

Conférence du territoire de santé de Paris

Réunion du 16 Février 2012

ORDRE DU JOUR

1. Conférence introductive : Dr Elie AZRIA « Grossesse à haut risque et/ou précarité »
2. Approbation du compte-rendu de la réunion du 19 janvier.
3. Vote de la conférence sur deux propositions de la Conférence :
4. Participation de la Conférence au débat public sur la périnatalité organisé à l'initiative de la CRSA
5. Introduction du principe de proximité dans le schéma de biologie médicale
6. A propos du report de la date du débat public sur la périnatalité : position de la CRSA et de l'ARS sur la finalité et les modalités d'organisation des débats publics
7. Bilan d'un an de travail de la Conférence
8. Présentation du projet de schéma régional « santé des détenus » par Madame Habib Rappoport
9. Présentation du schéma départemental Handicap de la ville de Paris
10. Questions diverses

La Conférence a lieu dans la salle France Quéré de l'hôpital des Diaconesses.

1. Dr Elie Azria, service gynécologie obstétrique, Groupe Hospitalier Bichat-Claude-Bernard (annexe 1).

La précarité progresse en France. A l'échelle nationale on trouve une grande disparité territoriale avec une précarité importante dans la région du Nord, du PACA et l'Ile-de-France. Quand on se centre sur l'Ile-de-France on observe une importante disparité, un croissant apparait et couvre le nord de la région parisienne ainsi que tous les départements du nord et de l'est parisien. Quand on s'intéresse aux indicateurs comme le nombre de bénéficiaire du RSA on observe qu'un sur deux réside en Seine Saint Denis ou sur Paris. Il est difficile d'avoir un indicateur centré sur les femmes, du coup, on regarde qui sont les allocataires de l'allocation parent isolé et on observe le même gradient. L'enquête nationale périnatale nous montre que le taux de femme enceinte sans couverture sociale ou avec couverture sociale précaire s'élève à près de 14 % à l'échelle nationale. On a aussi pu voir, grâce a cette enquête, qu'un nombre important de femme ne font pas un certain nombre d'examen médicaux en raison d'une insuffisance de moyens.

Face à cette montée de la précarité, une question se pose pour le clinicien celle de l'impact de la précarité sur la santé maternelle, néonatale et à plus long terme infantile. Agit-elle directement comme facteur de risque ? ou indirectement via son impact sur le suivi de la grossesse ? Quand on s'intéresse à l'impact de la précarité sur le suivi de grossesse on voit que le pourcentage de femmes n'ayant pas de ressources liées au travail et ayant fait moins de sept visites, est plus important que pour les femmes ayant un revenu venant du travail. L'impact obstétrical est repérable sur les points suivants : les femmes sans ressources ont beaucoup plus d'hospitalisations prénatales, le nombre de prématurité est plus important ainsi que le poids de naissance et on a plus de transfert de nouveau né en postpartum.

Cet impact ne se retrouve pas uniquement en France, une étude de la Nouvelle Zélande montre une relation tout à fait significative entre la précarité maternelle et le risque de prématurité. Une autre étude anglaise retrouve des résultats sensiblement identiques.

Comment limiter l'impact de la précarité? Une des pistes est d'améliorer l'accès aux soins. En 2005, 5 % des femmes réalisaient leur échographie du premier trimestre dans les temps. Pour améliorer cela on a essayé de mettre en place un réseau ville-hôpital. Ainsi en 2008 on s'aperçoit que le chiffre stagne et plafonne à 72%. Ce taux n'arrive pas à augmenter : il y'a probablement un mécanisme sur lequel on n'arrive pas à agir. Pour essayer de comprendre ça on a mis en place deux initiatives. D'une part la cohorte [i] *PreCare* dans le cadre d'un département hospitalo-universitaire risque et grossesses. Pour la cohorte précaire, projet initié par Dominique Mathieu Caputo, son objectif est d'évaluer l'impact de la précarité maternelle et d'essayer d'identifier le facteur qui a un rôle majeur sur la précarité. Il s'agit donc de comprendre l'impact d'une situation socio économique sur la grossesse. La cohorte concerne quatre maternités du nord parisien : Beaujon, Bichat, Louis Mourier et Robert Debré. La population inclut toutes les femmes inscrites pour accoucher ou qui accouchent sans inscription pendant la période d'étude, le seul critère de non inclusion est les femmes qui refusent d'intégrer cette étude.

Le premier problème a été de définir la précarité maternelle. Pour cela on a repris la définition la plus consensuelle, celle de J. Wresinski, c'est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leur droit fondamentaux. On a aussi retenu la définition de la MIPES (mission interministérielle pour la pauvreté et l'exclusion) qui comprend six paramètres : l'isolement, la précarité de logement, la précarité du revenu, situation irrégulière, immigration récente. Le score Epices (évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les centres d'examen de santé) observe l'évolution socio économique en cours de grossesse. On se base aussi sur des critères de jugement par exemple la prise en charge non optimale (une des hypothèses est que les conditions de précarité font que ces femmes ne sont pas totalement adaptées au système et/ou que le système n'est pas apte à répondre à leurs besoins). Le calcul d'un nombre de sujet nécessaire basé sur des hypothèses donne le chiffre de 10 000 femmes. Les premiers résultats sont prévus pour la fin de l'année 2012.

La deuxième initiative porte sur la thématique des risques et grossesse, dans le cadre de ce projet des questions se posent sur les risques de la femme enceinte. On travaille avec des sources de données différentes des sources de cohorte, celle d'une étude qui porte sur les événements indésirables grave au cours de grossesse. Le but de cette étude est de chercher à comprendre comment la précarité joue sur la grossesse. Toutes ces données seront traitées par des équipes différentes pour essayer de mieux comprendre et mettre en place un certain nombre d'action. La deuxième source d'information sera la mise en place d'un observatoire. On va utiliser un indicateur de manière prospective qui va permettre d'évaluer les actions qui pourront être mis en place.

Conclusion : La précarité est un facteur de risque médical, le mode d'intervention de ce facteur est à préciser mais il faut aussi comprendre le particularisme local. La structure de la précarité maternelle IDF différent de celle du nord de la France ou sud, les conclusions de cette étude ne seront pas forcément valides partout.

2. Discussion

Le **Professeur Uzan** trouve que le thème abordé est une question récurrente. Il y a un plafond à 72 % qui peut s'expliquer parce qu'on continue à confondre précarité sociale et précarité sociétale. Il y'a peu de problèmes avec, par exemple, des patientes maliennes car elles sont dans un système sociétal où on s'entraide. A coté de cela, il y a des femmes avec des revenus mais qui sont hors du système. Il faut donc retrouver ces personnes hors du système, et faire un travail similaire à celui de Xavier Emmanuelli quand a

été créé le SAMU social. On se repérait grâce aux cabines téléphoniques où se trouvaient les personnes en difficultés car ces personnes allaient toujours au même endroit. Ce qu'il faut faire, c'est toujours dire à l'Administration de tutelle quel est le coût de ce système. Il serait intéressant de voir le papier de Béatrice Blondel et lui même écrit dans les années 80 [ii], à l'époque les séjours en maternités comportaient des charges non recouvrables pour les personnes qui n'étaient pas dans la maternité.

On a démontré que les séjours en néo natalité et réanimation des nouveaux nés coutaient plus cher que la mise en place d'une couverture. Donc il est important de toujours montrer cet aspect. Il aurait été bien de prendre, dans l'étude, une maternité de Seine Saint Denis puisque que quand on s'attaque à une maladie il vaut mieux s'attaquer aux personnes plus malades ce qui permet une meilleure progression. En dernier point, il faut préciser qu'être labellisé département hospitalo-universitaire est important et prouve que les institutions hospitalo-universitaires traitent d'autres problèmes que des pathologies de biologie médicale ou génomiques qui sont aussi importantes. Il y a un critère naissance dans un lieu non adapté mais faut aussi mettre aussi le niveau de maternité car naître en niveau 1 à 2 à 8 semaines signifie que c'est une naissance surprise.

Dr Azria : la précarité sociétale est difficile à prendre en compte avec les outils de médecin chercheur d'où l'intérêt de faire appel aux anthropologues et sociologues pour qu'ils apportent ces outils tout comme on le fait avec l'analyse économique. Dans ces projets on a impliqué les économistes de l'EHESP.

Mr Leroy demande pourquoi ne pas avoir pris l'illettrisme comme critère.

Dr Azria : Ce critère est pris en compte, on retient la maîtrise de langue française, de l'écriture, de la lecture. Le problème c'est qu'on a des femmes lettrées, mais pas en langue française.

Direction cohésion social paris : Dans votre réseau incluez-vous les structures sociales et médico-sociales ?

Dr Azria : on va être amené à se poser prochainement la question, on a créé le DHU il y a un mois, c'est donc un projet qui est en construction.

Dr Bernard (DT75 ARS) : Y a-t-il des éléments sur l'isolement, et donc des éléments relatifs à la parentalité ? La présence du réseau social est elle repérée en tant que tel ?

Dr Azria : On n'a pas repéré directement l'isolement mais on repère le sentiment d'isolement de ces femmes. C'est cette approche que l'on a retenue.

Dr Cacot : Y a-t-il une question comme « Etes-vous avec le père, ou êtes-vous soutenue »?

Dr Azria : Les deux questions sont posées.

Mr Sannié (CRSA) : Y a-t-il un parcours de soins ou des éléments qui ressortent ?

Dr Azria : On n'a pas pu produire d'autres éléments car tant que la cohorte n'est pas sortie entièrement elle n'a pas de validité.

Mr Sannié (CRSA) : Quelle est votre méthodologie pour ressortir le parcours de santé ?

Dr Azria : On essaye de voir à partir de la date de déclaration de la grossesse : si c'est fait chez le médecin généraliste, la difficulté ou non pour s'inscrire à l'hôpital, si il y'a un suivi régulier. Si on a une consultation prénatale ou une consultation aux urgences.

Dr Bernard (DT75 ARS) : Et sur le fait d'identifier un réseau professionnel et la question de l'addiction ?

Dr Azria : Pour l'addiction on a une équipe de l'Hôpital Robert-Debré qui a fait une étude ancillaire et travaille spécifiquement sur cette question. Mais qu'entendez-vous par réseau professionnel ?

Dr Bernard (DTARS) : Les contacts avec l'assistante sociale par exemple ; y a t il des professionnels autour de ces femmes ?

Dr Azria : Tout à fait.

Dr Cacot : Qu'est ce qu'une étude ancillaire [iii] ?

Dr Azria : C'est une étude où on a identifié des éléments, un enquêteur va analyser en profondeur cet événement et le soumet à un groupe d'experts pluridisciplinaires qui va travailler sur l'évitabilité, l'imputabilité, etc., pour essayer de comprendre ce phénomène. C'est une étude qui met à profit toutes les études collectées au départ.

Mme Guignard (CODERPA 75) : Tenez-vous compte de l'âge des patientes ? On évoque beaucoup le fait qu'on a de plus en plus d'adolescentes ?

Dr Azria : Oui, on le prend en compte.

Pr Uzan : Le facteur sociétal est important dans les grossesses adolescentes. Dans certaines populations la grossesse à 16 ans est fréquemment observée. Il est intéressant de voir l'évolution de ce sujet dans lequel le **Dr Azria** s'est embarqué. Il faudra aussi se poser la question de la précarité pour le cancer où on a la même situation avec des diagnostics qui apparaissent à des stades différents. Aujourd'hui on revoit passer des diagnostics de cancer aux urgences.

Dr Azria : Dans le dernier DEH il ya un numéro consacré à la santé des migrants.

Pr Uzan : Le problème ne vient pas toujours des migrants, ce sont plus les gens hors circuit, alors même qu'ils ont des papiers etc.

Mr Bouvet : C'est ce que disait Médecins du Monde, les sans papier ne faisaient pas appel à leurs droits. On parle de précarité vis-à-vis du cancer mais il ne faut pas oublier une population, la frange professionnelle des 50 à 60 ans, qui n'a pas le temps de se soigner.

Mme Abertini (ARS) : Un des indicateurs à l'ARS est le taux de décès des très jeunes enfants après la naissance, est-ce que votre étude va pouvoir expliquer pourquoi on a ces mauvais résultats ?

Dr Azria : C'est un très gros problème de santé publique très difficile à explorer, pour avoir un indicateur de mortalité infantile il faut une logistique suivant ces enfants. Ici on s'arrête à la période néonatale 28 jours, après on a plus les moyens. Les données épiages vont permettre un suivi mais ça n'est plus centré sur la précarité.

Dr Bernard (DT75 ARS) : Tout ce qui concerne l'état de santé et l'accès aux soins suit un gradient social [iv]. Quand on se focalise sur les plus précaires on a un effet de loupe ce qu'on trouve à toutes les échelles sociales. Les inégalités dans le traitement du cancer sont très importantes. La question c'est de travailler sur la précarité qui est un risque majeur mais cette question là traverse l'ensemble du gradient social. Nous devons nous interroger au quotidien sur l'ensemble des pratiques et des conditions de prise en charge.

Mr Dumoulin (DT75 ARS) : Il ya un intérêt partagé sur cette question qui fait partie des priorités de l'ARS. La restructuration de l'offre nous fait travailler sur les conditions de prise en charge. On travaille pour voir comment mieux aider les réseaux et comment mieux couvrir les personnes mal accompagnées. On va voir ce qu'on peut faire et Sophie Le bris pourra nous montrer et présenter les priorités et la stratégie de l'ARS.

Dr Uzan : Il 'a actuellement une profonde restructuration, ou « réorganisation » d'après l'Assistance Publique, du réseau hospitalier. Mais c'est surtout une baisse de l'offre de soins pour accoucher sur Paris. La fermeture de Saint-Antoine et Saint-Vincent-de-Paul va sur le papier entrainer une redistribution des places. Je pense que vous devez étudiez mois par mois l'impact de ces mesures, je suis sûr que nous allons voir augmenter le taux d'accouchement et de grossesse non suivis. Parce que les maternités de Saint-Antoine et Saint-Vincent de Paul organisaient des circuits cahin-caha qui aboutissaient à ces maternités. On a redistribué ce circuit qui, sur le papier, devrait fonctionner. Mais il est obligatoire de suivre mois par mois ce qui va se passer. Bien sûr, plus de gens, par exemple de Seine-Saint-Denis vont rester sur place, mais il faudra voir ce qui va se passer pour les personnes fragiles, qui ne connaissent pas les circuits.

Dr Crickx : De plus, on va bientôt la supprimer l'AME.

Dr Rapoport (ARS) : Un focus particulier va être fait sur le 20ème arrondissement. Les services autres que les PMI en lien avec les services sociaux et centres sociaux vont permettre d'effectuer cette surveillance et d'avoir cette connaissance nécessitée par cette interpellation. Avec les PMI on se pose déjà la question des retards que l'on a relevé dans un certains nombre de cas ; le but de ce travail et de fonctionner sur le parcours de soins.

Mme Lebris (DT 75 ARS) : Nous sommes très attentifs aux restructurations et à l'équilibre privé -public.

Dr Kahn-Bensaude : Il n'y a pas trop de déséquilibre il n'y a plus de privé !

Pr Uzan : C'est un équilibre stable...

Mme Lebris : C'est un point important sur lequel l'ARS est vigilante

Pr Uzan : Nous sommes dans l'œil du cyclone c'est ce mois-ci puis les mois prochain que l'on verra le résultat de ces réorganisations.

Dr Harvey : Le premier trimestre était bien organisé avec Saint-Antoine mais c'est la pagaille totale, c'est déjà désorganisé. On a des patientes qui appellent pour savoir ou aller alors que Trousseau est à côté. Plus on va travailler, moins on sera efficient, et on interviendra en retard sur des pathologies. Le fait d'empiler les trucs va faire qu'on va peut être rater un de ces trucs.

Pr Uzan : Il ne faut pas oublier la notion de charge émotionnelle de la garde : 2 500 et 5 000 accouchements, ce n'est pas la même chose. La césarienne, par exemple : une ça va, mais quand le nombre moyen de césariennes est de plus de trois, on n'est psychologiquement pas prêt à affronter ce travail. Il y a des conséquences sur ces regroupements, je ne suis pas contre mais il faut faire attention. Car, concrètement, c'est en général sur un jeune en premier semestre, accompagné d'un ou deux internes, jeunes aussi, sur lesquels on fait reposer de bien lourdes charges.

Mr Dumoulin (DTARS) : Nous sommes d'accord qu'il y a une responsabilité de l'Agence Régionale. Les travaux que l'on a entendus ce matin montrent que l'existence d'un plateau technique et d'une offre ne suffisent pas à garantir contre le risque, quand il n'y a pas de réflexes de parcours. L'intérêt de ces travaux montre que n'est pas qu'une question d'offre mais de son fonctionnement.

Dr Azria : Il faut voir que l'offre doit être adaptable : un beau plateau technique pourra fonctionner correctement mais quand on a une population en grande précarité la problématique est de trouver sa place. L'hôpital est confronté à des difficultés pour trouver des postes, quand on a des intérimaires on ne fonctionne pas efficacement. On peut avoir de beaux plateaux techniques mais il faut des hommes et femmes bien formés pour s'en servir.

Dr Cacot : Avez-vous le sentiment d'avoir des moyens d'actions sur ces facteurs ?

Dr Azria : Bien sûr, on a des moyens, mais c'est du bricolage au cas par cas. On a diverses situations qu'on connaît mal et pour lequel on a du mal à mettre en place de vraies stratégies. On manque de temps ce qui fait que quand une femme vient s'inscrire il se peut que ça ne soit pas possible de l'admettre, il faut prendre son téléphone et lui trouver une place ailleurs, mais on manque de temps.

Dr Cacot : La question était en repérant ces facteurs avez-vous des actions possibles avec des relais à mettre en place, des relais sur lesquels compter ?

Dr Azria : On pense que des stratégies peuvent être mises en place pour améliorer cela.

Dr Cacot : La Cour des Comptes vient de faire, dans son dernier rapport, quelques propositions sur la périnatalité.

Pr Uzan : Ces propositions sont assez pertinentes.

2. Approbation compte rendu

Mme Pecquart remarque que le compte rendu ne prend pas assez en compte le fait qu'elle a plus parlé d'alcool que de drogue et du reste dans la conférence.

3. Vote des propositions

Le quorum (25 membres ou suppléants) n'étant pas atteint les votes sont reportés.

4. Bilan d'un an de travail sur la conférence (annexe 2)

Dr Cacot : La Conférence ne doit donner son avis que sur les contrats locaux de santé, par contre la conférence a la possibilité de faire des propositions. Encore faut-il que nous ayons le quorum pour voter ces avis et propositions puisque notre règlement intérieur l'exige ! Selon notre règlement intérieur, sans le quorum il est possible de convoquer dans les 8 jours, une réunion (avec le même ordre du jour), qui ne sera pas soumise au quorum. Mais il faut cette convocation, laquelle ne peut se faire pour la minute suivante ! Doit-on modifier le règlement intérieur ?

On commence à avoir une structure de travail qui s'installe, comment pourrions-nous mieux mobiliser les membres de la Conférence ?

Dr Tanneau : J'avais lu quelque part une demande qui avait été formulée par Monsieur Evin pour que les groupes de travail soit convoqués à d'autres horaires, voire le samedi. C'est quelque chose d'envisageable ou pas ?

Dr Cacot : Pensez-vous que nous devons modifier les horaires ?

Dr Tanneau : Les présents sont toujours les mêmes, ceux qui ne viennent pas ont peut être des empêchements. C'est un raisonnement qui est peut-être naïf.

Dr Cacot : Avez-vous d'autres remarques ou suggestions, sur le travail de la conférence ?

Dr Tanneau : A-t-on une idée sur le suivi de nos avis, jusqu'à quel degré ?

Dr Cacot : On ne donne pas d'avis, on fait des propositions. Pour le moment, plusieurs éléments ont été retenus pour le PSRS pour le reste nous n'avons encore rien adressé à l'ARS, faute de quorum (exemple de la proposition sur le SROS de biologie médicale). Et nous avons aussi débattu de beaucoup de choses sans que cela nous conduise à faire des propositions.

Mr Sannié (CRSA) : Je voudrais revenir sur deux points.

Un groupe de travail vient de se mettre en place sur les inégalités sociales de santé avec le CRSA il serait bien qu'un contact s'établisse avec ce groupe de travail.

Le second point est le lien CRSA et Conférence de Territoire. On vous attend sur les schémas proposés. Au delà de la question avis/propositions, nous voulons inclure notamment les avis provisoires formulés fin mars prochain, on veut intégrer l'analyse que la Conférence fait dans la déclinaison territoriale des Schémas proposés. Donc ce retour est important même si ce travail est très lourd compte tenu des Schémas proposés. La connaissance et les actions sur le terrain permettent un regard pertinent sur le sujet dont on a besoin. La CRSA est preneuse de suggestions. Le Bureau du 3 mars prochain, va se fonder sur l'analyse des commissions de la CRSA et des travaux des conférences. Pour les Schémas en principe on peut faire remonter les propositions jusqu'au 24 février.

Mme Albertini (ARS) : C'est une concertation informelle, il n'y a pas de saisine de la CRSA. Celle-ci aura à se prononcer avant la fin de l'année sur les Schémas. Tous les Schémas n'ont pas été présentés et ce sont des versions qui seront enrichies. Elles ne sont pas toutes stabilisées et les Conférences de Territoire peuvent formuler leur proposition. Ce serait bien d'avoir un schéma pour fin avril/Mai.

Mr Sannié (CRSA) : Plus tôt on aura les propositions plus tôt on pourra changer les schémas.

Mme Lefèvre est ravie d'entendre ça car elle considère que la Conférence piétinait un peu. Il y a des travaux aux niveaux des ARS et de la CRSA, mais elle considère qu'il n'y avait pas de prise en compte des travaux que la Conférence de Territoire avait fait remonter, dans le processus d'élaboration des Schémas. On peut peut-être se demander si cette absence de prise en compte des propositions de la CTS n'est pas une raison de la désaffection d'un certain nombre de personnes (problème de quorum).

Mme Kahn-Bensaude : On a beaucoup de représentants ARS et leur présence seule peut permettre de faire remonter les propositions.

Mme Lefèvre : Dans cette instance on a pas fait beaucoup de remontées.

Mr Sachet : On est bien d'accord que l'on parle des schémas départementaux et pas régionaux ?

Mme Albertini (ARS) : On parle des schémas régionaux !

Dr Bernard (DT75 ARS) : Ici on parle de deux choses, des schémas régionaux et la façon dont ils sont mis en œuvre sur Paris. Donc c'est à la fois les orientations et ça n'a pas la même résonance en Seine et Marne et Paris. On n'a pas de schémas départementaux.

Mr Sannié (CRSA) : Sauf dans le domaine du handicap

Dr Bernard (DT75 ARS) : A part pour les domaines de compétences des collectivités locales sur les personnes âgées et le handicap.

Mr Sachet trouve qu'on ne sait pas si d'autres choses sont produites, mais on a moins de documentation sur le schéma régional que sur le schéma départemental.

Pour **Mr Leone** il faut voir le Schéma d'organisation médico-social (SROMS) qui pose la question du handicap en région. Mais ni le schéma gérontologique ni le schéma handicap ne seront soumis à la CRSA. Le schéma handicap et le schéma personnes âgées dépendent du Département de Paris. Le travail, c'est l'articulation entre ces schémas.

Mme Albertini (ARS) : On pourra vous faire un complément d'information car on définit une procédure de concertation qui sera précisée dans les heures qui viennent à qui et comment seront adressées les contributions. Toutes ces contributions seront répertoriées et transmises, et il y aura un retour de fait vers la Conférence de Territoire de ces documents non modifiés.

Mr Dumoulin (DT75 ARS) : Madame Albertini a raison sur la manière de contribuer aux schémas régionaux, mais je vous incite à ne pas vous enfermer dessus. Ici c'est un lieu de vie. Là vous pouvez nous aider à identifier des problématiques de terrain, voir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Ce matin, on a eu un échange intéressant avec une restructuration de l'offre médicale nous obligeant à réfléchir sur le fonctionnement des réseaux de ville dont on ne peut faire sans outillage et terrain, c'est là qu'on attend les Conférences. C'est là qu'on a intérêt à travailler ensemble.

Mme Albertini : Mais les schémas sont importants.

Mr Dumoulin : C'est ce qu'on en fera qui va changer.

Mr Sannié (CRSA) : Je pense qu'on a besoin de philosophie, c'est la manière dont on pense le système et sa façon de le critiquer. C'est en se confrontant aux textes qu'on en permet l'appropriation par les acteurs. La procédure mise en place à la CRSA c'est justement cette méthodologie, cette saisie du texte permet cette appropriation. Il faut être critique, vous aidez à être innovant et à penser nouveau et en même temps ça doit se fonder sur des documents papiers.

Mme Albertini ne refuse pas de philosopher sur des textes mais si on veut peser sur un texte, il y a une méthodologie à suivre.

Dr Cacot : En résumé il y a deux positionnements :

- L'une insiste sur l'intérêt de la Conférence comme instrument de prise de connaissance (et de conscience) des réalités du terrain, réalités que les textes et l'éloignement peuvent faire oublier. Ce positionnement intéresse vivement la DT75, et sans-doute de nombreux membres de la Conférence.
- L'autre insiste sur l'importance d'étudier et de critiquer les textes des schémas afin de faire des propositions avant leur officialisation par la signature de Mr Evin à la fin de cette année. De ce point de vue, nous n'avons pas beaucoup étudié ces textes.
Nous proposons de faire passer à tous les membres de la conférence les liens de tous les textes, en faisant appel à candidature sur ces études de textes pour que les gens qui étudient ça fassent leur remarque lors des prochaines réunions. Je sens que des personnes s'inquiètent pensant que nous sommes dans un travail d'allure philosophique alors que pendant ce temps là des schémas sont écrits. Il faut que ce souci là soit aussi pris en compte.

4. A propos du report du débat public sur la périnatalité

Dr Cacot . Le bureau s'est proposé de répondre a un appel de la CRSA sur l'organisation d'une journée sur la périnatalité. Les dates ont été décalées car l'ARS ne peut pas prendre la parole en public pendant la période d'élections présidentielles. Ce report a semé le trouble au sein du Bureau.

Mr Sannié remercie la Conférence de lui donner la possibilité de venir en parler, car la Conférence a choisi de se porter candidat sur cette thématique, la décision ne sera définitive qu'à partir du moment où la Conférence sera d'accord pour reporter ce débat public. La CRSA s'est vue confrontée à un choix, dès le départ elle voulait travailler avec l'ARS en l'intégrant dans le COPIL. Ce choix s'est fait naturellement car les deux instances ont des travaux en cours en commun, en lien avec le sujet. A partir du moment où l'ARS dit qu'elle ne peut pas parler pour des raisons de période électorale il semblait difficile de l'évincer du COPIL. La question qui se pose au fond est ce que l'on veut faire avec ces débats publics. L'un des objectifs de la CRSA est de travailler et d'avoir une influence sur l'ARS et ça dès le départ, dans la conception du sujet et de la problématique. Cette influence peut avoir lieu si on décide que l'ARS est spectatrice et nous écoute. Ce choix aurait pu être fait en considérant qu'en étant auditeur on peut déjà apprendre quelque chose. Mais ce n'est pas le choix initial, on a choisi d'avoir un travail plus collaboratif. Or il faut tenir

compte d'une réalité, celle de l'élection présidentielle. On propose donc de reporter le débat au 20 juin 2012, le deuxième tour des législatives ayant lieu le 17. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de débat public pendant la période électorale mais dans ce cas là, il faut assumer le fait que l'ARS ne soit pas présente. Mais un débat sans l'ARS a-t-il un sens ?

Mme Albertini (ARS) : Des lois nous imposent de ne pas participer à des manifestations publiques sur des sujets quels qu'ils soient. On peut certes en tenir dans le cadre du PRS car les réunions ne sont pas publiques. On n'empêche pas les instances de démocratie sanitaire de s'exprimer mais l'ARS ne peut pas y participer. Le but n'est pas d'empêcher le travail, l'ARS reste à disposition, mais il y a simplement plus de difficultés au cours de ces trois mois là. Mr Evin a été clair dans son mail adressé à Mr Sannié.

Mr Sannié : La date du 12 avril avait été décidé initialement car les instructions du Premier Ministre sur les textes n'était pas d'une clarté évidente, on ne pensait pas dans le cadre d'un dispositif légal.

Dr Cacot : Il faudra que l'on discute des finalités du débat public : s'agit-il de débattre de certaines questions de santé avec des citoyens venus là pour des raisons qui leurs sont propres (et dont on attend éclairages) ? S'agit-il de montrer aux citoyens qu'un travail est en cours entre ARS et CRSA (et CTS) afin qu'ils prennent connaissance de l'existence et des caractéristiques de ce travail ? Quoi qu'il en soit, le débat public est une chance de pouvoir contribuer à transformer la représentation d'une question avec le public.

5. Présentation du Dr Habib Rappoport sur le projet de schéma régional des détenus (annexe 3)

L'Ile-de-France est la première région pénitentiaire française, avec un fort taux de surpopulation et un taux de récidive qui tourne autour des 50 %. Le centre de détenus de Fleury Mérogis est la plus grande prison d'Europe, elle peut accueillir plus de 30 000 personnes par an. Le but de l'ARS est de mieux prendre en charge les soins psychiatriques et somatiques, ainsi que donner accès à la prévention et l'éducation à la santé dans de bonnes conditions. Une commission « santé et justice » sera installée à la mi-mars qui présentera le volet de la santé des personnes détenues. Pour la première fois ce dossier rentre dans un mouvement de planification. Le COPIL, composé des représentants des différents groupes de travail qui seront mis en place par l'ARS et présentés mi-juin. L'automne sera l'occasion de venir présenter les travaux. En ce moment, on s'appuie sur un plan national. Pour la première fois on va pouvoir mettre en place un plan pour les personnes sous main de justice. Toute les Conférences seront invitées à assister à cette réunion Ce volet du schéma régional est uniquement transversal. Lors du forum santé mentale Monsieur Evin a évoqué la population carcérale, il est convaincu que ce volet sera un outil de suivi pour les actions de santé menées avec les personnes détenues.

Dr Bernard : Depuis 1986, la situation a changé. On a eu une succession de différentes règlementations. Ainsi depuis 1994, l'entrée en prison donne le droit à une couverture sociale pour soi-même et ses ayants droits. Le deuxième élément de cette loi fait que l'organisation des soins relève de la responsabilité des acteurs hospitaliers. Avant, les soins pénitenciers étaient sous contrôle de l'administration pénitentiaire. Dans les années 80, elle était organisée par l'administration pénitentiaire sous le contrôle du ministère de la santé et depuis 1990 c'est le ministère de la santé qui contrôle entièrement cela, on a donc une évolution dans cette organisation.

Dr Szejnman : Les personnes sous main de justice sont les personnes qui bénéficient d'un aménagement de peine ou qui sont en maison arrêt. Il y a à peu près 1 800 personnes déclarées parisiennes et moins d'un tiers sont dans la maison d'arrêt de Paris, la Santé. Ils sont répartis dans trois départements (Fresnes, Fleury-Mérogis et Paris-la-Santé). Sur la Santé on a en 2010, 483 places dont 100 places en semi-liberté ouverte fin 2012. Il y a un quartier d'arrivants qui permet d'héberger six personnes. Pendant quatre à cinq jours les détenus sont dans ce quartier où est mise en place une équipe dédiée dont le but est d'accueillir en détention ces personnes. Actuellement on a plus de 600 personnes détenues et on a quelques cellules de 11 m2 où il y a 4 personnes. Dans une maison d'arrêt on a aussi des prévenus, des personnes avec une peine inférieure à un an et des personnes en réinsertion. La particularité de la Maison d'arrêt de la Santé c'est son

« quartier VIP » et un autre quartier réservé aux personnes ayant une condamnation pour terrorisme. Deux établissements de santé sont concernés par la question de la santé en prison, le Groupe Cochin-Broca-Hôtel-Dieu et Sainte-Anne. C'est un vrai problème de connaître l'état de santé des détenus, on sait que ce sont des personnes qui vivent dans des conditions de précarité mais on n'a pas de données précises. C'est pour ça que le schéma régional contient un volet sur cette question. Les UCSA (unités de consultation soins ambulatoires) assurent près de 3 000 consultations dentaires, ça permet une prise en charge y compris des prothèses. Pour le service de psychiatre il y a eu un changement en 2010 avec une séparation du service de psychiatrie et une antenne à Sainte-Anne. L'activité SPR est très importante sur Sainte-Anne en 2010 on avait 14 lits hébergement SMPR (en cellule).

Parmi les patients qui viennent consulter on en a avec des pathologies psychiatriques réelles et lourdes nécessitant un accompagnement dans le temps. En 2010 il y a eu trois suicides à la maison d'arrêt malgré une activité importante. Nos atouts sont que l'on a une vraie interface de qualité avec l'Administration Pénitentiaire et les services de santé. Des cellules ont dû être fermées en raison de leur vétusté, mais, par chance on n'a pas eu de diminution consécutive des effectifs de santé ce qui a permis de maintenir une qualité de travail et d'avoir une visite d'arrivant pour les personnes ayant leur quartier de liberté. Il est important de se rendre compte de l'importance de la problématique alcool dans le quartier de semi-liberté. En semi-liberté l'aménagement de peine peut être révoqué à tout moment, ce qui peut avoir une incidence immédiate. Ces effectifs ont permis l'élaboration du projet de consultation extra-carcérale. Une de nos faiblesses majeures c'est la persistance des difficultés à obtenir l'ouverture des droits sociaux dans des délais raisonnables. Le problème à Paris c'est que des personnes détenues ressortent sans avoir leurs droits ouverts, d'où une rupture de soins, or il y a un nombre important de ces personnes qui nécessitent des soins psychiatrique.

Cette rupture est liée notamment à l'absence de droit sociaux. De plus de nombreuses personnes sont déstabilisées par l'annonce de la fermeture prochaine de l'établissement en raison de travaux (sauf pour le quartier de semi liberté). Il y aura forcément une période de tension et de fragilité, car il n'y aura pas d'ouverture de place supplémentaire durant cette période en Ile-de-France. Donc les personnes qui passeront à Paris-la-Santé, seront réparties sur la Région ce qui va aggraver la surpopulation pendant quatre ans. On a aussi une faiblesse et des difficultés sur le fait qu'il y a deux chambres sécurisées à Cochin, qui sont fermées et ne seront pas rouvertes avant 2014. Cela impose des gardes statiques pour les personnes hospitalisés moins de deux jours, et donc des problèmes, et empêche d'hospitaliser pour une simple surveillance médicale. En prison il n'y a pas d'équipe d'infirmiers après 18h30 donc une personne détenue qui est en état d'agitation et a besoin d'une sédation ne peut pas être surveillée par une équipe d'infirmiers.

Ce qui empêche toute sédation importante sauf à prendre des risques ou alors à entraîner une hospitalisation d'office. Il y a un vrai problème de continuité des soins. C'est une période fragile en ce moment en raison de l'impact de l'annonce de la fermeture (380 agents pénitenciers seront reclassés sur d'autres sites).

Il y a des axes de progrès avec un travail en cours se finalisant avec les infirmiers des trois services sur l'amélioration des médicaments. Le lien action de prévention et soins pourra être mieux pris en compte. Il y a en projet l'ouverture d'une consultation extra-carcérale, prévue à la fin du premier semestre, en début d'été, s'adressant à la totalité des personnes sous main de justice, mineurs ou majeurs hommes ou femmes. Un rapport de la Cour des Comptes sur le plan santé mentale a mis en évidence que seules 6% personnes sortantes pris en charge sont suivies. Donc le but est d'ouvrir une consultation carcérale pour ces personnes détenues ou sous aménagement de peine, en lien avec leur service.

Mr Leone (DTARS): En 2009, des équipes pluridisciplinaires sont rentrées dans ces établissements pour voir quels soins étaient proposés aux détenus. Au niveau symbolique, ça été un moment très fort.

Dr Rappoport : Beaucoup de personnes sortent de prison sans papiers. L'Administration Pénitentiaire finance des actions de prévention. Il est d'ailleurs possible qu'il y ait des doublons dans ces actions. A Paris on a une très bonne entente entre responsables des URSA et de la psychiatrie. Cela permet une meilleure prise en charge globale.

Mme Le Garrec : Je trouve que la présentation a été très rapide sur la réduction du risque VIH.

Mme Ugman : Je ne dis pas que ce n'est pas important. Il y a des actions menées, la Ville de Paris a voté à l'unanimité une subvention à une association pour une étude de faisabilité d'un distributeur de seringues. Autant la problématique peut être un vrai problème, autant il ya des moments de grande fragilité dans un lieu particulier.

Mme le Garrec : C'est plus lié à un moment particulier d'une vie.

Mme Pecquart : Comme étude de faisabilité on peut espérer que ça soit un moment de réflexion.

X pourquoi pas distribuer du matériel ?

Mme Rappoport : Monsieur Evin a acté le fait qu'un groupe de travail sera mis en place. La question des seringues sera mise à l'ordre du jour.

Mr Viaud : Comment s'effectue-la prise en charge personnes détenues vieillissantes et dépendante s ?

Mme Ugman : Une personne âgée vieillissante, ayant des troubles cognitifs, n'a rien à faire dans un lieu qui est un lieu de privation de liberté. De mon point de vue il faut penser à la question de réduction peine, voir comment ces personnes peuvent être admises dans des EHPAD, la prison n'est pas un lieu de soins.

Mr Viaud : Je suis d'accord avec vous mais il ne faut pas que ce type de personne puisse se retrouver en établissement

Mme Pecquart : Qu'en est t-il du renforcement du sapa de Saint Anne ?

Mme Ugman : Le sapa de Saint Anne est un sapa généraliste.

Mme Lefevre : Quand les détenus arrivent y a-t-il un « point somatique » dans le quartier arrivant ?

Mme Ugman : Il y a d'une part une consultation médicale et quelques jours après une prise en charge infirmier.

6. Présentation du schéma départemental Handicap de la ville de Paris par Madame Pignot (annexe 4)

Madame Pignot était déjà venue en novembre dernier pour présenter la phase de travail de diagnostic du **Schéma directeur Départemental pour l'autonomie et la participation des Personnes handicapées à Paris** (2012-2016).

La présentation « PowerPoint » que Mme Pignot fait défiler à l'écran rappelle celle présentée le 28 septembre 2011, à l'Hôtel de Ville de Paris, en clôture de la première phase d'élaboration du Schéma parisien.

L'élaboration de ce schéma a commencé en juillet par une phase de diagnostic. Un premier diagnostic (présenté au public le 28 septembre 2011) relève des points forts réalisés au niveau de la scolarisation, le changement de regard, la vie dans la cité, mais aussi des points faibles. On a une offre médico-sociale, notamment pour les établissements d'hébergement, qui reste insuffisante sur Paris, on a encore un taux d'équipement qui est moins élevé que la moyenne nationale et que celle d'Ile-de-France. Au niveau des foyers d'accueil médicalisés un effort reste à faire, la Ville de Paris, avec le concours du Cabinet Cekoïa, a mis en place 8 groupes de travail avec des enjeux et des thèmes traités différents qui vont au delà de l'offre médico-sociale proposée et permet aux personnes d'avoir le choix au long de leur parcours de vie. Ces groupes ont réunis différents partenaires. Les groupes se sont réunis d'Octobre à Décembre ; pour la plupart trois réunions par groupe, ou par sous-groupes. A l'issue de cette période de concertation on a eu l'élaboration de propositions et actions émanant d'à peu près 153 participants...

Pour la vie en établissement, on va ouvrir 500 places nouvelles en hébergement avec l'aide de l'ARS. Les FAM (foyer d'accueil médicalisé) sont financés. On a du mal à voir où sont les besoins réels. La MDPH fait actuellement une enquête sur les personnes qui se retrouvent sans solutions. On sait que 39 enfants sont identifiés et on n'a pas de solutions. On a lancé un appel à projet sur un CAVS pour le

handicap visuel et auditif car il n'y a pas de service pour ces publics. Il y a un gros manque à Paris sur des établissements du type FAM.

Il ya des travaux de voiries bientôt les plans d'accessibilités L'accessibilité c'est aussi l'accessibilité au logement on a un objectif dans le cadre du plan local de l'habitat de Paris il faut rendre 40 % du parc social accessible. On développe une offre de logement parallèlement appelé ULS Pour la petite enfance on a favorisé de plus en plus l'accueil dans des structures. Cet accueil reste à améliorer, on tente aussi d'améliorer et repérer les enfants en situation de handicap pour améliorer leur prise en charge. Il y a un problème d'accès à la culture : de très mauvaises informations les gens ne savent pas ou aller chercher. L'insertion professionnelle ne dépend pas directement du Département mais on doit développer l'information et la formation des partenaires, ainsi que développer les réseaux et les connaissances.

Le groupe « publics spécifiques » est un groupe un peu fourre-tout assez polémique. Chaque sujet abordé mériterait un groupe de travail. Comment travaille-t-on sur des parcours, comment envisage-t-on cette problématique, comment envisage-t-on des petites unités de vie autonomes pour les personnes en situation d'handicap ? La question des aidants et de l'accompagnement des familles. Le polyhandicap est une grosse contrainte pour lequel il faut que l'on développe une offre. Le handicap psychique et le handicap mental commencent à être mieux pris en compte mais le handicap psychique est peu visible ; il est peu pris en compte et mal connu. On va certainement lancer un programme d'étude sur la précarité. On est de plus en plus saisis par les centres d'actions sociaux ou les centres polyvalents Un des axes stratégiques est d'informer, d'orienter sur l'accès aux droits. Il faudra aussi accompagner les parcours de vie de l'enfance à l'âge adulte. Le rectorat de Paris est très actif sur les questions de scolarité, on fera attention à l'offre médico-sociale, à la transition adolescent-adulte. A l'âge adulte on veut favoriser le maintien à domicile, l'aide aux aidants, diversifier et adapter l'offre en établissement pour permettre une vie affective et sexuelle. Les fiches actions sont en cours de rédaction et doivent être validés par le COPIL.

Dr Cacot : Quand est prévue la présentation ?

Mme Pignot : La réunion publique est prévu en juin mais on a un problème de salle, les salles de l'Hôtel de Ville ne sont pas disponibles. La présentation au conseil de Paris se fera en septembre.

Dr Cacot : Jusqu'à quand êtes vous intéressés par des propositions ?

Mme Pignot : Jusqu'à mois de Mars, on peut vous donner les axes, les titres des fiches actions est prévus mais le contenu ne peut pas être communiqué.

Mr Bouvet : Les actions ont été mises en place avant l'existence de l'URPS infirmiers or parler de maintien à domicile sans parler d'infirmier c'est non. D'une part parce qu'ils voient suffisamment de choses, l'ARS doit travailler en présence des infirmiers. Le syndicat demande à ce que les infirmiers soient décideurs sur le maintien à domicile c'est-à-dire que nous voulons une consultation et une prescription. Par ailleurs, il se pose quand même le problème de l'intervention des infirmiers libéraux sur les personnes handicapés et lourdement handicapés ou on ne peut faire qu'un nombre limité d'actes ce qui est insuffisant pour un bon travail et cet acte est mal rémunéré. Du coup beaucoup de collègue ne veulent pas prendre en charge le handicap. Il y a donc un gros problème de prise en charge de l'handicap dans lequel il faudra associer les infirmiers.

Mme Pignot : Ceci relève plus de l'ARS. Pour les SIAD sur 200 places il y a peu de place pour les personnes en situation de handicap.

Mr Leone : On recentre la fonction des schémas et cette démarche sert à faire une chose importante. Pour asseoir la légitimité des décisions prises en commun, il faut replacer ça dans sa dimension de la loi HPST. Si on a l'occasion de présenter un schéma régional il faut pouvoir resituer ça. On passe à une inversion du processus ou les autorités en charge des financements décident à partir d'une évaluation des besoins les secteurs sur lesquels il y'a un appel à projet. Ce qui donne au schéma un poids considérable puisque la légitimité des appels à projet se fait sur l'analyse des besoins.

Mme Pignot : Paradoxalement on a un gros point sur l'anticipation des besoins. Le schéma précédent ne se posaient pas ces questions là, aujourd'hui le but est vraiment de planifier, d'avoir une vision plus départemental et régional de l'offre médico-sociale ce qui n'est pas si simple.

Mr Leone : Pour rebondir sur l'évaluation des besoins, on a une forte intrication des compétences Etat-Département. Sur l'enfance et l'handicap, l'ARS a une compétence car ces établissements sont financés à % par l'Assurance Maladie et par Paris. Ce qui est compliqué c'est qu'on ne peut pas raisonner avec une approche globale comme avec les personnes âgées, ce n'est que l'analyse par type de déficience. C'est cette approche fine qui permet de faire un diagnostic du besoin en termes de création. Qu'importe le schéma régional, on peut avoir un certain nombre de déficience et de capacité de réponses en dehors du territoire de paris. On pourrait faire des conventions avec un système de réservation de place par des établissements médico-sociaux. Par exemple sur le schéma adulte et handicap, on montre que les crédits qui sont susceptibles d'être obtenus seront drainés sur des départements comme Paris, les Hauts-de-Seine, le Val d'Oise qui ont besoin de se rattraper et de créer des filières. Pour l'autisme par exemple il manque de filière professionnelle pour ce type d'handicap.

Dr Cacot : Nous en parlerons à une prochaine réunion (mars ?) Nous pourrons ainsi aborder une comparaison entre le travail de la ville et celui de l'ARS (en termes de méthodologie, de thématiques, de définition des priorités...) Car il est surprenant de voir que le handicap psychique ait été mis dans un « fourre-tout », lors des consultations sur le Schéma Départemental. La question est : qu'est-ce qui détermine et fait que l'on va se porter sur tel type d'handicap plutôt que sur un autre ?

Mme Lefevre : Dans cette approche des besoins des personnes psychiques, on omet souvent de dire qu'on a toujours des structures mises en place pour un certain type d'handicap sans faire de distinctions, alors qu'elles seraient opportunes.

ⁱ Une cohorte désigne un ensemble d'individus ayant vécu un même événement au cours d'une même période.

Exemple : la cohorte des femmes ayant eu leur premier enfant en 2005.

Pour les cohortes de naissances, on utilise plus volontiers le mot de génération : la génération 2005 est la cohorte des enfants nés en 2005.

Pour les cohortes de mariages, on utilise aussi le mot de promotion : la promotion 2005 est la cohorte des couples unis en 2005

ⁱⁱ http://g-i-d.org/whep/IMG/pdf/sit_perinatale_france_2003.pdf

ⁱⁱⁱ Définition d'une étude ancillaire

C'est en quelque sorte une étude complémentaire à l'étude principale, les investigateurs sont les mêmes, le protocole est quasiment identique, seul change le fait

^{iv} **Qu'entend-on par gradient social?**

À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé: ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun.