



Conférence de territoire

Séance plénière du 04 avril 2013

COMPTE-RENDU

Ordre du jour

Le parcours de soins des personnes âgées : peut-on éviter l'hospitalisation ?

1. Une expérience régionale

Le Parcours de santé de la personne âgée

- *Docteur Laurence LUQUEL, Médecin-chef - l'Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias*

2. Deux expériences Essonniennes

Présentation de l'expérience de l'Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias : exemple de coordination entre les EHPAD et l'Hôpital

- *Madame Evelyne GAUSSENS (Directrice générale de l'Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias),*

PASI et permanence des soins. Une structure coordonnée pour assurer la continuité du parcours de santé

- *Madame Françoise ELLIEN (Directrice du réseau SPES),*
- *Docteur Bernard DUPORTET (Président de l'Association gérontologique de l'Essonne - AGE 91)*

(D'après une présentation préparée et rédigée par le Docteur Marie France Maugourd)

En présence de 33 de ses membres (19 titulaires, 14 suppléants, 13 excusés), la Conférence de territoire de l'Essonne s'est réunie en séance plénière le jeudi 4 avril 2013 à la Délégation territoriale de l'Essonne.

Comme à l'accoutumée, le Président (*M. PULIK : représentant des personnes morales gestionnaires pour les établissements privés à but non lucratif*) commence la séance avec des mots de bienvenue adressés aux membres qui se sont déplacés en grand nombre pour assister à cette séance.

Contrairement à l'ordre du jour proposé sur la convocation, le Président précise que les intervenants de l'AP-HP qui devaient présenter le premier point inscrit à l'ordre du jour n'ont pas pu être présents. Le point est maintenu mais sera présenté par Mme le Docteur Laurence LUQUEL, Médecin-chef de l'Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias.

I- Le Parcours de santé de la personne âgée – Présentation d'une expérience régionale (voir diaporama en pièce jointe)

A l'issue de la présentation, le Président remercie le Docteur LUQUEL pour sa participation et propose un temps d'échanges aux membres.

Il relève par ailleurs deux points centraux dans cette présentation :

- 1) le rôle de l'hôpital doit changer : il n'est plus la structure d'accueil systématique dans le parcours du patient.
Par ailleurs une hospitalisation est souvent source de ré-hospitalisation du patient, souvent d'origine iatrogène en rapport avec des modifications thérapeutiques multiples dont la tolérance se révèle mauvaise.
- 2) Le médecin généraliste est toujours au centre du dispositif (personnes âgées, soins palliatifs, prise en charge cancérologique...). Cependant il y en a de moins en moins ce qui rend ce positionnement théorique très difficile à concrétiser en pratique.

Ceci pose le problème de la coordination territoriale ?

M. GALINAND (*représentant des usagers au titre des associations de retraités et personnes âgées*) : où en est-on du dossier médical partagé susceptible d'améliorer le parcours de soins ?

Mme TRIOLLET (*représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux au titre des personnes handicapées*) fait une remarque générale sur la présentation en faisant ressortir le problème des sigles récurrents qui bloquent la communication. Les auditeurs ne sont pas égaux en termes de connaissances sur le thème présenté d'où malheureusement une difficulté ressentie quant au partage des informations.

Mme GAUSSENS (*représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux au titre des personnes âgées*) : rapporte qu'en ce qui concerne le dossier médical partagé, lors d'une récente rencontre avec la Ministre de la Santé, il a été communiqué que le projet n'est pas abandonné et que le DMP (dossier médical partagé) devrait garder sa forme actuelle.

M. LAVAUD (*représentant des usagers au titre des associations de retraités et personnes âgées*) : la présentation indique que 40% des personnes de plus de 75 ans sont classés en GIR 1 (GIR = indice d'évaluation de la perte d'autonomie dans la vie quotidienne). N'y aurait-il pas quelque part de la non-traitance sur le plan médical ?

Mme LUQUEL : c'est grâce au réseau familial que les personnes peuvent rester à domicile. La perte d'autonomie n'est pas un problème uniquement médical et la décision du projet de vie reste un choix familial.

M. PULIK interpelle sur la nécessité de faire attention au niveau de médicalisation. Il y a une part médicale à ne pas négliger mais d'autres facteurs interviennent également dans la détermination du projet de vie. Il faut être vigilant à ne pas trop médicaliser les problèmes sociétaux.

Mme RAUZE (*représentant des conseillers généraux*) : juge l'expérimentation intéressante mais regrette le manque de recul, d'analyse et de coordination. Elle souligne par ailleurs le retard de l'Essonne dans la mise en place de l'outil «TRAJECTOIRE» et interroge sur les conséquences qui peuvent en découler.

Face aux nouveaux problèmes liés au vieillissement elle précise que le Conseil général et les familles (très présentes), sont démunis. Ils ont besoin d'un point d'appui pour faire face à la situation.

Les personnes âgées gardées à domicile peuvent vivre au-delà de cent ans ce qui nécessite une aide importante du personnel soignant. Ne serait-il pas intéressant de former des aides-soignants pour la toilette par exemple ce qui réduirait la charge de travail des infirmiers ?

Comment aider le public à appréhender ces questions et comment leur transmettre les informations ?

Mme LUQUEL : confirme que dans certains cas, une hospitalisation peut être une perte de chance pour la personne âgée .Elle peut entraîner une confusion mentale du patient avec pour conséquence une perte de chance dans le projet de vie.

« Trajectoire » est un outil internet d'aide à la décision d'orientation du patient entre court séjour et soins de suite. Plusieurs informations importantes y sont renseignées (exemple les soins de longue durée, pour les patients en polyopathie...). Cet outil a déjà été déployé dans plusieurs régions de France, les EHPAD vont bientôt rentrer dans le programme. C'est un outil national. Sa mise en place dans l'Essonne rencontre certaines difficultés car il est à ce jour difficile de tracer les filières internes. La plus grande difficulté pour le département se situe au niveau de la partie nord de l'Essonne. A terme les médecins libéraux pourront également se connecter à cet outil et ainsi faire directement leur demande.

Mme GAUSSENS : un changement culturel est nécessaire et l'outil Trajectoire est un début de travail de partage.

Mme BARROS (*représentant des infirmiers libéraux*) : rebondit sur la proposition de Mme RAUZE concernant la possibilité d'attribution de certaines tâches dévolues aux infirmiers aux aides-soignants en l'occurrence de procéder à la toilette des personnes âgées. Elle précise que la toilette fait partie intégrante des tâches de l'infirmière telles que précisées dans le décret réglementant la profession, et qu'un aide-soignant ne peut réaliser une toilette que sous la responsabilité d'un infirmier. Le souhait d'accéder au salariat d'aide soignant dans les cabinets d'infirmiers a déjà été formulé mais reste à ce jour sans réponse.

M. PULIK : la réalité des textes est une chose mais il faut profiter de la présence des élus pour les sensibiliser sur ces aspects de délégation de tâches qui méritent d'être revus. Notre société change il est temps d'y réfléchir car on compte de plus en plus de personnes âgées et de moins

en moins de personnel soignant. Il faut mettre les textes en adéquation avec les réalités de la société et de la démographie des soignants.

M. BAUDRY (*représentant des usagers au titre des associations agréées*) interroge sur les modalités d'inscription à l'outil trajectoire.

Mme LUQUEL : c'est une obligation demandée par l'ARS Île-de-France de rentrer dans ce dispositif. En Île-de-France l'outil n'est pas encore déployé au niveau libéral. L'objectif pour l'année 2013 est un déploiement dans les ehpad.

Mme TRIOLLET : De qui relève la prise en charge de la douleur pour un patient hospitalisé?

Mme DAVID (*représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux au titre des personnes âgées*) : il existe deux réseaux de soins palliatifs douleur dans l'Essonne. On retrouve ce type de réseau dans tous les départements.

Mme TRIOLLET déplore le fait que les hôpitaux ne communiquent pas ces informations aux patients et à leur famille. .

Mme ELLIEN (*représentant des réseaux de santé*) : informe de l'existence de 19 réseaux de soins palliatifs douleur en Île-de-France. Il faut décloisonner la ville et l'hôpital pour faire le lien entre le sanitaire et le médico-social. Les réseaux tentent de communiquer auprès du grand public par différents moyens notamment des plaquettes à télécharger mais il est difficile de changer les mentalités.

M. PULIK : le décloisonnement ne sera effectif que si un décloisonnement financier se fait d'où l'importance de la sensibilisation des élus sur ce sujet. Il propose de réfléchir sur une avancée dans le financement du parcours de soins car actuellement le décloisonnement ne se fera pas si le modèle financier n'évolue pas, car il y va de la survie financière de chaque maillon du parcours de soins.

M. ROGER (*représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médicaux sociaux au titre des personnes âgées*) : y a-t-il un outil d'aide à la décision concernant les différents modes de prise en charge ? Est-il possible de communiquer au grand public un panel de services mis à leur disposition ? En tant que directeur d'ehpad, il reçoit les informations soit par des assistantes sociales ou internet mais jamais par des médecins d'hôpitaux.

Réponse donnée: cette demande relève de la compétence des CLIC qui ont pour mission d'orienter le public.

Mme LUQUEL : c'est un choix de vie que d'entrer en institution car il faut prendre en compte l'impact financier. Un médecin doit laisser ce choix aux familles, l'hôpital joue un rôle d'accompagnateur mais non de décideur.

II - Deux expériences Essonniennes présentées en deux parties (voir diaporamas joints au compte-rendu) :

- l'expérience de l'Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias présentée par Mme GAUSSENS
- le PASI et permanence des soins. Une structure coordonnée pour assurer la continuité du parcours de santé co-présentée par Mme ELLIEN et M. DUPORTET

Mme ELLIEN débute la présentation de la deuxième expérience en donnant des informations sur le PASI : type de structure, son financement, ses objectifs.

A la demande du Président, les deux présentations se sont enchaînées pour ensuite avoir un temps d'échange commun.

M. LUBEIGT (*représentant des établissements publics de santé*) : complète l'exposé de Mme GAUSSENS en ajoutant quelques informations sur l'équipe mobile de géro-psi-chiatrie qui a fait ses preuves dans la partie nord du département. Malheureusement les besoins de la partie sud ne sont pas encore couverts.

Concernant l'hospitalisation des personnes âgées en milieu psychiatrique, ce public devrait être hospitalisé au sein d'un service adapté. A ce titre des lits devraient être dédiés à la géro-psi-chiatrie. C'est un projet mené par l'hôpital Barthélémy DURAND et l'Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias.

M. VECHARD (*Délégué Territorial de l'Essonne – ARS*) souligne la richesse de l'existant dans le département de l'Essonne en rappelant que ce potentiel ne date pas de l'ARS qui est un organisme jeune mais de l'ex-DDASS et de l'Assurance Maladie qui ont longuement œuvré aux côtés des acteurs de ce territoire.

Deux projets ont été mis en avant dans le cadre des expérimentations (article 70 puis article 41) pour lesquels des décisions sont attendues. Des rencontres sont prévues à cet effet. Il précise par ailleurs que le PRS (Projet Régional de Santé) a fait ressortir des manques dans ce domaine. Les regards sont à juste titre tournés vers l'ARS qui a pour mission de se tourner vers les territoires afin que chacun d'eux bénéficie d'une couverture plus complète. Il rajoute que la partie de l'Essonne qui reste encore en retard sera intégrée.

Mme RAUZE : félicite les porteurs de projets en rappelant que ces projets représentent des années de travail et que les pouvoirs publics n'ont malheureusement pas toujours été présents à leur côté sur le terrain. Elle déplore que la pérennité de toutes ces expérimentations n'ait pas été évaluée et pense qu'il serait bon de s'arrêter pour en faire une analyse qui serait bénéfique notamment en termes de sécurité financière.

Le Conseil Général, compte des équipes mobiles qu'il ne faudrait pas oublier. Elle rappelle la mise en place d'un service départemental et local de l'autonomie pour les personnes âgées et handicapées qui assure une intervention commune sur les deux secteurs.

Elle revient sur les CLIC (Centre local d'information et de coordination) pour soulever le problème de statut de ces structures. Les CLIC relèvent du domaine associatif ce qui expliquerait les inégalités d'intervention et de qualité de service d'un territoire à l'autre.

Pour terminer elle revient sur la signification la plus répandue des soins palliatifs qui correspond aux soins de fin de vie et propose de faire évoluer le vocabulaire pour avoir une appellation qui englobe toute la signification du terme.

M. PULIK partage le fait que les expérimentations ne sont pas évaluées notamment celles de l'article 70 et regrette que les projets aient été retenus avant même que les critères d'éligibilité et d'évaluation aient été réfléchis.

Mme ELLIEN : le développement des plateformes représente l'avenir des réseaux de santé en France.

Elle souligne un grand décalage dans le calendrier de travail avec les réseaux, fixé initialement à deux ans et prolongé à 4 ans. La création du cahier des charges est prévue pour 2014. Elle rappelle l'importance d'avoir des représentants des Conseils Généraux dans ces plateformes territoriales d'appui aux soins de premiers recours. Elle insiste sur l'importance de prendre en compte les particularités de chaque territoire afin qu'il n'y ait pas de clonage de département.

M. PULIK : considère que cet étalement du calendrier dans le temps, s'il se confirme, n'est pas une bonne nouvelle ; que les orientations doivent être prises et qu'un axe clair doit être tracé par l'ARS. En effet après lorsque chacun des intervenants aura pris position sur son territoire, il sera

trop tard pour organiser les choses. Cela correspondrait-il à un manque de courage et à un frein des différents intervenants ?

M. LEFEVRE (*représentant des centres de santé*) : avec le projet Grand Paris, les territoires de santé seront-ils imposés ?

M. PULIK : répond que l'organisation idéale se doit d'être lisible et fonctionnelle mais non imposée.

M. VECHARD : des choix financiers sont à faire concernant les plateformes. Les pouvoirs publics prendront en compte ces inquiétudes. A son sens le relâchement du calendrier n'est pas forcément un point négatif mais qu'il faudrait en tirer un avantage. La délimitation des territoires se fait en fonction de leurs caractéristiques propres de ce fait il est impossible de faire un calquage de territoires.

Mme DAVID : la définition de l'espace géographique a nécessité dix ans de travail. Pour les soins palliatifs il est fondamental de garder la proximité de la prise en charge. Il n'y a pas que la souffrance du patient et de son aidant à prendre en compte mais aussi celle du personnel soignant en ehpad.

Mme GAUSSENS : il faut être à l'écoute des ehpad quand ils disent qu'il n'y a pas assez de lits en géronto-psychiatrie. Une demande a été faite auprès des services de l'État, pour la transformation de 15 lits de médecine en 15 lits de géronto-psychiatrie, demande restée à ce jour sans réponse, alors qu'il n'y a aucun impact financier. Le blocage vient d'un problème de fongibilité des enveloppes qui entraîne inévitablement des difficultés sur le terrain.

En ce qui concerne les MAIA : il faut définir un partage de territoire logique et cohérent qui permettrait une meilleure collaboration entre les porteurs.

Mme GAUSSENS : La réussite des missions de la MAIA représenterait déjà une grande avancée. Il est temps de déterminer qui fait quoi et les structures doivent chercher à se rapprocher entre-elles.

Le président apporte son assentiment à cette réflexion et conclue la séance en ajoutant que s'il est certes difficile de définir avec précision ce que devrait être le territoire, on pourrait déjà s'entendre sur ce qu'il ne doit pas être : ce n'est pas un pré carré.

Fin de la séance.

Prochaine conférence prévue le 30 mai 2013