

---

## CONFERENCE DE TERRITOIRE DE PARIS

---

### COMPTE RENDU DE REUNION DU 13 OCTOBRE 2011

---

Quorum atteint

#### ORDRE DU JOUR

- 1. Conférence introductive : « Handicap psychique, problématiques et perspectives »-  
DR FRANÇOIS CHAPIREAU**
- 2. Approbation du compte-rendu de la réunion du 15 septembre 2011**
- 3. Elections d'un membre de la conférence de territoire au bureau**
- 4. Participation des membres de la conférence aux différents groupes de travail de  
l'ARS**
- 5. Permanence des soins ambulatoires (PDSA) et permanence des soins en établissement  
de santé (PDSES)**
- 6. Groupe de travail de la conférence sur le handicap**
- 7. Volet ambulatoire du SROS : avancée des travaux**
- 8. Information sur la préparation du schéma de prévention**
- 9. Questions diverses**

La conférence se réunit au siège du conseil départemental de l'Ordre des médecins.  
Accueil par **MME KAHN-BENSAUDE**, présidente de cette instance et vice-présidente de la  
conférence de territoire.

#### **Personnes invitées présentes :**

Directrice de soins de 1ère classe **MME DEVRED** (Val de Grâce)

**Dr Ivan CARTACHEFF**, conseiller médical du directeur de l'académie de Paris

**Mme CECCHI-TERINI** et **M. TSIMAVOHE**, représentant la directrice départementale de  
la cohésion sociale

- 1. Conférence introductive : « Handicap psychique, problématiques et perspectives »-  
DR FRANÇOIS CHAPIREAU ( Annexe 1)**

#### **Discussion**

**MME GUIGNARD (CODERPA)** relève une convergence nécessaire et à développer entre  
personnes handicapées et personnes âgées ; le seuil de l'âge ne devrait pas perturber la prise  
en charge.

**LE DR CARTACHEFF** (Rectorat) témoigne de la difficulté qu'ont certains parents à devoir solliciter la reconnaissance de la qualité de handicapé pour un enfant présentant des troubles du comportement et justifiant d'une aide à domicile. Ils ne comprennent pas qu'il faille obligatoirement cette reconnaissance qui tend à figer une situation au regard de problématiques éducatives, sociales, médicales appelées à évoluer avec le temps.

**MME FINKELSTEIN (FNAPSY)** estime que le moment de cette reconnaissance doit partir de l'utilisateur.

**MME HUON** cite l'exemple des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avant 60 ans qui sont considérées comme des personnes handicapées.

**M. PARIS** pense qu'on est face à un problème de société. Nous avons créé des catégories et les cultures professionnelles ne favorisent pas les contacts et les décroissements. L'enjeu des ARS est précisément de surmonter ces décroissements. L'humain, en effet, ne se fractionne pas et il reste beaucoup de chemin à faire.

**LE DR CHAPIREAU** estime que la « maison du handicap » (MDPH) devrait porter le nom de « maison de l'autonomie » et que les procédures actuelles manquent de souplesse.

**MME FINKELSTEIN** déplore ces décroissements qui sont inscrits fortement dans les mentalités. Elle pense que seule une mobilisation massive des associations d'utilisateurs (en particulier handicap et seniors) sur ce thème de la barrière des âges pourra provoquer un changement. Elle envisage de consulter les autres associations sur cette question.

**M. SACHET** fait valoir que les aménagements dits pour handicapés profitent en réalité à tout le monde.

**M. BURNIER** souhaite rappeler que les orientations MDPH restent pour partie théoriques en raison des difficultés à trouver des modes d'hébergement dans le secteur médico-social. 30 à 35% des patients en hospitalisation psychiatrique sont SDF et on est contraint de rechercher des lieux d'accueil en Belgique. La conférence de territoire doit se préoccuper de ce problème.

**M. CACOT** rappelle que certains psychiatres se sont opposés à la reconnaissance du handicap psychique par crainte de figer des situations. Les psychiatres se méfient en général des représentations sociales. Pourtant, la conception de WOOD, que le Dr CHAPIREAU a présentée, ouvre la porte à une conception du handicap (la conséquence sociale négative de l'interaction entre l'expression d'un trouble d'une fonction et un environnement que ne compensent pas les conséquences de ce trouble. Il s'agit d'une vision dynamique et interactive...le contraire de quelque chose de figé ! Cela dit les représentations sociales sont toujours là et les changements, comme l'ont montré les sociologues, ne pourront venir que des actions.

## **2. Approbation du compte-rendu de la réunion du 15 septembre 2011**

Pas d'observations

## **3. Elections d'un membre de la conférence de territoire au bureau.**

**M. CACOT** rappelle les dispositions du règlement intérieur quant à l'origine des candidatures possibles. Un seul candidat : le **DR TANNEAU** (URPS médecins- collège 4) se présente. A l'issue du vote à bulletins secrets, **M TANNEAU** est élu par 23 voix sur 24 votants.

#### **4. Participation des membres de la conférence aux différents groupes de travail de l'ARS**

Il n'a pas été possible d'obtenir du siège de l'ARS un tableau complet de la composition des groupes de travail actuels.

Il est procédé à un tour de table :

<b>Participant</b>	<b>Groupe de travail</b>
Mme Guignard	SROSMS Personnes âgées
Mme Belkacemi	PRAPS
M Viaud	SROSMS Personnes âgées-efficience de la dépense
M Paris	Membre de la CRSA- groupe inégalités des équipements ( personnes âgées)
M Cacot	Groupe « handicap psychique et travail)- participation à la réunion départementale SROSMS Personnes âgées.

**MME GUIGNARD** précise que le Coderpa est présent dans les 3 groupes qui contribuent au SROSMS Personnes âgées. Il participe également à une étude scientifique sur la permanence des soins sur 3 arrondissements (9è, 10è et 18è).

**C. BERNARD** rappelle que l'élaboration du PRS est un exercice ambitieux dans un contexte réglementaire complexe. On est en présence dans certains cas à des groupes départementaux qui sont dépendants d'un cadrage régional sollicité parfois par les professionnels eux-mêmes (ex du schéma ambulatoire). Sur ce dernier schéma, par exemple, des documents de travail régionaux seront finalisés, avec quelques apports départementaux, début 2012, sorte de schéma 0 à partir duquel la réflexion se poursuivra pour une finalisation complète dans le cadre du PRS, fin 2012. N'oublions pas que l'ARS est de création récente et qu'elle doit faire face à tous les chantiers en même temps.

**M. CACOT** pose la question de l'inflexion de certains axes régionaux par les contributions départementales.

**MME BERNARD** indique que ce point devrait être débattu lors de la prochaine réunion des présidents de conférence de territoire. Elle pense que les axes principaux ne seront pas remis en cause, mais qu'il y a des marges dans les mises en œuvre. Territoires et transversalité auront à s'exprimer en 2012. Par rapport aux équipements à destination des personnes âgées, le PRIAC qui recense les projets à financer sera véritablement revu en 2012 (compte tenu des « coups partis » et des financements anticipés). On est dans une période intermédiaire, marquée par les premiers appels à projets lancés conjointement avec la ville de Paris ; il s'agit d'un processus complexe à mettre en œuvre. Il convient de ne pas oublier l'outil de politiques transversales que constitue le contrat local de santé en partenariat avec la ville de Paris. La DT 75 prête une attention particulière au nord-est parisien qui concentre un certain nombre de difficultés et d'inégalités pour la prévention et l'accès aux soins. La volonté de tous les

partenaires de travailler ensemble est réelle (ex de l'expérimentation Anap/ filières gériatriques), mais il faut tenir compte aussi des calendriers qui rythment la vie des collectivités territoriales.

**MME GUIGNARD** pose la question de la cohérence du schéma gérontologique départemental ou du schéma du handicap (présentation le 17/11) avec le SROSMS

**MME BERNARD** indique qu'il s'agit certes de démarches distinctes, mais qu'à un moment donné des financements conjoints devront être élaborés, comme par le passé.

## **5. Permanence des soins ambulatoires (PDSA) et permanence des soins en établissement de santé (PDSES, annexe 2) :**

Interrogation de la conférence sur la méthodologie adoptée par l'ARS pour la construction du cahier des charges.

**PDSA** : le cahier des charges n'est pas terminé ; les discussions avec les effecteurs se poursuivent quant à la définition de la régulation. La situation à Paris est de plus particulière, avec le rôle joué par la préfecture de Police. Une réunion du CODAMUPS (comité départemental de l'aide médicale d'urgence et de la permanence des soins) est prévue prochainement. A priori la conférence de territoire devrait émettre un avis sur le dispositif en janvier 2012.

**MME KAHN- BENSAUDE** indique que les 8 conseils départementaux de l'Ordre et le conseil régional se sont réunis pour réfléchir à la définition de ce qui est attendu de la régulation et à la définition des effecteurs.

**PDSES** : présentation du diaporama Au cours de l'échange qui suit, il est souligné qu'après des propositions radicales émises il y a un an, la démarche actuelle qui associe l'ensemble des professionnels du secteur témoigne d'une méthode nettement améliorée. Des questions sont posées sur la composition du comité de sélection, sur la notion de « zéro refus », sur la question de l'organisation des transferts.

Par rapport à l'information du public, **M HARVEY** rappelle ce qui s'est passé quand les maternités ont été classées en 3 niveaux. Assez vite l'organisation a été intégrée. Enfin, la question de la rémunération des médecins doit être prise en compte sérieusement.

## **6. Groupe de travail de la conférence sur le handicap**

M Sachet indique que les membres du groupe ont été sollicités pour participer à la préparation du schéma handicap ; de ce fait ils n'ont pas eu la possibilité de faire progresser le travail prévu dans la lettre de mission. Il souhaite l'élargissement du groupe à 1 ou 2 personnes supplémentaires. M Géraud a fait savoir qu'il était d'accord. M Sachet tient un fichier répertoriant les rapports sur le sujet du handicap. Le groupe de travail se réunira avant la prochaine séance de la conférence de territoire.

## **7. Volet ambulatoire du SROS : avancée des travaux**

Peu de nouveautés par rapport à la présentation faite lors de la dernière réunion. Le comité de pilotage régional validera le 27/10 les axes régionaux qui seront ensuite déclinés au

niveau départemental : les 2 groupes de travail prévus au niveau départemental se réuniront entre fin 2011 et 1<sup>er</sup> semestre 2012.

### **8. Information sur la préparation du schéma de prévention (annexe 3)**

**DR ALAIN BRUNOT**, responsable à la DT75 du service « prévention et promotion de la santé ».

**MME GUIGNARD** pose la question des moyens dont dispose la prévention. Elle regrette la disparition d'actions collectives au profit de suivis plus individualisés ( ex des PPE).

**M. CABIN** regrette qu'un projet qui lui semblait intéressant dans le cadre de l'école n'ait pas été retenu.

**LE DR CARTACHEFF ET MME BERNARD** expliquent le circuit d'examen des projets. Des moyens significatifs sont déployés dans le cadre scolaire, mais ils sont parfois mal utilisés.

**M. CACOT** conclut en confirmant l'importance de ce sujet qui rejoint la question des inégalités sociales de santé et leur résistance.

### **9. Questions diverses**

**M CACOT** a été sollicité par le siège ARS pour proposer aux membres de la conférence de territoire de faire acte de candidature aux COREVIH qui sont en cours de renouvellement (coordinations régionales VIH)

**MME BIDON** informe la conférence que l'URPS infirmiers a désigné 2 membres (1 titulaire, M Bouvet, et 1 suppléante, Mme Lucas) pour siéger à la conférence de territoire. Malheureusement les réunions le matin ne sont pas compatibles avec leurs emplois du temps.

**Prochaine réunion : le 17 novembre (matin)**

**Lieu à préciser**