

---

## CONFERENCE DE TERRITOIRE 75

REUNION DU 7 JUILLET 2011

---

### ORDRE DU JOUR :

1. Approbation du PV des réunions du 24 mai et du 9 juin
2. Intervention de Mr Thomas SANNIE, Président de la CRSA : CRSA et démocratie sanitaire
3. PSRS VERSION FINALE: modifications apportées suite aux consultations (par rapport à la V0)
4. CALENDRIER DE TRAVAIL
5. HANDICAP : mission du groupe de travail de la Conférence

### 1. Approbation des comptes-rendus des réunions du 24 mai et du 9 juin

Séance du 24/05 : pas d'observations

Séance du 9/06 :

Mme Crickx fait remarquer qu'elle exerce à l'hôpital Bichat.

M. Hercot, absent excusé, a fait parvenir au Président le souhait de reformuler la phrase : « **M. HERCOT (URPS)** estime qu'il suffirait d'aider la médecine libérale pour que le système ambulatoire marche très bien », en la remplaçant par : « **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. »

Mme Ridel a également transmis au Président plusieurs observations concernant le résumé de son intervention :

« L'observatoire a été créé en 2008 avec la base de données de l'APUR »

⇒ ce n'est pas tout à fait ça : 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.

« Réaliser des études spécifiques »

⇒ l'étude 2010 portait sur l'insertion socio-professionnelle des personnes en situation de handicap à Paris. (je vous joins également le lien si vous souhaitez faire un renvoi sur cette étude)

Concernant les résultats :

- 2/3 des personnes en situation de handicap vivent seules .  
⇒ **attention il s'agit d'une analyse sur les fichiers COTOREP, donc uniquement sur les adultes (source MDPH)**
- La moyenne d'âge est de 52 ans (**Source exploitation fichier COTOREP, MDPH**)
- 56 % sont des hommes  
⇒ **ce n'est pas 56% mais 52%(Source exploitation fichier COTOREP, MDPH)**
- Les personnes en situation de handicap sont sur-représentées dans le 1/4 Nord Est et Est de Paris  
⇒ **ce n'est pas exact, cf page 23 du rapport, si l'on prend en compte toutes les décisions de la MDPH, il ressort que la répartition géographique des personnes en situation de handicap est plutôt conforme au poids démographique des arrondissements parisiens.**

Et voici les liens :

⇒ rapport de l'observatoire :

[http://www.paris.fr/politiques/les-politiques-parisiennes/handicap/rub\\_9706\\_stand\\_82984\\_port\\_24008](http://www.paris.fr/politiques/les-politiques-parisiennes/handicap/rub_9706_stand_82984_port_24008)

⇒ rapport sur l'insertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap à Paris

<http://www.handipole.org/spip.php?article1844>

⇒ je vous joins le PPT mis sous format PDF en pièce jointe

**Quant à Mme Peintre**, elle a transmis une note complémentaire à son intervention qui sera ajoutée en annexe du compte-rendu de la réunion du 9 juin.

Avec ces réserves et ajouts qui seront intégrées dans une version définitive, le compte-rendu est accepté.

## **2. Intervention de Mr Thomas SANNIE, Président de la CRSA : CRSA et démocratie sanitaire**

**M. Thomas SANNIE**, Président de la CRSA, ayant eu un empêchement de dernière minute, **M. Daniel CARRE** a accepté de le remplacer sur le champ, ce dont le Président le remercie. M Daniel Carré est membre du collège 2 (associations agréées, il représente l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité) et vice- président de la sous-commission « prévention » ; à ce titre il siège à la commission permanente de la CRSA.

La CRSA Ile de France est composée de 100 membres titulaires. Elle repose sur le travail de 4 commissions spécialisées (prévention, offre de soins, médico-sociale, droits des usagers) et celui d'une commission de coordination (coordination Etat- collectivités territoriales sur la prévention). Une commission permanente de 25 membres rassemble les présidents et vice-présidents des 4 commissions et des élus de chaque collège.

En termes de fonctionnement : la commission « droit des usagers » se livre surtout à l'examen des rapports des CRUQPC, la commission « prévention » joue le rôle d'agitateur d'idées ; elle s'est penchée notamment sur les besoins de soins de psychiatrie des personnes sans domicile. La commission « offre de soins » se consacre prioritairement au traitement administratif des dossiers d'autorisation. La commission « médico-sociale » traite notamment des problèmes à résoudre entre Paris, la région et l'ARS ;

**Aspects positifs de ce dispositif : nombreuses réunions avec M. Evin.** En commission, le travail est intéressant et permanent, notamment en commission de prévention. Un dialogue s'établit entre les membres qui viennent d'horizons différents. **Mais deux critiques : un manque de moyens et un agenda « dément »** à rapprocher des masses financières en jeu (55 à 65 mds €) et de l'absence d'expérience de travail collectif. Ce travail collectif commence en commission permanente. **Exemple** : examen du PSRS. La version 0 a été examinée le 9/04 (séminaire d'une journée un samedi) ; 4 groupes de travail transversaux ont fait part de leurs constats transmis à la commission permanente. La version 1 a donné lieu à un projet d'avis et à 15 demandes d'amendements. **L'avis de la commission permanente sur le PSRS sera probablement positif**, la séance plénière est fixée au 12/07. Cet avis est **assorti de points de vigilance et de critiques** portant notamment sur la sous-évaluation du rayonnement de la recherche médicale et sur la place insuffisante accordée à la santé mentale (points à retravailler).

**MME KHAN BENSAUDE** indique que par ailleurs il n'y a pas grand-chose sur la santé des enfants et adolescents.

**MME CRICKX AP/HP BICHAT** estime que la V1 est enrichie, mais cette version est-elle mobilisatrice des énergies ? Elle en doute. L'aspect universitaire est passé sous silence, ce qui est problématique.

**M. CARRE** précise que le Pr Fagon a remis un amendement. Il faut effectivement remotiver et remobiliser les acteurs.

**MME CRICKX AP/HP BICHAT** insiste sur le fait que les acteurs doivent pouvoir se retrouver dans les objectifs définis et être confortés par rapport à leurs valeurs.

**M. CARRE** fait remarquer que ce point ne concerne pas que les hospitaliers.

**M. BURNIER** regrette que la santé mentale ne soit pas traitée (diagnostic, objectifs).

**MME LEFEVRE, UNAFAM** a dénoncé ce manque et attend de nouveaux développements sur ce sujet.

**C. BERNARD ARS DT 75** rappelle que le PSRS est un chapeau stratégique à partir duquel les schémas vont se décliner jusqu'à fin 2012.

**H. JUNQUA ARS DT 75** estime que la démocratie sanitaire ne se limite pas au fonctionnement des instances mises en place ; elle se vit au sein des groupes de travail, des conférences de territoire qui sont là pour apporter la vision du terrain, des acteurs. Par rapport aux moyens, il est vrai qu'il n'y a pas de moyens spécifiques, mais les moyens de l'ARS sont en soutien en tant que de besoin.

**M. CARRE** rappelle une revendication du CISS : que les associations disposent d'autres moyens que des subventions annuelles. Par rapport au fonctionnement des instances, un rodage est nécessaire ; il faut laisser du temps au temps pour que le débat démocratique s'installe. Les représentants des usagers en CNSA se posent des questions quant à leur désignation et leur rôle par rapport à un projet global de santé, sachant que la démocratie sanitaire, ce sont aussi les soignants et les autres professionnels.

**MME GUIGNARD CODERPA** : s'interroge par rapport aux questions de veille et sécurité sanitaire et estime que les problèmes portant sur les risques nucléaires, la santé au travail et les nanotechnologies devraient être pris en compte.

**H. JUNQUA ARS 75** répond que certaines de ces questions sont traitées dans le plan santé environnement qui sera intégré dans le plan régional de santé. La veille et la sécurité sanitaires sont également traitées au niveau régional.

**M. CACOT** pose la question des relations entre les représentants des usagers des champs sanitaire et médico-social.

**M. CARRE** répond que certains se connaissent via le CISS Ile de France. Le Coderpa est bien connu. Les liens avec les représentants du champ du handicap se sont noués un peu plus tard. In fine, le groupe s'avère relativement homogène.

**M. CACOT** fait remarquer que de même entre professionnels il faut un peu de temps pour « fonctionner ensemble ».

**M. CARRE** relève que, quelque soit leur secteur d'origine, les représentants des usagers se retrouvent sur un « socle commun » : accessibilité, relations entre les structures, information .....Une convergence qui mène à des propositions de parcours de santé, plutôt que des parcours de soins.

**M. LEROY RESEAUX DE SANTE** s'étonne que l'avis CRSA soit favorable malgré les critiques exprimées.

**M. CARRE** répète que l'avis est favorable sous certaines conditions. La commission a préféré un « oui mais » plutôt qu'un « non mais ».

**H. JUNQUA ARS 75** H estime qu'en effet il est plus aisé de faire évoluer les choses à partir d'un oui. Le « non mais » ferme davantage l'horizon.

**M. CARRE** fait remarquer que l'évolution entre les versions 0 et 1 est en partie dû au travail de la CRSA.

**M. CACOT** s'interroge sur la signification politique de la parole des usagers. Etre présent dans les instances et préserver son droit de contestation. Importance de l'espace temps de la rencontre. Il informe la conférence de la démission de Mme Gaille (personnalité qualifiée), celle-ci ne pouvant inscrire la réflexion qu'elle souhaitait apporter dans les contraintes de temps imposées actuellement :

*« Après quelques semaines de réflexion, je préfère maintenir ma décision car je ne sais pas travailler dans la presse et le rythme qui nous est imposé par l'institution me pose quelques questions quant à l'idée de démocratie participative que je servirai en m'y soumettant. Je le regrette car j'ai bien apprécié l'atmosphère que vous aviez créée et ne doute pas de l'intérêt du sujet. »*

**MME GUIGNARD CODERPA** pense que le facteur « temps » est important. Pour la prise en compte de la personne âgée, il a fallu du temps ; on peut penser qu'en santé mentale il en ira de même.

**MME MOLENAT** rappelle que les associations de handicapés ont été à l'origine des progrès constatés.

**MME LEFEVRE** fait remarquer que la reconnaissance du handicap psychique ne date que de 2005 ; un travail considérable a été accompli. La difficulté tient au fait que les personnes handicapées sur le plan psychique doivent s'inscrire dans un parcours de vie et non « seulement » de santé.

### **3. PSRS VERSION FINALE: modifications apportées suite aux consultations (par rapport à la V0)**

Suite aux propositions des Conférence de Territoire et de la transmission de différentes contributions au directeur de l'ARS, et du travail de la CRSA, la partie 4, principalement, a été modifiée et enrichie.

**H. JUNQUA ARS 75** précise que la V0 était issue d'une « écriture en chambre ». Le PSRS n'a pas vocation à répondre aux problématiques précises et à se situer au plan de l'opérationnel ( ce sera l'objet des schémas et des plans d'action). Elle note qu'il n'y a pas dans la version actuellement soumise à concertation une reprise exhaustive des contributions de la CRSA et des Conférences de Territoire. Mais cette V1 a été remaniée sur la forme et sur le fond (sur le volet médico-social, le parcours de santé, la territorialisation). Il s'agit d'une nouvelle écriture qui rend les comparaisons difficiles.

Les propositions de la Conférence de Territoire vont continuer à inspirer les actions concrètes qui s'inscriront dans le PRS.

**C. BERNARD ARS DT 75** indique que la notion de contrat de territoire a disparu en tant que tel. Il faudra plutôt voir par territoire comment avancer concrètement avec les partenaires ; elle cite en exemple la démarche soutenue par l'ANAP autour de Lariboisière et de ses partenaires pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées. **Elle cite également les discussions en cours avec la mairie de Paris sur la conclusion d'un contrat local de santé.** La V1 peut ne pas paraître encore assez précise ; un document stratégique ne peut pas être parfait, mais il doit attirer les contributions, les aiguillons. La présentation « en silo » répond à des obligations réglementaires, mais il est dit que la santé mentale doit être traitée dans chacun des schémas. Cette contrainte réglementaire doit rendre la transversalité encore plus nécessaire. Enfin il est fait référence aux coordinations à travailler avec les autres politiques publiques, sociales. A titre d'exemple, la problématique « mère-enfant ».

**MME OLIVIER-THOMAS** confirme que le travail expérimental en cours sous l'égide de l'ANAP est intéressant. Il s'agit de faciliter le parcours de santé de la personne âgée, en évitant la case « urgences ».

**H. JUNQUA ARS 75** propose que la démarche soit présentée lors d'une prochaine conférence de territoire par Mme Dumas et les partenaires engagés dans cette expérimentation.

**MME GUIGNARD CODERPA** pense que l'intérêt de cette expérience est de voir si la démarche est reproductible pour d'autres populations fragiles. Elle estime que la Conférence de Territoire de Paris doit travailler en lien avec les autres Conférences de Territoire (notamment petit couronne) et que ce travail interdépartemental n'apparaît pas clairement dans le PSRS.

**H. JUNQUA ARS 75** répond que déjà actuellement on regarde de l'autre côté du périphérique. Une réflexion a été menée lors des travaux préparatoires à la définition des territoires. Une des propositions visait à l'époque à s'abstraire du découpage départemental pour définir des territoires à cheval sur plusieurs départements afin de correspondre au plus près aux problématiques de santé. Cette option n'a pas été retenue, mais dans la mise en œuvre des actions de l'ARS, il est indispensable de considérer l'approche territoriale la plus pertinente.

**MME DE LA ROCHELAMBERT** confirme que cette préoccupation est déjà présente et doit être développée.

**MME CRICKX AP/HP BICHAT** constate que le document a été enrichi dans ses parties 3 et 4. Le diagnostic de la précarité doit être mieux précisé. Le dialogue avec les tutelles est nécessaire. Pour les prises en charge en ambulatoire, il faut engager le dialogue avec la CPAM pour les favoriser.

**C. BERNARD ARS DT 75** estime qu'il faut se dégager des contraintes réglementaires d'organisation administrative pour monter les projets répondant aux objectifs.

**H. JUNQUA ARS 75** confirme que les tutelles se parlent. Il y a d'une part les instances prévues par loi et d'autre part les initiatives qui peuvent être prises localement. C'est ainsi que des CODIR communs ont été institués entre la DT 75 et la DDCS et la DRIHL.

**MME LEFEVRE, UNAFAM** demande comment on peut s'enrichir de l'avancée de ces travaux.

**M. LEROY RESEAUX DE SANTE** fait remarquer qu'il faut penser à la généralisation des réalisations intéressantes ; sinon on crée des sources d'inégalités.

**C. BERNARD ARS DT 75** reprend l'exemple de l'expérimentation ANAP ; il s'agit bien de tendre vers une modélisation. De même le travail entrepris avec les réseaux de santé a bien pour objectif une amélioration de la couverture géographique et thématique du territoire parisien. Enfin, il est indiqué que le PSRS devrait être arrêté fin juillet 2011 ; chaque région a rédigé une version qui lui est propre, il n'y a pas de version originelle commune.

**M. CACOT** retient pour sa part que la DT 75 demande à la Conférence de Territoire d'être un laboratoire d'idées, un aiguillon.

#### **4. Calendrier de travail**

**H. JUNQUA ARS 75** revient sur le calendrier des travaux du PRS en indiquant que l'ARS Ile de France a demandé à pouvoir desserrer le calendrier initial. Le PRS sera arrêté au 15/10/2012. Il sera constitué de schémas « première vague » sur les thématiques suivantes : ambulatoire, prévention, médico-social, PDSES ; une première version est attendue fin 2011 , à partir de là s'ouvrira une période d'expérimentation et de concertation (1<sup>er</sup> semestre 2012). Le schéma « offre de soins » sera travaillé à partir de fin 2011 jusqu'à l'été 2012. Cette architecture nécessite un tableau de bord complexe. Il y a 7 groupes de travail sur la prévention et 11 sur le médico-social. Une première rédaction interviendra fin septembre/octobre 2011 qui sera soumise à concertation fin 2011. La plupart des groupes de travail se réunissent au niveau régional. Un comité de rédaction élabore les synthèses à partir d'un plan-type pour chacun des schémas. Sur l'offre de soins, des volets particuliers viendront compléter le schéma (biologie, bucco-dentaire) Enfin une instance de coordination interne à l'agence veille à la transversalité des approches (copil inter-schémas)

**MME LEFEVRE, UNAFAM** demande comment peut s'intégrer la CT dans ce vaste ensemble complexe

**M. CACOT** revient à la notion de « laboratoire d'idées », d'expérience de terrain.

**C. BERNARD ARS DT 75** indique que formellement la CT sera consultée sur les schémas, sur le contrat local de santé, ce qui supposera l'organisation de discussions préalables.

**M. CACOT** regrette l'absence des élus.

## **5. Handicap : mission du groupe de travail de la Conférence**

**M. CACOT** rappelle que lors de la dernière réunion a été esquissée la constitution d'un groupe de travail de la Conférence sur le thème du handicap. 3 sujets pourraient être abordées et formalisés dans une lettre de mission : La question des systèmes d'information, la définition des priorités territoriales et le recueil des actions innovantes par des enquêtes sur le terrain, en privilégiant les innovations promouvant décloisonnement et transversalité. Personnes intéressées : M Burnier, Mme Molenat, Mme Lefèvre, Mme Schoumaker, M Leroy, Mme Giloux, M Sachet.

**C. BERNARD ARS DT 75** fait remarquer qu'il serait logique que des représentants du secteur sanitaire participent à ce groupe ; il serait dommage de manifester par la composition de ce groupe le clivage médico-social/sanitaire, alors que l'un des problèmes à examiner est à son avis l'état de santé des personnes handicapées et leur accueil par les offreurs de soins.

**MME KAHN-BENSAUDE** propose de voir avec les représentants de l'URPS : M Hercot ou M Baillargeat.

**MME CRICKX AP/HP BICHAT** pense solliciter Mme Mouren-Simeoni. Il serait également bon qu'il y ait un représentant des centres de santé. Il est rappelé que les participants du groupe ne représentent pas leurs structures mais apportent leurs savoirs et compétences pour travailler les sujets évoqués.

**M. SACHET** se propose comme **pilote** du groupe de travail. Le cabinet conseil qui travaille sur le schéma départemental « handicap » de Paris rencontrera le « groupe handicap » de la Conférence le 12 juillet à 17h. A la réunion de la conférence de territoire d'octobre, présentation des premières explorations du groupe de travail.

### **Prochains travaux de la Conférence :**

La prochaine réunion de la CT est prévue le 15/09 dans les locaux de l'hôpital St Louis. En conférence introductive, les participants à l'expérience ANAP viendront exposer la démarche engagée. **MME OLIVIER-THOMAS** se charge de contacter les personnes concernées Le texte final du PSRS sera connu à cette date. Le CPOM de l'ARS pourra faire l'objet d'une présentation.

**M. BURNIER** propose de présenter lors d'une réunion le dispositif « housing first » avec le **Dr MERCUEL**



**La prochaine réunion de la CT est prévue le 15/09 dans les locaux de l'Hôpital St Louis.**

**(Accueil dès 8h30)**