

DT 92

Affaire suivie par : Madame Amel SABRI

**Compte rendu de la 21 ème conférence de territoire des Hauts-de-Seine**

**Vendredi 12 juin 2015**

Mme Fourcade ouvre la séance en informant l’assemblée que les conseils départementaux ont été renouvelés au mois de mars dernier. Deux nouveaux représentants titulaires ont été désignés : Mme Armelle TILLY conseillère départementale, adjointe au maire de Chaville, ainsi que Mr Laurent Vastell, maire de Fontenay aux roses et également conseiller départemental délégué.

Deux suppléants ont également été nommés : Mme Bergerol, adjointe au maire d’Antony et déléguée au handicap au conseil départemental, ainsi que Mr Sébastien Perrotel, adjoint au maire de Colombes.

Mme Fourcade indique que la loi santé a été votéeen première lecture à l’Assemblée Nationale en avril et qu’elle doit passer au Sénat au mois de juillet en commission des affaires sociales pour un débat en séance plénière, probablement en septembre.

La loi prévoit notamment une évolution de la Conférence de territoire, qui devrait devenir un « Conseil territorial de santé » avec des missions renforcées, et un rôle plus axé sur la force de proposition, avec à titre expérimental et pour une durée de cinq ans, des missions de médiation et d’organisation d’une plateforme de recueil d’observations et de plaintes au niveau territorial compétent pour l’ensemble du champ hospitalier, médico-social et ambulatoire / médecine de ville.

Mme Fourcade indique que le mandat des membres des CT sera prorogé jusqu’au 31 mars 2016, dans la perspective de la mise en place de nouvelles instances que seront les conseils territoriaux de santé.

La Conférence de territoire sera ainsi confortée par la loi dans son rôle et renforcée dans cette approche qui part des besoins du terrain et qui fait remonter vers l’ARS des recommandations ou des avis.

Mme Fourcade et Mr El Ghozi, président de l’association « Elus santé publique et territoires », ont été auditionnés par la commission des affaires sociales du Sénat pour défendre l’implication des collectivités locales dans l’organisation territoriale des politiques de santé, qui se trouve au cœur de la loi.

Mr El Ghozi ajoute qu’il était du devoir de la commission des affaires sociales du Sénat de recueillir l’avis de tous les partenaires, et en particulier les élus locaux qui s’intéressent aux questions de santé.

Les élus locaux sont en effet de plus en plus impliqués dans ces projets, avec notamment un grand nombre de Conseils locaux de santé dans les Hauts-de-Seine, et paradoxalement ne sont pas reconnus dans ce rôle dans le projet de loi. Mr El Ghozi a donc plaidé avec Mme Fourcade, Mme Le Goïc, maire adjoint de Brest, et Mme Marchandise, maire adjoint de Rennes, pour une reconnaissance de la place des collectivités locales dans ce projet de loi. Ils ont notamment expliqué que si les collectivités locales n’étaient pas formellement reconnues dans leur rôle pivot dans la territorialisation des politiques de santé, de plus en plus de villes se désengageraient de tous projets.

La parole est donnée à Mr Girard, auditionné lui aussi au titre de la psychiatrie. Il estime que la psychiatrie est définie avec plus de précisions au travers de l’article 13 du projet de loi, et que sa définition pourrait être transposée pour le reste de la santé, parce que les territoires en psychiatrie sont bien bâtis autour d’un établissement qui doit veiller à se concerter avec tous les acteurs du territoire pour mettre à la disposition de la population tout ce dont elle a besoin.

A l’issue de ces observations, Mme Fourcade demande à l’assemblée si des amendements sont proposés au dernier compte-rendu de la Conférence de territoire. Celui-ci est adopté comme tel et validé.

Elle ajoute que le principe avait été acté de pouvoir relayer les recommandations et avis issus de la Conférence de territoire à deux partenaires déterminants, à savoir le directeur de la CPAM relativement aux observations formulées sur le programme PRADO, ainsi que le Président du Conseil départemental, Mr Devedjian, par rapport aux points relatifs à la cohérence entre ce que réalise l’ARS en matière de médico-social et le schéma établi par le département. Un courrier a été adressé dans ce sens au directeur de la CPAM et concernant le conseil départemental, une séance pourrait être consacrée à l’audition du président du conseil départemental des Hauts de Seine (ou son représentant), à l’instar de ce que la conférence de territoire de l’Essonne organise en Septembre prochain.

Mme Fourcade indique les deux points fixés à l’ordre du jour :

* La relocalisation des secteurs de psychiatrie
* L’état d’avancement du groupe de travail sur les personnes handicapées vieillissantes

Elle précise ensuite que la Conférence de territoire de ce jour est ouverte aux porteurs de projet, conformément aux principes de transparence et de partage d’informations qui sont indispensables à la réussite de cette démarche.

1. **La relocalisation des secteurs de psychiatrie**

Mme Isserlis débute son intervention en rappelant que l’appel à contribution lancé doit déboucher sur un projet médical de territoire en santé mentale. Ce projet est inscrit à l’art. 13 de la loi.

Mr Guinard rappelle le contexte de l’offre de soins en psychiatrie dans les Hauts-de-Seine et explique que c’est le nord du département qui est concerné par cet appel à contribution. En effet, quatre secteurs dépendent de l’établissement Roger Prévot à Moisselles (un secteur est implanté à Nanterre mais n’est pas concerné par la relocalisation), et deux communes, Neuilly-sur-Seine et Courbevoie, sont gérées actuellement par l’hôpital Clermont de l’Oise.

Il évoque ensuite la méthodologie qui est conduite pour ce projet et les étapes déjà réalisées. Il indique qu’il est aujourd’hui question de présenter à l’assemblée la hiérarchisation des scénarii à partir des complémentarités des différentes propositions.

Les critères principaux pour la construction des scenarii qui ont été choisis sont les suivants :

* + L’accessibilité : Proximité du lieu d’implantation des structures d’hospitalisation / populations desservies
	+ La fonctionnalité : Réduction, autant que possible, du nombre de services orphelins et proximité d’un service d’urgence
	+ La faisabilité dans ses dimensions économiques, sociales et juridiques, ainsi qu’au regard des délais de mise en œuvre
	+ L’identification des incertitudes et des risques

Mr Guinard précise les critères de hiérarchisation des scenarii, sachant que tous comportent des forces et faiblesses liés aux contributions initiales :

* + Construction d’une réponse qui permette un engagement vis-à-vis de la Picardie et du CHI de Clermont de l’Oise
	+ Réduction des incertitudes tout en gardant une possibilité de recours en cas d’obstacle à une contribution
	+ Facilitation de l’accueil des urgences et de l’accès aux soins somatiques : présence de plusieurs secteurs sur les sites d’accueil d’urgence

Mr Guinard rappelle que 10 contributions ont été déposées : 3 groupes privés, 2 ESPIC, 5 établissements publics de santé.

Des contributions ont été mises en réserve (non prioritaires) :

 - Centre Hospitalier Courbevoie Neuilly Puteaux (proposition conditionnée à la restructuration de l’ensemble du site),
 - Centre Hospitalier Théophile Roussel (Montesson, hors département)

Des contributions complémentaires sont à associer :

 - GH Paris Nord Val de Seine AP-HP (déclaration d’intention),
 - Elan retrouvé (possibilité extension hôpital de jour à Colombes à intégrer dans le projet territorial),

 - Groupe Clinéa (participation sous forme d’une possibilité d’implantation d’une unité de psychiatrie dans un projet sur Colombes).

Des contributions de recours ont été identifiées :

 - MGEN à Rueil Malmaison (accueil de 2 ou 3 secteurs par redéploiement partiel de lits en plus de celui déjà géré par l’établissement) : mieux localisé pour desservir le territoire Centre 92
 - Groupe Sinoué (accueil de 6 secteurs sur 2 sites à Meudon et Garches) du fait d’une implantation médiocre pour le Nord 92 et des réorganisations à conduire dans le Sud.

Mr Guinard indique que les scénarii ont donc été construits à partir de 3 contributions dont les périmètres initiaux étaient :

Le CH R PREVOT avec un projet de réimplantation globale sur un site à Asnières (passage de 4 secteurs à Moisselles à 7 secteurs à Asnières). Le CASH de Nanterre proposant d’accueillir et gérer les 2 secteurs de Neuilly et Courbevoie, et de reloger le secteur le secteur Bois Colombes déjà installé sur son site mais géré par R Prévot, en plus du secteur Nanterre qu’il gère (passage de 1 à 4). La clinique CHEREST de Neuilly proposait de se reconvertir pour accueillir 2 secteurs.

L’analyse a conduit à hiérarchiser entre trois formules : d’une part un scénario global (7 secteurs) de R PREVOT (scénario 1), d’autre part des scenarii avec diverses combinatoires (avec deux porteurs : Roger Prévot / CASH (scenario 2) ; avec trois porteurs : Roger Prévot / CASH / Cherest (scenario 3))

Mr Guinard présente ensuite l’analyse qui a été conduite pour chaque scénario proposé. Il indique à l’assemblée qu’elle peut se référer aux cartes présentées (cf. diaporama distribué).

Il explique les raisons qui ont conduit à écarter le scénario 1 (R PREVOT), notamment celles liées au terrain (réserve sur la disponibilité du foncier). De plus, le montant du projet aurait nécessité un passage en COPERMO  (processus assez lourd). Ceci n’aurait pas été compatible avec les engagements pris avec la Picardie (préciser le délai de « libération » des locaux de la psy de Clermont de l’Oise ???)

Il présente ensuite la deuxième hypothèse qui consiste à combiner plusieurs porteurs : Roger Prévot, réduit à 4 secteurs, et le CASH, augmenté à 4 secteurs.

Il souligne que des incertitudes persistent, liées notamment aux questions de financement et d’immobilier mais que celles-ci sont moins grandes et réalisables progressivement, donc plus compatibles avec le délai de la Picardie.

Les constructions des scénarios 2 et 3 (qui regroupe 3 porteurs: R Prévot (4 secteurs), CASH (2 secteurs), Autre site (2 secteurs)), sont fondés sur l’hypothèse d’un foncier maitrisé pour Neuilly et Courbevoie.

Mr Guinard précise que le scénario 3 intègre la proposition du groupe Amboise Paré/Cherest.

Il indique que le projet Ambroise Paré/Cherest a été retiré à l’initiative du promoteur, au vu des difficultés juridiques et techniques du montage du projet. Le recours à la proposition de la MGEN laisse la possibilité de l’accueil d’un secteur pour le centre avec néanmoins des incertitudes sur chaque site (financement, élus, immobilier) mais moins grandes et réalisables progressivement donc plus compatibles avec le délai de la Picardie. Ce scénario nécessite une articulation forte entre tous les acteurs.

Mr Guinard indique qu’il a été demandé aux opérateurs de travailler sur le scénario 3 (difficile à comprendre que ce soit le 3 du fait de l’abandon de Cherest ? )

Mme Isserlis précise que la démarche projet doit remplir une triple mission :

* + Faire un état des lieux partagé des besoins du territoire
	+ Structurer un projet médical de territoire en proposant les axes de travail prioritaire
	+ Mettre en place les collaborations nécessaires entre les acteurs avec un accompagnement par une prestation de conseil externe

Plusieurs prestataires externes ont été associés au projet : un médecin, Dr Meye, président de CME qui a déjà travaillé sur la communauté d’agglomération de Strasbourg à mettre en action l’ensemble des secteurs rattachés à plusieurs établissements sur un projet territorial. Un directeur d’établissement, Mr Mariotti, travaillant en Isère a également été associé. Un directeur des soins, Mr Mangeonjean, travaillant à Nancy a aussi été contacté. Tous ont déjà travaillé sur des projets du même type et peuvent apporter un éclairage intéressant grâce à leur expérience de l’accompagnement de projets.

Mme Isserlis explique ensuite le déroulé des futures opérations, la démarche et le calendrier de réalisation depuis avril :

Avril 2015 : annonce aux équipes concernées de Moisselles et de Clermont ; annonce aux contributeurs retenus et non retenus

Mai à octobre 2015 : élaboration du projet médical territorial avec les équipes et un coaching pluriprofessionnel externe (DH, PH, DS).

Mai à octobre 2015 : structuration de la démarche projet : trajectoire sociale, stratégie financière, EPS R Prévot comme établissement support,

Juin 2015 : présentation du/des scénario/ii en Conférence de territoire

Octobre 2015 : validation de la faisabilité et des conséquences pour le Centre Hauts de Seine; Valorisation finale du/des scénarii (nombre de lits, alternatives, de dispositifs MS etc.) et calendrier de réalisation

Novembre 2015 : Consultation des instances et initiation de la démarche et des hypothèses pour le centre Hauts de Seine

Décembre 2015 : Présentation du projet final à la conférence

Mme Isserlis indique qu’une réunion a eu lieu le 22 mai en présence de tous les médecins responsables de secteur du territoire, des directeurs des trois établissements porteurs de secteurs (Roger Prévot, Cash de Nanterre, CHI Clermont de l’Oise), du chef de secteur PU-PH de Louis Mourier.

Elle en décrit les grands axes. Un tour de table sur les besoins des populations a été réalisé avec une mise en évidence de la difficulté d’un regard global dépassant le périmètre du secteur malgré des similitudes de besoins et des difficultés de parcours

Le relevé de décisions reprend plusieurs points :

* + Association des promoteurs potentiels notamment la MGEN
	+ Mise en place d’un COPIL avec participation des cadres infirmiers
	+ Mise en place d’un groupe ressource (référents des groupes de travail : un médecin, un cadre, un directeur appartenant chacun à un établissement différent)
	+ Trois axes de travail sont définis:
		- 1er accès aux soins et réponse à l’urgence,
		- Réhabilitation, logement et intervention à domicile
		- Thérapeutiques différenciées et filières de soins (ex : jeune adulte, sujet âgé, autisme adulte et lien avec le médico-social)
	+ Menés dans 3 groupes ouverts aux personnels volontaires avec nécessairement des représentants de tous les établissements

Mme Isserlis conclut en rappelant les 2 chantiers parallèles à mener :

1/ vérifier les risques et conditions de faisabilité des combinaisons d’1 projet réduit de R PREVOT avec ceux du CASH à Nanterre et de la MGEN

2/ avancer sur le projet médical territorial pour préciser la « commande » aux porteurs de projets dans un calendrier contraint (prochaine réunion 1ère quinzaine de juillet, rendu des travaux fin septembre, Copil début octobre)

Madame Fourcade remercie les intervenants pour leur pédagogie de l’avancée des travaux qui montre bien que les choses se structurent progressivement et que les étapes sont construites.

Elle demande à ce que le périmètre du « territoire de santé » soit reprécisé. Elle souhaite que soit indiqué si ce périmètre va être défini uniquement pour cette réorganisation de la psychiatrie ou s’il s’imposera de fait aux autres problématiques de santé. Elle indique que c’est une question qui a été soulevée lors de l’audition de la Commission des affaires sociales du sénat. Une cohérence doit exister entre le territoire qui est fait pour le périmètre de la psychiatrie et celui des autres maladies chroniques etc. A cette cohérence des territoires de santé entre eux, s’ajoute également la question de la cohérence avec les territoires dans le cadre de la Métropole du Grand Paris, dont les limites viennent d’être arrêtées par le Préfet de Région.

Mr Guinard prend la parole pour indiquer qu’il est difficile de répondre à cette question dans la mesure où il y a des distinctions de concept voir des dissociations liées au fait qu’il est difficile de tout gérer en même temps (réforme des collectivités, grand Paris, la santé mentale, les équipements radiologiques).

Il indique néanmoins que la loi Santé précise que le directeur de l’agence définira les territoires de démocratie sanitaire. Cela fait certainement référence à un cadre de dialogue des politiques sociales avec la représentation des élus, des usagers etc.

La loi fait aussi référence aux territoires pour les équipements et les autorisations, et il n’est pas sûr que dans ce qui est écrit sur les projets territoriaux ou les projets de santé mentale on fasse explicitement référence à cela.

Par ailleurs, sur la question de la santé mentale, il évoque l’article 13 dans lequel il est précisé que les acteurs vont construire des projets territoriaux de santé mentale à leur initiative, et que le directeur de l’ARS doit veiller à ce que toute la région soit couverte. Il y a donc un équilibre à trouver entre ces différentes approches.

A l’heure actuelle, ne serait-ce que par les hypothèses ou les scénarios que l’on construit du point de vue de la santé mentale, l’ensemble collaboratif d’établissement et les équipes travaillent ensemble.

Ce travail d’élaboration d’un projet médical partagé entre les équipes, n’est pas là pour dicter quel est le territoire. Mr Guinard indique que s’il y a un peu de chevauchement de frontières ou par rapport à la définition globale de sous ensemble des Hauts de Seine, il y aura toujours des possibilités d’ajustement. Effectivement, des incertitudes persistent.

Mme Fourcade interroge à nouveau sur la notion de territoire en demandant si l’on peut considérer que l’on conserve le nord, le sud et le centre.

Mr Guinard précise qu’il n’est pas possible d’organiser les territoires pour les autres champs et que concernant la santé mentale, des solutions de recours ont été présentées.

 Une personne de l’assemblée prend la parole pour compléter en indiquant qu’il sera en effet important de pouvoir identifier la première entrée dans le système de santé en fonction des besoins.

Il ajoute qu’il sera important de prendre en compte les équipements. Il évoque la question du groupement hospitalier (GHT) de territoire, à l’article 13 mais également 24, qui précise que les établissements hospitaliers en psychiatrie pourront participer à plusieurs GHT. Il s’agit donc d’une mise en commun de moyens dans le cadre d’un projet commun.

Mme Isserlis prend la parole pour indiquer que la question territoriale ne recoupe certainement pas la même géographie mais qu’il est important de garder à l’esprit que le secteur de la psychiatrie ne pouvait pas rester comme il a été conçu dans les années 60. Elle rappelle ce qui est indiqué dans l’article 13 et notamment qu’il sera possible de changer les frontières des secteurs. Il n’est pas question qu’un établissement soit plus référent qu’un autre. Cela a été précisé lors de la réunion du 22 mai évoquée lors de la présentation.

Mme Fourcade rappelle l’importance de lisibilité de la notion de territoire pour la population et les élus.

Mr Mazart, médecin généraliste à Villeneuve la Garenne et président du réseau AGECANONIX, prend la parole et revient sur la notion de cohérence des territoires. Il précise qu’actuellement les patients se rendent à Clermont sur Oise, ce qui est loin géographiquement et que la prochaine organisation sera forcément plus lisible. Il s’interroge néanmoins sur le lien avec les soins primaires et la prise en charge à domicile.

Mr Guinard répond que le groupe de travail a évoqué la question du premier accès aux soins et des urgences. Il précise qu’en effet, la part d’entrée du soin psychiatrique par les urgences augmente et que ceci a été présent dans les discussions du groupe. Il indique qu’il faut prendre en compte la contrainte qui a été posée aux professionnels de faire les choses dans un calendrier resserré. Nous n’en sommes pas non plus au stade du projet territorial global, dans la mesure où la démarche doit avoir avancé d’ici le mois d’octobre.

Mme Fourcade indique qu’il est important d’améliorer l’articulation entre les généralistes et les spécialistes de la filière et d’être dans une logique de prévention.

La présidente de la CME de l’hôpital Roger PREVOT indique que le mois d’octobre lui parait trop tôt pour réaliser l’évaluation précise des besoins. Elle s’inquiète également par rapport au fait que la pédopsychiatrie ne soit pas intégrée dans la démarche.

Mme Isserlis précise que les équipes de professionnels seront alimentées avec des données recueillies au niveau de l’agence.

Elle précise qu’une rencontre avec la MDA (Maison des Adolescents des Hauts de Seine) est prévue la semaine prochaine. Plusieurs autres chantiers qui incluent la pédopsychiatrie sont actuellement en cours. Un groupe de travail sera mis en place à partir de la rentrée et le projet global se poursuivra après octobre.

Mr Girard prend la parole pour souligner l’importance du projet et son aspect concret. Il estime que c’est un espoir pour les familles.

Néanmoins, il fait part de son inquiétude quant au départ de Mr Evin par rapport à la dimension politique du projet.

Il évoque ensuite le centre-sud du département en rappelant qu’il est primordial que ce qui sera retenu ne méconnaisse pas cette zone. Il évoque ensuite les difficultés liées à l’établissement Paul Guiraud et aux réunions de la CRUQPC (. Il pense que le 92 doit absolument couper les liens avec Paul Guiraud.

Il évoque le projet du groupe SINOUE et pense que ce serait une opportunité pour Garches et le département.

Il précise aussi qu’il trouve que le réseau Isère est une chance pour le projet global mais qu’il y a également des atouts à considérer dans le département.

Mme Fourcade conclut en remerciant pour le travail accompli et rappelle que c’est une grande avancée pour les patients.

Elle rappelle les différentes interrogations soulevées par les membres de la CT, notamment celles liées à l’articulation et l’équilibre entre le projet médical et le projet de territoire, qui nécessitera certainement un élargissement aux professionnels libéraux et à ceux qui exercent sur le premier recours.

Un deuxième point d’interrogation a été soulevé quant aux calendriers des 2 approches qui sont conduites (méthodologique sur le projet médical et foncière/financière).

Elle invite à être réaliste quant au foncier, notamment car ce sont les maires qui délivrent les permis de construire et également par rapport aux délais et au changement de Directeur Général.

Mme Fourcade rappelle sa proposition de faire travailler la CT avec les élus Santé du département au moment où il y aura suffisamment de matière à discuter.

**2/ Point d’avancement sur le groupe de travail, personnes handicapées vieillissantes**

Mme Harpey commence sa présentation en donnant les noms des participants au groupe de travail :

 Stephen Decam

 Micheline Serfati

 Alain Moinard

 Paul-Noël Paganelli

 François-Xavier Pourchet

Elle évoque ensuite les chiffres qui ont été récoltés datant de l’année 2010 par le CREAI. Elle précise que le taux de réponse a été de 75%. Les personnes handicapées accueillies dans une structure médico-sociale en IDF :

* IDF: 30 000 places, 26 500 personnes, 43% en ESAT
* Hauts-de-Seine: 4 000 personnes (15% de cette population)

Une extraction plus précise des données sur l’enquête 2010 permettra de comparer et de voir l’évolution par rapport à 2014 (enquête qu’il sera possible de se procurer prochainement).

Sur les 25.000 personnes handicapées d’IDF, la déficience intellectuelle représente la moitié et la déficience psychique le quart.

Madame Harpey donne les chiffres liés aux déficiences :

Déficience intellectuelle : 13 000

Déficience psychique : 6 800

Déficience auditive : 270

Déficience visuelle : 530

Déficience motrice : 2 240

Polyhandicap : 750

Au total, 1 000 personnes (25 %) de plus de 50 ans (en 2010) sont accueillies ou suivies en établissement où services dans les Hauts-de-Seine.

Mme Harpey précise qu’à la sortie de l’ESAT, les personnes sont orientées de la façon suivante :

* 16 % en ESMS
* 9% à domicile sans prise en charge
* 28 % inconnue

Dans les Hauts-de-Seine:

* 80 Travailleurs d’ESAT ou en accueil de jour devraient passer d’un Foyer d’hébergement ou logement collectif en Foyer de vie
* 80 travailleurs en logement personnel seront amenés à avoir recours à un SAVS ou SAMSAH (sous équipement du département : 8 et 11 % de IDF)

Mme Harpey insiste surtout sur les 1 000 travailleurs handicapés qui vivent en famille sans autre type d’accompagnement, dont 140 ont plus de 50 ans. Il est important de trouver des solutions à cette situation.

Plusieurs besoins ont été identifiés notamment liés à la préparation à la retraite.

La question de la liste d’attente en Foyer d’accueil médicalisé (FAM) est ensuite évoquée, notamment l’ouverture du FAM de Meudon: 100 demandes pour 35 places, pour des personnes sans solution à domicile.

Un FAM de 32 places va ouvrir (Adapei 92). Le pôle gérontologique d’Antony aura 35 places en FAM. Mme Harpey souligne néanmoins que 164 Altoséquanais sont accueillis en Belgique par manque de place.

Le groupe a travaillé sur les besoins en accompagnement des personnes handicapées âgées
et fait des propositions.

* Respecter la notion de « vie à domicile »,que la personne vive en établissement ou à domicile
* Diversifier les solutions en fonction du public, mais ne laisser personne sans solution (Travailleurs d’ESAT retraités, Personnes déjà hébergées ( FV, FAM, MAS))
* Préparer le changement
* Former les professionnels à l’accompagnement des PH et PHV

Mme Harpey indique que les travailleurs d’ESAT ont besoin d’un accompagnement, d’une stimulation. Elle continue ensuite à décliner les propositions du groupe :

* Maintenir à domicile des personnes en logement personnel ou en famille, avec un accompagnement (SAVS)
* Travailler précocement avec les familles âgées pour soulager les aidants (SAVS)
* Créer des « maisons de retraite pour travailleurs d’ESAT  »  (statut de Foyer de Vie) adossés à des EHPAD pour mutualiser les moyens
* Créer des studios accompagnés pour préserver l’autonomie des personnes
* Création d’extensions des FH pour maintien dans la même structure

Pour les personnes déjà hébergées en FV, FAM, MAS, les propositions sont les suivantes :

* Renforcer l’accompagnement dans les structures: créer des sections FAM dans les FV, MAS dans les FAM,
* Former les établissements à la possibilité de faire appel aux SSIAD, HAD en conventionnant
* Créer des structures d’accueil pour PH psychiatriques, autistes…

Du côté de l’ARS, les actions s’inscrivent dans le cadre du SROSMS . Il s’agit de :

* Favoriser les modes d’accompagnement innovants
* Passer du concept de « type de structure » à celui de « mode de prise en charge » (ou d’accompagnement): studios expérimentaux dans FV (mais projet qui en est toujours au stade du cahier des charges…)
* Extensions pour sections réservées aux PHV dans les EHPAD (accompagnement type FV)

Pour mémoire, Mme Harpey rappelle l’autorisation conjointe du pôle de vie gérontologique à Antony prévoit, adossés l’EHPAD à but à non lucratif existant, l’intérêt étant la mutualisation des ressources existantes et la continuité de l’accompagnement et les échanges inter-structures, inter-secteurs

Certaines limites sont néanmoins soulignées dont la sectorisation pour les interventions à domicile (Antony, Bourg-la-Reine, Chilly-Mazarin, Sceaux).

Le groupe soulève la question de la création de ce type de structure sur le nord du département.

Mme Harpey parle ensuite des fiches action du conseil départemental pour définir une politique départementale de prise en charge des PHV et en développe les axes.

Mme Harpey précise que la prévention du vieillissement implique un bon suivi médical :

* Les besoins spécifiques ne sont pas connus des médecins: gynécologie, ostéoporose, cancers…
* Il y a un manque de médecins, infirmières
* Les Centres médico-sociaux sont bien équipés mais il persiste un refus de suivre les personnes atteintes de polyhandicap

En terme de prévention, l’hygiène de vie est primordiale, au niveau notamment de l’alimentation, l’activité physique, le tabac, le suivi bucco-dentaire …

Mme Harpey indique qu’il y a certaines avancées à noter dans le département :

Hygiène bucco-dentaire:

* Convention avec le Service d’Odontologie de Louis Mourier
* Convention avec la Faculté de Chirurgie dentaire de Montrouge (ateliers brossage, formation du personnel, dépistage…)
* Convention avec le réseau Rhapsod’IF

D’autres conventionnements sont en cours :

* Convention SAU Beaujon
* Conventionnement HAD
* Agekanonix: en projet

En revanche, des partenariats avec les services de gérontologie doivent être développés.

Mme Harpey conclut en rappelant certains points:

1. Il y a une diversité de besoins, non médicalisés comme médicalisés
2. Les chiffres montrent un besoin sous-estimé pour un accompagnement spécialisé à domicile
3. Les propositions de l’ARS comme celles du Conseil Départemental (pour l’accompagnement à domicile) sont globalement bien ciblées, mais il est important d’évaluer les besoins en hébergement d’urgence

Madame Fourcade reprend la parole et remercie le groupe pour le travail fourni et notamment d’avoir proposé une territorialisation des données.

Elle interpelle sur l’adéquation entre le schéma médico-social et les besoins. Elle propose que l’ARS et le CD s’approprient le diagnostic qui a été réalisé pour ajuster un certain nombre de points duschéma actuel.

Mme Harpey rappelle que les chiffres présentés sont basés sur l’étude ES 2010 et non pas sur les chiffres de l’AAH. Elle précise que les personnes handicapées psychiques à domicile ne sont répertoriées nulle part, ce qui peut expliquer en partie l’écart constaté.

Mr Girard précise que très souvent l’accompagnement des personnes est réalisé par les familles. Il pose la question de la prise en charge suite au décès des parents, qui intervient souvent avant la fin de l’ESAT.

Mme Harpey indique qu’il est important de développer le suivi SAVS.

Mme Fourcade demande comment le groupe de travail envisage de s’articuler avec la délégation territoriale. Elle demande si les orientations prioritaires sont d’ores et déjà intégrées dans la feuille de route de l’ARS.

Mme Gelliot prend la parole et précise que sur la question de l’évaluation des besoins, il y a toujours une difficulté et qu’il faudra retravailler sur les chiffres AAH en lien avec le CD. Sur la question de la coordination des services elle souligne l’intérêt de la plateforme d’Antony.

Actuellement à mi-parcours du schéma régional, Mme Gelliot indique que les orientations identifiées pourront être proposées pour le prochain schéma. Par ailleurs, elle précise qu’il y a actuellement une réflexion dans le nord du département sur une plateforme de coordination qui devrait se mettre en place avec un appel à projet qui va être lancé en lien avec le CD.

Elle revient ensuite sur la question des travailleurs dans les ESAT en indiquant qu’un travail reste à faire sur leurs parcours de santé et notamment sur leur prise en charge médicale et somatique.

Elle remercie le groupe de travail pour les pistes apportées, qui seront travaillées dans les prochains mois.

Mme Harpey indique qu’une aide à la préparation à la retraite est essentielle et qu’une uniformisation reste à faire entre les villes.

Mme Gelliot rappelle l’existence des MAIA et d’une maison de l’autonomie à Rueil Malmaison.

 Mme Fourcade indique qu’il serait intéressant que ce dispositif soit connu par les autres communes.

Une personne de l’assemblée précise qu’il existe des permanences tous les mardis à la maison de l’autonomie pour accueillir et renseigner les personnes.

Une personne de l’assemblée indique que le réseau Agécanonix intègre les personnes handicapées et qu’il peut intervenir sur des situations critiques de maintien à domicile. Depuis 10 ans, l’équipe a passé des accords avec la MDPH sur le nord du département, il y a des raccourcis possibles et des solutions en ce qui concerne le maintien à domicile.

Mme Fourcade demande quelles sont les similitudes avec ce qui est fait par la maison de l’autonomie.

Mr Dejean répond qu’il faut le voir plutôt comme une complémentarité et ne pas confondre le rôle de chaque structure.

Les familles ont besoin d’un guichet unique d’information pour être orientées en fonction de leur situation.

Mr Dejean précise que le chiffre des bénéficiaires de l’AAH n’est pas forcément le bon pour réaliser l’évaluation.

Le chiffre de 4000 énoncé dans la présentation représente le nombre de personnes qui ont besoin d’un suivi adapté et institutionnel.

Mme Fourcade demande à ce qu’une évaluation des SAVS soit conduite pour pouvoir adapter les réponses.

Mr Dejean répond qu’il s’agit de la mission de la MDPH puisque c’est elle qui notifie les orientations aux structures médico-sociales.

Mme Fourcade indique qu’il serait intéressant de faire remonter ce besoin de recensement au département.

Mr Girard indique que cette question a régulièrement été remontée mais que les systèmes informatiques ne permettent pas de recenser par type de handicap. La MDPH souligne régulièrement qu’elle ne dispose pas suffisamment de moyens humains pour conduire ce diagnostic.

Mme Fourcade souhaite que ce besoin soit remonté à Mme Bergerol, déléguée au handicap, pour faire avancer ce sujet de manière concrète.

Mr Girard indique qu’un outil déjà testé par l’UNAPEI leur a été proposé et qu’il serait intéressant d’insister sur cet aspect qui peut être une solution de recensement.

Une personne de l’assemblée préconise que ce soient les MAIA qui prennent en charge les difficultés d’un adulte handicapé âgé dont les parents sont hospitalisés ou décédés.

Mme Fourcade rebondit sur cette proposition en indiquant qu’il faut pouvoir repérer ces difficultés avant même l’orientation en MAIA. Le niveau de proximité (centres sociaux, médecins généralistes etc.) doit jouer son rôle de veille et d’alerte et ensuite orienter sur la structure qui va pouvoir organiser la prise en charge.

Le réseau Agecanonix indique qu’il intervient souvent lorsque les parents alertent ce qui est souvent le cas au dernier moment, ne permettant pas toujours d’anticiper.

Le Dr Rey Quinio de la DT-ARS rebondit sur la question des travailleurs d’ESAT, la possibilité de collaboration active avec les ESAT et l’accompagnement possible dans le cadre des CPOM ou de rencontres pour faire émerger une orientation, un projet médical qui tienne compte du vieillissement. Elle indique que les établissements vont être rencontrés à cet effet.

Le Dr Gauthier, également de la DT-ARS précise que les MAIA concernent les personnes de plus de 60 ans et qu’une personne de moins de 60 ans ne peut y entrer qu’à condition d’obtenir un accord du CD. Elle alerte sur cette limite qui reste très présente et demande un travail de long terme.

Mr Girard alerte sur la difficulté qu’ont les personnes handicapées à entrer dans le système de prise en charge.

Mme Fourcade remercie à nouveau les participants du groupe. Elle propose qu’une demande explicite soit adressée au président du CD concernant les évolutions attendues au regard des propositions formulées.

Elle indique que la prochaine CT aura lieu le 9 octobre. Un nouveau point sur le sujet psychiatrie sera réalisé. Un point d’avancement du groupe de travail conduit par Mme Colombani sera effectué (accès aux soins des classes moyennes).