

Compte rendu de la séance du 25 Octobre 2012

Madame Rousseau ouvre la séance et présente l'ordre du jour :

- **Présentation du SROS HOSPITALIER** : G. Echardour et H. Eychenne
- **Vote pour le remplacement d'un membre du bureau**
- **Les vulnérables et l'hôpital** :
 - Pourquoi parler des vulnérables lors de la présentation du SROS hospitalier ?
 - Les problématiques sociales (notamment la précarité) sont souvent présentes à l'hôpital ainsi que les effets de la transition épidémiologique
 - L'hôpital est un atténuateur des inégalités de santé
- **Parcours des personnes vulnérables**
 - Il faut donc améliorer ses dispositifs d'intervention envers les personnes en situation de vulnérabilité
 - Alternatives à l'hospitalisation :
 - En EHPAD : C. Boissel
 - Quelle porte d'entrée ?
 - Dysfonctionnements : Personnes handicapées, Personnes Agées
 - La filière gériatrique : P. Babadjian
 - Comment en sortir ?
 - Consultation de soins externes
- **Proposition territoriale**
 - Former un groupe de travail avec les soignants de ville et de l'hôpital d'une part pour identifier les dysfonctionnements du parcours des vulnérables

Présentation du SROS Hospitalier (diaporama en annexe) :

- Déclinaison régionale : G. Echardour
- Déclinaison locale : H. Eychenne

En conclusion, l'ambition de l'ARS au niveau des territoires est bien de maintenir des offres de proximité, fonctionnant en réseau, regroupées de manière optimale et à même de répondre aux défis et objectifs de l'hôpital d'aujourd'hui et de demain dans un contexte de raréfaction des ressources médicales.

Vote pour le remplacement d'un membre du bureau

Suite à la démission de Madame Benhamou, il est procédé au vote pour son remplacement. Il est rappelé que seuls les membres des collèges différents du collège 8 (représentants des usagers) peuvent se présenter.

Monsieur le Docteur Karim Lachgar (Responsable du service endocrinologie de l'Hôpital d'Eaubonne et Président de la CME du GHEM) est candidat.

Avec l'accord des membres de la conférence de territoire présents, il est procédé au vote à main levée :

- contre : 0
- abstention : 0
- pour : 24

Monsieur Lachgar est élu membre du bureau à l'unanimité.

Intervention de Mr Burnier - Directeur du Centre Hospitalier de Gonesse

Il souligne le travail considérable réalisé pour le PRS et indique que la FHF et l'AP/HP rédigeront une contribution particulière.

Mr Burnier présente 4 sujets intéressant plus particulièrement le Val-d'Oise et qui seront les préoccupations principales pour les cinq années à venir : les hommes, l'hôpital en réseaux, le devenir du service public hospitalier, l'investissement.

1. Les chiffres de la démographie médicale que se soit en ville ou à l'hôpital sont extrêmement inquiétants. Pour ce qui concerne les hôpitaux publics, d'ores et déjà, il y a des problèmes très importants de remplacement générationnel. Comment sur le Val-d'Oise à l'hôpital et en ville peut-on attirer les médecins généralistes ou spécialistes (Chirurgiens, OPH, ...). Le rapport à l'université de la territorialisation est un sujet très important.
2. Positionner dans un fonctionnement l'hôpital en réseaux : la notion de parcours de soins est encore à travailler. Le cadre d'action de l'organisation de ce réseau est extrêmement important.
3. Missions du Service Public Hospitalier (SPH) : les pouvoirs publics se sont exprimés sur la place du SPH, la préoccupation est l'accessibilité aux soins. La question se pose notamment pour la chirurgie, la cancérologie par l'application de l'effet de seuil.
4. La question de l'investissement : si on peut comprendre que l'autorité de tutelle ait un regard sur la mutualisation des grands investissements hospitaliers autant la mutualisation des équipements pose interrogation.

Réponses de Mr Echardour

- En ce qui concerne la réforme des missions du service public, il est difficile d'anticiper.
- Pour la démographie médicale, les années à venir vont être difficiles. Il ne faut pas jouer les uns contre les autres mais de concert : cela veut dire plaider la cause d'une certaine égalité de territoire. Les hôpitaux et les cliniques de la grande couronne se sont développés quand le CHU formait un nombre de chefs de cliniques élevé qui ne trouvaient d'ailleurs pas de place dans le centre et c'est eux qui ont fait le niveau des soins en périphérique. Il n'est plus possible de penser que toutes les petites structures seront attractives. Il ne faut donc pas que les petites structures restent isolées. Il faut également que les lieux de stage se fassent dans la réalité du travail hospitalier. Dans le schéma, le point essentiel est d'avoir des professionnels compétents.

Madame Rousseau intervient en indiquant que l'on parle de démographie et de compétences mais :

- Pense que l'on ne reconnaît plus une partie des professionnels de ville. L'hôpital n'a pas confiance dans les médecins de ville, ce qui n'est pas valorisant pour la médecine générale. Il y a des compétences qui ne sont pas utilisées.

- On ne laisse pas aux médecins de ville le droit de prescrire, notamment pour une partie des patients de personnes âgées à qui on ne peut pas prescrire des aérosols de ventoline qui ne peuvent être prescrits que par l'hôpital. Il faut que les compétences de ville soient reconnues, partagées et les médecins généralistes ont besoin d'un soutien de l'hôpital.

Monsieur Echardour souligne que la médecine, telle qu'elle est organisée aujourd'hui, devra travailler plus en collaboration ville/hôpital. On a une occasion majeure d'essayer de rééquilibrer la coordination des hôpitaux. Au-delà de la démographie, il y a un problème de réorganisation sur lequel il faudrait travailler. Evolution du secteur d'activité du SPH : les structures en cancérologie qui sont en train de perdre leur rôle sont des structures qui ont des activités faibles. C'est un accord national entre les représentants des patients et les représentants des structures, quand on fait peu d'activité on est moins compétent. Il faut que les structures s'organisent.

Problème sur l'investissement : nous sommes sur une période de difficultés économiques donc forcément il faut mieux cadrer les projets. En ce qui concerne la mutualisation des investissements, c'est une idée mais pour l'instant c'est sans doute un sujet de discussion.

Intervention de Mr Kassel - Directeur du Centre Hospitalier de Pontoise

Il souligne le travail important réalisé. La mobilisation intellectuelle autour de ce volet est reconnue. Les interrogations concernent plutôt les aspects « passage à l'acte » (il faut que ce document soit suffisamment mobilisateur sur le terrain) et « accompagnement des priorités ».

En ce qui concerne la santé mentale, priorité écrite au niveau de quelques pages sur le Val-d'Oise mais quelle est la priorisation des projets présentés par les établissements de santé. Quelle mobilisation ? Pourquoi ? Comment ? Quels moyens aux niveaux national et régional ?

En ce qui concerne la question des hommes et de l'attractivité, avec le Président de la CME et les doyens d'université, nous avons besoin d'une ingénierie ou d'un accompagnement positif de l'Agence (siège ou DT) sur les postes partagés, les écarts externes/internes.

C'est un diagnostic et un enjeu bien rédigé et mise en perspective et nous attendons le passage à l'acte sur le sujet ainsi que sur le modèle de financement.

Monsieur Manzini intervient sur la santé mentale :

Cela renvoie au concept des schémas qui définissent des orientations, à partir d'un diagnostic. Sur le Val-d'Oise il faut mettre la priorité sur la santé mentale mais pour le « passage à l'acte » on ne peut fonctionner que sur la base des schémas construits. Si tout le monde est d'accord pour identifier un certain nombre des besoins de structures sur le Val-d'Oise, pour autant il faut avoir des dossiers suffisamment construits pour que l'on puisse mettre des moyens. Le passage du schéma à la partie concrétisation est en cours.

Les accords sont pris, on est en phase de concertation. Le schéma actuel n'est pas totalement arrêté : il est mis en débat devant la conférence de territoire et vous pouvez donc vous prononcer. On est d'accord sur le diagnostic et sur les éléments de réponse que l'on vous propose. Les moyens à mettre en place le seront en coordination avec la ville.

Madame Eychenne précise qu'une série de réunions a mobilisé tous les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie. Un certain nombre de sujets et de projets ont été remontés. Pour passer à l'acte, il faut que l'ARS vérifie la qualité et la faisabilité des projets tels qu'ils sont présentés et a plusieurs années pour effectuer ce travail.

Monsieur Echardour indique qu'en ce qui concerne la démographie médicale, il faudrait faire un plan régional en la matière, organiser un peu les initiatives. Il faut inventer la méthode.

Intervention de Mme Benhamou - Directeur de l'Hôpital Privé Nord Parisien

Articulation entre la présentation et le volet hospitalier du SROS : dans les trois priorités pour le Val-d'Oise apparaît la périnatalité. La question concerne les cibles prévues bornes hautes et basses où il est écrit deux sites de chirurgie en moins ainsi qu'un site de chirurgie ambulatoire en moins.

Madame Eychenne précise que les implantations sont quasiment inchangées, au niveau des bornes hautes et basses ce n'est pas des disparitions de sites mais des structures qui vont se regrouper. Ces structures se recomposent mais ne disparaissent pas.

En ce qui concerne la chirurgie, le projet sur la région de Cormeilles est de regrouper les cliniques de Cormeilles et de Bezons sur le site de Cormeilles.

Intervention de Monsieur Pollaris - Coderpa - représentant des usagers et personnes âgées

Une remarque concerne le bassin de vie de Bezons (Idh2 inférieur à 0,5) mais pas de CLS à Bezons. Mme Pennel indique que le CLS de Bezons est en cours.

Les hôpitaux devraient travailler en réseaux sur le département. En ce qui concerne Argenteuil et Eaubonne, dispositif de garde alternée mis en place pour les urgences chirurgicales de nuit profonde à partir de 22 h 30 jusqu'à 8 h 30 un jour sur deux entre le GHEM Eaubonne et le Centre Hospitalier d'Argenteuil.

Monsieur Manzini précise que les urgences fonctionnent 24 heures sur 24 à Argenteuil, Eaubonne et Claude Bernard. Ce n'est qu'en cas de besoin d'intervention chirurgicale la nuit que le patient passe d'Eaubonne à Argenteuil selon l'alternance expliquée précédemment et cela d'ailleurs ne représente pas un malade par nuit.

Intervention de Monsieur le Dr Caillaud - Clinique du Parc St Ouen l'Aumône

1. La qualité et la concertation du PRS sont très appréciées.
2. Il est souligné le travail de la clarification sur l'enjeu des pathologies chroniques. S'il y a un point de préoccupation qui ressort c'est l'articulation avec la MDPH qui doit être clarifiée.
3. En ce qui concerne les nouvelles approches : les équipes mobiles, les appartements relais, il faudrait avoir la garantie du financement.
4. A quoi sert le SSR indifférencié. Il y a de la convalescence et de la rééducation. Est-ce un effort moindre d'investissement au niveau des plateaux techniques ?
5. Page 178, dans le point 3.2.8.3. - 3^{ème} paragraphe, on fait référence à une augmentation ou un développement souhaitable d'Hôpital de Jour (H de J) SSR dans le département avec 4 sites indiqués. Cette liste n'est pas complète et exclut des sites existants d'H de J. SSR, ce qui inquiète les gestionnaires de ces sites.

Madame Eychenne indique qu'elle tient à préciser qu'il ne s'agissait que d'exemples et qu'elle va les retirer de la version finale.

Monsieur Echardour intervient en ce qui concerne la MDPH et indique qu'il y a dans tous les domaines des modifications à apporter. Quand aux soins de SSR, les SSR sont devenus un ensemble d'activités très hétérogènes, classés dans une nomenclature nationale. Toutes les activités de rééducation ne sont pas les mêmes et ne nécessitent pas les mêmes compétences. Le terme « indifférencié » est ce qui n'est pas reconnu par ailleurs. Ce sont tous les actes que l'on ne retrouve pas dans les activités précisées.

- **Les vulnérables et l'hôpital :**

Les personnes vulnérables, c'est une population particulière. Cela concerne une grande partie des personnes âgées, des personnes handicapées et des malades psychiatriques.

Présentation de Monsieur Boissel - Président du Réseau Gériatologique inter-établissements et service du Val-d'Oise

Comment faire pour cette population particulière et accompagner au jour le jour les résidents sur tous les plans de leur vie et de leur santé ?

Le maillage doit se faire en réseau et pas seulement en filière. La moyenne d'âge à l'entrée d'un EHPAD est de 87 ans. Les hospitalisations aussi justifiées soient-elles sont délétères pour les personnes âgées. L'intérêt majeur est d'éviter le plus possible de les hospitaliser. Mais pour éviter l'hospitalisation, il faut que l'offre de soins hospitalière déploie ses ressources vers la ville. Une réflexion a été menée sur différents plans.

- Dans le cadre du réseau Josephine, une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie se déplace dans les EHPAD. Elle est constituée d'un géro-psycho-geriatre et d'une infirmière qui font partie du personnel hospitalier mais sont détachés au niveau du réseau. Cette cellule permet une prise en charge grandement améliorée des personnes souffrant de troubles psycho-comportementaux. Mais cette alternative n'existe que sur un territoire (ex. 95-1), d'où la nécessité de le développer sur les autres territoires (ex. 95-2 et 95-3).
- Une autre action très importante concerne les soins palliatifs (SP). Dans les EHPAD, cette démarche méconnue est essentielle. Cela fait deux ans qu'un travail entre le REGIES 95 et la Coordination des SP (CORPALIF 95) a commencé : cartographie croisée des ressources en SP avec les EHPAD ; convention tripartite entre les équipes mobiles de SP (EMSP), les réseaux de SP (RSP) et les EHPAD ; enfin sur 2012 et 2013, formation effectuée par la CORPALIF 95 pour la mise en place d'un binôme référent en SP interne dans chacun des 72 EHPAD du REGIES 95. Mais là aussi, se pose le problème des moyens, de plus en plus d'EHPAD faisant appel aux EMSP et RSP. Un dossier (CORPALIF et REGIES 95) a donc été monté avec le soutien de la DT ARS pour y pallier. Ce dossier devrait aboutir fin 2012 : cela permettrait de renforcer chacune des cinq EMSP et RSP du Val-d'Oise avec un mi-temps médecin et un mi-temps infirmier.
- Par ailleurs, le GHEM a développé une HAD de rééducation qui permet d'éviter les séjours en SSR : si l'HAD « généraliste » peut aussi réglementairement intervenir dans les EHPAD sous certaines conditions, des freins existent à son acclimatation.

Enfin à l'hôpital, lieu d'excellence où cohabitent toutes les spécialités, s'est néanmoins faite jour la nécessité, pour la population très âgée souvent polypathologique, d'une approche globale confiée aux équipes mobiles de gériatrie intra hospitalières. Mais paradoxalement dans nos EHPAD, où sont concentrées des personnes qui ont besoin de ce type de médecine, nous n'y avons pas accès car il n'existe pas d'équipe mobile de gériatrie extra hospitalières. Les médecins coordonnateurs qui exercent dans les EHPAD, ont eux plutôt un rôle de garant de la bonne pratique médicale et sont rarement gériatres.

Les équipes mobiles de gériatrie, qui interviendraient dans les EHPAD pour des problèmes extrêmement complexes, permettraient que la situation pour la personne âgée ne se dégrade et éviteraient nombre d'hospitalisations.

Intervention de Monsieur Alexandre AUBERT - Directeur du GHEM

Il travaille en lien avec Mr Kassel afin que les personnes âgées qui sont dans les EHPAD ne viennent pas aux urgences de l'hôpital qui ne sont pas en capacité de les prendre en charge correctement. Le problème est de savoir qui déclenche l'équipe mobile de gériatrie. Il faut que l'on trouve les modes de fonctionnement, la place exacte de l'équipe mobile de gériatrie et, en plus de l'évolution de l'hôpital, va se poser le problème de financement de tous ces systèmes.

Intervention de Monsieur Babadjian - Gériatologue au Centre Hospitalier d'Argenteuil - responsable du réseau JOSEPHINE

Dans les statuts des équipes mobiles de gériatrie intra hospitalière, les textes prévoient qu'elles doivent également intervenir dans les EHPAD mais il y a un vrai manque de moyens pour assurer ce rôle en extra hospitalier.

Le 2^{ème} outil est le gériatre du réseau gériatrie. Il faut financer 0,3 ETP de gériatre. Il n'y aurait pas de concurrence entre les équipes mobiles de gériatrie et l'intervention d'un gériatre du réseau.

Intervention de Mr Broudic

En ce qui concerne les gériatres privés en ville, les consultations sont très longues et cela demande un investissement alors que la rémunération est très pauvre. Les gériatres se trouvent dans une situation extrême.

Intervention de Mr Bertrand

Il indique que ces dispositifs ne concernent pas uniquement les personnes âgées mais également le handicap et la dépendance (FAM et MAS qui sont des lieux d'accueil médicalisé) et qu'il serait souhaitable d'étendre ce type de réseaux au-delà des EHPAD

Intervention de Mme NASSIET - Directrice du Centre Belle Alliance

L'accès aux urgences, aux soins et à la santé est toujours une préoccupation pour les personnes handicapées. Les obstacles sont nombreux.

Un exemple : un résident se coince un doigt dans une porte, il saigne et manque de s'évanouir. Constat par l'infirmière qui appelle les pompiers pour le conduire aux urgences de l'hôpital le plus proche.

Après plusieurs heures d'attente, le résident est vu en consultation : une intervention chirurgicale est nécessaire. Les blocs de chirurgie viennent d'être nettoyés et désinfectés. Le résident est conduit dans un autre hôpital du département. Il arrive aux urgences et attend de nouveau, puis vers minuit on lui propose un lit et on lui indique que l'intervention chirurgicale aura lieu le lendemain matin. Le lendemain matin, cette personne est anesthésiée, reçoit les soins et puis plus rien ne se passe dans la journée et vers 18 heures on lui dit qu'il faut qu'il parte et on lui donne un arrêt de travail d'un mois. Ce résident n'a pas d'argent sur lui, pas de moyen de locomotion... Il a fait appel au centre et un chauffeur a été le chercher. Il est à noter que ce monsieur est assuré social et a une mutuelle. Chacun a été très ému de cette situation car si on avait déjà entendu bien des choses jamais que « c'était un problème de ménage, ni de désinfection ». Mais heureusement, il se passe des choses formidables aux urgences.

Intervention de Monsieur Babadjian sur l'entrée à l'hôpital

Il apporte quelques éléments sur les filières gériatriques : à partir de 76 ans, la fréquentation des personnes âgées décroît en activité MCO privé mais monte systématiquement en public qui va avoir à assurer les soins aussi bien en court séjour et en aval. On ne peut pas compter que sur les lits de SSR car ils ne font pas le même travail. Les SSR publics prennent en charge les personnes âgées les plus isolées et les plus lourdes, avec des problèmes sociaux ainsi que celles qui n'ont pas de mutuelle. Le privé se réserve le droit de ne pas accueillir les gens qui ne peuvent pas payer le forfait journalier.

L'idée est de créer des filières de gériatrie complète dans les hôpitaux (dans le territoire 95.1, le projet est conduit depuis longtemps avec les groupes hospitaliers Argenteuil et Eaubonne Montmorency). La suite de la filière est le SSR gériatrique.

Il existe un logiciel « Trajectoire » mis en place au niveau national qui permet au demandeur de places en SSR de repérer les places disponibles en soins de suite. L'effet pervers est que les situations les plus légères de patients trouvent très rapidement une solution et que les situations beaucoup plus complexes restent gérées par les SSR gériatriques publics.

Court séjour, SSR, USLD, EHPAD, c'est ce qui permet de faire l'interface avec l'hôpital, les alternatives à l'hospitalisation. Dans le cadre de la filière intra-hospitalière, il y a des consultations externes. Développement à Argenteuil et à Eaubonne de consultations « dites non programmées » qui permettent de donner un rendez-vous à 24 heures ou 48 heures à la demande du médecin traitant. L'hôpital de jour a été créé à Argenteuil et de manière plus ancienne à Eaubonne. Mise en place de la Hot-Line à Argenteuil qui permet aux professionnels de ville d'avoir accès pendant les heures ouvrables à un gériatre qui va dire si on peut prendre le patient en consultation non programmée ou autre solution, ce dispositif est peu utilisé par les médecins traitants. Il y a des équipes mobiles de gériatrie intra-hospitalière. On n'a peut être pas bien communiqué sur le sujet mais on a l'impression que les médecins traitants et les coordonnateurs d'EHPAD ont besoin d'être accompagnés pour s'approprier cet outil.

En centre hospitalier, le GHEM et Argenteuil ont monté une association depuis plus de 10 ans (CLIC/Réseau). La mise en place de la MAIA va essayer de donner un peu plus de clarté et de coordonner tous ces dispositifs à deux niveaux : 1^{er} niveau pour la gestion de cas complexes et l'autre niveau identifier les forces en présence, les contraintes, les difficultés, identifier les coopérations à mettre en place pour les personnes âgées.

Mise en place des équipes paramédicales itinérantes nocturnes à domicile : projet financé par la DDASS à l'époque pour une période de cinq ans : 8000 interventions par an. Cela permet de rester à domicile avec le passage d'un infirmier la nuit mais qui n'est pas assez utilisé par les médecins traitants.

Intervention de Mme Rousseau (cf. diaporama).

La sortie de l'hôpital est quelque chose de compliqué. Une rencontre avec Mr Martin afin de réfléchir sur ce sujet a été mise en place.

Exemples de modèles de sortie de l'hôpital mis en place :

- au Service ambulatoire à l'IGR par le Pr DI PALMA
- au Service oncologie du C.H. Argenteuil

Intervention de Mr LACHGAR

Pour les filières gériatriques, il faudrait que les « lits » répondent aux besoins et que ces patients soient pris en charge dans la globalité par les gériatres.

C'est une réflexion globale qui doit être faite lors de la sortie du patient.

L'expérience de Trajectoire a un effet positif, cela permet de faire écourter les durées de séjour des patients et trouver rapidement des solutions de soins de suite.

Monsieur Babadjian est ravi de l'intervention de Mr Lachgar. Le développement des équipes mobiles est nécessaire car on n'a jamais assez de lits de gériatrie pour répondre aux besoins. Il faudrait, que quelque soit le service d'hospitalisation, avoir une évaluation complète de la personne âgée. Pour l'équipe mobile de gériatrie, le projet est d'avoir une personne supplémentaire afin d'être capable d'apporter une évaluation gériatrique complète. Les problématiques des personnes âgées ayant un cancer sont importantes. On a le projet à Eaubonne de développer un soin de suite onco-hématologique hospitalier des cancers avec des hématologues, car l'aval pour l'instant est à St Martin du Tertre. Le problème n'est pas l'environnement mais c'est l'éloignement. Il y a des établissements qui font des tris de patients : ce n'est pas le cas partout mais c'est un problème à soulever. L'aval est insuffisant pour les patients à Eaubonne Montmorency ; en dehors de la prise en charge du patient, il ya également le prix de revient qui est « limitateur » de cette prise en charge.

Réaction de Mr Caillaud qui s'oppose à cette vision des établissements privés qui prioriserait la rentabilité financière. Il rappelle que son établissement travaille en liaison avec les autres établissements publics sans aucune sélection des publics.

Madame Rousseau indique que la place de la conférence de territoire n'est pas de faire de la concurrence public/privé.

Mr Burnier intervient en indiquant qu'il y a beaucoup de choses qui vont bien dans l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées aux urgences. Il faut travailler sur les circuits. Un point non abordé c'est le projet de télé médecine télé-gériatrique pour lequel il faut demander le développement à la Tutelle départementale et régionale. (Associant le CH de Gonesse avec une vingtaine d'EHPAD permettant d'avoir accès à un spécialiste à distance pour éviter de déplacer les personnes âgées).

Sur certains secteurs du Val-d'Oise, on a des problèmes d'aval de médecins et médecins gériatres. L'offre n'est pas suffisante et trop de personnes sont transportées en dehors du département.

Mme Rousseau et Mr Babadjian proposent un groupe de travail avec des soignants de ville et d'hôpitaux pour identifier les dysfonctionnements.

Madame Rousseau remercie les membres de la conférence de territoire ainsi que les intervenants et souligne la qualité de leurs interventions.

La prochaine conférence de territoire se tiendra le 15 novembre 2012 à 9 heures au Centre Hospitalier de Pontoise.