

## Relevé de décisions de la réunion de la Conférence de Territoire du 26 Mars 2015

Monsieur Couprie ouvre la séance et présente l'ordre du jour.

### Ordre du Jour

1. Informations générales
2. Parcours de santé de la personnes âgées dans le Val-d'Oise :
  - ⇒ La problématique des personnes âgées analysée par la délégation territoriale : Dr Le Coent (DTARS 95)
  - ⇒ Les enjeux et politiques dans le département concernant les personnes âgées : Mme Marion Leroux (Conseil Général Val-d'Oise)
  - ⇒ Présentation des missions de la MAIA et de la collaboration avec l'hôpital de Pontoise sur l'ouest du département : Mme Catherine Pechmajou (MAIA 95 ouest)
  - ⇒ Retour d'expérience des EHPAD : Mr Christian Boissel (EHPAD)
  - ⇒ Retour d'expérience d'acteurs des soins à domicile (SSIAD) : Mme Michèle Foisnant (Fondation Chaptal)
  - ⇒ Retour d'expérience de la médecine de ville : Docteur Broudic
  - ⇒ Retour d'expérience de représentants des usagers : Mr François Perinelle (CODERPA)
  - ⇒ La problématique des personnes âgées pour les établissements hospitaliers et retour d'expérience : Dr P. Taurand GHEM et Dr P. Babadjian CHA
3. Information sur la réunion d'information sur la semaine régionale à la prévention des escarres qui se déroulera le 27 mars 2015 de 20 à 22 heures au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (Mme Pennel) (cf. lien <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/ESCARRES.161820.0.html>)

### Parcours de santé de la personne âgée dans le Val-d'Oise

- ⇒ **La problématique des personnes âgées analysée par la délégation territoriale : Présentation du Dr Le Coent (DTARS 95) –diaporama en annexe 1**  
Projet @-VLINE : est un projet Ile-de-France. 5 établissements pour personnes âgées dépendantes sont concernés. Il vise à faire face aux situations d'urgence par téléconsultation pour des établissements particulièrement isolés. Il y a un chariot de télé médecine (caméra, ordinateur) qui est utilisé par un assistant formé. Il peut être utilisé pour des petites plaies seulement et est très ciblé. La personne formée va apporter le matériel à proximité du patient, se connecter (capteurs, ECG, prise de tensions) par caméra. Intervention 24 heures sur 24. L'expérimentation s'appuie sur un réseau de médecins généralistes dont la plateforme se situe en Province qui fait l'évaluation et indique ce qu'il convient de faire. Une étude médico-économique sera réalisée en fin d'expérimentation. C'est une approche différente, c'est le chariot qui va vers le patient et non plus le patient qui va vers le centre d'examen.

⇒ **Les enjeux et politiques dans le département concernant les personnes âgées : Présentation de Mme Marion Leroux (Conseil Départemental Val-d'Oise) – diaporama en annexes 2 et 2 bis**

La loi Autonomie est en cours de discussion au Sénat.

Trois sujets importants :

- Meilleure articulation entre les Conseils Départementaux et les Caisses de Retraite en ce qui concerne les aides financières qui peuvent être apportées, notamment en matière de financement d'aides humaines.
- Meilleure articulation entre les services d'aides à domicile et les SSIAD.
- Aide aux aidants : les pouvoirs publics manquent de visibilité et il serait intéressant de construire une offre un peu plus globale autour de cette question.

Sur le Val-d'Oise, le Conseil départemental réfléchit sur la Silver économie (il s'agit de permettre et d'encourager les innovations qui vont permettre d'accompagner dans l'avancée en âge et faire reculer la perte d'autonomie). Comment peut-on essayer de développer des projets, de produire un service innovant en matière d'aide à domicile et de médecine à domicile ? On imagine même un appel à projet en matière de Silver économie dans l'année qui vient.

En ce qui concerne la coordination des acteurs, le département est victime de l'absence de coordination CLIC, avec la difficulté du manque de moyens financiers pour développer des services nouveaux. Il faut donc apprendre à travailler ensemble autrement, mieux mutualiser les moyens et les actions, à imaginer de nouvelles approches. L'origine de la maltraitance est souvent familiale, de la part des proches, mais elle est également financière de la part de démarcheurs qui vendent des produits et extorquent de l'argent aux personnes âgées.

⇒ **Présentation des missions de la MAIA et de la collaboration avec l'hôpital de Pontoise sur l'ouest du département : Présentation de Mme Catherine Pechmajou (MAIA 95 ouest) – diaporama en Annexe 3**

**MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (CNSA).**

Plusieurs dossiers et axes de travail sont abordés par les MAIA :

- Développer une méthode de travail entre professionnels (homogénéité des pratiques et simplification du parcours de soins et de vie).
- Service de recours pour les professionnels de santé.
- Cahier des charges avec critères d'évaluation.
- Elaboration d'une fiche d'évaluation destinée aux professionnels de santé pour identifier les personnes qui doivent dépendre de la MAIA.
- Pour pouvoir rentrer dans la gestion de cas, il faut que la complexité de la situation de la personne âgée de plus de 60 ans mette en jeu la fluidité du parcours de soins et du projet de vie à domicile.
- Le but de la MAIA, c'est que les acteurs puissent avoir des outils pour pouvoir faire la coordination et s'articuler ensemble.
- Sur les trois territoires, trois groupes de travail mis en place sur l'articulation ville/hôpital. Pas de connaissance mutuelle des compétences de chacun et c'est difficile de travailler sur le parcours de la personne. Il y a un déficit d'informations qui ne permet pas de suivre le parcours de soins.
- Réflexion sur un outil de coordination basique (expérimenté avec des professionnels de tous les champs) qui permettrait de ne pas perdre de temps à l'arrivée des urgences.
- Optimisation de la filière gériatrique : mise en place depuis un an environ d'un numéro unique (01 30 75 45 94). Un gériatre joignable pour avis d'orientation et de conseils. Information à diffuser à l'ensemble des professionnels de santé.
- Extension de ViaTrajectoire. Cette plateforme est un service public, gratuit et sécurisé, qui proposera aux particuliers, aux médecins libéraux, aux professionnels hospitaliers et du secteur médico-social une aide à l'orientation personnalisée en soins de suite et de réadaptation, en hospitalisation à domicile, en unité de soins de longue durée ou en structure d'hébergement pour personnes âgées via internet. Il a commencé à se développer sur la partie Ouest du département et va ensuite continuer sur le Sud et l'Est. A partir de 2016, après le déploiement au niveau des professionnels de santé, les usagers pourront faire eux-mêmes leurs demandes d'évaluation.

⇒ **Retour d'expérience des EHPAD : Mr Christian Boissel (EHPAD)**

- L'intérêt majeur des dispositifs à déployer c'est d'éviter les hospitalisations.
- La moyenne d'âge des personnes âgées dans les EHPAD est aux alentours de 87 ans.
- Il n'est pas question de se passer de l'offre hospitalière. L'expérience de REGIES 95, avec tous les acteurs du département, tend à faire en sorte que l'offre hospitalière se déplace vers la ville.
- L'Equipe Mobile de gériatrie-psychiatrie, composée d'un psychiatre et d'une infirmière psy, se déplace dans les EHPAD et vient en support des acteurs de santé, ce qui permet très concrètement d'améliorer la prise en charge des personnes au sein des structures et d'éviter des hospitalisations.
- Equipe mobile de soins palliatifs : action très importante lancée sur le Val-d'Oise. Gros travail entre REGIES 95 et la CORPALIF (Coordination Régionale de Soins Palliatifs d'Ile-de-France) qui a permis de lancer une expérimentation et de développer le déplacement d'une équipe mobile de soins palliatifs (2,5 ETP médecins et 2,5 ETP infirmières) dans les EHPAD. Un médecin et une infirmière rencontrent les équipes régulièrement, une fois par mois environ, afin de pouvoir évoquer ensemble un certain nombre de situations. Ce dispositif permet aussi la formation de référents en soins palliatifs dans les EHPAD. Dans les 60 EHPAD du Val-d'Oise, au moins deux personnes ont suivi les sessions de sensibilisation de cinq demi-journées (140 personnes formées en 2,5 ans). Le dispositif continue à évoluer, des sessions de niveau 2 ont débuté qui sont centrées sur des problématiques purement médicales et destinées aux médecins. Un autre groupe va s'ouvrir pour les infirmières Cette dynamique a permis de mettre en place, avec l'Université de Paris, un D.U. de soins palliatifs.
- Intervention de Santé Service (HAD) dans les structures de l'EHPAD. C'est un dispositif qui fonctionne bien, qui a ses limites liées au cahier des charges de l'HAD. Les hôpitaux vont de plus en plus développer leur activité ambulatoire à partir des plateaux techniques. Il faudra peut-être, pour une bonne coordination, développer des services HAD au départ de l'hôpital.
- Expérimentation de l'infirmière de nuit mutualisée qui intervient sur 3 EHPAD limitrophes. Le dispositif est porté par une structure tierce, l'ADSSID qui a déjà une équipe itinérante de nuit dans le cadre de son SSIAD. Il y a un impact économique puisque des journées d'hospitalisation sont évitées. Cette expérimentation est financée sur une enveloppe Assurance Maladie qui a fait savoir qu'elle ne pourrait plus financer cette action, ce qui nécessite d'en défendre la pertinence médico-économique.
- Santé bucco-dentaire : au niveau du réseau, a été développé un gros travail sur la santé bucco-dentaire depuis plus de 10 ans sur le Val-d'Oise, modèle qui a été porté à la connaissance de l'ARS qui a demandé à ce qu'il soit développé sur l'ensemble des établissements de l'Essonne, développement de la formation de référents bucco-dentaires. Problème du déplacement dans les EHPAD, réfléchir à la mise en place d'équipe mobile de chirurgie dentaire
- Développement de la Télémédecine : outil très intéressant.
- Développement de TELEGERIA : axe de développement assez important dans la téléconsultation de dermatologie.
- Intérêt de l'intervention d'une équipe mobile gériatrique dans les EHPAD compte tenu des poly-pathologies des résidents.
- Problème du coût de l'accueil temporaire : les EHPAD ne sont qu'un des éléments de parcours et de santé de ces personnes fragiles et vulnérables. L'accueil temporaire ou de répit est un élément essentiel du maintien à domicile de ces personnes, car il concourt très concrètement au soulagement des aidants.

⇒ **Retour d'expérience du SSIAD renforcé : Mme Michèle Foisnant (Fondation Chaptal) – diaporama en Annexe 4**

- Population à risque : file active instable au regard de la fragilité des populations, aggravée par le contexte social.
- Population très âgée – 70 % des personnes ont une dépendance importante voire très importantes (Gir 1 à Gir 3) avec des pathologies invalidantes et des poly-pathologies.
- La moitié des patients a une durée moyenne de prise en charge de moins d'un an.
- Les enjeux : soutenir la vie à domicile, prévenir les risques qui pourraient conduire à une hospitalisation, soutenir les aidants.
- Expérimentation SSIAD renforcé : préserver l'autonomie existante, améliorer la qualité de vie, éviter ou retarder une hospitalisation, faciliter le retour précoce au domicile des personnes hospitalisées. Mise en place d'une grille d'inclusion permettant d'orienter les usagers vers un SSIAD classique, renforcé ou vers une HAD.
- Le SSIAD est un acteur dans la coordination du maintien à domicile, un acteur de la coordination ville/hôpital : éviter la rupture dans la prise en charge, soutenir les aidants, déterminer la limite du maintien à domicile.

⇒ **Retour d'expérience de la médecine de ville : Docteur Broudic – Annexe 5**

- Difficultés rencontrées
  - \*relations patient/famille/équipe soignante
  - \*personnel soignant : difficultés de trouver un kinésithérapeute qui se déplace au domicile
  - \*médecin : problème des génériques (différence de couleur, comportement différent que la molécule princeps), difficultés avec les médicaments prescrits par l'hôpital et qui se trouvent en contre-indications mutuelles.
  - \*problème des visites chez des personnes aux multiples handicaps (chronophage).
  - \*rapports confraternels avec Santé Service ou autre HAD, SSIAD, etc...
- Propositions d'amélioration
  - \*création d'un temps d'échange : réunion de concertation pluridisciplinaire avec le patient
  - \*accepter le libre choix du patient concernant le médecin référent de son Plan Personnalisé
  - \*importance d'un document écrit différent du dossier médical
  - \*développer l'éducation thérapeutique du patient
  - \*pouvoir hospitaliser directement un patient dans un service spécialisé sans passer par les urgences
  - \*faire appel aux associations d'usagers qui ont un rôle pertinent et peuvent donner des renseignements autant à la famille qu'à l'équipe soignante.
  - \*proposer au patient ou à la famille de se documenter (CODERPA, UDAF).

⇒ **Retour d'expérience de représentants des usagers : Mr François Perinelle (CODERPA)**

- Médecins de ville : peu disponibles pour les consultations ou visites urgentes. Difficultés pour trouver un médecin, peu de médecins se déplacent à domicile et ils n'assurent plus les gardes d'où la nécessité de recourir au SAMU, aux urgences et SOS Médecins et perdre ainsi le contact avec le médecin traitant à qui l'on fait toute confiance.
- Souhait de développer les infirmières de nuit.
- Coordination des intervenants à domicile, aides ménagères, aides-soignants, infirmiers, etc...
- Cahier d'intervention accessible à tous les intervenants mais se pose le problème de la confidentialité.
- Les transports : les problèmes les plus importants pour les personnes âgées sont les transports vers les centres de soins ou les autres activités lorsqu'il n'y a aucun proche pouvant les véhiculer. L'assurance maladie prend de moins en moins en charge ces transports. Le Coderpa a fait plusieurs enquêtes qui font ressortir que certaines communes organisent ces transports. La carte Améthyste permet de se déplacer librement dans tous les transports en commun (bus, train, RER). Le Conseil départemental subventionne cette carte pour les déplacements dans le Val-d'Oise, or beaucoup de personnes âgées doivent sortir du département pour se soigner à Paris. Cette question sera peut-être résolue par le tarif unique du STIF. La RATP a fait des efforts importants pour l'amélioration des transports des personnes âgées et handicapées, la SNCF devrait suivre son exemple. Le PAM a un tarif assez élevé.
- Urgences : les admissions sont souvent longues et difficiles. Les délais d'attente ne sont pas compatibles avec la situation des malades âgés venant des EHPAD. Pourquoi les admissions ne peuvent se faire directement par le service gériatrique ?
- L'hôpital décide souvent de façon inopinée du retour à domicile ou en EHPAD. Trop de cas signalent des situations où les personnes âgées sont souvent isolées et sont incapables de subvenir seules à leurs propres besoins courants.
- Le Coderpa a réalisé **une charte du « bien-vieillir en Val-d'Oise » (Annexe 6)**. Action soutenue par le Conseil Départemental du Val-d'Oise. Cette charte a été adressée aux communes pour qu'ils puissent s'engager sur un certain nombre de points. Certaines communes ont signé, d'autres réfléchissent car il y a des points qui sont du ressort communal et d'autres non. Il faudrait trouver une formule qui leur permette de s'engager là où elles sont compétentes.
- Amélioration de la coordination, c'est un constat qui a été fait également au niveau des MAIA. Ces problématiques sont récurrentes dans la pratique des professionnels de santé mais également dans la vie quotidienne des usagers.

⇒ **La problématique des personnes âgées pour les établissements hospitaliers et retour d'expérience : Dr P. Taurand GHEM et Dr P. Babadjian CHA – diaporama en Annexe 7**

- Développer EPINAD qui rend des services et évite des hospitalisations
- Développer les liens entre centres hospitaliers et MAIA : intégration des CH aux travaux de la MAIA (groupe de travail articulation ville/hôpital)
- Développer les évaluations gériatriques en cas de prise en charge d'une personne âgées
- Remettre le patient au centre du dispositif
- Clarifier la notion de territoire et son contenu en termes de structures (pour les patients, les médecins traitants, et les professionnels...).
- Réfléchir aux modes d'intervention des équipes de gériatrie.

Madame Pennel insiste sur la nécessité de modéliser et de faire un état des lieux par territoire avec ses points forts et points faibles, ses ressources et ses manques. Définir les outils dont on a besoin sur chaque territoire. Comment faire pour que les expériences, les acquis profitent à l'ensemble des acteurs ?

Monsieur Coupry remercie l'ensemble des intervenants pour la qualité des présentations. Un ou deux projets très concrets seront dégagés et discutés lors de la prochaine réunion de bureau et présentés en séance.

***La conférence de territoire programmée le 7 mai 2015 est annulée.***

La prochaine réunion de la conférence de territoire est fixée au **25 juin 2015 à 9 heures**. Le lieu de la réunion n'est pas encore défini.