

**CONFERENCE DE TERRITOIRE DE PARIS**  
**VENDREDI 23 JANVIER 2015**  
**9h00 - 12h00**  
**Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)**  
**69, rue de la Victoire - 75009 PARIS**

**I/ Vœux du Docteur Cacot, Président de la Conférence de Territoire de santé de Paris**

**II/ Approbation du compte rendu de la réunion du 21 novembre 2014**

Les remarques des membres ayant été prises en compte, le compte-rendu de la réunion du 21 novembre 2014 est approuvé à l'unanimité.

**III/ La mise en place du rapport sur le handicap « Zéro sans solution » à Paris : débat entre M. Piveteau, Conseiller d'Etat auteur du rapport, et Benjamin Voisin, directeur de la MDPH de Paris**

M. Piveteau voudrait tout d'abord souligner l'état d'esprit, la philosophie sous-jacente du rapport. L'expérience administrative a montré que nous avons trop tendance à foncer sur l'instrumental et le technique avant de se demander quel sens on veut donner à l'action collective. Selon lui, l'important n'est pas tant de proposer des mesures que de donner un sens collectif à l'action.

M. Piveteau insiste sur le fait que le rapport n'est pas un rapport sur les situations critiques mais provoqué par des situations critiques. Les situations de rupture des parcours évoquées dans le rapport ne sont pas des « accidents exceptionnels » pour lesquels un dispositif de secours pourrait être proposé, mais bel et bien des « signaux d'alerte » montrant que les différents dispositifs actuels ne fonctionnent pas bien.

Remettre les choses à plat consiste, selon lui, à partir des réalités et à ne pas tomber dans le panneau des fausses bonnes solutions. Aujourd'hui, la réalité est l'absence de places disponibles. Le rapport traite de situations de vie réelles qui, faute de réponse, ont conduit à une rupture. Les signaux d'alerte repérés sont des refus d'admission, des exclusions par des établissements qui n'ont plus les moyens de « faire face », des familles qui s'épuisent car elles n'arrivent plus à « faire face », des pouvoirs publics qui n'arrivent pas à imposer une admission ou l'imposent de manière fragile, etc.

Face à ces réalités, M. Piveteau se pose la question de savoir si une simple création de places, réservées aux personnes dont personne ne veut, ou la possibilité donnée au préfet, au directeur de l'ARS ou au président du Conseil Général de pouvoir réquisitionner un établissement, imposer une personne et verrouiller l'admission par un arrêté, serait la solution.

Il est convaincu qu'il ne sert à rien d'ouvrir des places nouvelles si tout continue de fonctionner comme aujourd'hui.

Car même si les établissements disposent d'une place, ils vont peut-être préférer un dossier qui présente un profil moins complexe car ils auront atteint leurs limites et ne seront plus en capacité d'accompagner. Monsieur Piveteau insiste sur le fait que ce n'est pas la place qui fait défaut, mais la capacité d'accueillir.

Les travaux du rapport illustrent à de nombreuses reprises que les établissements et les services qui ont su (et qui ont pu) :

- former complètement leurs équipes, du haut au bas de la hiérarchie, à la gestion des handicaps rares, au comportement défi, à la communication non verbale, aux situations de violence,
- mettre en place de l'analyse des pratiques professionnelles, voire de la supervision individuelle, de la supervision d'équipe,
- bénéficier en continu d'un appui pluridisciplinaire expert d'autres établissements médico-sociaux, ou de services sanitaires hospitaliers, qui permette de l'échange, de l'aide au diagnostic, de la formation, des séjours de répit chaque fois que nécessaire, d'un appui coopératif,
- travailler en anticipation, en alerte mutuelle, en souplesse avec les services de la MDPH,
- créer un climat de confiance avec les familles, avec les personnes accueillies elles même,

arrivent à accompagner des situations infiniment plus lourdes et même hors de portée pour d'autres équipes qui ne vont pas en disposer, à budget comparable.

Cela est possible essentiellement parce qu'ils auront appliqué 3 principes fondamentaux, leitmotiv du rapport :

- la montée en compétence professionnelle, la formation, l'évaluation critique, l'amélioration permanente sous l'œil de regards experts, de regards tiers,
- l'insertion dans un réseau, en partant du fait qu'on ne porte jamais seul une situation et ce d'autant plus qu'elle est plus lourde et complexe,
- le pari de la collaboration, de la coopération active avec les personnes, leur famille et et leur entourage.

M. Piveteau évoque la transformation profonde qui est en train de s'opérer depuis 20, 30 ans concernant la dés-institutionnalisation, très particulièrement pour certains handicaps (psychiques, sensoriels, mentaux). L'éducation en milieu ordinaire, le maintien à domicile, l'insertion dans le milieu du travail, les prises en charge en milieu ouvert, les prises en charge alternées, font que la vie avec un handicap ressemble de plus en plus à un parcours, à un projet de vie qui ne se réduit pas simplement à un enfermement institutionnel.

La conséquence de ce mouvement de fond est que mécaniquement, tout au long du parcours de vie, les risques de rupture sont majorés. Vivre une vie en milieu ordinaire, ou plus proche du milieu ordinaire, entraîne plus d'instabilité, plus de transitions, plus de ruptures quand on passe d'un type d'accompagnement à un autre (ex : scolarisation d'un enfant handicapé). Or, tous les dispositifs de liaison qui auraient dû accompagner cette grande démarche n'ont jamais été organisés.

L'orientation ne se résume plus à un placement dans un établissement pour une durée la plus longue possible.

Elle doit donc :

- devenir un processus permanent, une réflexion active sur le présent, une anticipation sur les changements à préparer ;
- appartenir totalement à la personne elle-même et à sa famille,
- et bénéficier d'une gestion organisée, soutenue, localisée.

Or, les textes d'orientation n'ont pas changé depuis 40 ans. Il faut donc mettre en place de nouvelles habitudes de travail (lieux d'échange, « tour de table », protocoles d'échange...) qui permettent de gérer cette complexité.

Si nous avons fait de gros progrès pour la bientraitance en établissement - en matière de vigilance, d'alerte, de sensibilisation contre la maltraitance institutionnelle - nous sommes aujourd'hui collectivement confrontés à une maltraitance systémique, où sera stigmatisé le

dernier acteur qui aura dit non car il aura refusé de porter seul une responsabilité que personne ne peut porter seul.

Le principal message du rapport est que nous devons collectivement penser les nouveaux accompagnements comme des réponses à construire et pas seulement comme des places à ouvrir. Les familles n'attendent pas seulement une place, expression formatée résumant de manière facile et rétrécie l'attente d'une famille, mais une réponse immédiate, la meilleure en fonction des moyens dont on dispose, et surtout accompagnée.

Le rapport n'exclut pas la place comme une réponse mais se fixe surtout pour but de mobiliser de manière modulaire, adaptée à chacun, la diversité des moyens éducatifs, rééducatifs, sanitaires et administratifs.

La réponse peut s'illustrer dans des cas simples par une place, un service d'aide à domicile pendant les vacances ou une prise en charge médicale renforcée, ou dans des situations plus complexes, un accueil de jour en hôpital, des temps scolaires ou en milieu de travail protégé, un correspondant de liaison à la MDPH... La logique de modularité doit toujours prédominer.

Il faut bien mesurer que ce sont tous nos logiciels mentaux qui doivent adopter cette approche si l'on veut que tout le travail d'accompagnement y compris l'accompagnement administratif, y compris l'orientation par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées), y compris les soins de ville, y compris la scolarisation, se structurent dans une logique de réponse.

C'est la seule manière de conjuguer 3 objectifs fondamentaux et convergents :

- La modularité, la réactivité et la qualité des accompagnements,
- La priorité de vie en milieu ordinaire,
- La possibilité d'éviter le « tout ou rien » face aux situations difficiles (il faut apporter au moins une réponse pour couvrir l'urgence).

Suite à la Conférence nationale du handicap qui s'est tenue à l'Elysée en décembre 2014, le Ministère des Affaires sociales a repris dans sa feuille de route l'objectif d'une réponse globale, adaptée et accompagnée dans le temps, pour les personnes en situation de handicap et leurs proches.

Une conduite de projet intégrée, reprenant les orientations du rapport, a été confiée à Mme Marie-Sophie DESAULLE, ancienne Présidente de l'association des Paralysés de France, ancienne Vice-Présidente de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) et ancienne Directrice Générale de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire.

\*\*\*\*

Le Président laisse la parole à M. Voisin, Directeur de la MDPH de Paris, afin qu'il réponde à M. Piveteau sur la question de la mise en œuvre du rapport.

M. Voisin reconnaît que la tâche va être difficile et que la hauteur de vue du rapport Piveteau oblige les opérationnels de la MDPH à sortir de la confrontation quotidienne à des situations difficiles pour trouver des solutions avec l'ensemble des partenaires. Cela va également les obliger à se reposer des questions sur ce qu'ils font et à ce qu'il est envisageable de faire à court terme.

Il rappelle les principales missions de la MDPH (article 64 de la loi du 11/02/2005 sur le handicap) qui a un rôle de « guichet unique » pour tout ce qui concerne :

- l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil des personnes handicapées et de leur famille,
- l'évaluation du handicap et des besoins de compensation définis en fonction du projet de vie,

- et l'orientation vers les services ou établissements médico-sociaux des personnes en situation de handicap.

Il reconnaît que la MDPH accompagne d'autant plus facilement la personne que celle-ci, ou sa famille, est impliquée dans le projet : la difficulté se situe dans l'accompagnement du « montage », de la construction du projet.

Cela dit, une réponse modulaire est systématiquement apportée : si aucune place n'est disponible, un soutien à domicile est mis en place. Sont proposées concomitamment deux propositions de compensation complète qui s'articulent entre du court et du moyen terme. Il incombe cependant à la famille de faire les démarches d'admission dans les établissements.

Pour les personnes en attente de places, un système à plusieurs étapes a été mis en place :

- 1) une personne dédiée fait chaque année le point avec les familles pour savoir si l'orientation proposée a été suivie d'une admission en établissement, ou si elles ont renoncé à leur admission, et pour repérer les situations difficiles (environ 3000 appels par an).
- 2) Il s'agit de réunir les directeurs des établissements sociaux et médico-sociaux parisiens et franciliens pour leur présenter les situations critiques et éventuellement plaider leur priorisation sur leur liste d'attente.
- 3) une réunion situation critique, appelée « réunion de synthèse inter-institutionnelle » réunissant l'ARS, la DASES, l'AP-HP et la CDAPH et les personnes concernées (circulaire DGCS/CNSA du 22/11/2013).

M. Voisin reconnaît que le dispositif actuel ne permet pas d'anticiper collectivement une rupture et de prévenir les risques de rupture.

Les réunions inter-institutionnelles ne sont qu'un fonctionnement d'exception et n'interviennent qu'au moment critique et pas du tout en « routine ».

Il y a un début d'organisation mais pas si rationnel que préconisé dans le rapport. La logique de prévention y est absente.

Les difficultés sur laquelle la MDPH bute sont :

- d'une part, la densité du territoire parisien qui rend le nombre de situations et d'intervenants potentiels incomparable à une région comme les Ardennes, citée dans le rapport.
- d'autre part, le nombre d'intervenants effectivement disponibles sur Paris. Il est paradoxalement moindre car le dispositif est saturé. La MDPH se retrouve donc parfois confrontée à une inexistence de moyens et une absence de solutions sur le territoire parisien (ex : internats pour jeunes autistes).

Il insiste sur la complexité de l'ingénierie sur Paris, eu égard au nombre de « montages » possibles. Le processus « permanent » préconisé par le rapport devient, du point de vue de celui qui est chargé de le mettre en œuvre, un processus « sans fin ».

Cela renvoie à des questions structurelles de partage territorial des responsabilités à la fois en intra et en supra parisien et complique la coordination quand une partie de la réponse se trouve sur le territoire parisien et l'autre partie hors du territoire parisien. A cela s'ajoute le problème de la qualité de l'information sur la disponibilité des places, que cela soit en établissement, en service ou en SESSAD.

Un des premiers axes d'amélioration serait selon lui de limiter le nombre d'acteurs qui cherchent des places chacun de son côté de façon vaine (exemple de l'Aide Sociale à l'Enfance). Un vrai travail de centralisation organisationnelle est à mettre en place avec une réflexion sur le recensement et la priorisation pour coordonner l'effort vis-à-vis des

établissements dans un environnement contraint. Cela nécessite des moyens juridiques de contrainte, de légitimation et des moyens humains d'expertise et de contre-expertise. Il insiste sur ce dernier point car aujourd'hui, la MDPH n'est pas en mesure de contre-expertiser une réponse négative d'un établissement ni de réinterroger le cadre du projet d'intervention (compétences internes, contraintes d'organisation, contraintes architecturales d'un établissement...)

#### Questions :

M. Piveteau trouve en effet important de rappeler l'exceptionnalité parisienne, qui est un territoire qui ne peut être pensé en dehors de sa couronne et même au-delà.

M. Leone (Délégation territoriale de Paris) se félicite de la proposition du rapport de conférer une plus grande autonomie à la MDPH en lui donnant la capacité de déterminer elle-même le rythme des révisions des situations. La responsabilisation des acteurs est en effet selon lui un levier de réussite très important.

M. Piveteau insiste sur le fait qu'il faut changer de logique et passer d'une logique administrative de délais très contraints, induisant une répétition tout à fait inutile de décisions, à une logique de responsabilisation, plus adaptée à un mouvement d'individualisation.

Mme Guignard (CODERPA Paris) souhaiterait connaître les avis et positions des politiques par rapport à ces questions.

M. Piveteau a la conviction qu'il faut qu'il existe une pression permanente de la part des acteurs et que les politiques veulent continuer d'entendre qu'il faut que ça bouge.

Mme Lefevre (UNAFAM Paris) est satisfaite qu'ait été évoquée la complexité du système et que l'ensemble des acteurs se réunissent pour essayer de trouver des solutions à des situations compliquées (absence de logement, non adhésion du malade en situation de handicap psychique, etc).

M. Piveteau : la MDPH est un lieu privilégié d'identification des difficultés. Mais il ne faudrait pas que les acteurs se déresponsabilisent au détriment de la MDPH parce qu'elle serait le guichet unique. Les gestionnaires de ressources restent responsables de l'organisation des réponses. Ils doivent se sentir d'autant plus responsabilisés qu'ils doivent avoir le relais, le lieu de mise en commun qu'est la MDPH. Mais même dans sa mission d'assembleur, la MDPH ne peut pas tout faire toute seule, parce qu'elle ne dispose pas de tous les leviers nécessaires (complément d'éducateur spécialisé, aide à l'investissement, etc.) Elle pourra identifier le problème, elle pourra orienter la solution mais n'aura pas les moyens de l'apporter.

M. Echardour (Délégation territoriale de Paris) est frappé de la situation parisienne : il n'y a aucun domaine dont l'ARS ne s'occupe dans lequel la réponse globale soit aussi insatisfaisante que le handicap. A ce jour, 80 enfants et 400 adultes sont « sans solution ». Il espère qu'à la suite de ces travaux, nous chercherons comment apporter des solutions correctes et adaptées.

M. Piveteau : le rapport propose une contractualisation territoriale via les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sur la base de laquelle, comme dans le champ sanitaire, les pouvoirs publics pourraient déclencher, dans des situations de crise, des pouvoirs exceptionnels qui s'adresseraient à des établissements préparés, qui sauraient que l'on peut les mobiliser sur des cas extrêmes.

Mme Grosset (DASES Paris) trouve ces solutions intéressantes mais pense que la mise en œuvre concrète, au niveau juridique et au niveau budgétaire notamment, serait difficile.

M. Piveteau propose de faire cela par étapes et surtout de rentrer dans une démarche ou un horizon commun partagé par tous les acteurs.



Mme Le Coat (Délégation territoriale de Paris) précise que vont être proposées 224 places de FAM/SAMSAH supplémentaires sur Paris en 2015. Le choix de développement de l'offre et la planification se font en lien avec la MDPH pour affiner l'offre au plus près des besoins, pour plus de pertinence malgré les délais entre le lancement de l'appel à projet et l'ouverture des places. Elle évoque sa difficulté parfois par rapport à des situations où la complexité des troubles, la violence inhérente à certains comportements, est telle qu'elle se demande si le médico-social a vocation à y répondre. Qu'est-ce que vous préconisez dans l'accompagnement de ces situations difficiles?

M. Piveteau : concernant les comportements agressifs, les exemples de prise en charge performants sont ceux où les équipes se relaient, s'appuient, se forment régulièrement. Il y a un choc de professionnalisation dans le champ du médico-social : les équipes doivent acquérir des savoir-faire professionnels qui ne sont pas du tout le standard des savoirs faire actuels des établissements.

Dans un environnement budgétaire contraint, il pense que nous devons collectivement prendre du recul sur quelles seraient les places à créer qui nous permettraient de mieux travailler ensemble, pour faire en sorte que ce qui est déjà installé soit plus performant.

Mme Filkenstein (FNAPSY Paris) le pense également et illustre la situation par une image : la personne vulnérable se débat au milieu de l'océan, entourée de bouées mais que personne ne lui tend.

M. Piveteau remercie la Conférence de territoire de son invitation et se satisfait de l'écho que son rapport a trouvé au sein de celle-ci. Il se demande si, parmi les travaux envisageables, la Conférence de territoire pourrait identifier les points de progrès qui impliquent les uns des autres et ainsi faire cheminer de manière concrète des progrès comme celui-là dans un processus collectif partagé.

#### **IV/ Révision du SROS : information de la Conférence de Territoire sur le projet de révision du zonage ambulatoire**

Présentation de l'actualisation et de l'évolution du zonage du SROS ambulatoire francilien par Julien GALLI - Responsable Département régulation de l'offre ambulatoire à l'ARS Ile-de-France et Alexandre FARNAULT – Responsable du Pôle ambulatoire, innovation et démocratie sanitaire à la Délégation territoriale de Paris de l'ARS Ile-de-France (cf. présentation powerpoint ci-jointe).

M. Farnault ajoute que le travail complémentaire mené par la Délégation de Paris pour approfondir la cartographie de l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours à Paris sera prochainement présenté à la Conférence. Cet outil a été souhaité par la Ville de Paris pour affiner le dispositif d'aide à l'installation de praticiens en secteur 1, présenté au mois de septembre 2014 par le Dr Jomier, adjoint au Maire de Paris.

Mme Guignard souhaite savoir quelles sont les prévisions de développement des maisons de santé sur Paris ?

M. Farnault répond que les deux principaux freins sont la question du foncier et la réticence des professionnels à travailler ensemble et à trouver une cohésion. On est loin de parler d'une planification au sens strict ; il s'agit plutôt d'incitation et d'aide à projet avec mise à disposition de moyens juridiques et/ou financiers.

M. Loup souligne que face à la difficulté de trouver des médecins généralistes, des infirmiers et des kinés, le pharmacien est devenu un acteur de premier plan dans les soins de 1<sup>er</sup> recours et qu'à ce titre il ne faut pas les exclure du dispositif car eux aussi sont impactés par les coûts du foncier.

M. Galli : un travail à peu près similaire sur l'accès aux pharmacies a été demandé par le Ministère en lien avec l'URPS Pharmaciens.

Dr Hercot (URPS Médecins) : il est difficile d'attirer temporairement des jeunes médecins dans des maisons ou des pôles de santé en secteur 1 car ce choix est définitif et peut les bloquer à moins d'aller exercer ailleurs qu'à Paris.

Le Pr Schlemmer (Hôpital St Louis) pense que ce qui a été présenté par l'ARS va dans le même sens que l'étude Demomed (enquête sur la démographie médicale parisienne). Pour avoir beaucoup discuté avec les étudiants en médecine et pour avoir participé à la commission de sélection des candidats au contrat d'engagement service public (CESP), il plaide pour que soit faite une information aux étudiants très en amont pour les sensibiliser et les aider à élaborer leur projet d'installation.

M. Doulaki, représentant des internes en médecine (SRP-IMG), confirme que, par manque de temps ou parce que ce n'est pas prévu, les étudiants arrivent en 2<sup>ème</sup> cycle sans être informés des possibilités d'installation. Il évoque la difficulté à trouver un maître de stage alors que cela conditionne fortement le futur lieu d'installation.

M. Farnault remercie le Pr Schlemmer pour la main tendue à aller 1 à 2 fois par an expliquer les éléments de dispositif aux étudiants.

M. Bouvet (URPS Infirmiers) pense qu'il faut d'abord aider l'installation des paramédicaux si l'on veut attirer des médecins. Il estime que la coopération entre professionnels est indispensable mais que donner la direction de maisons de santé à des médecins pose le problème de l'indépendance des professionnels entre eux.

Pr. Schlemmer rappelle qu'un médecin n'a pas l'obligation d'être maître de stage. La prise en stage se fait souvent de gré à gré ou par des liens personnels. Il estime également que l'évolution sociologique n'a pas été assez prise en compte (féminisation du corps d'étudiants, exercice salarié privilégié aux dépens du libéral, etc).

## **VI/ Thèmes de travail des prochaines conférences**

Seront abordés lors de la prochaine réunion :

- Les « ateliers santé-ville » (ASV)
- Présentation du plan d'aide à l'installation des professionnels par le Dr Jomier, adjoint au maire de Paris.
- Un point sur l'expérimentation PAERPA par l'ARS DT 75.

et aura lieu le :

**Vendredi 13 février 2015 de 9h à 12h30**  
à l'Hôpital Henri Ey – Salle de conférence (RdC)  
15, avenue de la Porte de Choisy - 75013 Paris

Les sujets proposés par le bureau pour les prochaines réunions sont les « médicaments dans la vraie vie/observance » (mars) et « les Infections Sexuellement Transmissibles chez les adolescents » (avril). Une date supplémentaire est rajoutée le vendredi 3 juillet 2015.

## **VI/ Divers**

Le Président demande aux membres de la Conférence s'il y a parmi eux un candidat pour siéger à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) d'Ile-de-France en tant que représentant de la Conférence de Territoire de Paris.

Il n'y a pas de candidat. Le Président proposera donc au Président de la CRSA d'acter l'invitation permanente de deux membres de la CRSA aux réunions de la Conférence de territoire.

Fin de la réunion : 12h10.