cadres pose nécessairement la question du grand âge. La Ville de Paris fait preuve d'un volontarisme majeur en la matière, pour améliorer les conditions du vieillissement à domicile mais aussi faciliter l'accueil en EHPAD lorsque nécessaire. Elle peut poursuivre ces efforts en :

- 16) Créant un service public de coordination et de réflexion qui assurerait la jonction entre les différents acteurs des secteurs médical et médico-social intervenant à domicile auprès des personnes âgées.
- 17) Continuant à développer l'offre de places en EHPAD de la Ville de Paris

Les restructurations et fermetures de lits, services et hôpitaux ne relèvent pas de la compétence réglementaire de la Ville de Paris, qui ne peut s'y opposer. Elle dispose toutefois d'un pouvoir réglementaire majeur qu'est celui de l'aménagement du territoire ; la Ville de Paris peut faire preuve d'un engagement politique majeur pour la préservation de l'offre de soins hospitaliers sur son territoire en :

- 18) Sanctuarisant, au moyen du PLU, la vocation de l'ensemble des parcelles d'hôpitaux publics du territoire parisien et en s'opposant à leur déclassement.

Ces actions fonderaient un premier champ d'intervention dans lequel la Ville peut immédiatement et librement agir. À celles-ci pourraient s'ajouter des actions partenariales avec d'autres institutions.

II – Préconisations impliquant une coopération réciproque entre la Ville de Paris et ses partenaires institutionnels

La raréfaction de l'offre de soins accessibles à Paris – et ailleurs – s'explique en partie par l'attractivité des salaires proposés par le secteur privé lucratif. La Ville de Paris ne doit pas être seule face à ce phénomène et une alliance entre institutions publiques constitue une piste de réponse pour affronter cette concurrence. Cette alliance peut voir le jour en :

- 19) Plaidant auprès de l'AP-HP pour la création de postes de médecins partagés entre la Ville de Paris et l'AP-HP, permettant un financement solidaire de ces emplois et à hauteur de la concurrence livrée par le secteur privé lucratif.
- 20) Plaidant auprès de l'AP-HP pour améliorer le système d'entrées et sorties de l'hôpital en mettant en place un cadre de travail facilitateur et coordonné entre les services sociaux de la Ville de Paris et de l'AP-HP

A Paris, des usager-es de drogues se trouvent dans une situation de très grande précarité et dans un état de santé extrêmement dégradé ; la volonté de l'État de cantonner cette problématique aux enjeux de sécurité prévaut et empêche toute qualification du problème en enjeu de santé publique, condamnant ainsi ces usager-es à l'errance et à la dégradation de leur situation. La Ville de Paris peut poursuivre les actions déjà engagées en :

- 21) Demandant à l'État de financer l'ouverture et le fonctionnement de nouvelles Haltes Soins Addiction
- 22) Demandant à l'État d'augmenter considérablement (multiplier par deux ou trois) sa participation financière au titre du Plan Crack
- 23) Demandant à l'État l'ouverture d'urgences addictologiques
- 24) Renforcer les actions de préventions des addictions
- 25) Associant les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) aux actions mises en œuvre
- 26) Plaidant pour l'organisation d'un plan fondé sur une gouvernance partagée et fonctionnelle entre la Ville de Paris, la Région Ile-de-France, les collectivités limitrophes de Paris, la préfecture de police, et l'ARS.

Le niveau de vie des personnels hospitaliers est en grande régression depuis une décennie. Les effets concomitants du gel du point d'indice en 2012 et de l'inflation galopante en portent la responsabilité. Cette stagnation des salaires confrontée à une hausse du coût de la vie quotidienne a nécessairement des inductions sur leur capacité à se loger dans la capitale. Consciente de ces difficultés, la Ville de Paris déploie tous les outils dont elle dispose pour apporter des éléments de réponse à cet

enjeu. Cela passe notamment par la conduite d'efforts qui s'étendent au-delà de son champ de compétences afin d'aider l'AP-HP à loger ses agent-es hospitaliers. À titre d'exemple, la Ville de Paris a dédié 500 droits de réservation de logement de la Ville, au bénéfice de l'AP-HP, au sein du patrimoine de Paris Habitat. Ces efforts considérables gagneraient à être doublés d'un engagement similaire de l'AP-HP, qui dispose d'un parc immobilier considérable sur le territoire parisien mais sur lequel elle multiplie les opérations de vente depuis plusieurs années. Il serait ainsi de circonstance que :

- 27) L'ensemble des biens immobiliers que l'AP-HP envisage de revendre soient dédiés à l'aménagement de logements réservés à son personnel soignant.

Si la Ville de Paris ne dispose d'aucune compétence réglementaire sur la politique hospitalière à Paris, elle est néanmoins tout à fait légitime à demander un suivi des évolutions du capacitaire hospitalier sur son territoire, celles-ci ayant nécessairement des conséquences sur l'offre de soins qu'elle développe ou tend à développer. Dès lors, elle peut formuler des demandes à visée informative et prospective en demandant annuellement un bilan :

- 28) Des lits supprimés et services fermés, provisoirement ou définitivement, dans les hôpitaux du territoire parisien
- 29) Du délai moyen d'attente pour la consultation de médecins à l'hôpital public
- 30) Du nombre de patient-es ayant eu recours à une consultation aux urgences ne nécessitant pas d'hospitalisation

Ces préconisations pourront améliorer l'état de santé général de tous-tes les Parisien-nes si les partenaires institutionnels de la Ville de Paris s'y associent et soutiennent son effort. Néanmoins, l'effectivité optimale de ces préconisations et de celles citées dans la première partie est tributaire des actions conduites par ailleurs par l'État dans son champ de compétences propre. Le volontarisme de la Ville de Paris ne saurait, seul, parvenir à améliorer l'état de santé du territoire parisien. L'intrication entre médecine de ville et hôpital public en est l'exemple-type.

III – Préconisations s’inscrivant en dehors du champ de compétences de la Ville de Paris mais dont la mise en œuvre conditionne la réussite optimale des deux axes précédemment développés :

Le constat d'un hôpital public hautement sous tensions a été dressé sans équivoque par l'ensemble des acteurs-rices auditionnés. La perte d'attractivité de l'hôpital public tient avant tout à la dégradation des conditions de travail du personnel, elles-mêmes étant issues des réformes successives sur le financement de l'hôpital public et de l'amointrissement continu de la part du budget de la sécurité sociale allouée aux établissements hospitaliers.

Ces restrictions budgétaires ont conduit à des suppressions de postes ayant reporté une charge de travail supplémentaire sur le personnel restant. Le temps de travail consacré aux soins et à l'accompagnement des patient-es s'est réduit – sans que les besoins ne diminuent, par ailleurs – quand dans le même temps, la part de temps dédié aux questions logistiques et administratives a augmenté. Le sentiment de maltraiter ses patient-es s'est accru dans les équipes. Tout cela a généré une perte de sens croissante au sein du personnel hospitalier. Si une partie des départs s'explique par une fuite vers les hôpitaux et cliniques privées, il n'en reste pas moins qu'une grande partie de la désaffection s'est traduite par des reconversions professionnelles en dehors du secteur médical, en particulier pour les aides-soignant-es et infirmier-es.

Le phénomène peut se résumer à une boucle ; la réduction des moyens alloués à l'hôpital public entraîne des fermetures de lits voire de services ou hôpitaux, et pressurise le personnel jusqu'à causer son départ ; puis, le départ du personnel justifie la fermeture de lits, services et hôpitaux, et ainsi de suite. À cela s'ajoute le caractère discutable d'un développement exponentiel de l'ambulatoire, au détriment des lits de gériatrie et des lits de soins de longue durée « convertis » en conséquence. La Ville de Paris ne peut infléchir ce phénomène, mais l'efficacité de son action en matière de santé dépendra de la volonté de l'État à résoudre la situation. Il est urgent de :

- 31) Mettre un terme à la tarification à l'acte dans les hôpitaux pour établir un financement basé sur les capacités d'accueil
- 32) Abroger la loi HPST et supprimer en conséquence les ARS et les Contrats Pluriannuels d'Objectifs qui conditionnent les ressources allouées aux établissements publics hospitaliers sur la base de l'efficacité économique et de l'optimisation de la gestion des ressources humaines ;
- 33) Abroger l'ensemble des dispositions de la loi Touraine relatives aux groupements hospitaliers de territoire (GHT), et en particulier la mise en

commun des fonctions et les transferts d'activités entre établissements motivés par « la rationalisation des modes de gestion » ;

- 34) Supprimer les taxes sur les salaires (dont les collectivités territoriales sont entièrement exonérées) et la TVA (dont les collectivités territoriales sont exonérées sur certaines activités) prélevées par l'État sur les hôpitaux publics, ce qui permettrait de résorber une partie des déficits des hôpitaux publics
- 35) Mettre un terme à tous les projets de restructuration, fermeture de lits, de services, d'hôpitaux sur le territoire parisien
- 36) Revaloriser les salaires de l'ensemble du personnel hospitalier, soignant comme administratif
- 37) Revaloriser de 15% les salaires des aides à domicile, en compensant la charge représentée pour les collectivités territoriales
- 38) Revaloriser de 15% les salaires du personnel des EHPAD, en compensant la charge représentée pour les collectivités territoriales
- 39) Mettre en œuvre le pré-recrutement du personnel hospitalier dès le cycle d'études et sortir du système du numerus clausus
- 40) S'agissant des domaines suivants, il est urgent de revaloriser le capacitaire d'accueil, tant en termes de lits d'hospitalisation (lorsqu'il s'agit de services hospitaliers) que de personnels. L'augmentation des moyens devra s'appuyer sur une analyse précise, qualitative (spécialités médicales et publics-cibles) et quantitative (sur la base des délais moyens d'attente constatés, et des transferts ou refus annuels par manque de place) :
 - Les services hospitaliers en général
 - Les maternités publiques
 - Les services psychiatriques hospitaliers
 - Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) et les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)
 - Les Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion e la Santé (SUMPSS)
- 41) Créer des postes d'infirmier·es scolaires et assistant·es sociales dans l'Éducation Nationale (en l'occurrence, pour Paris, dans le second degré) de manière à garantir la présence d'un·e infirmier·e et d'un·e assistant·e social·e par établissement scolaire
- 42) Reconnaître pleinement l'addiction comme une maladie, moyennant une prise en charge par la Sécurité Sociale
- 43) Reconnaître réellement l'endométriose comme une Affection de Longue

ANNEXES

- 44)Garantir le remboursement total des consultations de psychologues par la Sécurité Sociale, sans conditionnement à une prescription médicale par un·e médecin généraliste.
- 45)Abroger les dispositifs de l'Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé permettant l'ouverture de centre de santé privés lucratifs



ANNEXE – GROUPE CHANGER PARIS

Au titre de l'article 22 du Règlement Intérieur du Conseil de Paris, nous, élus du Groupe Changer Paris, avons demandé à la Maire de Paris de mettre en œuvre cette Mission d'Information et d'Évaluation sur la santé à Paris. Cette demande faisait suite à la crise sanitaire de Covid-19, qui a révélé les défaillances et les faiblesses du système de santé parisien qui donnait déjà des signes de fatigue inquiétants depuis plusieurs années.

Il nous a semblé indispensable que le retour à la vie « normale » s'accompagne d'une reconstruction profonde et réfléchie de l'organisation du système de santé parisien, afin que celui-ci puisse faire face à de nouvelles crises et qu'il tire des leçons des fragilités constatées.

L'objectif de cette mission était donc d'évaluer l'efficacité des dispositifs municipaux, tant pour lutter contre la crise épidémique que pour soutenir les personnels soignants et garantir l'efficacité des politiques publiques de santé. Elle visait aussi à évaluer les orientations stratégiques et les réalisations de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, acteur majeur de la santé à Paris, dont le Conseil de Surveillance est présidé par le Maire de Paris. Nous souhaitons, en outre, analyser et rendre compte de l'évolution des stratégies territoriales de santé, de leur réactivité face à la crise et de l'articulation entre la médecine de ville et la médecine d'hôpital. Enfin, nous avons insisté pour que soit intégré dans ce travail la prise en charge de la dépendance – tant celle liée au grand âge que celle liée au handicap, celle liée à la santé mentale ou celle liée à la toxicomanie – dans notre ville.

Sur bien des aspects, nous nous félicitons de l'esprit de dialogue et de concorde qui a régné durant cette MIE. Étant donnés les enjeux pour les Parisiens, il est de bon augure que les membres de la MIE aient su s'investir et dépasser des clivages pour proposer pas moins de 71 préconisations communes.

Durant ces 6 mois de travail, notre groupe s'est particulièrement investi autour du Président de la MIE, Jean-Pierre Lecoq, afin d'en assurer sa réussite. Nous avons attaché une importance particulière à l'écoute des professionnels et bénévoles auditionnés et rencontrés. Nous avons aussi voulu partager une vision travaillée de long terme, tant par des engagements anciens et importants de plusieurs d'entre nous (sur la question de la dépendance et de la prise en charge du grand-âge, sur la prise en charge des personnes toxicomanes et sur les politiques de santé ciblées vers les publics présentant de plus grands risques et/ou fragilités, sur la prise en compte de la santé dans les politiques urbanistiques et environnementales notamment) que par un regard « double » – politique et professionnel – (en intégrant des élus très investis sur le développement des politiques de santé à la fois comme conseillers de Paris et comme médecins).

Nous nous sommes attachés à faire en sorte que cette MIE ne devienne pas devenir une opportunité politicienne de s'attarder sur les erreurs passées de l'exécutif, mais la possibilité de penser l'avenir pour que ces erreurs ne se reproduisent plus.

Nous réjouissons qu'un consensus ait pu être trouvé sur beaucoup de nos propositions, dans l'intérêt des Parisiens. Nous avons en effet transmis 62 préconisations à l'issue des 6 mois d'auditions, de visites et de réflexion, afin de proposer des pistes d'amélioration du système de santé Parisien.

Voici une sélection de préconisations dont nous avons été à l'initiative, qui ont fait l'objet d'un consensus, et qu'il nous semble opportun de mettre en avant :

- **Proposer de substituer au Conseil de Surveillance de l'AP-HP un Conseil d'Administration assurant une bonne représentation des élus de l'ensemble du territoire parisien, des personnels soignants et médicaux, ainsi que des usagers et de leurs familles.**
- **Au sein des Urgences de chaque hôpital, créer un service d'urgences spécifiques aux seniors âgés de plus de 75 ans.**
- **Créer une maison médicale de garde au sein ou à proximité immédiate de chaque hôpital parisien disposant d'un service d'urgences et ouvrir aux médecins et infirmiers volontaires les centres de santé municipaux la nuit pour répondre aux demandes accueillies par les urgences mais ne nécessitant pas de prise en charge hospitalière immédiate. Un système de consultations assurées par des médecins aux urgences pourrait ainsi permettre une redirection rapide de ces demandes et soulager les urgences hospitalières sans pour autant laisser sans réponse les usagères et usagers.**
- **Retirer les primes compensant le coût de la vie à Paris du calcul des revenus conditionnant leur obtention. Généraliser à l'ensemble des salariés de l'AP-HP une prime coût de la vie indexée sur leur salaire.**
- **Garantir le niveau de l'offre de Soins Longue Durée au sein des hôpitaux de l'AP-HP. Développer des places d'accueil de jour afin de décharger les aidants, notamment pour les patients atteints de troubles cognitifs.**
- **Étudier l'opportunité de créer un observatoire de la santé environnementale et inclure le critère de la santé dans l'ensemble des choix politiques sur l'environnement bâti, social, physique économique.**
- **Engager une réflexion sur la végétalisation de la ville, accentuer le développement d'équipements sportifs dans l'espace public et réaménager progressivement le territoire.**
- **Consacrer une part plus importante des locaux des bailleurs sociaux à l'installation de professionnelles et professionnels de santé, particulièrement des MSP, en lien avec le GIE Paris Commerce. Réserver des pieds d'immeuble issus de projets de réhabilitation et zones d'aménagement concerté (ZAC) à l'installation de centres municipaux, d'acteurs associatifs ou de médecins s'engageant à pratiquer des tarifs en secteur 1 sur tout le territoire parisien.**

- S'assurer de la présence de lieux de soins conventionnés secteur 1 accessibles dans chaque arrondissement, que ce soit en termes d'accessibilité physique, mais aussi par exemple de traduction en langue des signes, ou encore de temps d'attente limité, en continuité avec la politique d'accès universel engagée par la Ville. Autant que possible, soutenir financièrement et politiquement toute structure de santé en secteur 1 menacée de fermeture ou de reprise par un opérateur absent de ce secteur.
- Recenser les professionnels de santé proposant des visites à domicile et faciliter par le biais du 3975 la mise en relation avec des patients en difficulté avec le numérique. Favoriser ces déplacements à domicile en plaidant pour l'adoption d'une politique tarifaire qui valorise les déplacements, en facilitant pour leur véhicule professionnels la circulation et le stationnement et en créant des incitations matérielles pour les jeunes médecins s'installant et souhaitant pouvoir se déplacer à domicile : aide aux déplacements (transports publics, véhicules autant que possible électriques ou hybrides, vélos adaptés).
- Étoffer le dispositif « Paris Med' » pour qu'il devienne un guichet unique favorisant l'installation des jeunes médecins, renforcer les aides techniques, juridiques, comptables, financières pour les porteurs de projets de secteur 1.
- Créer des postes de gynécologues et de sages-femmes dans les centres municipaux de santé. Favoriser l'installation des sages-femmes et leur formation continue.
- Développer l'accès aux soins palliatifs pour les patients en fin de vie à Paris.

Nous regrettons que les élus des groupes de la majorité municipale n'aient pas souhaité délaier les débats idéologiques pour chercher et développer de nouvelles pistes d'évolution et d'amélioration sur certains thèmes sensibles, nécessitant un engagement important et urgent de l'exécutif municipal.

C'est notamment le cas concernant la prise en charge des personnes toxicomanes à Paris, dont nous connaissons malheureusement l'urgence et les effets néfastes tant pour les personnes progressivement abimées par la drogue et ses conséquences, que pour les riverains des quartiers concernés.

Ainsi, si des nos positions divergentes subsistent, nous souhaitons rappeler que nous avons proposé lors de cette MIE les préconisations suivantes :

- Mettre fin au plan crack et plaider pour l'organisation d'une gouvernance partagée entre la Ville de Paris - en lien avec les Maires d'arrondissement, la Région Ile-de-France, les collectivités limitrophes de Paris, la Préfecture de police, et l'ARS. Demander l'ouverture de lits supplémentaires en psychiatrie dans les hôpitaux parisiens, et la

création d'un centre de prise en charge globale des toxicomanes (médicale, sociale et psychologique) dans une zone non dense d'Ile-de-France. Pérenniser les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) et les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sans espace de consommation en leur sein ;

- Abandonner le projet de multiplication des Haltes Soins Addiction ;
- Prononcer des injonctions de soin pour les toxicomanes les plus dépendants et contrôler leur exécution ;
- Réprimer la délinquance liée aux usages de drogues ;
- Envisager la création d'un comité de coordination parisien ou métropolitain pour répondre aux besoins en addictologie, mutualiser les efforts et agir plus efficacement et rapidement. Mettre en place une plateforme d'échanges entre les différents acteurs qui aident les personnes victimes d'addictions (CPTS, professionnels, associations...). Mener une large campagne d'information et de sensibilisation pour prévenir toutes formes d'addiction (alcool, cannabis, pornographie, chemsex, jeux d'argent, jeux vidéo...), notamment en direction des adolescents et des jeunes, sous l'égide de ce comité de coordination.

Par ailleurs, concernant l'état de l'hôpital à Paris, si nous nous réjouissons que le rapport reprenne un certain nombre de nos demandes concernant la gouvernance de l'APHP et la revalorisation des métiers de la santé à Paris, nous regrettons que la Ville ne s'engage pas d'avantage pour garantir l'attractivité de Paris pour les professionnels de la santé et afin de s'assurer que les personnels hospitaliers soient en mesure de faire face au coût de la vie dans la capitale.

En plus des préconisations communes contenues dans le corps du rapport, nous soutenons également les préconisations suivantes :

- Plaider pour l'actualisation de l'inventaire du patrimoine immobilier de l'AP-HP, et étudier la possibilité d'y accroître le nombre de logements destinés aux professionnels de santé, au titre et pour la durée de leurs fonctions, et effectuer la même démarche dans l'ensemble du parc social de l'Ile-de-France ;
- Porter le nombre de logements de la ville faisant l'objet d'un droit de réservation de l'APHP à 1000 lors du prochain renouvellement du protocole d'attribution liant la Ville aux hôpitaux de Paris, et les attribuer rapidement ;

- Engager un mouvement de récupération progressive des logements pour s'assurer qu'ils soient occupés par des professionnels de santé visés ;
- Rétablir la mention de la profession et la possibilité de pondérer en faveur des professions de santé en prévoyant une pondération de la cotation de 20% supplémentaires pour les professionnels de la santé ;
- Généraliser à l'ensemble des salariés de l'APHP une prime coût de la vie indexe sur leur salaire.

L'actualité nous a par ailleurs malheureusement rappelé les graves défaillances du système de prise en charge de la dépendance en France, et notamment à Paris. Notre ville ne peut se définir comme réellement « inclusive » si elle ne sait donner toute leur place à nos aînés. C'est la raison pour laquelle nous regrettons que notre MIE ne se soit pas engagée sur les propositions suivantes :

- Renforcer les contrôles sur la bienveillance dans les établissements de la Ville accueillant des personnes dépendantes ou vulnérables et s'assurer des moyens mis à disposition des personnels pour assurer leurs missions. Développer les conseils de la vie sociale dans les établissements afin de faciliter le dialogue des familles, des personnels et des patients, et s'assurer du respect de leur dignité ;
- Donner les moyens humains et financiers aux professionnels accompagnant les personnes dépendantes de leur permettre de réaliser leur mission et de garantir la dignité de leurs patients ;
- Développer des places d'accueil de jour afin de décharger les aidants, notamment pour les patients atteints de troubles cognitifs ;
- Développer les conseils de la vie sociale dans les établissements, et s'assurer du respect des libertés et des droits des patients ;
- Améliorer les dispositifs de recueil de plaintes et de libération de la parole pour les patients et leurs familles ;
- Proposer aux professionnels de santé des formations à l'accueil des personnes en situation de handicap ;
- Proposer l'établissement de majorations pour les consultations de personnes dépendantes nécessitant un temps d'accueil plus important.

Si la santé environnementale a été l'un des sujets majeurs de cette MIE, avec de nombreux points de consensus transpartisants, nous aurions souhaité aller parfois un peu plus loin en adoptant les préconisations suivantes :

- **S'assurer que chaque importante opération de rénovation, de destruction ou de construction de bâtiments à Paris fasse l'objet d'une enquête approfondie quant à ses conséquences potentielles sur la santé des riverains, et soit surveillée et contrôlée en conséquence ;**
- **Rendre obligatoire une étude d'impact en santé environnementale pour tout équipement public nouveau ou du parc actuel.**

Enfin, si nous avons constaté des difficultés d'accès aux soins dans l'ensemble des arrondissements de Paris, et tout particulièrement pour les personnes en incapacité de se déplacer, nous regrettons que les blocages constatés sur la question des mobilités n'aient pas permis d'adopter les préconisations suivantes :

- **Favoriser les déplacements à domicile des professionnels de santé par :**
 - **le biais d'une politique tarifaire qui valorise les déplacements et encourage les visites à domicile des professionnels de santé, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux (ex : SSIAD) ;**
 - **une politique qui s'attaque sérieusement aux problèmes de circulation et de stationnement de la capitale, qui sont également de nature à faire fuir un certain nombre de candidats aux métiers nécessitant de se déplacer régulièrement (embouteillages, manque de places, verbalisations malgré le caducée...) ;**
 - **des incitations matérielles pour les jeunes médecins s'installant et souhaitant pouvoir se déplacer à domicile (aide à l'acquisition d'un véhicule, d'un vélo...).**
- **A Paris, concrétiser le « Big Bang de la proximité » en impliquant d'avantage les Maires dans les politiques de santé de la Ville de Paris, et en installant un dialogue permanent afin qu'ils puissent suivre, informer et coordonner l'accès aux soins à l'échelle de leur arrondissement ;**

Jean-Pierre LECOQ

Maire du VI^{ème} arrondissement de Paris
Président de la MIE Santé

Véronique BUCAILLE

Conseillère de Paris du 16^{ème} arrondissement
déléguee à la solidarité entre les générations

Jérôme LORIAU

Médecin, Chef de Service de Chirurgie Digestive
au groupe hospitalier St Joseph
Conseiller de Paris du 15^{ème} arrondissement
déléguee à la santé, à la qualité de vie et aux
relations entre les usagers et l'administration

Nicolas JEANNETÉ

Conseiller de Paris du 15^{ème} arrondissement
déléguee à la tranquillité publique, à la prévention
et à la police municipale

Emmanuel MESSAS

Professeurs des Universités – Praticien
Hospitalier, Chef de service de médecine
vasculaire de l'hôpital Georges Pompidou – APHP
Conseiller de Paris du 16^{ème} arrondissement
déléguee à la santé, au risque sanitaire, au
handicap et aux professions de santé



Préconisations des élu·es Génération·s à la MIE Santé

Même si l'histoire des villes, en France et dans le monde, a été souvent marquée par des pandémies particulièrement meurtrières comme la peste, par exemple, cette MIE s'est déroulée après les pics d'une crise sanitaire inédite à l'échelle de nos vies et nous a permis, élu·es des groupes du Conseil de Paris, d'entendre les professionnels de santé, les associations, les institutions, le secteur médico-social et de pouvoir nous interroger sur comment une collectivité comme Paris peut mieux agir pour la santé.

Si les villes sont, encore aujourd'hui, sources de progrès, il est aussi établi que les habitant·es des villes sont très exposé·es aux pollutions, que la densité d'habitat et la densité des usages ont des impacts sur leur santé physique et psychique dès lors qu'ils sont mal conçus, mal entretenus et que la gestion des usages n'est pas encore suffisamment présente parce que non anticipée ou non accompagnée.

Mais la ville est aussi traversée de paradoxes, de grands écarts : elle recèle les plus forts écarts d'inégalités, ce qui est le cas sur la santé de ses habitant·es et de celles et ceux qui y travaillent et sur l'accès aux soins, alors qu'elle a sur son territoire une densité hospitalière importante.

La notion de santé en politique publique a mis du temps à être appréhendée et développée à l'échelle d'une commune. Pour les habitant·es, elle touche à l'intime, pour les professionnel·les, elle touche au secret médical, pour les élu·es locaux, elle se situe dans le vaste champ des possibles permis par la clause générale de compétence. Les outils pour agir paraissent moins directs que pour d'autres sujets tels que la restauration scolaire ou le logement, par exemple.

De ce fait, les réponses aux questions de santé sont souvent partielles et compartimentées. Pourtant, l'état de santé d'une population n'est pas seulement lié à l'offre de soins présente sur le territoire.

Le soin serait-il dispensé par les seuls soignants ? L'hôpital et la médecine de ville ne peuvent et ne font pas tout. Le recours aux urgences est encore trop systématique alors que des alternatives existent. Des infrastructures, des dispositifs existent mais ils sont souvent peu ou mal utilisés par les habitant·es qui sont le plus concerné·es par les inégalités.

L'approche et les enjeux sont donc systémiques et pluridisciplinaires, ils demandent la mobilisation de nombreux acteurs de manière coordonnée, chacun avec son champ d'expertise.

L'organisation de cette MIE et les préconisations qui en ressortiront doivent être utiles à la nouvelle Direction de la Santé Publique qui se met en place.

Les auditions de cette MIE ont malheureusement fait une fois de plus la démonstration des dégâts majeurs causés par un défaut d'engagement de l'État depuis 20 ans dans ce domaine. La crise de l'Hôpital est de ce point de vue ce qui est le plus connu. Il y a urgence à apporter des réponses pour l'hôpital. Cela relève de la politique nationale. L'hôpital a subi assez de réformes. Ce qu'il faut est une réforme du système de santé.

C'est aussi en donnant à toutes et tous les Français-es accès aux soins que l'on désengorgera l'hôpital.

Une collectivité locale ne pourra à elle-seule agir efficacement dans un contexte dégradé.

Nous tenons à rappeler ici notre soutien aux soignant-es et aux équipes hospitalières.

Depuis 20 ans, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est calibré non pas sur nos besoins de santé mais sur des objectifs d'économies obéissant à une vision très court-termiste.

Le sens des préconisations que nous formulons dans cette contribution proposent un chemin entre cette répartition complexe des compétences mais dans laquelle le rôle de la ville se renforce (avec l'installation d'une direction de la santé publique et les enseignements de la crise sanitaire), ou le citoyen retrouve sa place et peut jouer un rôle essentiel pour plus de démocratie sanitaire.

La ville actrice de la coordination

- Mettre en place des outils d'analyse des indicateurs santé à l'échelle de Paris et de chaque arrondissement.
- Développer et accompagner une CPTS dans chaque arrondissement.

Une ville favorable à la bonne santé

- En s'appuyant sur « les volontaires de Paris », expérimenter sur le modèle de la Ville de Saint-Denis, le dispositif « d'ambassadeurs de santé » : des citoyen-nes formé-es aux problématiques sanitaires et aux dispositifs de prévention, en lien avec les personnels de santé, permettant de relayer les enjeux auprès des habitant-es et ainsi développer la démocratie sanitaire.
- Dans les constructions et travaux de rénovation et d'entretien des bâtiments municipaux, proscrire, immédiatement, l'utilisation du polychlorure de vinyle (PVC) notamment pour les revêtements de sols, menuiseries extérieures, libérant des composants chimiques néfastes pour la santé.
- Pour prendre en compte les conséquences sur la santé du développement d'un certain nombre d'animaux liminaires ou nuisibles comme les punaises de lits, intégrer cette question dans les enquêtes environnementales.

- Renforcer le nombre d'inspecteurs d'hygiène et de salubrité pour accélérer la politique d'amélioration de l'habitat et la lutte contre l'habitat indigne (maîtrise des facteurs environnementaux de l'asthme et des allergies, prise en compte de la qualité de l'air intérieur et de la précarité énergétique).
- Mettre en place des outils d'analyse de santé pour chaque construction et rénovation d'équipement public (matériaux utilisés, éléments en faveur de l'activité physique, exposition au soleil, pollution de l'air).
- Former les agents de la commande publique et des achats aux enjeux de santé environnementale, dans le but proscrire les produits désodorisants ou parfumés et favoriser les produits d'entretien écologiques.

Agir pour l'accès aux soins

- Renforcer l'offre de médecin en secteur 1 pour faciliter l'accès à l'offre de soin, en améliorant le dispositif « Paris Med' » pour qu'il soit un guichet unique favorisant l'installation des jeunes médecins, renforçant les aides techniques, juridiques, comptables, financières pour les porteurs de projets.
- Renforcer la coopération entre les centres de santé municipaux et les hôpitaux de l'AP-HP en encourageant les conventions.
- Ouvrir aux médecins et infirmiers volontaires les centres de santé municipaux, la nuit, pour augmenter les lieux de soins et éviter l'engorgement des urgences.
- Soutenir les formes collectives de l'exercice médical : centres de santé (associatifs, mutualistes, municipaux), maisons de santé, pôles de santé, cabinets libéraux.
- Demander au ministère de la Santé d'accompagner la création d'un nouvel institut de science infirmière, en lien avec l'AP-HP.
- Mettre en place des critères d'éco-conditionnalité interdisant les perturbateurs endocriniens dans les contrats et les achats publics, dans le cadre du Schéma Parisien de la Commande publique.
- Renforcer les partenariats entre les services sociaux, l'ARS, les associations et les centres sociaux pour faciliter l'accès aux soins des personnes migrantes, réfugiées, ou maîtrisant mal le français, grâce au développement de la médiation sanitaire interculturelle, grâce à un recours plus large à l'interprétariat linguistique.

Santé et Habitat

Le logement est un déterminant fondamental de la santé. La Ville de Paris choisit depuis 20 ans de mener une politique volontariste pour permettre un logement accessible. Le parc de logement social s'étoffe. L'essence du logement social est qu'il soit aussi accessible aux personnes qui sont en situation psychosociale dégradée déjà reconnue ou pas encore reconnue, bénéficiant d'un suivi médical ou non. Un accompagnement psycho-social dans le logement a été mis en place en lien avec des partenaires associatifs et hôpitaux psychiatriques sur quelques arrondissements comme les dispositifs ELIAHS (Équipe de liaison intersectorielle et d'accompagnement entre habitat et soins). Dans le même sens, le renforcement des moyens dédiés au logement social accompagné est indispensable pour la santé.

- Généraliser la constitution d'équipes mobiles psycho-sociales dans tous les arrondissements, en lien avec tous les bailleurs présents sur le territoire parisien, et renforcer les moyens dédiés aux équipes existantes.
- Renforcer les moyens dédiés au logement social accompagné, indispensable pour la santé.

Santé scolaire

- Organiser des assises de la santé scolaire pour travailler au renforcement de la médecine scolaire et de sa lisibilité.
- Concevoir, sous l'impulsion de la Direction de la Santé Publique, en lien avec les partenaires de l'École (Rectorat et DASCO) et de la santé (ARS, CPTS, etc) des modules d'éducation à la santé pour développer la culture de la prévention et d'accès aux soins dès le plus jeune âge.
- Renforcer les campagnes de promotion de la santé de la Ville, notamment en direction des jeunes et des quartiers populaires.
- Donner comme mission à la DASCO, à la DJS et sous l'impulsion de la DSP, de développer des projets de promotion de la santé dans les milieux scolaires dès le plus jeune âge.
- Introduire des objectifs de santé dans les structures municipales de jeunesse.

Pour un urbanisme favorable à la santé et à la santé environnementale

Les collectivités locales ont des compétences importantes en matière d'urbanisme. Différents outils peuvent avoir des effets directs et concrets à court, moyen et long termes sur la santé, la prévention et l'accès aux soins.

La Ville de Paris doit renforcer son action en faveur de la santé pour son propre patrimoine et adresser aux autres acteurs et propriétaires fonciers des orientations fortes pour agir et favoriser l'accès aux soins et une approche favorisant les déterminants positifs pour la santé.

La révision du Plan Local d'Urbanisme et l'adoption d'un PLU bioclimatique est, en ce sens, une opportunité dans une perspective de maillage territorial et de lutte contre la sous-densité médicale :

- Encourager et élargir la réalisation d'études d'impact en santé environnementale.
- Identifier les parcelles à préserver pour y implanter des équipements de santé répondant à un besoin d'offre de santé (en priorité dans les zones en sous-densité médicale, clairement identifiables grâce aux cartes de l'APUR) tels que, par exemple :
 - des maisons de santé (art R151 – 34 du Code de l'Urbanisme) ;
 - des « établissements d'enseignement, de santé et d'action sociale » (art R151-28 du Code de l'Urbanisme).
- Les hôpitaux, cliniques, maisons de santé, maisons de convalescence sont souvent identifiés dans le PLU comme des équipements d'intérêt collectif. Lors de mutations de parcelles foncières, il est trop souvent arrivé que la santé disparaisse dans les projets urbains. Le nouveau PLU devra davantage protéger les lieux et équipements de santé.
- Maintenir et préserver les parcelles actuellement à destination d'une fonction de santé publique et environnementale pour sanctuariser dans sa totalité, ou pour une partie significative, un lieu de santé dans le projet futur.
- Travailler à la définition de périmètres de protection autour des établissements scolaires et de jeunesse afin de limiter la publicité pour l'alcool, les fastfoods etc.

Lutte contre les drogues et les conduites addictives

- Obtenir de l'État le respect de ses engagements pris dans le cadre du « Plan Crack », notamment une augmentation des moyens humains, financiers, fonciers pour permettre l'ouverture de nouveaux lieux de consommations à moindres risques et de Haltes Soins Addiction.
- Participer sur le long-terme à la stratégie globale de déploiement de salles de consommation à moindre risque, comprenant la création de nouveaux espaces d'accompagnement, de prise en charge, de réduction des risques et de consommation supervisée si nécessaire, notamment dans le nord-est parisien et plus largement en Ile-de-France.
- Face à l'urgence de la situation et l'accélération de la dégradation de la santé des personnes en situation de dépendance, réunir l'ensemble des acteurs concernés : ARS, Région, Préfecture de Police pour rendre effectifs les dispositifs issus du « Plan Crack ».



Préconisations du Groupe Ecologiste de Paris **Mission d'information et d'évaluation de la santé à Paris**

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité. Elle rappelle aussi que la possession du meilleur état de santé, qu'il est capable d'atteindre, constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa couleur de peau, sa religion, ses opinions politiques, son identité de genre, son orientation sexuelle ou ses déterminants socio-économiques. Nous considérons que toute action publique doit systématiquement viser cet objectif de complet bien-être physique, mental et social, et par là même que la santé doit constituer l'impératif guidant toutes nos politiques publiques dans ses multiples dimensions.

S'il est communément admis que le secteur public de l'accès au soin est en grande difficulté en France, ce diagnostic recoupe des réalités diverses, contrastées, ne permettant pas une généralisation des constats et solutions avancées. Ainsi, les collectivités territoriales sont amenées à jouer un rôle dont l'envergure varie selon les besoins à satisfaire, afin de pallier les insuffisances de l'État en la matière. Leur action dépasse le plus souvent leurs compétences obligatoires. L'action des collectivités comme Paris, fortes de connaissance du territoire et de ses enjeux, est ainsi déterminante dans la réduction des fragilités existantes en santé et la promotion de la santé des populations. En outre, ce sont aussi des enjeux multiples (géographiques, économiques, sociaux...) qui placent Paris comme un acteur particulier entre producteur et coordinateur de santé.

Le positionnement de la Ville de Paris se caractérise par la capacité de la ville à coordonner un maillage territorial d'acteurs ainsi que de dispositifs publics et privés, tout en demeurant au plus proche des populations, par le relais tant des mairies d'arrondissements que des partenaires associatifs et institutionnels - ce qui justifie d'autant plus sa capacité à agir en santé. Cette action peut s'articuler autour de la santé environnementale et de la prévention, et ainsi viser à une "production" de santé *par* la ville, à un renforcement de l'accès au soin *dans* la ville, et de la prise en compte des diversités des populations *de* la ville. Autrement dit, la ville est en capacité d'agir pour créer un environnement favorable à la santé, coordonner et créer des structures d'accès au soin, le tout en connaissance des spécificités des habitantes et habitants.

Ainsi, nous avons pris pour parti de faire des préconisations à l'échelle de l'action de la ville se déclinant en quatre axes prioritaires pour la politique de santé du Paris de demain: démocratie en santé, santé environnementale, santé communautaire et réduction des risques, adaptation à la mutation écologique.

Axe 1: Démocratie en santé

Les multiples luttes conduites par les écologistes, dans la lutte contre le sida, dans le scandale de l'amiante ou contre l'usage des pesticides, ont témoigné de la nécessité de développer une transparence totale et une démarche démocratique dans les politiques publiques de santé. Cette nécessité doit être prise en compte préalablement à la mise en œuvre de notre action publique.

- 1) Systématiser la démarche de démocratie sanitaire mise en place avec le Comité Consultatif Covid-19 et le Comité de pilotage du plan plomb, en dialogue avec les associations et partenaires institutionnels et en totale transparence des données disponibles sur paris.fr ;
- 2) Permettre la consultation facile, par les Parisiennes et les Parisiens, des données de santé environnementale (sur paris.fr), sur le modèle de la surveillance de la qualité de l'air par Airparif, ainsi que des données concernant le risque pollinique, la présence de moustiques tigres en période de surveillance épidémiologique, le bruit... ;
- 3) Rétablir un temps annuel de communication et de discussion au Conseil de Paris de la politique de la Ville en matière de santé ;
- 4) Continuer à enrichir les politiques publiques de santé des retours, besoins exprimés et enseignements tirés par les communautés regroupant les personnes concernées, directement ou indirectement, par lesdites politiques de santé.

Axe 2: Santé environnementale

Au Groupe Ecologiste de Paris, et sur la base de l'état de la connaissance scientifique, nous considérons l'environnement comme un déterminant fondamental de la santé. L'enjeu est de taille : prendre toute la mesure de l'urgence sanitaire causée par les impacts de l'environnement sur notre santé. Les Parisiennes et les Parisiens font, nous le savons, face à plusieurs sources de pollutions, bien identifiées qui ont un impact sur leur santé à court et long terme (pathologies cardiovasculaires, allergiques, respiratoires, et réduisent leur espérance de vie. La Ville peut et doit jouer un rôle clé en matière de prévention. Toutes les politiques menées par la collectivité doivent intégrer la dimension de santé environnementale, dans le champ de la solidarité, de l'accompagnement des publics vulnérables en

prévenant et réduisant les inégalités de santé à caractère environnemental, dans les choix en matière économiques mais aussi dans l'aménagement de notre ville et dans les choix structurants qui vont être fait en matière d'urbanisme.

Cela suppose de penser la ville comme productrice de santé, de se doter des effectifs et des compétences nécessaires.

5) Lors de sa révision, inscrire dans le plan local d'urbanisme bioclimatique, la réalisation systématique d'Évaluations d'Impacts en Santé (EIS) pour tous les grands projets d'aménagement (ZAC, projets de renouvellement urbain) mais aussi pour les opérations de rénovation et de réhabilitation plus modestes, situées sur un territoire notoirement pollué ou à proximité d'un axe routier important. Les critères d'application de ces EIS s'établiront en fonction d'un cahier des charges prenant en compte l'envergure du projet, la proximité d'axes de circulation importants, la pollution des sols etc ;

6) Incrire dans le plan local d'urbanisme bioclimatique des objectifs sanitaires, avec des indicateurs chiffrés concernant aussi bien l'intérieur que l'extérieur des espaces bâtis, en cohérence avec le nouveau plan de santé environnementale. Cela passe par différentes mesures: favoriser l'usage de matériaux géo et biosourcés dont l'innocuité pour la santé est prouvée ; limiter voire interdire les matériaux laissant émaner des perturbateurs endocriniens ; en amont de chaque opération de réhabilitation et de rénovation, exiger des constructeurs de remplir une liste des matériaux utilisés avec leur degré de toxicité et le danger qu'ils représentent pour la santé humaine ;

7) Réaliser des études en épidémiologie et santé environnementale sur l'exposition aux pollutions des personnes vivant, fréquentant et travaillant à proximité de grands axes routiers (périphérique, grands boulevards) et de grandes infrastructures (usine Lafarge, incinérateur) et ses conséquences en termes physiologiques, psychologiques et d'adaptation, sur le modèle de la cohorte parisienne. Les résultats de ces études devront conditionner la construction d'équipements accueillant du public, de logements et de bureaux à proximité des sources de pollution ;

8) Mettre en place un moratoire sur les constructions de logements et d'établissements accueillant des publics vulnérables dans les zones de fragilité environnementale et en particulier aux abords du périphérique, et observer la diminution de niveaux de pollutions atmosphériques et sonores en dessous des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé. Pour l'échelonnement anticipé des travaux, des études prospectives peuvent être conduites afin d'aligner les calendriers de construction urbanistique sur les trajectoires de réduction de ces niveaux de pollution ;

- 9) Se conformer *a minima* au calendrier prévisionnel de mise en oeuvre de la ZFE-m sur le territoire de l'agglomération parisienne, à savoir une interdiction de circulation des véhicules classés Crit'Air 3 et plus en 2023, Crit'Air 2 et plus en Janvier 2024, et, à l'horizon 2030, une restriction de la circulation aux véhicules thermiques ;
- 10) Poursuivre les démarches de réduction progressive des pollutions historiques à Paris, comme l'amiante, le plomb et les pollutions des sols. Planifier, plus particulièrement, la fin de l'utilisation par la Ville de plomb dans la restauration de bâtiments et réduire la présence d'amiante dans les bâtiments ;
- 11) Financer une étude sur les impacts sanitaires de l'exposition des Parisiennes et des Parisiens au bruit, en particulier la nuit ;
- 12) Poursuivre la démarche de suppression des perturbateurs endocriniens dans les établissements publics, notamment ceux recevant du public, développer la sensibilisation de la population, en particulier des publics vulnérables et favoriser l'information des professionnels de santé, des professionnels de la petite enfance, des personnels des collectivités territoriales et des acteurs économiques sur l'enjeu des perturbateurs endocriniens ;
- 13) Mener un travail d'identification des substances nocives à interdire dans les produits et matériaux au contact des publics les plus fragiles dont les enfants, mettre en place des critères d'éco-conditionnalité dans la commande publique et interdire progressivement certaines substances ciblées prioritairement dans le renouvellement des marchés" ;
- 14) Renforcer les services publics de recherche en santé, en particulier le service parisien de santé environnementale *via* un relogement du service dans un bâtiment adéquat ;
- 15) Permettre l'établissement d'un pôle parisien de santé environnementale ouvert au public et géré en régie ou par des associations à but non lucratif sur le site patrimonial de la rue George Eastman ;
- 16) Valoriser l'ambition en santé environnementale de la Ville de Paris en renommant sa direction chargée de la santé en Direction de la santé publique et environnementale ;
- 17) Favoriser l'accès à des denrées alimentaires biologiques, en augmentant la part d'ingrédients d'origine végétale, en réduisant la part des produits ultra-transformés, trop sucrés, ou présentant un niveau trop élevé d'additifs, interdire les OGM dans l'alimentation, ainsi que les perturbateurs endocriniens notamment en accélérant la sortie des emballages plastiques. Pour cela, il serait opportun que la Ville de Paris doit mobiliser ses moyens pour atteindre les

objectifs du Plan alimentation durable 2022 - 2027 et permettre de les revoir à la hausse si possible en cours de plan et accompagne l'installation de commerces de proximité proposant des produits sains aux Parisiennes et Parisiens ;

18) Rendre ces denrées saines abordables : en accompagnant toute la filière alimentaire de la fourche à la fourchette: la Ville de Paris doit déployer des mesures pour réduire les coûts de l'alimentation saine pour la rendre accessible au plus grand nombre. Pour cela, la Ville doit prioriser les dynamiques de circuits-courts qui favorisent la réduction du nombre d'intermédiaires entre la production et la consommation, et qui permet une répartition plus juste et équitable de la valeur, permettant de réduire les coûts pour le consommateur en assurant un revenu décent aux producteurs agricoles ;

19) Expérimenter un chèque alimentaire en lien avec les commerces bio et locaux pour les publics qui en ont le plus besoin : cette mesure immédiate permettrait aux plus démunis d'acheter leurs aliments sains à moindre coût, tout en renforçant les filières d'approvisionnement locales ;

20) Déployer très largement des campagnes de sensibilisation à la qualité nutritionnelle des repas : réduire la part du sucre, du sel, des matières grasses, tout en assurant que chacune et chacun peut manger en quantité suffisante pour assurer des apports alimentaires favorables à sa santé. Pour cela un accompagnement spécifiques des concepteurs de recettes et des personnels de restauration dans les cantines administratives et scolaires doit être mis en oeuvre dès à présent ;

21) Accompagner spécifiquement les parisiennes et les parisiens les plus précaires, notamment dans les quartiers politique de la vie, pour leur permettre d'avoir accès à des produits de qualité abordable : trois repas par jour pour tous, en menant des actions dans les quartiers prioritaires, pour renforcer l'éducation sur les intérêts de l'équilibre des repas, en s'engageant à ce qu'aucun enfant n'arrive à l'école le ventre vide et distribuant lorsque cela est nécessaire des petits-déjeuners gratuits et de qualité dans les écoles des quartiers politiques de la ville ;

22) S'assurer que le nouveau plan parisien de santé environnementale s'accompagne de moyens permettant la réalisation de ces objectifs.

Axe 3: Santé communautaire et réduction des risques

La connaissance des populations dont disposent la ville et les mairies d'arrondissement rend possible une politique publique juste et efficace, participant à la réduction des fragilités en santé environnementale identifiées dans une

cartographie APUR/Ville et à la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales. Aussi, nous considérons nécessaires et souhaitables les démarches de réduction des risques et de santé communautaire, dont l'évaluation scientifique a prouvé l'efficacité. Cette approche globale de la santé est complémentaire des prises en charge individuelles car elle repose sur l'identification de facteurs qui touchent une partie de la population ou une communauté.

23) Poursuivre le développement et la mise en oeuvre d'une offre de soin accessible et adaptée à toutes et tous ;

24) Créer de nouvelles structures de réduction des risques et renforcer "l'aller-vers", afin de ramener chaque personne dans le soin: création au minimum de cinq Haltes Soins Addictions dans le Nord-Est parisien, et deux dispositifs mobiles de consommation à moindre risque ;

25) Mailler tout le territoire parisien de structures de prise en charge médico-sociale (sans consommation) des usagères et usagers de drogues ;

26) Maintenir et développer la participation de la Ville aux parcours de prévention, de réduction des risques et d'accès aux soins des travailleuses et travailleurs du sexe ;

27) Poursuivre et développer les démarches d'universalisme proportionné, c'est à dire une démarche qui vise l'équité dans l'accès aux soins et de santé communautaire en ciblant les populations les plus éloignées du soin et les plus à risque, concernant la possibilité de contracter certaines pathologies en raison de déterminants sociaux, orientation sexuelle, genre, lieu d'habitation, origine géographique ;

28) Renforcer les actions sur la santé sexuelle, et notamment celles de prévention à la transmission de certaines maladies et infections sexuellement transmissibles (concrétiser la trajectoire de Vers Paris Sans Sida, promouvoir la vaccination contre le papillomavirus (HPV), promouvoir les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge des hépatites) ;

29) Pallier, dans la mesure du possible, les carences manifestes de l'Etat sur la prise en charge, l'accompagnement et la promotion de la santé mentale, en articulant ces actions par un ciblage des publics vulnérables identifiés: jeunes et personnes LGBTQIA+ etc ;

30) Poursuivre et renforcer le dispositif de consultations médico-psychologiques 18-30 ans, associant généraliste et psychologue dans l'accompagnement des jeunes ;

- 31) Déployer également un dispositif de prise en charge et d'accompagnement en santé mentale à destination du public LGBTQIA+ ;
- 32) Promouvoir les espaces de santé en non mixité pour les publics vulnérables afin de sécuriser et adapter leurs parcours de soin (ex: Santé des femmes avec le Bus des femmes) ;
- 33) Promouvoir l'éducation à la santé (santé environnementale, santé mentale, santé sexuelle, ...), notamment auprès des plus jeunes et des publics fragiles, en partenariat avec la communauté éducative (ex: ateliers périscolaires pour les plus jeunes, mises en situations et campagnes de communication pour les adolescent.es).

Axe 4: Adaptation à la mutation écologique

Le dérèglement climatique, les vagues de chaleurs annoncées à Paris, la multiplication à venir des épidémies et des maladies zoonotiques nous obligent à penser la politique de santé dans un contexte d'adaptation à la mutation écologique.

- 34) Poursuivre le développement de stratégies de résilience et d'adaptation de la Ville à la mutation écologique (changement climatique, effondrement de la biodiversité, multiplication des pandémies, augmentation de la vulnérabilité des populations...) et y intégrer l'enjeu de prévention en santé et d'accès à l'offre de soin ;
- 35) Poursuivre la montée en compétences de la Ville dans sa capacité à pouvoir répondre rapidement aux crises, protéger les populations, en particulier les plus vulnérables, informer les populations à partir d'une collaboration nourrie avec les milieux experts et assurer la coordination des structures, à l'aune de la crise COVID ;
- 36) Développer les îlots de fraîcheur en prévision des canicules présentes et à venir, par exemple avec la renaissance de la Bièvre dans les communes limitrophes au sud de Paris ainsi que dans le 13ème arrondissement ;
- 37) Rendre les hôpitaux résilients pendant les canicules en travaillant sur l'isolation du bâti, les îlots de fraîcheur, des boucles locales d'énergie, etc ;
- 38) Accélérer le plan de rénovation des bâtiments pour permettre le repos notamment des soignants et des personnels essentiels de la ville. Etudier avec les bailleurs la possibilité de mettre en place des stratégies ciblées ;

39) Se préparer à l'arrivée de nouvelles maladies infectieuses, en assurant une montée en puissance des dispositifs de gestion de crise, sur le modèle de la lutte anti-vectorielle ;

40) Former les personnels enseignants, de l'enfance et de la petite enfance à la gestion des températures extrêmes, aux signaux de détresse dus à la chaleur et aux gestes à adopter.



Annexe MIE Santé

Contributions communes du groupe Modem, Démocrate, Écologistes et du groupe Indépendants et Progressistes

Préambule :

En ce mois de juin, s'achèvent les six mois de travaux communs, sur le thème de la politique de santé publique à Paris. Si nous pouvons nous féliciter collectivement des riches échanges qui ont alimenté nos réflexions respectives, nous regrettons la finalisation de cette mission, qui nous a contraint à nous prononcer prématurément.

Lors de la réunion du mercredi 13 juillet, les votes du rapport et des préconisations ont été maintenus malgré notre demande conjointe de report avec le Groupe Indépendants et Progressistes. Si nous concevons les impératifs d'échéance, nous déplorons :

- L'organisation du vote avant l'examen collégial de l'intégralité des préconisations, et ce, alors que certaines étaient encore en cours de modification.
- L'absence de débat sur la fin de la 3^{ème} partie du rapport en commission et de l'examen de l'ensemble propositions, qui aurait pu alimenter la réflexion des élus pour leur vote.
- La courte échéance entre la réception des dernières modifications du rapport et la tenue du vote, qui, malgré la constance de notre examen rigoureux, ne nous aura permis d'en prendre pleinement connaissance à temps.

Malgré nos interrogations quant aux méthodes opérées pour l'approbation des travaux de cette mission d'information et d'évaluation, nous nous réjouissons des belles perspectives que ces livrables pourront offrir à nos concitoyens.

I. Liste des préconisations du groupe Modem, Démocrates et Écologistes :

- Préconisations adoptées :

Alimentation et santé environnementale

20 - Développer très largement des campagnes de sensibilisation à la qualité nutritionnelle des repas et œuvrer pour rendre accessible une alimentation de qualité assurant des apports nutritionnels favorables à la santé de chacune et chacun conformément aux objectifs du Plan alimentation durable 2022 et encourager l'activité physique, particulièrement auprès des établissements scolaires.

Renforcer la santé des seniors

48 - Proposer la création d'un service public d'accompagnement de la perte d'autonomie qui pourrait être piloté par les centres de santé en lien avec les SSIAD, les associations de patient-es et les syndicats, pour orienter et conseiller les familles, accompagner les seniors dans la prise de rendez-vous par internet et la télémédecine, assurer les visites à domicile et garantir les droits des patients.

Faciliter l'accès aux soins des personnes migrantes

63 - Envisager la création d'un comité de coordination parisien pour répondre aux besoins en addictologie, mutualiser les efforts et agir plus efficacement et rapidement. Mettre en place une plateforme d'échanges entre les différents acteurs qui aident les personnes victimes d'addictions (CPTS, professionnels, associations...). Mener une large campagne d'information et de sensibilisation pour prévenir toutes formes d'addictions (alcool, cannabis, pornographie, *chemsex*, jeux, jeux vidéo...), sous l'égide de ce comité de coordination parisien.

Développer les soins psychiatriques

67 - Améliorer la prise en charge de la santé mentale : mettre en place une veille au sein des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) pour identifier les besoins en termes de santé mentale et y répondre au mieux, mener une campagne d'information et de lutte contre la stigmatisation sur la santé mentale.

Développer les soins psychiatriques

70 - Réfléchir à un plan d'actions pour pallier les difficultés de recrutement dans les différents services hospitaliers parisiens, en particulier dans les services psychiatriques et dans les services des urgences. Renforcer le nombre de lits en psychiatrie et pédopsychiatrie et leur allouer des moyens humains et financiers.

Lutter contre la pédo- criminalité et les violences conjugales ou intrafamiliales

80 - Mener une campagne de prévention contre les violences sexuelles envers les enfants, notamment dans le cadre de confiance, auprès de la population et du service hospitalier : favoriser une aide d'urgence médicale et psychologique pour les victimes, accompagner les victimes mineures, en situation de handicap, et majeures sujettes aux traumatismes liées à une expérience pédo-criminelle. Proposer une meilleure formation des médecins à ces problématiques.

81 - Sensibiliser les médecins généralistes et les pédiatres, notamment celles et ceux intervenant auprès de personnes en situation de handicap, au questionnement en cas de suspicion de violences conjugales ou intrafamiliales.

- Préconisations non adoptées :

Dans la catégorie "Santé communautaire et réduction des risques" :

Intégrer pleinement la pratique du *chemsex* aux dispositifs de prévention, réduction des risques et d'accompagnement existants en matière de santé sexuelle. Assurer une prise en charge pérenne et globale (addictologie, infectiologie, psychologie, services sociaux, etc.) des problématiques inhérentes à cette pratique.

Dans la catégorie "Alimentation et santé environnementale" :

Accompagner la lutte contre le trafic de viande de brousse en provenance d'Afrique et d'Asie à l'aéroport Roissy Charles-de-Gaulle. Mener une campagne d'information pour limiter la consommation de viande d'animaux tropicaux dans certains restaurants. Cette consommation est en effet illégale : la chasse de ces espèces parfois protégées pour leur viande dégrade la biodiversité des pays en développement et leur consommation est un enjeu de santé publique - cette viande peut être vecteur de virus transmis aux hommes par les animaux, comme ce fut le cas avec les virus d'Ebola et du Covid-19.

Dans la catégorie "Renforcer la santé des seniors" :

Dans la lignée de la préconisation portée par le groupe MoDem, Démocrates et Écologistes dans notre niche pour le Conseil de février 2021, encourager la présence d'animaux dans les EHPAD parisiens. Ceux-ci contribuent en effet à limiter l'isolement des résidents des maisons de retraite médicalisées et de valoriser la médiation animale, procédé visant à limiter le stress de nos aînés et à leur transmettre un sentiment de bien-être.

II. Liste des préconisations du groupe Indépendants et Progressistes

- **Préconisations adoptées**

Dans la catégorie « Pilotage de la santé – resserrer les partenariats »

13 - Favoriser le partage des retours d'expériences avec la Région, notamment sur la politique de « l'aller-vers », en lien avec l'Observatoire régional de la Santé et l'Agence régionale de la Santé et développer des formations pour les élus parisiens notamment avec la Métropole du Grand Paris sur ces sujets »

Dans la catégorie « Les différents cadres de la santé - Améliorer la santé au travail »

89 - Lancer une concertation avec les acteurs socio-professionnels sur la santé au travail.

90 - Lancer une campagne de sensibilisation aux risques professionnels y compris psychosociaux au sein des personnels de la Ville.

- **Préconisations non adoptées**

Dans la catégorie « Santé environnementale »

Renforcer le dispositif d'expérimentation de captations de la pollution urbaine sonore permis par l'adoption de la délibération 2022 DTEC 1 en février dernier en autorisant, par une nouvelle délibération, l'extension à d'autres arrondissements se portant volontaires de l'expérimentation localisée de contrôle automatisé des niveaux d'émissions sonores des véhicules en mouvement à Paris.

III. Contribution relative à la préconisation n°6, inhérente à la substitution du conseil de surveillance de l'AP-HP par un conseil d'administration

Une commission d'enquête sénatoriale sur la situation de l'hôpital a remis ses travaux le 31 mars 2022, recommandant notamment une meilleure représentation du corps médical dans les organes de direction¹. À l'aune de ces conclusions, la substitution du conseil de surveillance par un conseil d'administration semble poser question. En effet, il est légitime de s'interroger sur la pertinence d'un approfondissement de la représentation du corps politique dans les organes de décision de l'AP-HP, mesure qui pourrait diluer la voix des professionnels de santé. Si les conseillers parisiens connaissent bien les problématiques de leurs territoires, force est de constater qu'ils disposent de peu de compétences en matière de gouvernance de la santé. Ainsi, il semblerait plus rationnel et opportun que le rôle des élus à l'AP-HP demeure inchangé, au profit d'une valorisation des personnels médicaux et soignants dans les organes décisionnels. Nous avons la conviction que l'AP-HP doit être gouverné par les besoins, que seul le corps médical peut définir et que le corps politique doit garantir, au travers du conseil de surveillance. C'est pour ces raisons que le groupe Modem, Démocrate et Écologiste, ainsi qu'Indépendants et Progressistes émettent leurs plus vives réserves quant à cette préconisation.

IV. Contribution relative à l'inadéquation entre les compétences de la Ville et celles mobilisées dans les préconisations

Si la grande majorité des préconisations semblent être des mesures de bon sens, convergeant vers l'idéal d'une meilleure politique de santé publique, l'opérabilité de certaines semblent en revanche faire défaut, tant elles dépendent de prérogatives externes à la Ville de Paris. À titre d'exemple, la préconisation n°64, qui vise à faire reconnaître l'addiction comme une maladie prise en charge par la Sécurité Sociale, est une compétence législative, du ressort de l'Assemblée Nationale. Malgré la pertinence de cette préconisation, que le groupe approuve, la déclinaison opérationnelle post-MIE semble complexe, si ce n'est vaine. De nombreuses autres préconisations sont du même ordre, reposant davantage sur une plaidoirie étatique sans considération opérationnelle que sur l'amélioration de la politique de santé publique de la Ville, qui demeure, nous le rappelons, l'essence même d'une MIE. Nombre de préconisations sont du même ressort à l'instar de la n° 33 inhérente à l'augmentation des capacités d'accueil des facultés de médecine, n°39 relative au numéro d'urgence 112, n°40 sur le rôle des pharmaciens, n°56 liée à l'ouverture des droits à la sécurité sociale aux exilés sans domicile, etc. À l'inverse, certaines préconisations pourraient être plus ambitieuses et ne mobilisent pas toutes les

prérogatives de la Ville à l'instar de la n°87, relative à la présence des médecins scolaires dans les écoles. Cette mesure pourrait être étendue aux collèges que la collectivité de la Ville de Paris a en charge.

Ces constats imposent de penser l'opérabilité des préconisations lors de leur définition par les groupes, mais également de cadrer au préalable le champ d'action de la ville auprès de l'ensemble des parties prenantes de la mission.



MIE Santé à Paris
Préconisations du groupe
Paris en Commun

Les auditions et les débats à l'occasion de la MIE Santé ont été riches. Ils ont permis de préciser les contours d'un secteur innovant et adaptatif, qui déploie une énergie considérable à pallier les difficultés concrètes de la vie parisienne pour offrir à tous et à toutes une offre de soin au plus près des besoins. Mais ces difficultés existent bel et bien, notamment autour du recrutement, et les membres de la MIE ont à leur tour cherché des pistes pour répondre à ces défis, et pour proposer des évolutions nécessaires de notre système de santé. Les préconisations des différents groupes présents lors de cette MIE ont concerné l'ensemble du système de santé, aussi bien les aspects qui relèvent du domaine de compétence de la Ville de Paris que ceux qui relèvent de l'État, ou de l'AP-HP, ou de la Région.

Nous avons pu nous accorder avec l'ensemble des groupes sur un grand nombre de recommandations qui faisaient consensus, car il en va de l'intérêt des Parisiennes et des Parisiens.

Nous regrettons cependant qu'il n'ait pas été possible de trouver un accord unanime sur la préconisation suivante, issue du regroupement de plusieurs propositions de groupes différents, qui aurait permis de consacrer un constat commun fort : « Demander à l'État d'augmenter considérablement sa participation financière au titre de ses actions contre le crack, ainsi que l'ouverture d'urgences addictologiques et de lits supplémentaires en addictologie et en psychiatrie dans les hôpitaux franciliens et parisiens. Plaider pour l'organisation d'un plan fondé sur une gouvernance partagée et fonctionnelle entre la Ville de Paris, la Région Ile-de-France, les collectivités limitrophes de Paris, la Préfecture de police, et l'ARS. Pérenniser les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) et les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et créer autant que nécessaire, sur tout le territoire francilien et parisien, des structures fixes et mobiles permettant un accompagnement global (médical, social et psychologique), adapté et digne des usagers et usagères de drogues. »

Vous trouverez ci-dessous les principales préconisations émises par le groupe Paris en Commun qui n'ont pas été reprises, ou pas intégralement, dans la rédaction des 71 préconisations collectives.

Pour une gestion du système de santé et des établissements fondée sur les besoins constatés en santé publique

- Systématiser le tiers payant dans les établissements de l'AP-HP (par les caisses et les mutuelles) de façon à pouvoir libérer des postes aujourd'hui affectés au recouvrement et créer ainsi des postes de soignants.
- En lien avec l'APHP, créer un Institut Universitaire de Sciences Infirmières pour améliorer les offres de stages hospitaliers ainsi que l'attractivité des métiers qui en découlent.
- Réimplanter les personnels de santé en direction des établissements hospitaliers. Il faut sortir l'hôpital d'une gouvernance purement gestionnaire en donnant plus de place à la gouvernance médicale. La tarification à l'acte doit être revue, pour sortir d'une approche purement comptable et prendre en compte la nécessité de prise en charge globale des patients, par exemple en rétablissant une part de rémunération forfaitaire. Il faut remettre les personnels soignants au cœur des choix de santé. Revoir la place accordée au corps infirmier et en particulier au Directeur des soins et l'intégrer plus dans la prise de décision et dans la conduite des projets.

Améliorer la lisibilité de l'offre pour tous et toutes

- Les aidants familiaux jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement de la dépendance (liée à l'âge ou au handicap), mais la plupart ignorent leur statut et ne connaissent pas les aides auxquelles ils peuvent prétendre pour simplifier leur tâche ou leur apporter du répit. Il faut recenser et cartographier l'ensemble des structures et dispositifs existants en leur direction, notamment les Maisons des aidants, et diffuser par des campagnes cette information au grand public, pour que les aidantes et aidants qui s'ignorent puissent reconnaître leur statut et accéder aux accompagnements nécessaires. Une carte parisienne pourrait les aider à faire reconnaître ce statut auprès des tiers.

Poursuivre la réduction des pollutions à Paris

- Réduire la production de polluants en poursuivant la réduction de la circulation automobile.
- Augmenter le nombre de capteurs d'AirParif pour mesurer la pollution.

- Protéger les populations vulnérables en les identifiant et en les sensibilisant aux mesures de prévention et de protection, aussi bien contre l'air dégradé que contre les vagues de chaleur. Veiller à ce que les personnes concernées connaissent les éventuels traitements et y aient effectivement accès.
- Œuvrer à la limitation des nuisances sonores aux abords des hôpitaux, en faisant respecter la réglementation en matière d'usage des sirènes d'urgence en concertation avec les professionnels des ambulances.

Développer l'offre de soins pour tous et toutes, dans tous les quartiers

- Créer un environnement favorable à l'exercice de la médecine et des fonctions de soins. Cela pourrait être la création de bouquets de services, comme par exemple, l'accès à des ressources d'interprétariat, à l'aide pour trouver des locaux, de l'aide pour trouver des modalités d'exercices mixtes. La question du guichet unique évoqué dans le cadre du contrat local de santé pour faciliter la vie des porteurs de projets.
- Avec le vieillissement de la population, la prise en charge du grand âge et de la dépendance va devenir un enjeu important. Pour mieux accompagner le grand âge, il serait nécessaire de créer un véritable service public d'accompagnement de la perte d'autonomie pour orienter et conseiller les familles. Cela suppose un plan formation et un recrutement ambitieux.
- Dans le suivi psychologique, la France est en retard, la crise COVID a aggravé l'isolement, les dépendances, et les personnes fragilisées se retrouvent souvent sans solution et remises à la rue. Il faut créer dans chaque hôpital une unité de psychiatrie et lui allouer moyens humains et financiers.

Renforcer considérablement les services de santé en direction des enfants et des jeunes

- Réaliser en direction des plus jeunes des campagnes de prévention du VIH et des IST, en particulier pour les lycéennes et les lycéens, pour pallier la disparition, à la demande de la Région Île-de-France, de la sensibilisation systématique des élèves de seconde qui avait été mise en place par le CRIPS.

Santé des femmes et santé gynécologique

- Les maisons des femmes sont des lieux ressources essentiels pour toutes les femmes confrontées à des violences et pour sensibiliser tous les acteurs

de la réponse à ces violences, ainsi que le grand public, aux réalités représentées par ces violences, qui sont un problème de santé publique à part entière. Dans la logique du Grenelle des violences conjugales, des maisons des femmes spécifiques au contexte hospitalier ont été mises en place ou sont prévues dans le cadre de l'APHP, à Bichat, à la Pitié-Salpêtrière et à l'Hôtel Dieu. Il faut pérenniser ces dispositifs en veillant à ce qu'ils n'aient pas à être dépendants de financements privés, les valoriser, et développer des outils de communication pour les faire connaître de tous les publics qui pourraient en avoir besoin, en proposant notamment aux médecins généralistes et pédiatriques de relayer ces campagnes par des affiches ou plaquettes dans leurs salles d'attentes, afin que l'information parvienne aux femmes qui ne fréquentent pas les services sociaux.

Améliorer l'accès aux soins des populations les plus précaires

- Les mineurs non accompagnés (MNA) ont des besoins en santé très importants. Il faut pouvoir faciliter leur accès aux soins, en particulier lorsque cet accès est rendu complexe par l'absence de représentant légal (majeur). La création d'une instance de décision collégiale permettrait de lever cet obstacle en ce qu'elle permettrait au soignant de solliciter l'accord de l'AP-HP pour intervenir. Cet accord serait émis dans le respect du cadre légal, puisqu'il existe de nombreuses exceptions à la nécessité d'obtenir l'accord des représentants légaux pour pratiquer des soins. Elle permettrait donc de ne pas faire reposer sur le soignant seul la décision de se saisir de ces exceptions. Cette instance de décision collégiale permettrait également de garantir l'homogénéité des pratiques au sein des différents établissements.
- Pour permettre l'ouverture des droits à la sécurité sociale des exilés, en particulier des MNA, et garantir leur accès aux droits sociaux sans lequel aucune adhérence aux soins n'est possible, renforcer l'offre de domiciliation (notamment Paris Adresse) par la pérennisation de l'existant et l'ouverture de nouvelles places.
- Engager avec la CPAM et l'ensemble des acteurs de la solidarité avec les exilés une démarche de réflexion plus générale dans l'optique de favoriser l'accès des publics exilés à la protection maladie et aux soins.

Annexe 13 : Bibliographie

2019 DASES 321 - Communication sur la politique parisienne de santé.- Conseil de Paris Séance des 12, 14 et 15 novembre 2019.

2018 DASES 9 - Signature du Contrat Local de Santé Paris pour la période 2018-2022 - exposé des motifs

2018 DASES 9 - Contrat Local de Santé Paris pour la période 2018-2022

2015 DASES 311 G - Convention de partenariat relative au dispositif de soutien à l'installation de professionnel-le-s de santé en exercice regroupé de secteur 1 à Paris

DASES – Portraits Santé (décembre 2020) : Paris Centre, 5ème, 6ème, 7ème, 8ème, 9ème, 10ème, 11ème, 12ème, 13ème, 14ème, 15ème, 16ème, 17ème, 18ème, 19ème, et 20ème.

Banque des Territoires - Les impacts du confinement et de la crise sanitaire sur la jeunesse - septembre 2020

AFP - Hôpital Grand Paris-Nord - le projet déclaré d'utilité publique - 22 mars 2022

AFP - L'Île-de-France, premier désert médical selon des médecins libéraux - 10 mars 2022

AMELI - Un texte pour mieux prendre en compte les besoins mis en lumière pendant la crise, 30 juillet 2021

Assurance maladie -Paris : Démographie des professionnels de santé parisiens au 1er janvier 2020

AP-HP - COVISAN : dépistage et accompagnement des patients dans leur isolement – 11 mai 2021

AP-HP - Pour une AP-HP ouverte, unie et innovante

APUR - Chronologie de l'évolution de la crise sanitaire de la Covid - juillet 2020

APUR - La marche et le vélo plébiscités en période de crise sanitaire - Juillet 2020

APUR - Les données urbaines, un outil pour orienter les stratégies de gestion d'une crise sanitaire - décembre 2020

APUR - Les publics de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de Paris en 2012 - janvier 2014

APUR - Mars-Juillet 2020 - Paris face à la crise de la Covid-19 - Premiers éléments d'analyse - novembre 2020

APUR - Carte - dispositifs de soutien à la parentalité

APUR - Les personnes en situation de rue à Paris en 2020 - Principaux résultats issus du décompte de la Nuit de la Solidarité 2020 - novembre 2020

APUR - Retrouver une approche urbaine favorable à la santé - Le cas des études d'impact en santé - juillet 2018

ARS - Guide sur la médiation en établissement de soins - janvier 2019

ARS IdF - Guide d'information - Vivre confiné dans des conditions difficiles - avril 2020

ARS IdF - Projet régional de santé 2018-2022 - Améliorons la santé des franciliens - Horizon 2027 - septembre 2018

Assemblée Nationale - Commission des affaires sociales - Rapport d'information sur les EHPAD - 14 mars 2018

Assemblée nationale - Commission des affaires sociales – Rapport d'information sur l'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? - juillet 2021

Assemblée nationale - Marine BRENIER - Proposition de loi visant à affirmer le libre choix de la vie et à assurer un accès universel aux soins palliatifs en France - janvier 2021

Assemblée nationale - Rapport d'information sur la chirurgie ambulatoire – septembre 2020

Assemblée nationale - Rapport d'information sur les agences régionales de santé - juin 2021

ANNEXES

Assemblée nationale - Rapport d'information sur l'évaluation des politiques de prévention en santé publique - juillet 2021

Assemblée nationale - Rapport d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Covid 19 - décembre 2020

Assemblée nationale - Rapport d'information sur l'organisation de la santé mentale – septembre 2019

Ville de Paris - Assises parisiennes de la Santé - février 2017

Cahiers Français - Faudrait-il revoir notre politique de santé ? -2021 (n°422)

Capital - Ambre DEHARO - Hôpitaux et EHPAD - plus de 100 000 embauches pour faire face aux lits fermés et aux tensions - 7 novembre 2021

CESE - Sylvie CASTAIGNE, Alain DRU et Christine TELLIER - L'hôpital au service du droit à la santé - octobre 2020

Circulaire interministérielle N°DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)

AP-HP - CME : Feuille de route Projet Social 2021-2025

AP-HP - CME : Projet médical 2021-2025

AP-HP - CME -Projet d'établissement de l'AP-HP 2021 – 2025

Revue française d'administration publique - Olivier RENAUDIE - Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? N°176 - 2020

Communication de la Maire de Paris sur la Santé - octobre 2014

Communication de la Maire de Paris sur la Santé - novembre 2019

Conseil régional Île-de-France - Communication sur le bilan de l'Action Régionale en faveur des personnes âgées - mai 2019

Cour des comptes - Rapport sur les groupements hospitaliers de territoire - Exercices 2014 à 2019 - avril 2020

EHSP - L'amélioration continue de la qualité en temps de crise : l'exemple de la crise de la Covid-19 à l'EHPAD - janvier 2020

EHSP - De la nécessité à la réalité de la coopération ville-hôpital : l'exemple du CH de Gonesse - 2005

EHSP - Rôle et missions d'un hôpital de proximité au sein de son territoire. L'enjeu de la coordination des parcours des patients fragiles - janvier 2019

EHSP - L'optimisation du lien Ville-hôpital et la coordination des parcours de santé - octobre 2018

Fédération hospitalière de France - Accords de Ségur - Personnel non médical- septembre 2020

Fédération hospitalière de France - Renforcer le lien ville-hôpital - mars 2018

Géroskopie - Catherine MAISONNEUVE - La Maison des soignants ouvrira ses portes fin août à Paris - 29 juillet 2021

Haut Conseil de la Santé Publique - Propositions pour un tableau de bord synthétique de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de santé - 2 mai 2014

Haut Conseil de la Santé Publique - Avis relatif à la gestion de l'épidémie COVID-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur - 18 juin 2020

La France et ses territoires – Insee Références - Accessibilité aux professionnels de santé –2021

IGAS – Rapport - « Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise » - avril 2020

INSEE - En 2015, en Île-de-France comme en France, en moyenne 6 salariés pour 10 résidents dans les EHPAD - août 2020

ANNEXES

Institut Montaigne - Santé mentale : faire face à la crise - décembre 2020

IRDES - Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement - juin 2020

IRDES - Loi Hôpital Patients Santé et Territoires - synthèse documentaire - mai 2021

La Fabrique de la Cité - Le futur des espaces publics - partie 1 - Activité physique - mai 2018

La Gazette des communes - Alexandre LECHENET - Déserts médicaux défi du vieillissement des médecins - 18 décembre 2019

La Gazette des communes - Catherine MAISONNEUVE - Les MSP répondent en partie aux souhaits des jeunes médecins - 10 mai 2016

La Gazette des communes - Emeline LE NAOUR - Rémunération - Les agents des centres municipaux de santé toujours exclus du Ségur - 26 août 2021

La Gazette des communes - Mariette KAMMERER - Des solutions au manque d'attractivité des métiers du service à la personne - 18 août 2021

La Gazette des communes - Quid du projet de transfert de la médecine scolaire aux départements dans le projet de loi 4D - 17 septembre 2021

La Gazette des communes - L'urbanisme, allié de la santé des habitants - 6 septembre 2021

La Gazette des communes - Trois façons de jouer collectif grâce aux maisons et aux pôles de santé - 10 mai 2016

La Gazette des communes - Mobilisation pour la santé environnementale - 6 septembre 2021

La Santé en Action - Bernard CASSOU - Promouvoir la santé des personnes âgées, une stratégie exigeante - septembre 2020

La Santé en action, Fabrique Territoires Santé : capitaliser les connaissances à partir d'expériences vécues - juin 2021

La Santé en action - Zeina MANSOUR, Franck CHAUVIN et Bernard FALIU - L'expertise sanitaire en temps de crise - juin 2021

La Tribune - Alexis DUSSOL - Un petit Ségur pour la médecine de ville - 4 août 2021

Laboratoire d'idées Santé Autonomie - Santé mentale et psychiatrie : nouveau laboratoire des politiques de santé - juin 2021

Le Figaro - Hôpital, une crise profonde ancienne et systémique - 1er novembre 2021

Le Figaro - La nuit, autre talon d'Achille de l'hôpital - 20 avril 2022

Le Figaro - Interview du Dr Michaël PEYROMAURE, chef du service d'urologie à l'hôpital Cochin , auteur de « Hôpital, ce qu'on ne vous a jamais dit... » - 1er juin 2022

Le Monde - Bernard JOMIER, Patrick KANNER, Monique LUBIN, et Michelle MEUNIER - Il y a urgence à reprogrammer la loi "grand âge et autonomie" - 25 février 2021

Le Monde - Interview de Cynthia FLEURY et Eric de THOISY - Architecture et soin sont consubstantiels - Les villes ces nouvelles fabriques de la santé - 6 avril 2022

Le Monde - Jérôme BEATRICE - D'après une étude de la DREES, le besoin de places en EHPAD va devenir massif d'ici à 2030 - 2 décembre 2020

Le Monde - Le futur CHU de Saint-Ouen interroge la politique de santé de demain - 12 mai 2021

Le Monde - Léa IRIBARNEGARAY - Les «chèques psy» pour étudiants, un dispositif jugé «bancaire» - avril 2021

Le Monde - Un service hospitalier de pointe menacé de fermer ses portes à Paris - 20 avril 2022

Le Monde - Les hôpitaux de l'AP-HP n'ont jamais été confrontés à un phénomène d'une telle ampleur selon Martin HIRSCH - mars 2020

ANNEXES

Le Monde -Tribune de Cédric ARCOS, Emmanuelle GAUDEMER et Daniel NIZRI - Il faut remettre la santé au cœur de nos villes après la pandémie - 30 mars 2022

Le Parisien - « Si on continue comme ça, on va avoir des morts » - 19 avril 2022

Le Parisien - Covid-19 - clap de fin pour les centres de vaccination - 20 mars 2022

Le Parisien - Ils descendent à la Goutte-d'Or pour écouter les problèmes des gens - 20 mars 2022

Le Parisien - Interview de Léonard CORTI : « Il faut que l'omerta cesse en médecine » - 5 avril 2022

Le Parisien - Interview de Pierre OUANHNON - Comment lutter contre la désertification médicale - 1er avril 2022

Le Parisien - Les kinés refusent l'omerta sur les violences sexuelles - 20 avril 2022

Le Parisien - Mais où sont passés les médecins ? - 10 mars 2022

Le Parisien - Philippe BAVEREL - Conseil de Paris - une grande concertation pour mieux vieillir dans la capitale - 17 novembre 2021

Le Parisien - Près du périph, la pollution n'arrête pas les constructions - 21 avril 2022

Les Echos - A Saint-Ouen, le futur hôpital Grand Paris nord revoit sa copie - 30 mars 2022

Les Echos - Le Gouvernement veut consacrer 1 milliard d'euros pour la rénovation des EPHAD - 8 octobre 2021

Santé Publique France - Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France - juin 2019

Santé publique France - Rapport sur la « Surmortalité liée à la canicule d'août 2003 en France. » - 25 novembre 2003

Libération - Manque de soignants - sauver l'hôpital public, ça commence par une revalorisation du travail de nuit - 19 avril 2022

Libération - Tests Covid - dans les pharmacies de Paris, en mars « ça repart » - 23 mars 2022

Maison départementale des personnes en situation de handicap de Paris - présentation - 2022

Matières Grises (Think tank) - Anna KUHN-LAFONT, Luc BROUSSY - Objectif Grand âge : éviter l'hôpital - juin 2019

Matières Grises (Think tank) - Luc BROUSSY, Jérôme GUEDJ, Anna KUHN-LAFONT - L'EHPAD du futur commence aujourd'hui - Propositions pour un changement radical de modèle - mai 2021

MDPH - rapport d'activité 2020

Médecins du Monde - Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde - Rapport 2019

Ministère des Solidarités et de la Santé - Accords du Ségur de la santé : Carrières, métiers et rémunérations - juillet 2020

Ministère des solidarités et de la Santé - Dossier de presse « Concertation Grand Age et Autonomie » - 28 mars 2019

Ministère des Solidarités et de la Santé – DREES - Le taux d'encadrement dans les EHPAD - Ses déterminants et ses alternatives - décembre 2020

Ministère des Solidarités et de la Santé - Ségur de la santé : les conclusions - juillet 2020

Ministère des Solidarités et de la Santé - Ségur de la santé. Un an de transformation pour le système de santé - juillet 2021

Ministère des Solidarités et de la Santé (DREES) -Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19 - mai 2020

Observatoire international des maires sur le vivre ensemble - Covid-19 : mesures prises par la Ville de Paris - avril 2020

ANNEXES

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) - Les addictions en France en temps de confinement - septembre 2020

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) - Phénomènes émergents liés aux drogues - tendances récentes sur les usages de drogues à Paris et en IdF en 2019 - décembre 2020

Ordre national des médecins - Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales - situation au 1er janvier 2020

Ordre national des médecins - Atlas de la démographie médicale en France - situation au 1er janvier 2020

Observatoire régional de santé Île-de-France - Infographie - Les EHPAD en Île-de-France en 2020

Observatoire régional de santé Île-de-France - L'accès des Franciliens aux médecins généralistes - mars 2022

Observatoire régional de santé Île-de-France - Les jeunes en situation de vulnérabilité en Île-de-France - juillet 2020

Observatoire régional de santé Île-de-France - Quelle accessibilité à la médecine générale de ville en Île-de-France - avril 2020

Observatoire régional de santé Île-de-France - Quels « travailleurs-clés » lors de la première vague de Covid-19 - décembre 2020

Observatoire régional de santé Île-de-France - 75 - Est - Profil des territoires de coordination - décembre 2019

Observatoire régional de santé Île-de-France - 75 - Nord Est - Profil des territoires de coordination - décembre 2019

Observatoire régional de santé Île-de-France - 75 - Nord-Ouest - Profil des territoires de coordination - décembre 2019

Observatoire régional de santé Île-de-France - 75 - Ouest - Profil des territoires de coordination - décembre 2019

Observatoire régional de santé Île-de-France - Les financements de la Région Île-de-France aux maisons de santé pluriprofessionnelles - juin 2021

Paris Match - Le SOS de l'hôpital public - 21 avril 2022

Petits Frères des Pauvres - Baromètre solitude et isolement quand on a plus de 60 ans en France - 2021

Plan Parisien de Santé Environnementale - novembre 2017

Rapport de Thomas MESNIER et Pierre CARLI - Pour un Pacte de Refondation des Urgences - décembre 2019

Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de Paris 2021-2025

Rapport - Chloë VOISIN-BORMUTH - Des villes productrices de santé - octobre 2020

Rapport d'activité 2020 du Service parisien de santé environnementale

Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie sur la régulation du système de santé - mai 2021

Rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires au vieillissement de la population - Luc BROUSSY - 26 mai 2021

Rapport sénatorial - MM. ARNAUD et KAROUTCHI - Les collectivités territoriales : un intervenant de santé publique à part entière - juin 2021

RFDA - Sans les ARS la coordination des différents acteurs de santé aurait été infernale - N°176-2021

Cairn-info - Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville - 2018

Santé Publique France - Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 ? - 3 juin 2021

La santé en action – Enguerrand DU ROSCOAT, Stanislas SPILKA, Jean-Michel LECRIQUE, Ingrid GILLAIZEAU, Guillemette QUATRAMERE, Viêt NGUYEN-THANH, Pierre ARWIDSO - Addictions : prévention et comportements

ANNEXES

de consommation - octobre 2019

La santé en action - Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience – juin 2021

Sénat - Hervé MAUREY et Jean-François LONGEOT - Rapport d'information sur les déserts médicaux - 29 janvier 2020

Sénat - Mieux organiser la Nation en temps de crise (justice, sécurité, collectivités et administration territoriales, élections) - Rapport final sur la mise en œuvre de l'état d'urgence sanitaire - juillet 2021

Sénat - Rapport d'information relatif à la place des collectivités territoriales comme acteurs de la politique de santé publique - 24 juin 2021

Synthèse du plan Parisien de Santé Environnementale - novembre 2015

Observatoire régional de santé Île-de-France - Tabagisme et inégalités sociales en Île-de-France - avril 2020

TÊTU - Politique de santé face au danger du chemsex - un rapport pour rien - 25 mars 2022

Fabrique Territoires Santé - Transformations urbaines habitant-e-s et santé - octobre 2020

Ville de Paris - Séniors à Paris - schéma parisien 2017-2021

Ville de Paris - Bilan schéma séniors 2017 - 2021

Annexe 14 : Glossaire des sigles utilisés

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ARS : Agence régionale de santé

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

APUR : Atelier Parisien d'Urbanisme

ATRAP : Accueil Temporaire Rapide Ados Parisiens

BSPP : Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris

CAPP : Centre d'Adaptation Psychopédagogique

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CM2R : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COPERMO : Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOA : Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

DASES : Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé à Paris

DDCT : Direction de la démocratie, des Citoyen.ne.s et des Territoires

DFPE : Direction des Familles et de la Petite Enfance

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DREES : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques

DTEC : Direction de la Transition Écologique et Climatique

DPE : Direction de la Propreté et de l'eau

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GHU : Groupe hospitalo-universitaire

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

ICCT : International Council on Clean Transportation

ANNEXES

IFOP : Institut d'études opinion et marketing en France et à l'international

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSP : Institut national du service public

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMA : European Medicines Agency

EpiCov : Epidémiologie et Conditions de vie sous le Covid-19

ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale

Loi OTSS : loi pour l'Organisation et la transformation du système de santé

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

MDA : Maison départementale de l'autonomie

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MSP : Maison de santé pluri-professionnelle

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

ORS : Observatoire régional de santé

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

PLU : Plan local d'urbanisme

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRIF : Prévention retraite en Île-de-France

PRS : Projet régional de santé

RASED : Réseau d'aide spécialisé aux élèves en difficulté

RES : Réseau environnement santé

RIVP : Régie immobilière de la Ville de Paris

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

Sapris : Santé, pratiques, relations et inégalités sociales en population générale pendant la crise COVID-19

SAS : Service d'accès aux soins

SESSAD : Services d'Éducation et de Soins Spécialisés à Domicile

ANNEXES

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SNP : Soins non programmés

SPSE : Service Parisien de Santé Environnementale

SPST : Services de prévention et de santé au travail

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

UCC : Unité cognitivo-comportementale

UHR : Unités d'Hébergement Renforcées

UNV : Unité neuro-vasculaires

URPS : Unions régionales des professionnels de santé

ZAC : Zone d'action concertée

ZIP : Zone d'intervention prioritaire

ZFE : Zone à Faible Emission

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

LA SANTÉ À PARIS
RAPPORT DE LA MISSION D'INFORMATION ET D'ÉVALUATION
JUILLET 2022