



Conférence de territoire

Séance plénière du 4 juillet 2013

COMPTE-RENDU

Ordre du jour

- 1) ***Arrêté modifiant la composition de la Conférence de territoire 91***
- 2) ***Comment améliorer l'accès aux soins somatiques pour les personnes en situation de handicap?***
- 3) ***Questions diverses***

La séance plénière de la conférence de territoire de l'Essonne du jeudi 4 juillet 2013 s'est déroulée en présence de 24 de ses membres (19 titulaires, 5 suppléants - 18 membres excusés).

Le président (M. PULIK) commence la séance en présentant le dernier arrêté modifiant la composition de la conférence. Le 17 juin 2013, le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a nommé par son arrêté n°13-205, Madame Emna ZARRAD (Président du syndicat représentatif des internes en médecine générale) titulaire du collège 4 au titre des représentants des internes en médecine en remplacement de Mme Laetitia GIMENEZ.

Il poursuit en informant les membres du départ de M. Eric VECHARD (ancien Délégué Territorial de l'Essonne) et de la nomination de M. Michel HUGUET en qualité de Délégué territorial du département. M. HUGUET était le Délégué territorial adjoint de l'Essonne depuis le mois de février 2013. Avant de lui laisser la parole, M. PULIK le félicite de sa nomination qui date du 1^{er} juillet 2013.

Monsieur HUGUET rappelle que le Directeur Général de l'ARS souhaitait faire une expérimentation en nommant un délégué territorial pour deux départements. Cependant, les nombreuses disparités entre le Val-de-Marne et l'Essonne ont conduit à la fin de cette expérimentation et à sa nomination. Prochainement une vacance de poste devrait être publiée en vue de la nomination d'un délégué territorial adjoint de façon à compléter l'équipe de direction au sein de la délégation territoriale.

Le président reprend la parole pour présenter le thème à l'ordre du jour : Comment améliorer l'accès aux soins somatiques pour les personnes en situation de handicap?

Le premier intervenant M. LUBEIGT, directeur de l'hôpital Barthélémy Durand depuis 1996 présente son établissement. L'hôpital Barthélémy Durand est un établissement spécialisé dans l'offre de soins en santé mentale.

La prise en charge du malade psychiatrique est centrée sur la souffrance psychique du patient et de ses proches.

Jusqu'à ces dernières années peu d'importance a été donnée aux soins somatiques et aux personnes qui ne sont pas en mesure d'exprimer leur besoins.

Avec l'appui de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France l'établissement Barthélémy DURAND a développé un service de consultations de soins somatiques avec des généralistes et des spécialistes. Pour structurer cette démarche, il a été fait appel au docteur Djea SARAVANE.

Les consultations hebdomadaires sont sollicitées au niveau de l'Ile-de-France. Le centre a été inauguré le 17 juin 2013.

Le centre travaille en collaboration avec deux centres de recherche universitaire (Orsay et Paris) et a une vocation régionale.

M. LUBGEIT remercie le Dr SARAVANE pour son implication dans la réalisation de ce projet ainsi que l'ARS qui a fait de la santé mentale une priorité dans son Programme Régional de Santé.

La parole est donnée au Dr SARAVANE qui se présente et précise qu'il se bat depuis huit années pour cette population atteinte de pathologies psychiques. Il est satisfait de la création de ce centre qui est l'aboutissement d'un long travail.

Présentation du diaporama intitulé «les soins somatiques des personnes handicapées psychiques» (Voir annexe compte-rendu).

Le Président remercie le Dr SARAVANE pour sa présentation puis ouvre le débat en interrogeant sur les raisons qui font qu'il n'y a pas de bonne prise en charge somatique quand les services de psychiatrie sont intégrés dans les établissements généraux ? En 16 ans de pratique il se rappelle n'avoir été appelé que deux fois pour la prise en charge de patients psychiatriques. La difficulté est-elle liée au patient et à sa pathologie ou le blocage se situe-t-il entre le somaticien et le spécialiste ?

Qui adresse les patients au nouveau centre de B. Durand ?

Dr SARAVANE : répond qu'il y a de cela quelques années, à la demande de la DGS (Direction Générale de la Santé), l'ARH (l'Agence Régionale de l'Hospitalisation) avait mené une enquête dans les hôpitaux. Cette enquête a permis de constater que les internes et les spécialistes ne vont pas vers les patients hospitalisés atteints de pathologies psychiatriques mais que c'est le patient qui, pendant sa période d'hospitalisation se rend aux urgences de l'hôpital pour se faire consulter. Ces patients sont obligés d'attendre aux urgences comme les autres patients qui viennent de l'extérieur.

Cette étude a de nouveau été menée par l'ARS. Suite à cette étude, avec l'accord de l'Agence régionale de santé des postes de somaticien de liaison ont été créés.

La création de ce poste a amélioré la situation.

Il conclue en ajoutant que les services de psychiatrie en hôpital général souffrent d'une carence au niveau de l'approche globale des soins somatiques.

M. PULIK souligne que la création de poste de somaticien de liaison est une bonne idée.

Mme GAUSSENS (*représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux*) remercie le Dr SARAVANE pour son témoignage. Elle fait le rapprochement avec son secteur d'activité à savoir les personnes âgées auxquelles on reproche ces problèmes de comportement. Elle pense que le personnel devrait être formé pour mieux comprendre ces problèmes de comportement et mieux les gérer.

C'est pour cette raison qu'à son avis un service de gériatrie en hôpital général prend moins bien en charge les personnes âgées qu'un établissement spécialisé en gériatrie. L'explication vient du fait que dans les établissements spécialisés le personnel est impliqué dans un projet

d'établissement qui prend en compte la spécificité de la personne âgée confrontée à la maladie d'Alzheimer ou démence apparentée. Comment expliquer l'oubli des soins somatiques dans les hôpitaux psychiatriques? Pourquoi ces soins ne sont pas intégrés dans le projet d'établissement ? La question de la prise en charge globale est essentielle et elle devrait être une culture à prendre en considération par les pouvoirs publics.

M. DUPORTET (*représentant des usagers au titre des associations agréées*) : présente deux exemples pour enrichir le débat. Il explique qu'en ce qui concerne les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, l'existence d'une démence modifie le regard du soignant / patient. Il demande à faire passer le message suivant : «la démence ne protège pas des maladies, un malade dément a droit à une prise en charge de qualité comme tous les autres patients». Il précise par ailleurs que l'absence de prise en charge des troubles somatiques est l'une des principales causes de suicides chez les malades souffrant de troubles psychiques.

M. LEFEVRE (*représentant des centres de santé*) ajoute que la prise en charge des soins somatiques est une question de dignité. Chaque être humain est digne de recevoir les soins nécessaires peu importe son apparence. Au-delà des soins, toute la société devrait être interpellée par le sujet. Les médecins sont formés sur des sujets techniques. Les personnes en précarité sociale rencontrent elles aussi des difficultés pour trouver des médecins traitants. Ce sont des cas difficiles qui demandent que l'on y consacre du temps. Face à cette population, les médecins généralistes sont démunis.

Mme TRIOLLET (*représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux*) : travaille au sein d'une association qui prend en charge toutes les formes d'handicaps pour des individus de tous âges. Dans le cadre de ses actions associatives elle constate les grosses difficultés liées au suivi de l'accompagnement des résidents. Peu de médecins acceptent de venir travailler dans ces structures. Pour les cas graves il faut faire appel à l'hôpital. Elle dit que le problème vient de la formation des médecins. Dans la pratique médicale il est demandé de s'occuper de la personne sur un plan global et de ne pas s'arrêter sur les simples symptômes.

Elle déplore que les ARS soient conçues de façon à faire persister les inégalités de traitement entre les secteurs médico-social et sanitaire. Elle prend comme exemple la conférence de territoire et précise que depuis la création de cette instance créée suite à la loi HPST, c'est la première séance consacrée à un thème qui relève de ce champ médico-social.

M. PULIK : l'accès aux soins somatiques est difficile pour les patients présentant des handicaps physique et/ou psychique et/ou sociaux, dans les établissements de santé généraux qui ont sur site des services psychiatriques ou médico-sociaux. La création d'un poste de somaticien de liaison pour les établissements qui ont une juxtaposition de ces services serait une avancée pour la prise en charge de ces patients. A ce titre, il suggère que la conférence de territoire prenne une motion dans ce sens qui sera proposée aux tutelles.

Mme LABBE (*représentant des usagers au titre des associations agréées*) : se félicite de la création de ce centre à l'hôpital Barthélémy Durand. Elle explique ensuite que les patients oublient leurs douleurs somatiques au regard de leurs douleurs psychiques. Elle propose que les associations accompagnent ces malades pour leur prise en charge somatique qui ne se fait pas par manque de connaissance. Une information préventive est importante et nécessaire.

Le centre spécialisé favorise la pratique de la «psycho-éducation» qui a pour objectif de responsabiliser le patient afin qu'il prenne conscience qu'il a un corps.

Dr SARAVANE : dit qu'il préfère utiliser le terme «éducation à la santé» et ajoute avec quelques exemples que cette éducation peut se faire avec des moyens simples. Il propose son aide pour la mise en place de la motion proposée précédemment par M. PULIK.

M. CHABENAT (*représentant des autres professionnels de santé - chirurgien-dentiste*) : informe que la deuxième journée inter-URPS d'Ile-de-France du 3 octobre 2013 se tiendra

à la Bibliothèque Nationale de France. Cette journée aura pour thème les soins aux personnes présentant un handicap.

La parole est donnée au deuxième intervenant : Mme RAMEL qui parlera du rôle des associations et des aidants familiaux.

Mme RAMEL (*représentant des usagers au titre des associations de personnes handicapées*) se présente : déléguée à l'UNAFAM, elle reçoit les familles dont les proches sont atteints de troubles psychiques. Elle est membre de la commission des usagers à l'hôpital Barthélémy DURAND et de l'association ALVE qui crée des foyers de vie pour des personnes handicapées psychiques. Ses différentes fonctions font qu'elle reçoit des informations de plusieurs sources.

Diaporama présenté (voir annexe compte-rendu).

De façon récurrente, les mêmes difficultés reviennent : prise de poids des malades, problèmes bucco-dentaires, absence de prise de sang.

Le constat général est l'absence de considération pour la personne. Ce sont des malades stigmatisés. Parce qu'ils sont différents, leur souffrance n'a souvent pas d'importance.

L'écart avec la population générale de l'espérance de vie de ces patients a tendance à s'allonger. 80% des décès proviennent des troubles organiques.

Autre constat : Il n'y a pas de transmission des différents traitements entre les médecins chargés de la prise en charge (médecin généraliste, médecin spécialiste).

Elle déplore le désintérêt des pouvoirs publics en évoquant l'absence de campagne publicitaire visant à sensibiliser le grand public sur les maladies psychiques.

Seul un praticien sur cinq effectue un stage en psychiatrie dans le cadre de sa formation. Face à cette réalité elle propose que les médecins généralistes fassent un stage obligatoire en psychiatrie dans le cadre de leur internat.

Autres souhaits et propositions :

- renforcer les équipes du SAMU en y ajoutant un psychiatre,
- améliorer le suivi en ambulatoire des malades chroniques avec la mise en place d'une visite médicale obligatoire par an,
- ne pas oublier les problèmes de dents et de pieds des malades psychiatriques,
- un accompagnement par un même référent tout au long de la vie de malade pourrait les aider.

M. PULIK remercie Mme RAMEL pour sa présentation et poursuit en soulignant que face aux difficultés rencontrées pour réaliser les examens somatiques chez les patients atteints de maladies psychiques on devrait profiter de cet axe (psychiatrique) pour remettre au centre des préoccupations l'examen clinique des patients en général. Cela remet en cause la formation des médecins (interrogatoires et examens cliniques).

Mme DELEUZE (*représentant des établissements de santé de l'AP-HP*) : attire l'attention sur l'importance de la formation du personnel paramédical. Le personnel paramédical a un rôle d'alerte important. La prise en compte de ce rôle permettrait de changer les choses. Il n'y a pas que les médecins qui interviennent dans la prise en charge de ces patients.

M. GALINAND (*représentant des usagers au titre des associations de retraités et personnes âgées*) : le CODERPA organise des réunions de conseil de vie sociale des établissements tous les deux mois. Le problème de la maltraitance est régulièrement évoqué et l'on constate que le personnel et la direction ne sont pas sensibilisés sur ce sujet. Il demande qu'une attention particulière soit apportée à la formation et à l'information dans les EHPAD.

M. COQUERELLE (*représentant des usagers au titre des associations de personnes handicapées*) : la création du centre de Barthélémy Durand a été une bonne nouvelle. Il déclare

que les malades psychiques n'expriment pas leur douleur et qu'il est nécessaire de leur faire une éducation pour pallier à ce problème. Les personnes handicapées mentales ont peur de l'hôpital. A ce titre il suggère de leur faire la promotion de l'hôpital via le pictogramme ci-dessous (*pictogramme que l'on peut se procurer sur internet*) :



Troisième intervenant : le Professeur NASZALYI qui présente l'axe formation. Il est accompagné de Monsieur Yannick JESTIN, cadre de santé au Centre Hospitalier Spécialisé Paul Guiraud.

M. NASZALYI informe du besoin pressent de former aux pathologies du vieillissement, du handicap mental et psychique.

Objectifs : créer deux dispositifs universitaires liés aux pathologies du vieillissement et 1 dispositif universitaire lié aux pathologies de santé mentale.

Présentation des deux projets de formations (voir diaporama en annexe du compte-rendu).

Mme GAUSSENS : propose d'inverser le quota d'heures dédié à l'UE 3-Module 3 : La dimension juridique et éthique de la filière gériatrique et les réseaux gérontologiques (30h) avec l'UE 4-Module 4 : les techniques relationnelles : soins et accompagnement en gérontologie (15h).

Elle explique ainsi sa proposition : dans la pratique c'est au niveau des techniques relationnelles que l'on constate le plus de lacunes liées à l'enseignement initial.

M. COQUERELLE : interroge sur le public visé par cette formation, sera-t-il déjà en contact avec des malades en santé mentale ?

M. NASZALYI : répond que la formation s'adresse à un public déjà en contact avec ce type de malades.

Mme LABBE informe que depuis fin 2012 différents partenaires impliqués dans le champ de la santé mentale et des troubles psychiques travaillent sur un projet afin de présenter les troubles psychiques et santé mentale comme cause nationale 2014.

M. SARAVANE : il existe depuis 10 ans un diplôme d'approche globale du patient en santé mentale ouvert à tout le monde. Depuis 4 ans le Centre National de Gestion a rendu obligatoire le suivi de cette formation à tous les praticiens hospitaliers qui sont nommés en hôpital psychiatrique.

Il existe également un diplôme interuniversitaire de prise en charge de la douleur en santé mentale qui sera ouvert à des étudiants de tous pays en septembre 2013.

M. DUPORTET : déclare que l'idée de créer ces diplômes universitaires est intéressante. Il informe par ailleurs que depuis 12 ans les associations gérontologiques et Alzheimer organisent différents dispositifs d'aide aux aidants. Il exprime cependant ses craintes par rapport au manque de temps des aidants et de leur disponibilité à suivre ces formations. Il souligne la charge des personnes dépendantes et le temps dédié à la formation, ainsi que la difficulté des aidants à sortir des problèmes pratiques du quotidien pour rentrer dans un dispositif universitaire. L'idée est intéressante mais la pratique reste aléatoire.

Depuis Mai 1999, financé par le Conseil Général, 3400 sessions de sensibilisation à la bientraitance / maltraitance sont organisées dans le département. Est-il possible de faire un lien entre ces sessions de sensibilisation et ces formations ? Est-il prévu d'étendre ces formations au secteur des personnes âgées ?

M. NASZALYI précise qu'il s'agit de projets de formation qui sont amenés à être modifiés. Il entend bien les différentes remarques et rappelle que la demande vise un objectif clair qu'il n'est pas question de créer pour créer.

M. LEFEVRE : entend les difficultés des aidants qui ont eux aussi besoin d'aide et de reconnaissance de leurs compétences. Afin de développer ce diplôme universitaire, il propose de de lier les allocations de la tierce personne au suivi de la formation.

M. DUPORTET ajoute qu'il serait bien de rendre obligatoire le diplôme universitaire pour le champ des aides à la personne.

M. MONTGOLFIER (*représentant des personnes morales gestionnaires des établissements sanitaires privés à but non lucratif*) : l'aidant familial est souvent un parent sans compétence il est fondamental de reconnaître son implication.

Mme TRIOLLET complète en disant que les aidants sont des membres de la famille, qu'il faut être à l'écoute de la souffrance des aidants, de la solitude psychique des parents de personnes handicapées. Les lieux d'écoute ne sont pas accessibles. Il n'existe aucune habilitation pour aider ces familles qui sont en difficultés. On devrait réfléchir sur ce sujet.

Mme DELEUZE estime que l'intitulé du diplôme (DU d'aidant familial) n'est pas approprié. Serait-ce de professionnaliser le retour à domicile des femmes ? L'intitulé choisi est réducteur. Elle propose de renommer le diplôme : « diplôme universitaire d'aide à la personne ». Cela permettrait aux bénévoles de suivre la formation.

M. NASZALYI répond à la précédente remarque que le terme utilisé est un terme de droit. Il faudrait à ce moment-là demander à la MDPH de revoir le terme.

Mme GAUSSENS rappelle le besoin de créer un diplôme pour les bénévoles et précise que le bénévolat n'est pas suffisamment développé en France. Il est nécessaire de tout mettre en œuvre pour les reconnaître.

M. NASZALYI rappelle que les deux premiers diplômes proposés sont dédiés aux bénévoles.

M. DUPORTET demande d'être extrêmement prudent dans la professionnalisation des aidants familiaux. Il illustre sa remarque en précisant qu'il y a des actes qui relèvent de l'aide familiale et d'autres de l'aide professionnelle (ex : la toilette des parents par les enfants). Il est indispensable d'apporter une aide aux aidants familiaux, mais il est dangereux de professionnaliser l'aide familiale.

M. GALINAND soulève le problème des personnes qui arrêtent leur activité professionnelle pour s'occuper de leur famille et qui sont pénalisées au moment de la prise de leur retraite à cause d'un manque de cotisation.

M. NASZALYI assure que la loi prévoit lorsqu'il y a bien eu une reconnaissance, que l'aide familiale soit prise en compte par les Caisses de retraite dans le calcul des pensions.

Le Président met fin à la séance en souhaitant un bon été à tous.

Prochaine séance plénière : Jeudi 19 septembre 2013.