
CONFERENCE DE TERRITOIRE DE SANTE DE PARIS

Compte Rendu de la réunion du 9 juin 2011

Accueil par le Président au siège de l'ESAT Bastille, établissement de la SPASM. Le quorum est atteint.

Le médecin directeur général de la SPASM, et Président de la CT 75, le Dr CACOT présente rapidement l'activité de l'ESAT Bastille : l'accompagnement par le travail, en lien avec les entreprises, des personnes en situation de handicap liée à un trouble psychique. Il précise quel peut être, dans cette perspective, l'apport de la psychiatrie et de la psychopathologie du travail. Ceci pose la question de la place respective de ces disciplines : concrètement, une structure médico-sociale telle qu'un ESAT, a-t-elle besoin de la psychiatrie seulement pour les crises (avec l'hospitalisation) et pour les soins ambulatoires...ou la psychiatrie doit-elle apporter quelque chose d'autre à la question du travail des personnes souffrant de troubles psychiques, avec un regard et des outils cliniques spécifiques ? Quand donc des internes en psychiatrie viendront découvrir cette clinique là dans les structures médico-sociales ?

M Cacot présente ensuite une carte de Paris qui rapproche la population de chacun des arrondissements de Paris d'une ville présentant une population en nombre comparable. Cette carte, réalisée par un des membres de la Conférence, Monsieur Cabin, donne une certaine mesure des enjeux parisiens.

Cette carte (ci-après) se trouve maintenant sur le blog de la Conférence (<http://ctsparis.over-blog.com/>)

ORDRE DU JOUR

- 1. Approbation du CR de la réunion du 5 Mai**
- 2. Audition d'un expert : Présentation et discussion des conclusions du rapport 2012 de l'observatoire parisien du handicap.**
- 3. Représentation de la CT75 à la CRSA**
- 4. Présentation des textes adressés par les membres de la Conférence à l'occasion de la discussion du PSRS et discussion sur l'opportunité de les transmettre au DG-ARS.**
- 5. Programme de travail : quels groupes de travail devons nous mettre en place ?**
- 6. Invités/thèmes à présenter en réunion de la conférence**

1. Approbation du CR de la Réunion du 5 Mai.

Le compte rendu est approuvé à l'unanimité

2. Audition d'un expert : Présentation et discussion des conclusions du rapport 2012 de l'observatoire parisien du handicap (annexe 1).

Présentation et discussion des conclusions du rapport 2010 de l'observatoire parisien du handicap par **Mme RIDEL**. L'observatoire a été créé en 2008 et il est co-porté par l'APUR qui collecte les données des différents partenaires pour constituer une base de données partagée (Rapport 2010 de l'observatoire: http://www.paris.fr/politiques/les-politiques-parisiennes/handicap/rub_9706_stand_82984_port_24008)

Parmi ses missions :

- créer et gérer une base de données à partir des informations sur la situation des personnes handicapées à Paris (en cours de finalisation avec des indicateurs pertinents)
- réaliser des études spécifiques : Celle de 2010 portait sur l'insertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap à Paris (<http://www.handipole.org/spip.php?article1844>), et d'autres études comme celle sur la scolarisation des enfants, la situation des adultes handicapés dans le monde du travail, le suivi du schéma départemental de Paris
- 7 champs d'étude inclus dans le diaporama présenté qui sera accessible sur le blog de la conférence de territoire.

ATTENTION : Ce premier rapport est un état des lieux, pas encore un diagnostic partagé

Quelques résultats :

- 2/3 des personnes adultes en situation de handicap vivent seules (source exploitation fichier COTOREP, MDPH)
- La moyenne d'âge est de 52 ans (source exploitation fichier COTOREP, MDPH)
- 52% sont des hommes (sources exploitation fichier COTOREP, MDPH)
- Une forte représentation de familles monoparentales : 32 % des familles allocataires parisiennes bénéficiaires d'une AEEH sont des familles monoparentales, d'après les données de la Caf de Paris.
- Un quart des foyers allocataires parisiens bénéficiaires de l'AEEH vivent sous le seuil des bas revenus
- La répartition géographique des personnes en situation de handicap est plutôt conforme au poids démographique des arrondissements parisiens.

Discussion avec un représentant de la MDPH de Paris, le Dr PERAUD, et Mme Carole PEINTRE (CEDIAS)

Mme Carole PEINTRE (CEDIAS) : présentation du CEDIAS, un observatoire unique en Ile de France qui regroupe des données existantes d'activités de services. Le cœur de l'observation passe par les MDPH. 4 MDPH dont la MDPH 75 sont entrées dans cette démarche. La construction d'un système d'information national passe par la CNSA et doit s'appuyer sur l'expérience des MDPH qui sont des organismes autonomes et pouvaient donc avoir chacune leur système d'information...L'observatoire permet de voir où sont les problèmes, ensuite il faut des outils spécifiques en complément. . La CNSA va définir des indicateurs que les MDPH vont intégrer. C'est une nécessité pour conduire des études spécifiques. Les données existantes ne recouvrent pas, pour l'instant, l'ensemble des besoins d'une population pour permettre de planifier des réponses. On n'a pas, par exemple, l'information sur les enfants. Au delà des statistiques, il s'agit de mettre en relation le taux d'équipement et l'offre réelle pour les Parisiens.

DR PERAUD MDPH : La MDPH 75 ne dispose pas d'un système d'information suffisamment complet, mais des extractions sont déjà possibles. Les publics sont repérés par rapport aux prestations reçues. La MDPH reçoit plus de 30 000 personnes par an, reçoit plus de 35 000 appels et 7000 mails par an. 150 agents y travaillent. La population touchée est en augmentation. D'une évaluation purement médicale, on est passé à une approche plus large, pluri - disciplinaire, qui inclut l'environnement social. Une des évolutions les plus significatives est le taux de scolarisation des enfants ; on peut s'attendre à un flux non négligeable de demandes spécifiques provenant des élèves intégrés dans les collèges et lycées : leurs difficultés se concentrent sur l'accès à l'emploi et sur les prises en charge autour de l'âge de 20 ans.

MME CRICKX AP/HP BEAUJON : pose la question des « personnes vues par personne », quelle prise en charge après l'hôpital ?
La MDPH, guichet unique, doit développer des relations avec les partenaires extérieurs.

M. BURNIER constate un déficit de places en aval ; on en vient à ne plus respecter le choix du lieu de vie.

M GERAUD souligne qu'à Paris l'un des plus gros problèmes est le logement (foyers de vie, FAM) ; cette pénurie conduit à rechercher des solutions en Belgique.

M. SACHET (APF) demande si on ne pourrait pas croiser les données Cramif/ CPAM avec les données de la MDPH. Il lui est répondu que la CNIL risque de ne pas être d'accord. Il demande également si la Conférence de territoire est associée aux travaux du schéma départemental du handicap.

C. BERNARD (ARS DT 75) : fait remarquer qu'on dispose d'assez peu d'informations sur l'état de santé des personnes handicapées (problèmes d'accès aux soins dentaires, aux dépistages...). Il pourrait être intéressant de travailler sur ces questions qui renvoient au premier chef à des pratiques professionnelles.

MME LE CHATELLIER (REGION IDF) propose qu'une étude soit menée par l'ORS, en lien avec le CEDIAS.

M CACOT pose la question du dialogue avec le politique. Il émet diverses propositions : conférence-débats, groupe de travail exploratoire en vue de propositions transversales.

Un groupe de travail pluridisciplinaire sera la formule retenue par la CT. Ce groupe devrait recevoir une lettre de mission préparée par le bureau. Les personnes intéressées sont priées de se faire connaître. Ce groupe aurait pour mission d'aider la CT à être un interlocuteur fiable pour l'aide à l'élaboration des politiques de santé.

3. Représentation de la CT75 à la CRSA

- La CT doit désigner un représentant à la CRSA
- La personne désignée doit être présente aux réunions de la CT .
- Elle sera invitée permanente du bureau de la CT

Aucun membre présent ne fait acte de candidature pour suivre les travaux de la CRSA, assister à la réunion du 14 Juin et représenter la CT à la CRSA C'est donc le Président qui devra pourvoir à cette représentation. Le Président se réserve le droit de solliciter à nouveau les membres de la CT pour cette représentation

4. Présentation des textes adressés par les membres de la Conférence à l'occasion de la discussion du PSRS et discussion sur l'opportunité de les transmettre au DG-ARS.

- 1) APF
- 2) CODERPA
- 3) David Viaud
- 4) l'UNA Paris
- 5) Conseil de l'Ordre des médecins,
- 6) URPS médecins libéraux,
- 7) syndicat des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs de paris,
- 8) Pr CRICKX
- 9) FHF psy
- 10) UNAFAM Paris,
- 11) UNAFAM-URIOPSS-FHF,
- 12) Fédération Addiction,
- 13) le planning familial,
- 14) Marie Gaille,

PRESENTATION DES CONTRIBUTIONS

14 contributions ont été reçues ; elles seront accessibles sur le blog. **M CACOT** propose que chacune d'entre elles soit présentée par son auteur.

M. SACHET APF : l'APF a transmis directement un texte à M Evin au niveau régional. Le texte transmis à la CT est plus axé sur le projet PSRS.

Il met l'accent sur les points suivants :

- prévention et soins pour tous (accessibilité)

- sensibiliser et former les professionnels
- qualité et proximité de l'offre de structures
- repérage des besoins, sélection des projets.

Il est souhaité que les contributions soient adressées à la CRSA et au Conseil Général.

CODERPA : le projet de PSRS est jugé très général ; il y a peu de développements sur la personne âgée qui est surtout considérée comme une personne malade. On parle de parcours mais qui assure, qui coordonne les parcours ? Quid pour les aidants familiaux dont on sait qu'ils ont au bout du compte une santé plus atteinte que les personnes qu'ils aident et qu'ils se négligent. Quid du reste à charge qui devient de plus en plus lourd pour les familles ? 3 points devraient être accentués : la prévention (associations et bénévoles, nécessité de considérer la prévention comme un service public) ; le parcours de santé, l'information qui doit s'adresser aussi aux aidants.

M VIAUD FONDATION STE MARIE : insiste sur la nécessité de prendre en compte les réalités de terrain. Il serait bon qu'il y ait un seul référent pour le maintien à domicile. Il y a un turn-over important dans les services d'aide à domicile car le personnel n'est pas suffisamment formé. Il y a enfin la question du transport et de l'accessibilité. Enfin, le PSRS doit s'ouvrir sur l'ensemble des politiques publiques.

CONSEIL DE L'ORDRE : pointe principalement l'effondrement des installations à Paris et un salariat qui augmente. Il faut aider les médecins généralistes à s'installer sur Paris. Pour le maintien à domicile, il faut des médecins. Or seuls 10 médecins se sont installés en 2010 sur Paris.

URPS : revient sur le peu d'installations à Paris, malgré une demande de soins qui augmente à cause du vieillissement de la population. Comment aider les médecins spécialistes à s'installer, y compris en secteur 1 ? Quels indicateurs sont suivis par l'ARS ?

Mr CABON (MASSEURS-KINES) : comme l'URPS-médecins, les masseurs-kinés ont produit une contribution régionale. Il y a risque de diminution des effectifs. Les tarifs opposables ne permettent pas de couvrir les charges, mais il n'y a aucun refus des patients en CMU ou accident de travail. Pour un acte à domicile, le tarif est majoré d'environ 2 €....Ce n'est pas possible ! Il faut pérenniser les cabinets libéraux. La question du financement des réseaux se pose, car leur financement se réduit. Les masseurs-Kinés sont des acteurs importants de la prise en charge de la personne âgée mais la nomenclature des actes concernant cette population est défavorable ! Dans le domaine de la prévention, ils jouent un rôle prépondérant (prévention des chutes +++ et prévention de l'asthme). Les masseurs kinésithérapeutes pourraient avoir un rôle important dans l'éducation thérapeutique. Il faut des financements sinon ce ne sera pas possible de faire revenir des professionnels de santé sur Paris. L'activité libérale est le parent pauvre dans le PSRS. Il y a un travail à produire pour mettre en place des modalités d'exercice pluridisciplinaires.

M. HERCOT (URPS) estime qu'il est indispensable d'aider la médecine libérale pour que le système ambulatoire fonctionne mieux et de manière plus pérenne.

C. BERNARD (ARS DT 75) indique que la volonté de l'ARS est de travailler avec l'ensemble des professionnels libéraux et professionnels de santé. Il s'agit de trouver et développer les formes d'exercice adaptées au contexte actuel. Il existe des patients qui sont effectivement confrontés à des refus de prise en charge pour des raisons financières. Elle

admet que l'équilibre budgétaire des cabinets libéraux peut être difficile, mais la réalité première à laquelle l'ARS doit s'attaquer, c'est la difficulté d'accès aux soins et la recherche d'autres modalités d'exercice qui ne se résument pas à la dualité salariat/ exercice libéral, car les situations sont plus complexes. L'ARS par ailleurs ne détient pas toutes les clés ; s'agissant par exemple des PEC à domicile, interviennent les questions de facilités de transport. Il faudra sans doute procéder à l'amélioration des conditions de transports pour les visites à domiciles.

M CACOT pense qu'il faut dépasser les vieux clivages (médecine libérale, médecine salariée) et travailler plutôt à partir de cahiers des charges et d'études de coûts.

Pr CRICKX AP/HP BEAUJON : le projet de PSRS est un travail intéressant . S'agissant de l'analyse du diagnostic, elle pense que la CMU n'est pas le seul critère permettant de repérer une population en grand risque d'inégalités de santé ; il y a également l'isolement social, la situation de « sans papier »...L'accès aux soins doit aussi s'apprécier à travers le prisme des mutuelles. Elle souhaite un décloisonnement des tutelles et un moindre poids des « politiques ». La prévention devrait être véritablement une politique publique. A l'hôpital public on ne fait rien pour l'ambulatorio (tarif des consultations complexe). S'agissant des personnes âgées, il faut re-médicaliser les EHPAD et mieux former les personnels et les aidants. Il y a une inégalité frappante au Nord-Est de Paris. Tous les indicateurs sont au rouge. Enfin il y a le problème des polytraumatisés qui restent à l'hôpital.

MME FESTA (FHF) : résume un document unique **FHF/URIOPSS/UNAFAM** afin de compléter le PSRS par une contribution aux enjeux de la psychiatrie, avec comme priorités : un travail, sur les besoins mal connus, un maillage des réponses plus cohérent et de proximité, la réponse aux urgences et aux crises, l'articulation avec le dispositif sanitaire de l'AP-HP.

L'UNAFAM ET L'URIOPSS insistent pour leur part sur le rattrapage médico-social (déficit en lits et services). La question du logement est cruciale, car elle est une condition de la prise en charge en ambulatorio. La crainte existe d'une progression de « l'enfermement » et en hospitalisations inadéquates par manque de structures médico-sociales. il faut donc répondre au retard dans ce secteur et augmenter l'offre en places et en structures.

M CACOT estime que la psychiatrie peut « se casser la figure » très vite. La solution n'est pas le retour à l'hôpital.

FEDERATION DES ADDICTIONS : une contribution « nationale » a été produite. Une attente est exprimée en faveur de la reconnaissance des problématiques addictives qui impactent de manière transversale les champs du handicap, de l'exclusion, du vieillissement. La fédération participe aux schémas en cours. Les soins aux addictions sont très sollicités et deviennent, compte tenu de leurs risques, (Hépatite C...) un enjeu de santé publique.

DR BALAIRE (VAL DE GRACE) : il y a une vraie difficulté de prise en charge des publics particuliers. L'HAS, grâce aux experts visiteurs, pourra sortir des données exploitables sur les PEC somatiques de populations spécifiques.

LE PLANNING FAMILIAL : les inégalités de santé sont aussi à considérer par rapport aux jeunes, à la sexualité des ados. Les priorités 2010 de la DGS (prévention des grossesses précoces, accès à la contraception et à l'IVG) ne sont pas assez développées. La

population des femmes n'est pas ciblée comme spécifique (par rapport aux violences, aux maladies, au handicap...) Enfin la dimension de la sexualité par rapport au handicap doit être retenue (accès aux soins, à l'IVG, formation des personnels).

Contribution de MARIE GAILLE (présenté, en son absence par le Dr Cacot): il est important de construire un parcours de soins réalistes en tenant compte des freins quant à l'accès aux soins, ou plutôt de ce qui fait que l'on s'engage, ou non, dans un parcours de soin. Après que les intervenants aient exposé leurs textes et positionnements la décision a été prise, lors de la discussion qui a suivi, d'adresser les textes au DGARS dans un souci de transparence démocratique. Par rapport aux travaux à poursuivre, **la DT de Paris** indique son intention de présenter à la conférence de territoire la démarche « contrat local de santé », ainsi que le projet de schéma de prévention.

5. Programme de travail : quels groupes de travail devons-nous mettre en place ?

Le Dr Cacot présente rapidement le résultat d'une discussion préalable du bureau : mettre en place

Des groupes de travail sur les parcours de santé :

prévention - soins - accompagnement

Croisant Publics :

- femmes enceintes
- enfants,
- adultes en ALD ,
- personnes âgées,
- personnes en situation de handicap

Et Territoire: arrondissement ? (chaque arrondissement parisien représente la population d'une ville de France...)...en mouvement !

6. Invités/thèmes à présenter en réunion de la conférence

- Les réseaux de santé (M. Leroy)
- Les centres de santé parisiens (M. Théry)
- La prévention/ promotion de la santé (Mme Rebhi) et les déterminants de santé
- Agir avec la précarité (Mme Belkacemi)
- Les politiques de la ville

PROCHAINE REUNION LE 7 JUILLET A 9 h

**à l'ESAT Bastille (accueil dès 8h30).
29 rue du Faubourg Saint Antoine
75011 Paris**