

Conférence de Territoire

Hauts-de-Seine

Compte-rendu de la Conférence de Territoire des Hauts-de-Seine Séance du 27 juin 2012

PARTIE 1

Rencontre avec Claude Evin, les maires du département, le réseau Elus santé du 92, les élus du Conseil Général et les membres de la CT92

Cf CR

PARTIE 2

Synthèse des travaux sur les schémas et préconisations de la CT92

PARTIE 2

Synthèse des travaux sur les schémas et préconisations de la CT92

- Annulation de la séance plénière du 6 juillet, ne disposant pas des documents sur le SROS hospitalier.
- Validation du CR du 8 juin 2012 sur Alzheimer.

Demande est faite d'un compte-rendu synthétique permettant d'extraire des éléments constitutifs d'une feuille de route pour la CT92 sur ce thème, dans la suite de cette journée d'échanges, pour la déclinaison du plan départemental Alzheimer. Il aurait vocation de transparence vis-à-vis des décisions actées et de l'information des élus sur nos actions.

1. Volet ambulatoire du SROS

Diagnostic territorial

Points forts

Les indicateurs économiques et de santé sont supérieurs aux indicateurs régionaux.

La couverture de l'ensemble du département par des centres de santé et des réseaux est satisfaisante.

Points faibles

On rencontre des problèmes d'accessibilité médicale libérale en secteur 1.

L'accessibilité aux soins est due à l'insuffisance de médecins en secteur 1 ainsi qu'au faible nombre d'infirmier (ères) libérales.

L'organisation de la PDSA, Permanence Des Soins Ambulatoire est peu lisible.

On distingue des zones géographiques à faible offre de soins libérale et fragilisées avec une démographie médicale vieillissante.

La lisibilité de l'offre des réseaux est insuffisante pour les professionnels de santé.

Actions/expérimentations dans le 92

La permanence locale interprofessionnelle mensuelle a démarré.

L'action est lancée pour une Journée annuelle de découverte professionnelle.

Fiche pharmaceutique post hospitalisation en cours d'expérimentation.

L'ARS accompagne des projets de SEC, Structures d'Exercice Collectif, et d'évolution de centres de santé : projet de Maison de Santé Pluri professionnelle à Suresnes, étude sur le modèle équilibré des centres de santé.

Des expérimentations sont en cours en centres de santé (Villeneuve la Garenne et Nanterre), avec la CPAM, pour favoriser l'accessibilité aux soins des personnes vulnérables en l'accompagnant pour l'obtention d'une complémentaire santé.

Une expérimentation dans les IFSI est menée pour sensibiliser les futurs infirmiers à l'exercice libéral.

↳ La CT92 souhaite une cartographie des centres de santé et des réseaux ainsi que de l'offre de consultations médicales libérales en scindant secteur 1 et secteur 2 (AMELIE Direct).

Une convention URPS-ARSIF a été signée, comportant 3 axes :

• Axe 1 : Démographie et aide à l'installation des professionnels de santé

• Axe 2 : Mise en place d'un observatoire de l'accès aux soins des populations

• Axe 3 : Promotion, développement et maintien des structures d'exercice collectif

↳ La CT92 souhaite un état d'avancement pour le département.

Propositions de la CT92 sur le schéma de l'offre de santé ambulatoire

Verbatim :

La CT92 souhaite avoir une plus grande visibilité dans les Hauts-de-Seine sur l'installation des professionnels de santé, souhaitant identifier des leviers d'action, en particulier pour améliorer l'attractivité pour les infirmières, les médecins... Les élus du département sont particulièrement intéressés par ces installations. La CT92 pourrait participer à la mise en cohérence de ces installations. L'installation de professionnels de santé, au sein de cabinets de groupe ou de structures d'exercice collectif ayant un projet de santé (maisons de santé, centres de santé) est une perspective d'avenir.

Il est attendu une meilleure visibilité des réseaux, sur leur diversité et sur leur couverture du territoire. Il est attendu là encore une mise en cohérence des réseaux au vu des besoins. Exemple est pris du suicide et de la santé des jeunes.

Pour l'installation des infirmières se pose le problème de l'accessibilité financière des logements. Un travail avec la Préfecture est à engager sur ce sujet, proposant d'utiliser des logements de fonctionnaires. La mairie de Colombes quant à elle a développé la colocation intergénérationnelle pour aider les étudiantes de l'IFSI de Nanterre avec un loyer mensuel de 350€.

Les loyers pour des locaux de libéraux sont élevés ; un travail peut être mené avec les communes.

On assiste à une fuite des médecins vers la Province, posant le problème de la continuité des soins. De nombreux centres de santé sont disposés à recevoir les urgences médicales de jour. Certains, disposant de médecin, infirmière et radio, le font. Les centres de santé travaillent en lien avec les hôpitaux et, par exemple, transmettent au besoin les ECG pour avis. Il serait bien de le protocoliser. L'atout pour les patients est que de nombreux centres de santé sont ouverts le samedi; les centres de santé pratiquent le tiers payant c'est-à-dire une avance partielle, voir totale de frais car certains ont des conventions avec des mutuelles.

↳ Un listing des centres de santé du 92 accueillant les urgences est attendu, précisant l'ouverture du centre le samedi.

Pour la nuit, un travail relationnel entre Samu et réseaux, en particulier géranto et palliatif, permettrait un transfert du dossier médical des patients hospitalisés la nuit en urgence ; une astreinte téléphonique doit être accessible au Samu. De nombreux réseaux disposent d'une astreinte médicale. La coordination entre les établissements, les familles, les réseaux et les établissements de santé est à améliorer.

L'articulation inter-réseaux fonctionne assez bien mais des améliorations sont attendues dans l'articulation avec les médecins de ville. Cette réflexion alimente celle sur le devenir et le financement des réseaux mais aussi leur travail ensemble (mutualisation de moyens ?).

Il résulte de ces réflexions les propositions suivantes :

Proposition N° 1 : Renforcer les consultations des spécialités médicales où l'offre reste insuffisante et l'accès aux soins difficile en secteur 1: ophtalmologie, dermatologie, endocrinologie, diabétologie, urologie, neurologie, rendre lisible les secteurs 1 et 2,

Proposition N° 2 : Faciliter l'accès aux soins notamment l'accès aux soins dentaires en favorisant l'accessibilité financière et géographique,

Proposition N° 3 : Favoriser la démarche des parcours de santé en articulant les différents dispositifs médecins traitants, les établissements, les réseaux et l'hôpital,

Proposition N° 4 : Améliorer la lisibilité des réseaux grâce à une cartographie de l'offre,

Proposition N° 5 : Développer des réseaux adaptés aux besoins (suicide, santé des jeunes, fin de vie,...) et améliorer la lisibilité (cartographie),

Proposition N° 6 : Développer le regroupement de professionnels de santé dans les cabinets et les structures d'exercice collectif (maison de santé pluridisciplinaire),

Proposition N° 7 : Améliorer la lisibilité de l'offre de soins non programmés dans les centres de santé et les maisons médicales de garde,

Proposition N° 8 : Améliorer l'accessibilité financière des maisons médicales de garde avec tiers payant voire avance de frais.

2. PDSSES Permanence Des Soins en Etablissement de Santé :

Le cahier des charges de la PDS-ES, en nuit profonde (22h30-8h), pour la chirurgie orthopédique et la chirurgie viscérale, a été arrêté par le DG ARS, pour un an, avec mise en place au 1 février 2012 du nouveau dispositif comportant, dans le 92, cinq établissements de santé : Hôpital Beaujon, Hôpital Antoine Béclère (en lien avec Hôpital Privé d'Antony), Hôpital d'instruction des armées Percy , Hôpital Ambroise Paré, Hôpitaux Louis Mourier et Max Fourestier.

Bilan d'étape

L'activité nuit profonde s'avère plus faible que les estimations. La réorganisation de la PDSSES fonctionne. Le dispositif d'évaluation est opérationnel. La majorité des refus est due à l'indisponibilité de lits d'hospitalisation. Le dispositif ROR (Réseau Opérationnel Ressources) assure le suivi des refus et des fonctionnements non conformes.

Une évaluation à un an est prévue.

Quelques difficultés sont pointées par l'assemblée sur les transferts et les coûts, assurances, responsabilités, ...

Préconisations de la CT92

La CT92 souhaite disposer de l'évaluation à 1 an du dispositif avec le nombre de refus.

La CT92 souhaite que l'Agence **communiqu**e sur la **PDSES** en direction des professionnels de santé, mais aussi du grand public. Les gens doivent connaître les niveaux de gravité et savoir où sont les services d'urgence. Une clarification des rôles est attendue.

La CT92 souhaite que le public soit informé sur les modalités d'accès en urgence à des soins médicaux, en ambulatoire et à l'hôpital.

Pour la prise en charge chirurgicale en nuit profonde, c'est le chirurgien de garde qui pose l'indication opératoire. Seuls les hôpitaux retenus pour ce dispositif sont rémunérés pour cette garde chirurgicale. Cependant certains établissements de santé comme l'Hôpital Privé d'Antony – qui n'a pas été retenu – peuvent choisir de réaliser des interventions d'autant que certains patients s'y rendent hors samu; dans ce cas, le chirurgien, qui est d'astreinte à son domicile, se rend à l'hôpital.

La prise de risque de transférer un malade persiste. Les responsabilités sont alors partagées. Pour le coût, lorsqu'un malade est vu aux urgences, même s'il est transféré et non hospitalisé, lui est appliqué un tarif de consultation.

L'objectif de la PDSES est de sécuriser davantage les interventions en nuit profonde.

Le SROS Etablissements de santé devrait permettre de clarifier ces points.

Schéma d'Organisation Médico-Sociale

Personnes Agées

Diagnostic territorial

Points forts

Le taux d'équipement en EHPAD du 92 est satisfaisant (81 places/1000 PA de plus de 75 ans).

Points faibles

On constate une sous activité dans les structures de répit (accueils de jour)

Le 92 est sous équipé en places de SSIAD :

92 : 18,75 places/1000 PA de plus de 75 ans

IDF : 20,8 places/1000 PA de plus de 75 ans

Des difficultés de coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social gênent la prise en charge et le suivi des personnes âgées.

Le 92 souffre d'un déficit de psycho gériatrie pour la prise en charge des patients.

Les établissements ont des difficultés de recrutement de professionnels de santé.

Actions/Expérimentations

Dans le 92 se développent des équipes mobiles de gériatrie : prise en charge en ville avec 30 places SSIAD sur 5 équipes spécialisées déjà installées.

2012-2013 verra le développement de MAIA (Maisons d'accueil et d'Informations Alzheimer), avec 2 prévues en 2012.

Les accueils de jour et les hébergements temporaires (structures de répit) à développer en fonction des besoins.

La structuration du dispositif AJ et AT, PASA/UHR et en cours.

Une expérimentation d'IDE de nuit en EHPAD démarre. Une extension de ce dispositif permettrait sans doute de diminuer les hospitalisations et favoriserait les sorties plus précoces des hôpitaux.

Préconisations CT92

La conférence de territoire rappelle les travaux de la déclinaison territoriale du plan d'Alzheimer, les actions s'inscrivent dans la continuité et visent à améliorer le parcours de santé des personnes âgées.

Verbatim :

- Malgré un nombre satisfaisant de places en EHPAD, une amélioration de l'**accessibilité financière** est nécessaire, le reste à charge est souvent trop important pour la personne âgée et sa famille. Une coordination accrue entre le CG et l'ARS est nécessaire pour la programmation de structures accessibles. Une meilleure adéquation des besoins et des outils est attendue.
- Malgré des besoins identifiés, l'offre de places en structures de répit est restreint ; ceci est surtout dû à la non ouverture de places autorisées pour des raisons d'ordre technique et organisationnel. L'ouverture d'accueils de jour de type structures autonomes d'au moins 6 places peut paraître préférable aux structures adossées à des EHPAD. En effet nombre de PA refusent de se rendre en accueil de jour situé dans un EHPAD, ayant l'impression que c'est une orientation vers l'établissement. Un débat d'orientation pour la PA serait intéressant.
- Il faudrait veiller à mieux articuler les CLIC avec les autres dispositifs et qu'ils s'impliquent davantage dans le parcours de santé ; il faut donc organiser les parcours de vie des PA en liens étroits avec le CG. Le CLIC réalise l'interface avec l'établissement de santé ; mais les CLICS et les réseaux devraient fonctionner ensemble (cf. circ mai 2007). Le réseau Agekanonix a passé convention avec des CLIC. Les MAIA constituent une nouvelle piste. La mise en cohérence des dispositifs doit être recherchée. Le département du 92 compte 23 CLIC, 2 réseaux gérontologiques et bientôt 2 MAIA.
- Les infirmières dans les EHPAD ne font pas le même travail qu'à l'hôpital. Elles ont de nombreuses responsabilités tout en étant « isolées » d'un point de vue médical, un médecin coordinateur étant rattaché mais sans présence permanente. Ce métier est à faire connaître, à valoriser, tout en trouvant des dispositifs pour rassurer les professionnels.
- Prévention de la maltraitance et leviers de promotion de la bientraitance.

Il résulte de ces observations les propositions suivantes

Proposition 1. Développer l'information des médecins généralistes concernant le dispositif spécialisé pour le repérage et le diagnostic de la maladie Alzheimer,

Proposition 2 : Améliorer l'accès aux accueils de jour, qu'ils soient adossés aux EHPAD ou autonomes et leur répartition sur le territoire (il faut avoir des accueils de jour en ville, dans la cité, qui soient clairement identifiés comme soutien aux familles pour le maintien à domicile ou pour préparer l'intégration à l'EHPAD. Il est nécessaire, pour chaque établissement de travailler sur le projet de l'accueil de jour),

Proposition 3 : Poursuivre la montée en charge des dispositifs PASA et UHR,

Proposition 4 : Conduire l'expérimentation d'IDE de nuit en EHPAD pour prévenir les hospitalisations de nuit et accélérer le retour en institution, suite à hospitalisation et, après évaluation, son déploiement éventuel dans d'autres EHPAD,

Proposition 5 : Veiller à la répartition harmonieuse d'EHPAD à des tarifs accessibles sur le département,

Proposition 6 : Renforcer la nécessaire coordination de l'ARS avec le Conseil Général sur la programmation des structures et le financement des places (Schéma gérontologique départemental à établir en étroite concertation ARS/CG92),

Proposition 7 : Articulation des missions des CLIC sur le territoire des Hauts de Seine avec le dispositif Alzheimer 92 et mise en cohérence avec les dispositifs MAIA qui vont être déployés,

Proposition 8 : Développer le tutorat des jeunes infirmières afin de les sécuriser dans leur exercice professionnel dans les EHPAD,

Proposition 9 : Développer la psycho gériatrie et améliorer l'articulation entre la psychiatrie et le médicosocial. En EHPAD, les personnes qui relèvent du secteur psychiatrique ne peuvent fréquenter les CMP. Ils relèvent d'une prévention également, de décompensations psychiatriques qui sont plus fréquentes chez les personnes âgées, surtout atteintes de troubles somatiques. Il faut pouvoir offrir à ces personnes, et en EHPAD en particulier, par le biais d'équipes mobiles, des soins psychiatriques autant que de besoin,

Proposition 9 : Promouvoir la bientraitance avec des dispositifs d'accompagnement des personnels et s'assurer de la pérennité des actions de SOLRES 92.

Schéma d'Organisation Médico-Sociale

Personnes Handicapées

Diagnostic territorial

Points forts

L'offre en équipements pour déficients moteurs semble satisfaisante ainsi que l'offre en équipements pour déficients auditifs.

Points faibles

Le 92 souffre de nombreux déficits et difficultés :

Déficit dépistage et prise en charge précoce du handicap

Déficit SESSAD (accompagnement des handicaps moteurs et sensoriels)

Déficit ITEP (enfants et adolescents présentant d'importants troubles du comportement)

Déficit structures pour l'autisme et les troubles envahissants du développement

Déficit établissements pour PH vieillissantes

Difficultés socialisation des personnes handicapées psychiques

Difficultés de recrutement de professionnels

Difficultés pour les mises aux normes d'accessibilité des établissements

Actions/expérimentations

Une transformation des agréments des établissements pour adapter l'offre aux besoins est en cours.

Une réflexion pour la création d'un observatoire 92 du handicap, en lien avec la MDPH, est menée.

Un travail pour la création d'une plateforme de dépistage précoce de l'autisme est mené.

Préconisations :

Verbatim :

- La conférence de territoire propose de mettre en place un observatoire des besoins, d'améliorer le dépistage et la prise en charge précoce du handicap,
- Développer les places en SESSAD,
- Développer les places en ITEP pour les enfants et adolescents présentant d'importants troubles du comportement,
- Développer les structures pour les troubles envahissants du développement,
- Pallier au déficit de places, avec la problématique spécifique, de la population « personnes handicapées vieillissante »,

- Améliorer l'accès des personnes handicapées aux locaux avec la planification de la mise en accessibilité des établissements de santé et des locaux des professionnels de santé telle que définie par la loi du 11 février 2005, d'ici 2015,
- Améliorer la socialisation des personnes en situation de handicap en raison de troubles psychiques,
- Améliorer l'articulation entre le sanitaire et le médicosocial et le social,
- Améliorer la coordination avec le secteur psychiatrique pour les personnes handicapées mentales qui sont en établissement.

Il en résulte les propositions suivantes :

Proposition 1 : Mettre en place un observatoire des besoins pour le 92,

Proposition 2 : Veiller au développement des CAMPS afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge précoce du handicap,

Proposition 3 : Construire une plate-forme de dépistage précoce de l'autisme,

Proposition 4 : Veiller au développement des places en SESSAD,

Proposition 5 : Développer les places en ITEP pour les enfants et adolescents présentant d'importants troubles du comportement,

Proposition 6 : Développer les structures pour les troubles envahissants du développement,

Proposition 7 : Pallier au déficit de places, avec la problématique spécifique, de la population « personnes handicapées vieillissante »,

Proposition 8 : Identifier des parcours de référence selon les pathologies invalidantes, pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Identifier et valoriser les places médico-sociales participant à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes dont le handicap fait l'objet d'objectifs nationaux : AVC, Traumatismes crâniens, blessés médullaires, polyhandicapés, autisme etc...,

Proposition 9 : Améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des personnes handicapées avec des conventions en fonction des acteurs des domaines sanitaire et médico-social et développer une offre de soins suffisante et adaptée aux déficiences motrices et au poly handicap,

Proposition 10 : Valoriser les parcours professionnels des salariés en valorisant leurs fonctions au sein des structures et développer les formations,

Proposition 11 : Accompagner les personnes en situation de handicap sur toute la durée de la vie, aucune barrière d'âge ne pouvant y mettre fin,

Proposition 12 : Renforcer la coordination entre l'ARS et le conseil général,

Proposition 13 : Améliorer participation et coordination avec l'Education Nationale,

Proposition 14 : Accompagner les personnes en situation de handicap sur toute la durée de la vie sans barrière d'âge et développer des structures adaptées au vieillissement des personnes handicapées,

Proposition 15 : Mettre en place les conditions de prise en charge des « trouble des apprentissages précoces »,

Proposition 16 : Améliorer la socialisation des personnes en situation de handicap en raison de troubles psychiques avec la création de résidences accueil, lieux intermédiaires entre l'hôpital et l'appartement autonome.

Schéma d'Organisation Médico-Sociale

Personnes à Difficultés Spécifiques (Addictions)

Diagnostic territorial

Le département présente un fort taux de conduites addictives chez les jeunes (11% d'usagers réguliers d'alcool à 17 ans contre 7% en IDF).

Points forts

L'offre de structures est bien répartie sur le territoire.

Points faibles

Il y a engorgement par manque de fluidité du parcours/extérieur

7 Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

1 Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)

76 places installées d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)

1 établissement de Lits Halte Soins Santé (LHSS) de 48 places

Actions/expérimentations

Une évaluation du dispositif d'automates distributeurs / récupérateurs de seringues est prévue.

Une étude d'opportunité pour l'ouverture d'un CAARUD dans le sud du département doit être conduite.

Un projet Addictologie pour les adolescents est en cours d'étude à la clinique Dupré à Sceaux.

Propositions de la CT92

Proposition 1 : Mener à son terme la réflexion sur l'opportunité d'un nouveau CAARUD, dans le sud du département,

Proposition 2 : Poursuivre le projet « addictologie » spécifique pour les adolescents,

Proposition 3 : Développer les consultations jeunes consommateurs, en lien avec la MDA et les ESJ, en particulier par rapport à la consommation d'alcool,

Proposition 4 : Améliorer la gestion des automates distributeurs,

Proposition 5 : Développer l'articulation entre l'ambulatoire, le médico-social et les établissements de santé (SSR addictologie) pour fluidifier le parcours et désengorger les structures,

Proposition 6 : Améliorer la socialisation avec la création de résidences accueil, lieux intermédiaires entre l'hôpital et l'appartement autonome,

Proposition 7 : développer un projet Addictologie adolescent (clinique Dupré à Sceaux).

Schéma Prévention

Diagnostic

On constate :

- Un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez les femmes et un taux standardisé d'incidence médico-sociale du cancer du sein chez les femmes supérieurs aux niveaux régionaux et nationaux,
- Un taux de mortalité infantile pour 6 communes, supérieur au taux national,
- Un taux de découvertes de séropositivité supérieur au niveau national,
- Un taux d'incidence de la tuberculose chez les français supérieur au niveau national,
- Un taux de suicide chez les femmes supérieur au niveau régional.

Actions/expérimentations

Des réunions ont réuni des acteurs du territoire sur divers thèmes :

GT 1: périnatalité (femmes et jeunes enfants), avec pour objectif de réduire la mortalité infantile, principalement dans les communes qui présentent des taux supérieurs au taux régional (3,9 /1000),

La réflexion a débouché sur un travail conduit avec le Conseil Général (PMI) et la CPAM 92 sur un projet de mutualisation avec la réalisation d'un guide maternité unique (au lieu de 2) réunissant diverses informations et distribué à l'ensemble des femmes enceintes. Une seconde réflexion est menée afin d'améliorer la couverture territoriale des entretiens prénataux précoces et des ateliers parents (préparation à la parentalité).

GT 2: santé mentale, avec pour objectif de promouvoir la santé mentale et d'assurer une continuité entre repérage de la souffrance psychique et prise en charge.

La réflexion a permis de faire le point sur les initiatives diverses mises en place sur le territoire, notamment les conseils locaux en santé mentale.

GT 3: santé des jeunes, avec pour objectif de promouvoir la santé globale des jeunes et de favoriser leur accès aux soins.

Une convention ARS/Education Nationale a été signée en début d'année avec plusieurs objectifs dont favoriser une offre plus rationnelle dans les établissements de santé. Le partage des données de l'Education Nationale, pas toujours exploitées, est attendu.

GT 4: santé des populations vulnérables, avec pour objectif de promouvoir la santé globale des personnes vulnérables et de favoriser leur accès aux soins.

La réflexion a débouché sur une expérimentation d'un CDAG CIDDIST qui propose des dépistages à la Maison des Solidarités de Gennevilliers, qui est un accueil de jour.

Préconisations de la CT92

Verbatim :

Une mise en cohérence des initiatives menées au niveau du territoire du 92 entre les différents partenaires est nécessaire. Une meilleure coordination des actions, en particulier avec le Conseil Général et la CPAM 92, est nécessaire.

Une « cartographie de l'offre de prévention » plus lisible des acteurs et de la population doit être réalisée.

L'action des associations et des réseaux manque de visibilité. De plus, ces structures auraient besoin de financements pérennes.

La périnatalité, avec une mortalité infantile trop élevée, constitue une préoccupation au niveau départemental. On assiste à une diminution de l'offre de consultations de PMI, en particulier dans les territoires en difficulté (Gennevilliers, Villeneuve la Garenne,...). Ce problème est à revoir avec le CG92. Les dispositifs pour la prévention des grossesses à risque sont à soutenir. L'entretien prénatal précoce fait partie du parcours optimal du suivi de grossesse ; il devrait normalement être réalisé avant le 4^{ème} mois de grossesse, par une sage-femme ou un médecin. Le dépistage de la dépression maternelle mériterait d'être davantage conduit pour la construction du lien d'attachement mère-enfant.

En matière de santé mentale, de nombreuses communes créent des Conseils Locaux en Santé Mentale. Ces dispositifs doivent être soutenus, coordonnés, articulés avec les divers dispositifs et évalués. L'ARSIF va lancer un appel à projet qui va s'adresser à toute la région ; l'ARSIF envisage de financer entre dix et quinze demi-postes de coordinateurs de conseils locaux en santé mentale. Les communes ayant déjà des CLSM risquent de répondre à cet AAP, laissant peu de financements pour de nouveaux projets de CLSM. Il est proposé que la santé mentale soit un des thèmes retenus dans les Contrats Locaux de Santé.

Un projet de centre de prise en charge psychothérapeutique des jeunes étudiants et autres autour de l'université de Paris X, Nanterre, La Défense, dit « centre Anzieu » est à l'étude.

La santé des jeunes, en matière d'addictions et de grossesses ado, est à documenter pour action. Un débat sur la santé des jeunes est prévu début 2013.

Dans le cadre « prévention santé mentale », on parle du conseil local en santé mentale. Une prévention est aussi réalisée par le biais de l'accompagnement. L'accompagnement est très fortement celui des SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale). Or les SAVS ne relèvent que du Conseil Général. Il y a aussi une partie SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) et le seul SAMSAH psychique des Hauts de Seine est à saturation. Il faudrait un AAP conjoint avec création ou extension de places de SAMSAH.

Dans le cadre des difficultés de la socialisation des handicapés psychiques, il faut effectivement l'accompagnement de ces gens, puisque leur maladie, c'est la maladie du lien. Pour éviter toute cette clochardisation de personnes qui sont chez eux, mais qui sont complètement isolées, la CT92 pourrait promouvoir l'idée des résidences accueil qui constitueraient une solution : leur financement se fait avec l'accord de la DRIHL avec un coût de 16,00 € par jour et par personne, soit 6 000 € par an environ, ce qui est moins onéreux que les CHRS. Resocialiser ces personnes sans forcément créer des FAM, des MAS, etc. consiste à créer des lieux intermédiaires car il n'y a pas de structures entre l'hôpital et l'appartement autonome.

Cette proposition pourrait s'inscrire dans le volet médicosocial.

Le problème est le même par rapport à tout ce qui est addiction. Quand on parle de fluidité du parcours, le problème est là. On dispose de structures qui sont très spécialisées où alors les gens sont isolés et on a peu d'intervenants. Il y a peu de structures assez légères où on n'a que deux hôtes d'accueil et dans certaines résidences accueil, les gens s'entraident. Ces publics sont excessivement fragiles et il faut faire des structures plus légères.

Intervention de Mourad BELAÏD, directeur de la gestion du risque et de la communication à la CPAM des Hauts de Seine.

Sur la périnatalité, et notamment sur le post naissance, l'Assurance Maladie est en train de déployer un nouveau service qui est le PRADO. Il est proposé à l'ensemble des établissements ; c'est un service d'accompagnement à domicile, sur autorisation du médecin, destiné aux femmes qui viennent d'accoucher sans difficulté. Aujourd'hui, dans le 92, deux établissements ont signé ainsi que les trois maternités de l'AP-HP avec laquelle a été signée la convention. La parturiente pourra bénéficier d'un accompagnement à domicile par une sage-femme libérale.

Sur la prévention, le rapport de la Cour des Comptes d'octobre 2011, constate que la France est dans un système curatif, avec une culture du curatif et qu'on attend que les problèmes arrivent pour aller voir le médecin. Il est difficile de faire rentrer dans les esprits que la santé ça se prépare dès le plus jeune âge. L'autre constat est qu'il y a beaucoup d'acteurs : le Conseil Général, l'Assurance Maladie, les associations, les communes... nombreux à rendre beaucoup de service, parfois en ordre dispersé. Entre les grandes orientations, et là le plan régional de prévention le démontre, au-delà des cinq priorités affichées on retrouve globalement toute la population et toutes les actions de préventions possibles et imaginable ; la difficulté est d'arriver à dégager deux, trois grandes actions et de mettre l'ensemble des énergies sur les points qui posent problème.

En matière de prévention, l'Assurance maladie a décidé de se concentrer sur certains thèmes et notamment la prévention des maladies chroniques. Sophia, service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les malades chroniques, est déployé pour l'accompagnement des patients souffrant de diabète. L'assurance maladie va élargir le champ aux asthmatiques. De la même manière, l'assurance maladie déploie PRADO, pour le retour à domicile précoce des femmes qui viennent d'accoucher. Mais ces actions ne sont pas coordonnées avec celles d'autres acteurs, les communes, les associations, le Conseil Général,...

La CPAM 92 propose, tout récemment, de promouvoir un service qui s'appelle « santé active » et qui vise l'ensemble de la population et promeut, à la fois les actions de prévention de la commune qui sont déployées et les actions nationales Assurance Maladie, l'idée étant qu'il faut avoir une vision globale, mais que le service doit être rendu au plus proche de l'utilisateur, le premier interlocuteur étant la commune qui va ensuite relayer à l'ensemble des acteurs présents sur le territoire. L'Assurance Maladie souhaite ainsi avoir une action de communication via les sites des communes ; quelques communes ont déjà signé un programme « santé active », avec un programme de coaching, d'accompagnement, d'éducation thérapeutique du patient sur des thématiques fortes : cardiovasculaire, Sophia, ...

L'Assurance Maladie souhaite davantage de coordination et arriver, avec les partenaires locaux, à dégager quelques grandes priorités, pour mettre l'ensemble des énergies, des ressources sur des actions fortes, puisqu'on voit qu'il y a beaucoup de pathologies, beaucoup de problématiques qui se posent mais que les moyens sont limités.

La Commission de Coordination des Politiques Publiques de Santé a, au niveau régional, un rôle de mise en cohérence. La CT92 pourrait avoir ce rôle à l'échelon du département de disposer de la remontée d'informations pour la coordination des initiatives et la mise en cohérence des actions.

La CPAM 92 a le projet d'assises de la prévention pour essayer de mettre l'ensemble des acteurs autour de la table et avoir ensemble des priorités partagées, la gouvernance étant assez multiple sur ce champ là.

Il résulte de ces réflexions les propositions suivantes :

Proposition N°1 : Assurer une déclinaison territoriale des plans de santé publique prioritaires afin d'en assurer la mise en œuvre au plus près des besoins des territoires, adopter une déclinaison spécifique des plans addictions et obésité compte tenu de la prévalence sur le 92,

Proposition N°2 : Mettre en place des dispositifs de financement pérennes pour les actions de prévention,

Proposition N°3 : Rendre systématique l'évaluation de l'impact sur la santé des grands projets d'aménagement du territoire du 92 (EPADESA, transports Arc Express,...),

Proposition N°4 : Améliorer le dépistage du cancer du poumon, du VIH, de la tuberculose, de la dépression maternelle, des troubles du sommeil,

Proposition N°5 : Améliorer le repérage précoce des grossesses difficiles, développer la prise en charge périnatale de la mère et de l'enfant par le développement des consultations de PMI et de CPEF, les entretiens prénataux précoces et les ateliers parents,

Proposition N°6 : Améliorer la prévention du suicide, taux de prévalence plus élevé pour les femmes dans les Hauts de Seine,

Proposition N°7 : Développer les Conseils Locaux en Santé Mentale et leur articulation avec les structures et établissements de santé mentale,

Proposition N°8 : Améliorer la prévention en direction des adolescents, renforcer le dispositif de coordination au travers notamment de la maison des adolescents (MDA 92),

Proposition N°9 : Améliorer la lisibilité de l'offre de prévention grâce à une cartographie,

Proposition N°10 : Promouvoir la prévention par le biais de l'accompagnement des SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale) et SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) et le seul SAMSAH psychique des Hauts de Seine est à saturation. Il faudrait un AAP conjoint avec création ou extension de places de SAMSAH. En lien avec les propositions du MS (?).

Conclusion

Sur les trois schémas, il est nécessaire de synthétiser les préconisations de la CT92 pour envoi de la contribution à l'ARS. Le SROS hospitalier sera prochainement présenté.

Pour le fonctionnement de notre conférence de territoire 2012 – 2013, cet exercice un peu difficile, fastidieux d'examen de documents de l'Agence sera abandonné au profit de travaux plus concrets, la CT92 pouvant apporter une vraie valeur ajoutée, comme sur Alzheimer. La CT92 pourrait se saisir du sujet des réseaux sur notre territoire des Hauts-de-Seine ou d'autres sujets sur lesquels elle aurait vraiment l'impression de pouvoir faire avancer les choses de manière un peu différente de ce que nous propose l'agence dans le cadre d'un exercice qui est quand même très réglementaire.

La prochaine Conférence de Territoire des Hauts-de-Seine se réunira le **vendredi 5 octobre de 13h30 à 16h30** au Capitole, dans les locaux de l'ARSIF Délégation territoriale des Hauts-de-Seine.

RAPPEL

Travaux des groupes de la CT92 conduits en 2011

Propositions du groupe « Prévention »

Afficher la réduction des inégalités comme la priorité en matière de prévention.

S'assurer d'une déclinaison territoriale des grands plans de santé publique afin d'en assurer la mise en oeuvre au plus près des besoins des territoires.

Organiser la complémentarité avec l'Education Nationale et les collectivités territoriales pour la conduite des programmes de prévention, de dépistage précoce des pathologies et handicaps et d'éducation pour la santé dès le plus jeune âge.

Mettre en place des dispositifs de financements pérennes pour les actions de prévention.

Propositions du groupe « Parcours de santé »

Renforcer les consultations de spécialités médicales où l'offre reste insuffisante et la complémentarité de l'offre de soins pour pallier le déficit de certaines spécialités médicales et garantir l'accessibilité financière.

Généraliser la présence de référents « médecin de ville » en milieu hospitalier.

Renforcer l'accès à l'information sur l'offre de soins par la mise en oeuvre d'une plateforme commune pour mettre en relation l'offre et la demande, l'ambulatoire et l'hôpital.

Pallier au manque de structures de SSR voire de SLD pour les patients souffrants de dépendance précoce.

Renforcer l'offre de structures post-sevrage pour répondre à la problématique de l'addiction (particulièrement alcoolique) dans les Hauts-de-Seine.

Mettre l'accent sur la prévention de l'obésité sur le territoire.

Rapatrier les services d'hospitalisation à temps complet des secteurs de psychiatrie sur le département.

Propositions du groupe « Médico-social »

Intégrer la psychiatrie et le handicap psychique comme priorité du PSRS.

Rendre accessible les informations relatives au secteur médico-social par territoire de santé.

Mieux intégrer dans le PSRS les problématiques spécifiques du poly handicap sensoriel et du sur handicap en développant une offre de soins suffisante et adaptée.

Renforcer les dispositifs d'accueil et d'accompagnement pour les aidants.

Renforcer les filières gériatriques et développer l'appui psychiatrique au personnel des EHPAD.