



Conférence de territoire

## SEANCE PLEINIÈRE DU 15 DECEMBRE 2011 COMPTE-RENDU

Le Jeudi 15 décembre 2011, avec 34 membres présents (dont 22 titulaires et 12 suppléants), la sixième séance plénière de la conférence de territoire de l'Essonne débute à 10h05. Les membres titulaires et suppléants ont été conviés par convocation le 02 décembre 2011 pour débattre de l'ordre du jour ci-dessous :

### Ordre du jour

- 1) Présentation des nouveaux membres - Nomination du membre représentant la CDPH au bureau de la Conférence (M. PULIK)
- 2) Présentation du Schéma Régional d'Organisation Médico-social (M. BOURQUIN et M SOVRANO),
- 3) Présentation du Contrat Local de Santé d'Evry (Mme ROSSIGNOL),
- 4) Point sur la réunion du 16/11/2011 avec M. EVIN et les présidents et vice-présidents des conférences de territoire d'Ile-de-France (M. PULIK),
- 5) Divers

### **I) - Présentation des nouveaux membres - Nomination du membre représentant la CDPH au bureau de la Conférence**

Monsieur PULIK présente les membres qui se sont rajoutés à la conférence et leur souhaite la bienvenue. Compte tenu de la nomination récente de certains membres, il précise qu'ils ne sont pas tous présents à la séance du jour. La liste est la suivante :

Arrêté n° 11-558 du 14/09/2011 modifiant l'arrêté n°10-679 fixant les membres de la conférence de l'Essonne,

Pour les professionnels de santé libéraux et les internes en médecine :

↳ Au titre des infirmiers :

- En tant que titulaire : Sylvie BARROS
- En tant que suppléant : Bernadette HERAULT

Pour les représentants des usagers :

↳ Au titre des associations de personnes handicapées

- En tant que titulaire : Josiane RAMEL – UNAFAM 91
- En tant que suppléant : Jean-claude COQUERELLE – ADAPEI 91

Arrêté n° 11-632 du 04/10/2011 modifiant l'arrêté n°10-679 fixant les membres de la conférence de l'Essonne

Pour les représentants des établissements de santé

↳ Au titre des présidents de commission médicale ou de conférence médicale d'établissement

Pour les établissements publics de santé :

- En tant que suppléant : Docteur BUSSONE, président de CME, centre hospitalier d'Etampes en remplacement de Monsieur VERRET.

Pour les représentants des centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé

↳ Au titre des centres de santé, maisons de santé et pôles de santé

- En tant que titulaire : Dr Philippe LEFEBVRE centre municipal de santé des Epinettes-Evry en remplacement du Dr Christian MONGIN.

Arrêté n° 11-683 du 05/12/2011 modifiant l'arrêté n°10-679 fixant les membres de la conférence de l'Essonne :

↳ Au titre des représentants des professionnels de santé et des internes en médecine

- En tant que titulaire : Patrick CHAVENON pharmacien
- En tant que suppléant : Jean-François CHABENAT Chirurgien-dentiste

Monsieur PULIK rappelle que le bureau de la conférence était resté jusqu'alors incomplet (9 membres au lieu de 10) dans l'attente de la désignation du représentant de la CDPH devant y siéger (décision prise lors de la séance du 10 mars 2011).

Conformément à cette décision antérieure, Mme Josiane RAMEL, membre titulaire au titre des associations de personnes handicapées est nommée membre du bureau.

A la demande du président, Mme RAMEL, représentante de l'UNAFAM 91, se présente en quelques mots.

## **II) - Présentation du Schéma Régional d'Organisation Médico-social**

Monsieur PULIK introduit le deuxième point à l'ordre du jour en remerciant la délégation du siège de l'ARS qui s'est déplacée pour présenter le Schéma régional d'organisation Médico-

social. Il passe ensuite la parole à Monsieur BOURQUIN (directeur du Pôle Médico-social à l'Agence Régionale de Santé).

En préambule Monsieur BOURQUIN annonce que la présentation sera co-animée avec son adjoint, Monsieur Jean-Christian SOVRANO puis fait une brève allusion aux schémas et au calendrier, points qui ont déjà été présentés dans les conférences antérieures par les représentants de la Délégation territoriale. Il souligne quelques grandes étapes notamment :

- ✚ les observations de la conférence de territoire peuvent être transmis à la Délégation Territoriale de l'ARS jusqu'au 24 février 2012,
- ✚ puis ouverture de la phase d'expérimentation,
- ✚ nouveau passage devant les conférences de territoire jusqu'à l'automne,
- ✚ avis formel de la CRSA,
- ✚ décision finale du Directeur général de l'ARS.

Le SROMS est le premier au niveau régional. Ce travail résulte d'une orientation basée sur une méthode participative avec une recherche de cohérence et de dialogue permanent avec différents partenaires qui partagent ce champ (médico-social) notamment les collectivités territoriales entre autre le Conseil Général.

### ● Rappel du diagnostic/enjeux du secteur médico-social en Ile-de-France

- ↪ Une région qui reste sous-équipée dans le champ médico-social
  - Un taux d'équipement 20% inférieur à la moyenne nationale,
  - 7.9% des dépenses d'Assurance Maladie consacrées au médico-social (moyenne nationale : 10,2%),
- ↪ De réels déséquilibres entre le centre et la périphérie,
- ↪ Une coopération entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires qui reste insuffisante pour optimiser le parcours de soins et de vie des personnes.

### ● Les principales données démographiques «Personnes Agées»

↪ En 2008 (Source : Insee, RP2008, exploitation principale) :

- Essonne : 6 %
  - Ile-de-France : 6 %
  - France : 9 %
- } de personnes âgées de 75 ans et plus dans la population totale

↪ Evolution des personnes âgées entre 2010 et 2020

Département	75 ans et plus	85 ans et plus
75	6%	20%
92	9%	38%
93	11%	49%
94	12%	44%
<b>Ile-de-France</b>	<b>14%</b>	<b>41%</b>
95	19%	53%
77	20%	43%
78	23%	55%
<b>91</b>	<b>23%</b>	<b>59%</b>

Source : Direction régionale de l'INSEE Ile-de-France, projections de population, mars 2011

↳ Projections de la population potentiellement dépendante

75 ans et plus (estimation à prendre avec de fortes précautions)

Département	2007	2020	Evolution 2007/2020
75	25 700	28 900	12%
92	17 400	22 800	31%
93	12 900	17 000	31%
<b>Ile-de-France</b>	<b>120 200</b>	<b>158 700</b>	<b>32%</b>
94	14 000	18 700	34%
77	13 600	18 300	35%
95	10 700	15 200	42%
78	14 100	20 400	45%
<b>91</b>	<b>11 700</b>	<b>17 300</b>	<b>47%</b>

Source : Direction régionale de l'INSEE Ile-de-France, projections des populations dépendantes, septembre 2011

Ce qui équivaut à une augmentation moyenne de 3000 personnes âgées dépendantes par an.

Il est prévu globalement une tendance à l'augmentation du maintien à domicile et une diminution du recours à l'accueil en EHPAD pour les PA dépendantes

● **La situation de l'offre médico-sociale « personnes âgées »**

Capacités autorisées et taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

Département	Places EHPAD (hébergement t complet)	Taux d'équipement EHPAD	Places Accueil de jour et hébergement temporaire	Taux d'équipement AJ / HT	Places SSIAD	Taux d'équipement SSIAD	Taux d'équipement global
75	6 909	41,77	395	2,39	4 913	29,70	73,86
93	4 466	54,63	217	2,65	1 633	19,97	77,25
94	5 255	57,11	363	3,95	1 841	20,01	81,06
<b>Ile-de-France</b>	<b>58 596</b>	<b>76,73</b>	<b>2 534</b>	<b>3,32</b>	<b>15 917</b>	<b>20,84</b>	<b>100,89</b>
92	9 506	82,60	433	3,76	2 089	18,15	104,52
78	8 791	94,62	143	1,54	1 419	15,27	111,44
95	6 358	96,55	209	3,17	1 150	17,46	117,19
<b>91</b>	<b>7 548</b>	<b>98,67</b>	<b>335</b>	<b>4,38</b>	<b>1 347</b>	<b>17,61</b>	<b>120,66</b>
77	9 763	131,65	439	5,92	1 525	20,56	158,13

Source : FINESS/BREX mai 2011 et projections de population de la direction régionale de l'INSEE

Des taux en EHPAD et en AJ-HT largement supérieurs à la moyenne régionale et à l'inverse, un taux en deçà pour les SSIAD.

● **L'offre médico-sociale ENFANTS handicapés : vue régionale**

DEPARTEMENT	PLACES INSTALLEES AU 01/01/2011	Taux D'EQUIPEMENT	POPULATION DEPARTEMENT/ POPULATION IDF	OFFRE DEPARTEMENTALE/ OFFRE REGIONALE
75	2828	6,75	13,84%	13,26%
77	3182	8,61	12,20%	14,92%
78	2678	6,98	12,67%	12,56%
<b>91</b>	<b>2648</b>	<b>7,96</b>	<b>10,98%</b>	<b>12,42%</b>
92	2805	6,90	13,43%	13,15%
93	2607	5,94	14,50%	12,22%
94	2384	6,98	11,27%	11,18%
95	2197	6,53	11,10%	10,30%
<b>IDF</b>	<b>21329</b>	<b>7,04</b>	<b>100%</b>	<b>100,00%</b>

## ● L'offre médico-sociale ADULTES handicapés : vue régionale

DEPARTEMENT	PLACES INSTALLÉES AU 01/01/2011	TAUX D'EQUIPEMENT	POPULATION DEPARTEMENT/ POPULATION IDF	OFFRE DEPARTEMENTALE/ OFFRE REGIONALE
75	4328	3,36	19,84%	16,16%
77	3531	4,82	11,30%	13,19%
78	3391	4,45	11,75%	12,67%
<b>91</b>	<b>3121</b>	<b>4,73</b>	<b>10,18%</b>	<b>11,66%</b>
92	3050	3,52	13,38%	11,39%
93	3296	4,06	12,53%	12,31%
94	3297	4,62	11,01%	12,31%
95	2760	4,25	10,01%	10,31%
<b>IDF</b>	<b>26774</b>	<b>4,13</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## ● Les grandes tendances régionales en addictologie

- ↪ Un niveau de consommation d'alcool quotidien largement inférieur à la moyenne nationale mais des consommations d'alcool problématiques par certaines franges de la population (jeunes, périnatalité...).
- ↪ Une région fortement concernée par les consommations de drogues illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, crack..).
- ↪ Un niveau de tabagisme élevé
- ↪ Des consommations à risque qui se développent parmi les jeunes populations (ivresses répétées, usage de cannabis et d'autres drogues illicites, âges des premières expérimentations en baisse).

## ● L'offre médico-sociale francilienne en addictologie

Département	Nombre de CSAPA	Nombre de CAARUD	Communauté Thérapeutique
75	19	9	
77	6	2	
78	3	1	
<b>91</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	
92	7	1	1
93	13	4	
94	9	2	
95	6	1	
<b>IDF</b>	<b>70</b>	<b>21</b>	<b>1</b>

## ● L'offre médico-sociale francilienne en ACT/LHSS/LAM

Département	Nombre de ACT	Nombre de Places	LHSS	Nombre de Places	LAM*	Nombre de Places
75	12	261	2	210	1	24
77	2	28	1	25		
78	2	28				
<b>91</b>	<b>1</b>	<b>57</b>				
92	5	91	1	50		
93	5	111	2	80		
94	2	60	1	20		
95	3	63				
<b>IDF</b>	<b>32</b>	<b>699</b>	<b>7</b>	<b>385</b>	<b>1</b>	<b>24</b>

\* LAM : Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité

\*\* LHSS : Lits Halte Soins Santé

## ● Les priorités du SROMS d'Ile-de-France

- ↪ 2 objectifs stratégiques communs aux 3 populations concernées par le SROMS (PA, PH, PDS) qui tiennent compte du PSRS et des schémas départementaux
  - Organiser et structurer une offre médico-sociale adaptée et de proximité,
  - Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes.

Chaque objectif stratégique est décliné en objectifs opérationnels et en propositions d'actions.

Des propositions d'actions sont communes aux trois populations : appui aux aidants, bientraitance, formations, accessibilité.

- ↪ Des liens à établir entre le SROMS et les autres schémas :
  - Volet ambulatoire du SROS
  - Volet hospitalier du SROS
  - Schéma régional de prévention

## ● Organiser et structurer une offre médico-sociale adaptée et de proximité

- ↪ Restructurer l'offre pour réduire les inégalités territoriales et opérer des redéploiements de ressources,
- ↪ Favoriser l'accompagnement et le soutien à domicile en développant les formules alternatives et les actions innovantes pour répondre au plus près des besoins des personnes et de leur entourage,
- ↪ Prendre en compte de façon coordonnée les problématiques de la vie sociale : logement, habitat, déplacement, pour faciliter la vie quotidienne des personnes.

## ● Illustration PA : Réduire les inégalités entre territoires pour une accessibilité de proximité des équipements médico-sociaux

- ↪ Diagnostic Une offre existante en EHPAD (700 établissements et 60 000 places dont 4 000 financées ces 3 dernières années) inégalement répartie
- ↪ Enjeux Garantir une accessibilité (géographique et économique) de proximité aux structures médico-sociales
- ↪ Actions préconisées par l'ARS (non exhaustif) :
  - **Conforter** l'offre existante dans chaque département, grâce à des opérations de regroupement d'EHPAD, transfert d'autorisation, etc., permettant une rationalisation de l'offre et des redéploiements,
  - **Créer** des places nouvelles dans les territoires manifestement sous dotés, en fonction des ressources nouvelles allouées par la CNSA ou pouvant être redéployées,
  - **Renforcer** le rôle des SSIAD (zones et modalités d'intervention, lien avec le sanitaire).

## ● Illustration PH : Redéfinir les frontières du sanitaire et du médico-social pour la prise en charge de handicaps spécifiques

- ↪ Diagnostic : il est régulièrement observé, et des études le confirment, que des personnes handicapées, notamment psychiques, des personnes présentant des troubles graves (suites d'AVC, traumatisés crâniens...) sont prises en charge par le secteur sanitaire par manque de place dans le secteur médico-social,
- ↪ Enjeux : étudier les possibilités de fongibilité asymétrique des enveloppes pour disposer de moyens financiers pour le développement de structures médico-sociales,
- ↪ Actions préconisées par l'ARS (non exhaustif) :
  - **relever** dans tous les services concernés les prises en charge inadéquates,
  - **faire** un état des lieux spécifique dans le secteur psychiatrique,
  - **procéder** aux restructurations nécessaires.

## ● Illustration PDS : Assurer une prise en charge adaptée, continue et de proximité pour toutes les personnes ayant des conduites addictives

- ↪ Diagnostic : des problématiques associant des comorbidités en augmentation et des polyconsommations de plus en plus nombreuses et complexes.  
Une inégale répartition des structures de prise en charge,
- ↪ Enjeux : garantir une accessibilité géographique de proximité aux structures médico-sociales,
- ↪ Actions préconisées par l'ARS (non exhaustif) :
  - **Organiser et répartir** l'offre médico-sociale en addictologie en veillant à garantir à tous la possibilité d'un recours aux dispositifs (CAARUD, CSAPA ambulatoire et résidentiel, CT),
  - **Positionner** le CSAPA au centre du dispositif de prise en charge en addictologie,
  - **Développer** la formalisation des partenariats et coopérations entre les acteurs concernés des secteurs (social, médico-social, ambulatoire, hospitalier).

## ● Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes.

- ↪ Organiser et renforcer la prévention tout au long du parcours de vie
- ↪ Favoriser les coopérations et les partenariats entre tous les acteurs concernés (ambulatoire, hospitalier, social, médico-social)
- ↪ Renforcer une logique d'efficience :
  - Efficience de la dépense
  - Efficience dans le positionnement des services et des établissements dans le dispositif d'accompagnement et de prise en charge
- ↪ Améliorer le soutien aux aidants (formation, reconnaissance de leur action, prise en compte de leur santé)
- ↪ Améliorer la qualité des prestations pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins et à la diversité des publics
- ↪ Développer une démarche de bientraitance

↳ Valoriser les métiers du médico-social

### ● Illustration PA Favoriser la continuité et la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes âgées

↳ Diagnostic : l'hospitalisation est propice à révéler les défaillances de coordination dans la prise en charge d'une personne âgée.

La continuité de la prise en charge (entrée à l'hôpital, sortie et retour à domicile ou en établissement) est déterminante.

↳ Enjeux : améliorer la coordination à tous les niveaux du dispositif  
Donner une meilleure lisibilité aux usagers

↳ Actions préconisées par l'ARS (non exhaustif) :

- **Décloisonner et coordonner** les acteurs sanitaires, médico-sociaux, notamment lors des entrées et sorties d'hospitalisation et du retour à domicile ou en établissement, avec les filières gériatriques et le recours aux dispositifs favorisant la fluidité (équipes mobiles gériatriques, réseaux, MAIA, SSIAD «renforcés»...)

### ● Illustration PH Développer la formalisation des partenariats et des coopérations entre les différents acteurs

↳ Diagnostic : la collaboration entre les différents acteurs du monde la santé (sanitaire, ambulatoire et médico-social) est insuffisante. Cette insuffisante coopération a notamment pour conséquence des ruptures de prise en charge dans le parcours de l'utilisateur. Par ailleurs les liens entre les acteurs « institutionnels » (ARS, Education Nationale, DRJSCS, DRIHL...) sont insuffisamment développés.

↳ Enjeux : profiter de la transversalité de l'ARS pour favoriser les coopérations pour atténuer l'isolement de certaines structures et/ou professionnels, améliorer la qualité des prestations et favoriser la continuité de la prise en charge.  
Développer les liens entre les acteurs institutionnels afin de mettre en place des politiques communes et coordonnées

↳ Actions préconisées par l'ARS (non exhaustif) :

- **inciter** à une plus grande collaboration entre le médico-social, le sanitaire et l'ambulatoire par la formalisation de partenariat, d'outils communs, de journées d'échanges...
- **favoriser le rapprochement des acteurs institutionnels** en signant des conventions cadres: Education Nationale /ARS, DRIHL/ ARS, DRJSCS /ARS...

### ● Illustration PA-PH Améliorer le soutien aux aidants

↳ Diagnostic : le rôle indispensable et primordial dans l'accompagnement et le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie n'est pas suffisamment pris en compte. Aujourd'hui de nombreux aidants familiaux sont vieillissants et ne sont plus en mesure d'accompagner leurs proches. Parallèlement, on observe de plus en plus un sentiment d'épuisement chez les aidants professionnels

↳ Enjeux : améliorer la santé des aidants.  
Améliorer la qualité de l'aide proposée aux personnes fragiles.



↪ Actions préconisées par l'ARS (non exhaustif) :

- **Sensibiliser** les professionnels intervenant auprès des personnes âgées dépendantes / handicapées sur la nécessité de faire le lien avec les aidants familiaux pour une approche continue et globale,
- **Soutenir et accompagner** les aidants au moyen notamment des plateformes de répit, des accueils de jour et de nuit, des centres d'accueil pour les vacances, etc.

### ● Illustration PDS : Améliorer la qualité des prestations pour garantir la fluidité des parcours

↪ Diagnostic : 385 places en LHSS et 699 places d'ACT inégalement réparties et 24 places en LAM

Sortie des dispositifs souvent freinée par le manque de coordination

↪ Enjeux : Améliorer les sorties du dispositif médico-social en faveur des personnes confrontées à des difficultés spécifiques vers les autres dispositifs sociaux, médico-sociaux ou le logement par un accompagnement adapté

↪ Actions préconisées par l'ARS (non exhaustif) :

- **Expérimenter** l'intégration des ACT/LHSS et LAM dans les dispositifs SIAO (Service intégré de l'accueil et de l'orientation)

### ● SYNTHÈSE GÉNÉRALE ET GRANDS ARBITRAGES

↪ Tenir compte de l'évolution des déficiences pour redéployer l'offre (secteur PH par priorité, ex: déficiences sensorielles et intellectuelles),

↪ Mettre en œuvre la fongibilité asymétrique pour réduire les inadéquations de prises en charge (secteur PH et post AVC notamment),

↪ Donner une impulsion forte en termes de rééquilibrage de l'offre (ex: allouer les créations de places en fonction d'indicateurs d'offre et de la densité des professionnels de libéraux),

↪ Fluidifier la filière entre les prises en charge sanitaire et médico-sociale en privilégiant la prise en charge au domicile (SSIAD) tout en permettant des retours dans le secteur du moyen séjour ou de l'HAD,

↪ Consolider l'existant en termes de médicalisation des EHPAD en permettant une présence/intervention infirmière la nuit,

↪ Organiser et répartir l'offre médico-sociale en addictologie en veillant à garantir à tous la possibilité d'un recours à l'ensemble des dispositifs.

Avant de débattre du dispositif régional présenté, Monsieur PULIK remercie Monsieur BOURQUIN et son adjoint pour leur présentation dynamique et optimiste puis poursuit avec les remarques suivantes :

✚ il juge le concept de lancement d'appels à projet positif mais pense qu'il est limitatif à la réflexion dans la mesure où des promoteurs peuvent présenter des projets innovants, hors du champ défini par l'ARS, qui méritent d'être examinés. La force du secteur médico social a toujours reposé sur la créativité des promoteurs.

✚ en Ile-de-France, le taux d'équipement en grande couronne est certes supérieur à celui du centre. La raison principale vient du foncier plus accessible pour les promoteurs, mais également pour le personnel travaillant dans ces structures, et

pour les personnes âgées et les personnes handicapées souvent en situation financière fragile et résidant donc plus vers la périphérie de la région. La notion de rééquilibrage vers le centre doit prendre en compte ces données.

- ✚ au vu des projections démographiques, on devrait assister à une évolution plus rapide en grande couronne qu'au centre. Ce ne sont que des projections mais il est clair qu'un rééquilibrage trop important vers le centre de la région s'avérerait, au vu de ces données, une erreur pour l'avenir.
- ✚ réel besoin d'une bonne coordination du parcours de soins. Cette coordination reposera sur les réseaux et le tissu associatif alors même que l'on assiste en 2011 à leur fragilisation financière,
- ✚ les personnes âgées doivent faire face à des problèmes d'accessibilité financière. Le bureau de la conférence propose à cet effet qu'il soit imposé à tout promoteur un taux opposable sans reste à charge pour les personnes âgées.
- ✚ Une bonne articulation avec le secteur sanitaire est nécessaire pour une bonne prise en charge des personnes handicapées. Cependant, pour certains handicaps notamment l'autisme, l'accès aux soins somatiques reste difficile. Il précise par ailleurs que « la fongibilité asymétrique » est un mécanisme qui permet le transfert de lignes budgétaires du secteur sanitaire vers le secteur médico-social alors que l'inverse est impossible.

**M. BOURQUIN** : en ce qui concerne les appels à projet, un article additionnel demandant aux promoteurs de faire une proposition adaptée avec un montant indicatif sera obligatoire pour l'attribution des crédits.

Afin de maintenir l'esprit d'innovation, des appels d'offre sur la performance seront également lancés.

Quant au surcoût régional, Monsieur Evin a présenté ce problème au niveau national. Comme pour le sanitaire, le médico-social devrait bénéficier d'une surcote (coefficient correcteur géographique de 7% revendiqué).

Cette année les moyens des réseaux de santé ont été réduits. La situation devrait s'améliorer en 2012 grâce à l'utilisation des fonds du FIR (Fond d'intervention régional) permettant aux agences régionales de santé de mutualiser l'ensemble des fonds jusqu'alors séparés.

Pour terminer il précise que si la logique des enveloppes non fongibles demeure il n'y aura malheureusement pas d'avancés.

La parole est ensuite donnée aux membres pour réagir suite à la présentation générale du SROMS.

**M. LUBEIGT** (*représentant des établissements publics de santé et directeur de l'établissement Barthélémy Durand*) : les éléments de diagnostic présentés montrent qu'en grande couronne le taux d'équipement dépasse le taux moyen en Ile de France ce qui impliquerait que les structures concernées satisferaient aux besoins du département. Ce n'est malheureusement pas le cas car ces structures Médico-sociales répondent aux besoins non satisfaits au centre en accueillant des usagers non essonniers.

Constat : le département de l'Essonne est découpé en 16 secteurs dédiés au handicap psychique général avec des structures médico-sociales développées sur le territoire sans une préparation préalable en termes de convention. Cela a pour conséquence une coopération à chaud entre les équipes.

Il propose :

- que tout dossier de demande de création devrait faire état des échanges préalables avec les équipes de santé médico-sociales déjà en place sur le territoire.
- de créer des structures ayant pour vocation l'accueil des personnes prises en charge dans le champ sanitaire mais qui relèvent du médico-social, de la psychiatrie ou de la santé mentale. Un exemple de projet serait la création de maisons d'accueil spécialisé pour des malades atteints de handicap psychique que les secteurs de psychiatrie s'engageraient à suivre tout au long de leur vie. A cet effet, il met un bémol sur la fongibilité asymétrique car ces personnes continueraient d'être suivies sur le plan psychiatrique alors que des lits dédiés à la psychiatrie se fermentaient au profit de la prévention.

Il termine en soulignant que de réels efforts sont engagés pour le développement du handicap psychique en ambulatoire.

**M. COQUERELLE** (*représentant des associations de personnes handicapées*) : la lecture du SROMS met en évidence l'étude de l'existant mais ne fait pas émerger des chiffres pour les nouveaux besoins.

Les jeunes adultes handicapés peuvent bénéficier de l'amendement CRETON, qu'est-il prévu pour les adultes vieillissants?

Il souligne les difficultés («parcours du combattant») que rencontrent les usagers qui souhaitent se mettre en relation avec la MDPH.

**M. VARROUD-VIAL** (*représentant des réseaux de santé*) : compte tenu de la fragilisation actuelle des réseaux, une bonne coordination entre eux apparaît nécessaire. Il est d'une évidente nécessité pour les secteurs sanitaire et médico-social d'intégrer les différents acteurs de coordination (établissement de santé, SSR, établissements recevant des personnes handicapées...). La création d'un service intégré, est un enjeu capital sur le territoire.

**M. BOURQUIN** : Il ne devrait pas y avoir de frontières pour le handicap psychique à la porte des établissements. Le maximum de personnes doit être pris en charge à proximité de leur lieu de vie.

L'ARS a déjà identifié ce besoin de coopération et cherche à lever les inquiétudes des professionnels de santé de façon à obtenir de réelles avancées dans le secteur de la psychiatrie et pour le développement de l'offre médico-sociale.

Le développement des projets continue, l'ARS travaille en ce sens en collaboration avec le CREAHI (*Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les Handicaps et les Inadaptations*).

**M. SOVRANO** : création de MAIA (*Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer*) en Ile-de-France, cinq actuellement, un total de vingt prévu pour l'année 2012.

**M. VARROUD-VIAL** : souligne le problème de gouvernance des MAIA, de la coopération. Il pense qu'il faut une dynamique d'organisation pour éviter le gaspillage des ressources.

**Mme GAUSSENS** (*représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux au titre des personnes âgées*) : s'arrête particulièrement sur le reste à charge pour les personnes âgées. Elle pense qu'il ne faut pas élaborer un SROMS sans chercher à résoudre le problème de médicalisation des EHPAD. Limiter les hausses de tarif de l'immobilier ne règle pas les problèmes. La seule marge de manœuvre reste le forfait soin dont il n'est pas fait mention dans le SROMS.

Elle insiste sur le fait que «tous les vœux sont pieux», si on ne s'arrête pas sur les vrais enjeux de demain et ce d'autant plus avec la diminution des lits de soins de longue durée, la population qui rentre en EHPAD de plus en plus tard, et la future T2A pour le SSR.

Elle conclue en rappelant que dans les EHPAD le forfait hébergement est arrivé à son maximum supportable pour les familles, idem pour le forfait dépendance et le Conseil

Général. Seul le forfait soin peut servir de variable d'ajustement, si on veut améliorer la qualité de la prise en charge dans les EHPAD.

**M. LEFEBRE** (*représentant des centres de santé, maisons de santé, pôle de santé et réseaux de santé*) : précise que pour accéder à un foyer logement, la personne âgée doit être classée en GIR (*Groupe Iso Ressources*) 5 ou 6 d'où son questionnement sur l'importance du forfait soins dans ce type de structure.

**M. BOURQUIN** : précise qu'il lui est impossible de commenter certaines interventions car l'ARS n'a pas le pouvoir de modifier les textes législatifs. Il ajoute néanmoins que l'Ile-de-France est en phase d'expérimentation d'un projet visant à améliorer la médicalisation dans les EHPAD avec une infirmière de nuit intervenant dans sept groupes.

**Monsieur GALINAND** (*représentant des usagers – associations de retraités et personnes âgées*) : présente le cas des personnes qui s'arrêtent de travailler pour s'occuper des membres de leurs familles et qui se retrouvent pénalisés lorsqu'ils doivent faire valoir leur droit à la retraite et interroge sur les dispositions envisagées pour faire face à ce problème.

**Mme LUBELSKI** (*représentant des professionnels de santé libéraux*): insiste sur le manque de structures pour les enfants handicapés. Pour accéder à un SESSAD par exemple on se retrouve confronté à une liste d'attente et à des zones du territoire non couvertes par le SESSAD empêchant la prise en charge de l'enfant du fait de son domicile.

Il existe par ailleurs une grande injustice pour certains parents. En effet les parents salariés peuvent recevoir une aide de leurs employeurs alors qu'il n'existe aucune aide pour les parents qui relèvent du statut de travailleurs indépendants. Enfin, l'accès à la MDPH relève du parcours du combattant.

**M. BOURQUIN** : les missions de l'ARS sont de veiller à la reconnaissance du rôle des aidants, à leur formation, à la création de structures de répit, au développement d'une plateforme dédiée, mais la reconnaissance des droits des aidants ne fait pas partie des compétences de l'Agence.

Il conclue ce premier moment d'échanges en rappelant que le taux d'équipement est assez bon pour le département de l'Essonne mais qu'il reste un important travail visant à améliorer le taux pour le centre de la région notamment Paris. Cette amélioration aura pour conséquence une plus grande disponibilité des places en Essonne pour les essonniens.

### **La déclinaison du schéma dans le département de l'Essonne**

Cette présentation est réalisée par Mme Marie-José BICHAT (*Responsable du département Médico-social à la Délégation territoriale de l'Essonne*).

#### **● La situation de l'offre médico-sociale « personnes âgées »**

Capacités autorisées et taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

Département	Places EHPAD (hébergement complet)	Taux d'équipement EHPAD	Places Accueil de jour et hébergement temporaire	Taux d'équipement AJ / HT	Places SSIAD	Taux d'équipement SSIAD	Taux d'équipement global
75	6 909	41,77	395	2,39	4 913	29,70	73,86
93	4 466	54,63	217	2,65	1 633	19,97	77,25
94	5 255	57,11	363	3,95	1 841	20,01	81,06
<b>Ile-de-France</b>	<b>58 596</b>	<b>76,73</b>	<b>2 534</b>	<b>3,32</b>	<b>15 917</b>	<b>20,84</b>	<b>100,89</b>
92	9 506	82,60	433	3,76	2 089	18,15	104,52
78	8 791	94,62	143	1,54	1 419	15,27	111,44
95	6 358	96,55	209	3,17	1 150	17,46	117,19
<b>91</b>	<b>7 548</b>	<b>98,67</b>	<b>335</b>	<b>4,38</b>	<b>1 347</b>	<b>17,61</b>	<b>120,66</b>
77	9 763	131,65	439	5,92	1 525	20,56	158,13

Source : FINESS/BREX mai 2011 et projections de population de la direction régionale de l'INSEE

↳ des taux en EHPAD et en AJ-HT largement supérieurs à la moyenne régionale et à l'inverse, un taux en deçà pour les SSIAD.

### ● L'offre médico-sociale pour enfants handicapés en Essonne:

Taux d'équipement par déficiences hors CMPP et CAMSP calculé sur la population des enfants de 0 à 19 ans de 332 483 personnes

PUBLIC	PLACES INSTALLEES AU 01/01/2011	TAUX D'EQUIPEMENT 91	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
Déficiences intellectuelles	1154	3,47	3,30
Autisme/TED/Déf communication	82	0,25	0,44
Troubles du caractère et comportement	468	1,41	0,72
Déficiences motrices	210	0,63	0,83
Polyhandicapés	312	0,94	0,63
Troubles spécifiques du langage		0,00	0,05
Déficiences visuelles	161	0,48	0,33
Déficiences auditives	261	0,79	0,63
Toutes déficiences*		0,00	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>2648</b>	<b>7,96</b>	<b>7,04</b>

\*Epilepsie, VIH, VHC

L'Essonne = 10,98% des 0-19 ans franciliens et 12,42 % de l'offre médico-sociale régionale enfants

### ● L'offre médico-sociale pour adultes handicapés en Essonne:

Taux d'équipement par déficiences hors foyers et services gérés par le Conseil Général calculé sur la population des adultes de 20 à 59 ans de 659 601 personnes

PUBLIC	PLACES INSTALLEES AU 01/01/2011	TAUX D'EQUIPEMENT 91	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
Déficiences intellectuelles	184	0,28	0,19
Autisme	75	0,11	0,10
Déficiences psychiques	92	0,14	0,19
Déficiences motrices	15	0,02	0,16
Polyhandicapés	245	0,37	0,30
Déficiences sensorielles		0,00	0,08
Toutes déficiences	2490	3,78	3,04
Cérébro-lésés	20	0,03	0,06
PHV		0,00	0,01
<b>TOTAL</b>	<b>3121</b>	<b>4,73</b>	<b>4,13</b>

L'Essonne = 10,18 % des 20-59 ans franciliens et 11,66 % de l'offre médico-sociale régionale adulte

● **Illustration PA : Réduire les inégalités entre territoires pour une accessibilité de proximité des équipements médico-sociaux en Essonne**

- ↪ Améliorer l'accessibilité financière en développant l'offre d'EHPAD public
- ↪ Création d'un Etablissement Public Administratif pour la gestion à terme des EHPAD publics sur le territoire
- ↪ Trois sont autorisés actuellement à :
  - Les Ulis
  - Morangis
  - Courcouronnes

Possibilité d'habilitation partielle à l'aide sociale des structures privées afin de favoriser l'accessibilité financière

● **Illustration PA : Réduire les inégalités entre territoires pour une accessibilité de proximité des équipements médico-sociaux en Essonne :**

- ↪ Les seuils minimums fixés pour l'accueil de jour des personnes âgées et handicapées amènent à redéployer les places existantes afin d'optimiser et de mieux répartir l'offre sur le territoire,
- ↪ Un appel à projet conjoint doit être lancé pour la création d'accueils de jour spécifiques pour la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur le territoire (schéma gérontologique 2011-2016).

● **Illustration PH : Redéfinir les frontières du sanitaire et du médico-social pour la prise en charge des handicaps en Essonne**

- ↪ Développer des plates-formes permettant une approche globale de certains handicaps aux fins de développer un partenariat formalisé.

● **Illustration PDS : Assurer une prise en charge adaptée, continue et de proximité pour tous en Essonne**

- ↪ poursuivre l'équilibre de la répartition de l'offre de prévention, de prise en charge médico-sociale, de soins et d'accompagnement des personnes ayant des conduites addictives sur le territoire avec :
  - le renforcement des articulations et complémentarités entre les différents secteurs médico- social, sanitaire, médecins de ville,
  - le développement des consultations avancées notamment dans le Sud Essonne, dans les zones à forte concentration urbaine et renforcement du CSAPA "généraliste" d'ARPAJON.
- ↪ renforcer les dispositifs de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogue
  - avec le soutien des collectivités territoriales quant à l'installation de nouveaux automates sur le sud Essonne et le renforcement des liens avec les pharmacies de ville pour la mise à disposition de matériels d'injection et de prévention,

- structuration et renforcement de la RDR en CSAPA/ CAARUD,
- amélioration de l'accès aux soins et à l'hébergement des usagers CAARUD.

↪ améliorer la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire (maison d'arrêt de Fleury-Mérogis): renforcement du CSPA et continuité des soins...

### ● **Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes handicapées en Essonne**

- ↪ Revoir les agréments des EMS pour reconnaître l'accueil de personnes souffrant de TED et mieux adapter l'offre aux besoins
- ↪ Appel à projet pour ouvrir un accueil séquentiel en internat de week-end pour des enfants en situation complexe aux fins d'une évaluation plus approfondie,
- ↪ Appel à projet pour une structure expérimentale d'accueil hautement spécialisé à l'interface entre l'hôpital de jour, l'ITEP, et l'environnement judiciaire, sous forme de très petites unités de vie,
- ↪ Répondre au vieillissement des adultes handicapés en médicalisant des foyers de vie (60 places),
- ↪ Faire un appel à projet pour la création de places expérimentales d'accueil d'adultes handicapés vieillissants en EHPAD (expérimentation dans le Loir et Cher en cours),
- ↪ Développer les services à domicile afin d'éviter une institutionnalisation non souhaitée.

### ● **Illustration PDS : Améliorer la qualité des prestations pour garantir la fluidité des parcours en Essonne**

- ↪ Soutenir le développement des dispositifs de soins résidentiels :
  - ACT (prise en compte de l'évolution des besoins)
  - l'implantation de «Lits Halte Soins Santé» en Essonne: actuellement aucun dispositif de ce type sur le département (sous réserve d'une programmation issue de l'évaluation nationale prévue en 2012)

**M. FOUQUET** (*représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux au titre des personnes handicapées*): la présentation a mis en évidence les SSIAD mais il n'est pas fait mention des SAMSAT?

**Mme BICHAT** : les SAMSAT ne sont pas oubliés.

**Mme ELLIEN** (*représentant des centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé au titre des réseaux de santé*) : donne des informations concernant le Pôle Autonomie Santé Information, PASI de l'Essonne en cours de création, sujet qu'elle propose de mettre à l'ordre du jour d'une prochaine conférence de territoire. Le PASI est soutenu par le Conseil général de l'Essonne.

Ce pôle regroupe des réseaux de santé, de gérontologie, de soins palliatifs et diabétologie l'ASAD de Corbeil, et des associations, Association gérontologique de l'Essonne, AGE....Son objectif est de favoriser l'accès aux soins et à la Prise en Charge coordonnée pour les personnes âgées et/ou handicapées et aux sujets porteurs d'une maladie grave à risque de dépendance.

Une nouveauté, la création dans ce PASI d'une maison d'accompagnement pour les personnes âgées et les personnes précaires atteintes de maladie grave évoluée. C'est un lieu de répit et intermédiaire entre le domicile et l'hospitalisation. Mais également un lieu d'échanges et d'informations ouvert à tous sur le droit des malades, aide aux aidants...

Le projet a déjà été adressé à Monsieur BOURQUIN.

**M. BOURQUIN** conclue la présentation du SROMS en rappelant qu'il faudra être rigide sur l'équité territoriale ainsi que sur l'évolution démographique. Il garde en mémoire qu'en dehors du taux d'équipement du département de l'Essonne, c'est un département qui met en avant un accompagnement innovant. La Délégation territoriale est déjà engagée dans cette réflexion. Des moyens seront réservés pour les projets du département.

### **III) - Présentation du Contrat Local de Santé d'Evry**

Mme ROSSIGNOL (*Responsable du département prévention et promotion de la santé – Délégation territoriale 91*) fait un bref rappel sur les grands principes du contrat local de santé présenté lors de la conférence du 22 septembre 2011 en évoquant notamment les communes de l'Essonne engagées dans la démarche ainsi que les critères de sélection.

Elle précise que le projet de la ville d'Evry est soumis au vote de la conférence de territoire, de la délibération du conseil municipal d'Evry et au Préfet.

Monsieur PULIK rappelle que le contrat local de santé d'Evry était joint à la convocation, permettant son étude préalable par les membres de la conférence de territoire. Avant de procéder au vote, il donne la parole aux membres pour leurs remarques.

**Monsieur LEFEBVRE** : c'est une première étape pour coordonner le travail des différents acteurs sur un territoire, pour évaluer les besoins en santé, les ressources disponibles et mesurer l'impact des actions mises en œuvre.

Concernant l'accès aux soins un projet est en cours d'élaboration avec la commune de Courcouronnes.

#### Vote sur le projet de Contrat local de santé de la ville d'Evry :

Contre : 0

Abstention : 0

Pour : à l'unanimité des présents.

### **IV) - Point sur la réunion du 16/11/2011 avec M. EVIN et les présidents et vice-présidents des conférences de territoire d'Ile-de-France**

Le 16 novembre 2011, Monsieur Evin recevait les présidents et vice-présidents des conférences de territoire de l'Ile-de-France. Suite à cette réunion, Monsieur PULIK fait un rapide retour sur certains points évoqués notamment sur le fait que les conférences de territoires ne sont pas obligées de mettre à l'ordre du jour de leurs séances plénières les présentations animées par l'Agence. Elles doivent par contre se prononcer sur les Contrats locaux de santé et les contrats de territoires.

Le bureau de l'Essonne a opté pour la poursuite des transmissions d'informations par les équipes de l'Agence régionale de santé. Cette méthode offre la possibilité de faire des échanges comme ce fut le cas ce matin.

Il souhaite que la conférence se saisisse par ailleurs de sujets directement liés au territoire de l'Essonne.

Après un bref rappel du calendrier des prochaines conférences :

- 19 janvier 2012 : présentation des volets de biologie médicale, bucco-dentaire et soins aux détenus,
- 16 février 2012 : présentation du schéma de prévention et Permanence des soins ambulatoire,



Il propose de mettre à l'ordre du jour de cette même séance le point suivant :

- les conséquences sur l'offre de soins en Essonne, suite à l'ouverture du CHSF.

Fin de la séance : 12h30.