

Relevé de décisions de la réunion de la Conférence de Territoire du 14 avril 2016

Renaud Couprie ouvre la séance et présente l'ordre du jour :

1. **Point sur les travaux en cours**

*Accueil des personnes âgées aux urgences : Mme Chatelain

*Equipe mobile de psychiatrie : Mme Jallat et Mr le Dr Mesure

2. **La démocratie sanitaire** : Tanguy Bodin - directeur du Pôle Démocratie Sanitaire

*Présentation du bilan 2014-2015 des conférences de territoire

*Transformation des conférences de territoire en conseils territoriaux de santé

*Notion de territoire de démocratie sanitaire

*Focus territorial « droits des usagers et CRUQPC » par Marlène Uda - chargée de mission relations avec les usagers

1 / Point sur les travaux en cours

- ***Accueil des personnes âgées aux urgences : Mme Chatelain***

Les enfants qui arrivent aux urgences sont pris en charge assez vite.

Pour les personnes âgées, souvent ce n'est pas une urgence vitale et la prise en charge est plus longue. La personne âgée est souvent angoissée et l'anxiété augmente au fur et à mesure du temps d'attente. Elle est souvent désorientée car elle se trouve sur un brancard dans un milieu qu'elle ne connaît pas, elle n'est pas sur un lit dans une chambre et elle a une sensation d'abandon. Il y a des éléments matériels qui s'y ajoutent : la perte des documents qui accompagnent la personne âgée. Il y a également les accompagnants, le conjoint, la famille ; les enfants ne sont pas toujours patients, ils s'agacent vite. Ce sont tous ces problèmes qui touchent la personne âgée et c'est pourquoi on a trouvé que c'était important de trouver des solutions.

1. La 1^{ère} solution c'est d'éviter l'hospitalisation ; il semble qu'il y ait une Hotline réservée aux médecins traitants et c'est le médecin traitant qui peut diriger vers l'hôpital et faire rentrer le patient directement dans un service au lieu de passer par les urgences ;
2. Il y a la présence d'un médecin d'orientation et d'accueil aux urgences : est-ce qu'il y est de jour comme de nuit ? C'est très important ;
3. Est-ce que les urgentistes ont une formation en gériatrie et en gériatrie aiguë ?
4. Dans certains établissements, il y a des lits dédiés à l'urgence des personnes âgées (24 h - 48 h ou 72 heures) ;
5. Les MAIA ont créé un carnet de liaison qui permet d'arriver à l'hôpital avec son suivi (mention des hospitalisations ultérieures, des soins médicaux), c'est une aide immédiate ;
6. Le service HAD qui se met en place dans les hôpitaux pour les EHPAD (Eaubonne) ;
7. Demande de l'HAD par le médecin traitant ?
8. Le Centre Hospitalier d'Argenteuil a reçu le label « droits des usagers 2015 » décerné par la CRSA pour « l'intégration des proches dans la prise en charge des patients en réanimation ». Ils ont créé un document qui prévient le malade et la famille de ce qui se passe en réanimation. Ne pourrait-on pas faire un petit feuillet qui serait délivré aux urgences et qui serait réconfortant pour le malade et les accompagnants ;

Le groupe de travail souhaiterait que les urgentistes travaillent avec lui ;

Monsieur Foulon précise que :

- La prise en charge des personnes âgées aux urgences, tous les professionnels de santé y sont sensibilisés.
- Dans l'élaboration du SROS médecine, il est prévu de pouvoir hospitaliser les patients directement en médecine sans passer par les urgences.
- Le médecin de médecine polyvalent laisse un numéro de téléphone au médecin généraliste ;
- Les contacts directs permettent de désengorger les urgences ;
- Tous les services d'urgence ont l'obligation d'avoir un gériatre en aval des urgences ;
- Quant à l'HAD, un projet HAD de coopération de 55 places avec les GHT de Pontoise, la clinique Ste Marie et le Service HAD se met en place.

Monsieur Bourhis indique que :

- L'hospitalisation est souvent demandée par un médecin ou SOS médecins. Il y a quelques années SOS médecins téléphonait systématiquement quand il adressait un patient mais ce n'est pas toujours très simple lorsque l'on n'a pas de numéro de téléphone dédié.
- On est souvent dans une pathologie chronique chez la personne âgée et l'on devrait pouvoir ré-hospitaliser dans le même service, sans passer par les urgences, un patient qui a déjà été hospitalisé ; cela aussi désengorgerait les urgences. Ces pathologies chroniques sont connues et concernent la majorité des personnes âgées.
- L'accueil et l'information aux urgences sont faits par un infirmier avec une formation d'urgence (et qui fait très bien son travail), il n'y a pas forcément besoin de mettre à l'accueil un médecin.
- Les gériatres sont obligés de passer par une formation des urgences, c'est obligatoire.
- Ce qui est très nouveau, c'est la délivrance d'un feuillet aux urgences. C'est une vraie bonne idée si on explique, par oral ou par écrit, le temps d'attente et pourquoi.

Madame Rivière - Adjoint au directeur du CH de Pontoise

- Sur les établissements nord du Val-d'Oise, une réflexion est en cours sur le parcours de soins des personnes âgées vers à la fois la MAIA qui structure toutes les recherches d'informations sur les personnes âgées, l'enjeu étant qu'après au niveau des urgences ces données soient utilisées à bon escient, et vers les urgences afin de favoriser le passage direct dans les services d'hospitalisation ainsi que le maintien en EHPAD.
- Sur la question du médecin d'accueil et d'orientation, c'est une fonction qui n'existe pas forcément pour les personnes âgées mais pour tous les patients. Sa mission est d'assurer la filière courte, les pathologies pour lesquelles il n'y aura pas besoin d'hospitalisation. La prise en charge des personnes âgées aux urgences, c'est une préoccupation pour laquelle les personnels sont formés, même s'il n'existe pas de formation dédiée.

Madame Béatrice Nizet - Centre Hospitalier de Gonesse

- Nous avons un médecin d'accueil et d'orientation en journée du lundi au vendredi. L'infirmière d'accueil 24 h/24 h a un rôle extrêmement important dans la régulation des urgences. Une équipe mobile de gériatrie se déplace sur appel des urgences du lundi au vendredi. Tout cela fonctionne bien.
- Par contre, nous avons un souci à l'hôpital, il y a peu d'appels des médecins traitants. En EHPAD, c'est encore plus critique : le soir il n'y a plus d'infirmière et les soignants appellent les pompiers et écrivent deux ou trois lignes qui sont adressées à l'hôpital, c'est précieux car ils racontent ce qui se passe mais au niveau des antécédents ce n'est pas ce qui se fait le mieux. Du lundi au vendredi, cela fonctionne mais les périodes les plus critiques sont le soir, le week-end, et les mois de juillet et août. On adresse les personnes âgées aux urgences mais une fois que l'on veut rappeler la famille ou l'EHPAD c'est très compliqué, car il y a un manque d'infirmières et on ne peut faire sortir la personne âgée car il n'y a personne pour suivre les traitements médicaux qui auront été prescrits. Dans le cadre d'une prise en charge d'une déshydratation, il n'y a pas d'autre choix que de faire passer par les urgences la personne âgée avec le risque d'attente.

- Pour gérer le temps d'attente par secteur on a un logiciel médecine chirurgie : les personnes arrivent aux urgences et après la régulation, on peut les prévenir du délai d'attente et expliquer pourquoi (par exemple une arcade sourcilière ouverte même si cela saigne beaucoup ce n'est pas une urgence vitale).
- Bon nombre de personnes âgées arrivent par les urgences dont l'hospitalisation en service d'urgence n'est pas pertinente.
- Lorsque l'EHPAD a accès à une consultation rapide, les hospitalisations sont évitées (TELEGERIA).

Monsieur Bourhis précise que les médecins coordonnateurs en EHPAD ne sont pas les médecins traitants mais qu'en leur absence ils peuvent prescrire et faire ce qu'il y a à faire. Il rappelle que l'EHPAD est considéré comme le domicile des personnes âgées.

Monsieur Coupry constate que les établissements de santé et les cadres qui accueillent les personnes en situation de vulnérabilité font de leur mieux. Il y a un écart entre, d'une part, la mobilisation et les moyens mis en œuvre dans les services et structures d'accueil, et d'autre part le ressenti ou les retours d'expériences d'usagers.

On vient d'avoir le retour d'expérience d'usager qui nous laisse un peu interrogateurs. Certaines expériences d'usagers peuvent aider à continuer d'améliorer les réglages : information de l'usager sur les conditions d'attente qui sont très importantes, notamment la séparation du patient par rapport à l'accompagnant peut être traumatisante. Une fois passée l'émotion du retour d'expériences, on est sur des questions qui peuvent susciter des réponses constructives : quand vous travaillez dans votre établissement, est-ce que vous travaillez sur la structure des urgences, est-ce que vous travaillez avec les usagers ou pas ?

Lors d'une prochaine conférence de territoire, nous reviendrons sur ce sujet avec des propositions. Il n'y a pas de doute sur la bonne volonté et le professionnalisme des équipes pour apporter les réponses.

- ***Equipe mobile de psychiatrie : Mme Jallat et Dr Mesure***

Mme Jallat :

La problématique c'est d'hospitaliser les malades en cas de crise. Contact avec le SAMU (15) qui envoie SOS Médecins (qui a décidé de ne plus se déplacer en cas d'urgence psychiatrique). Le SAMU renvoie vers le médecin traitant qui ne se déplace pas non plus en cas de crise. Pour faire hospitaliser un malade, il faut deux certificats médicaux dont le premier doit être établi soit par le médecin traitant, soit par SOS médecin pour amener le malade aux urgences ; sinon c'est la famille qui doit amener le malade vers l'hôpital mais quand vous avez un malade en crise c'est difficile. Les pompiers disent que ce n'est pas leur travail. La police ne se déplace pas tant qu'il n'y a pas eu d'agression sur la voie publique. C'est dans ce sens que l'on a souhaité la création d'une équipe mobile de psychiatrie (EMP) qui pourrait établir ce premier certificat pour déclencher le SMUR pour amener le malade sur le lieu d'hospitalisation.

L'EMP pourrait aussi intervenir auprès des malades psychiques qui sont enfermés dans leur chambre depuis des années et qui ne sont pas soignés ; si l'EMP pouvait intervenir à domicile on pourrait faire soigner ces malades.

En cas de crise si on réussissait à avoir une équipe mobile de psychiatrie au domicile du patient, elle pourrait adapter le traitement et éviter l'hospitalisation.

Le docteur Mesure est chargé de travailler sur ce projet et de rédiger un document, en lien avec Françoise Jallat.

Mr le Dr Mesure :

La question de départ c'est l'assistance aux familles du malade à domicile en crise, en détresse, et qui n'arrivent pas à trouver du secours. **(Voir le projet détaillé en annexe 1).**

Conclusion : ce projet, estimé à 309.000 euros, est issu d'une réflexion conjointe des usagers et des professionnels. Il se veut par essence pragmatique. D'abord dans l'analyse de la situation pour définir quels sont les éléments manquant dans la chaîne de soins, et en particulier dans l'organisation des secours.

Pragmatique aussi, dans la projection des moyens nécessaires et suffisants afin de permettre un accès aux soins efficace pour notre population cible. Le projet se veut expérimental sur notre territoire, mais à une échelle suffisante pour donner lieu à une évaluation claire des besoins.

Enfin, il est conçu dans une optique d'économie de moyens, qui passe par une efficacité optimale. Le contexte économique difficile est pleinement pris en compte, ce qui ne doit pas nous empêcher de continuer à améliorer continuellement notre système de soins.

Pour le financement, un redéploiement des crédits de projets non aboutis (comme celui de l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée) pourrait être envisagé.

Madame Pennel remercie Mme Jallat et le Dr Mesure d'avoir travaillé sur ce projet. Elle indique que l'on est dans un contexte financier très contraint et qu'à ce jour, il n'y a pas, a priori, de financement mobilisable via les mesures nouvelles, il est donc d'autant plus important pour l'ARS d'avoir des projets qui tiennent la route. Il faut faire connaître ce projet à d'autres secteurs, d'abord à Argenteuil. Il faudrait en discuter lors des travaux qui seront menés sur le projet médical partagé dans le cadre du GHT. Parallèlement la Préfecture a travaillé sur un projet de convention pour les hospitalisations sans consentement, projet travaillé avec le SAMU, les services de police et de gendarmerie, le SDIS, SOS Médecins et ce projet d'équipe mobile de psychiatrie s'articule bien avec ce projet de convention et serait complémentaire. On a une dynamique qui est en train de monter sur le Val-d'Oise et on sait que l'on a une problématique très importante autour de la santé mentale. On manque de structures sur le volet psy, le volet médico-social et sur le secteur psychique.

Monsieur Couprie propose que ce sujet donne lieu à réflexion en réunion technique et que l'on rediscute de la notion de territoire, de compétences et que l'on en reste là pour ce rapport d'étape.

2 / La démocratie sanitaire : Tanguy Bodin -directeur du Pôle Démocratie Sanitaire

*Présentation du bilan 2014-2015 des conférences de territoire

*Transformation des conférences de territoire en conseils territoriaux de santé

*Notion de territoire de démocratie sanitaire

*Focus territorial « droits des usagers et CRUQPC » par Marlène Uda - chargée de mission relations avec les usagers

- *Focus territorial « droits des usagers et CRUQPC » par Marlène Uda - chargée de mission relations avec les usagers (diaporamas en annexes 2 et 3)*

La synthèse régionale des rapports d'activité 2014 « des droits des usagers et CRUQPC » est consultable à l'adresse suivante :

http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/CRUQPC/2016/CRUQPC_Synthese_2014.pdf

Monsieur Vayssières indique que la représentation des usagers est disparate à la fois dans sa composition et dans la perception qu'en ont les personnels de santé. Les représentants des usagers (RU) sont de véritables partenaires qui participent à l'amélioration du service de santé : il y a des établissements où les RU sont de « vrais empêchements de tourner en rond » mais ils leur diffusent de l'information. Ce n'est pas toujours très motivant pour les associations qui y participent car ils se demandent à quoi ils servent.

Au sujet du nombre de postes non occupés, aucune information n'est remontée aux associations et on ne peut pas dire s'il y a un secteur où il manque des RU. Dans certains établissements il faut chercher pour trouver le RU et avoir ses coordonnées. Il faut que les RU soient de véritables collaborateurs au service de la santé.

Mme Uda répond que la difficulté est de savoir sur chaque site combien de RU sont en poste. En août 2015, un état des lieux avait été fait par département mais il faudrait uniformiser les données dont disposent l'ARS et les établissements.

L'enjeu est de réfléchir à un outil qui peut pourrir dire à l'instant « T » quelle est la situation sur chaque site pour que les associations agréées sachent où envoyer les usagers et les personnes qui se présentent.

Pour l'information au niveau des établissements, une affiche indiquant le rôle des RU, le nom de l'association et les contacts pour favoriser l'identification pourrait être transposable à chaque établissement, c'est une affiche à disposer dans tous les lieux fréquentés par le public.

Monsieur Couprie indique que la difficulté est que, lorsque l'on est dans un établissement de taille moyenne, les RU connaissent rarement la réalité de ce qui se fait à l'intérieur de l'établissement, le retour d'expérience n'est pas celui des véritables usagers. L'utilisateur, s'il n'est pas un malade ayant fait un séjour dans l'établissement, ne pourra pas connaître la « substance ». Être RU c'est aussi inciter à s'engager dans « l'engagement citoyen ».

Monsieur Février (Réseau Périnatalité au Conseil Départemental) pense que les réseaux de santé sont des acteurs incontournables qui font l'interface entre les usagers et les établissements car ils ont des usagers dans leur constitution de réseaux qui peuvent s'exprimer. Le réseau qui organise un parcours de santé a toute sa place dans cette relation usager et établissements de santé.

Monsieur Vayssières indique que la représentation des malades dans un établissement est difficile car c'est une population volatile et il ne peut pas y avoir de suivi.

Maison des usagers à Gonesse : difficultés de mobiliser les RU, de faire en sorte qu'ils soient force de proposition. Ils sont souvent plus du côté association nationale que locale. Il faut faire comprendre aux patients hospitalisés qu'ils sont des « usagers ».

- ***Intervention de Monsieur Tanguy Bodin -directeur du Pôle Démocratie Sanitaire (diaporama en annexe 4)***

*Présentation du bilan 2014-2015 des conférences de territoire

*Transformation des conférences de territoire en conseils territoriaux de santé au 1^{er} Janvier 2017

*Notion de territoire de démocratie sanitaire : définition du territoire de santé au 31 octobre 2016

Les décrets ne sont pas encore parus au Journal Officiel.

Projet mené de façon concertée : pour permettre de s'exprimer sur ce sujet, un séminaire est organisé le 2 mai prochain avec les membres de la Commission Permanente de la CRSA, les Présidents et les Vice-présidents des conférences de territoire.

Ce qui est souhaité, c'est que la conférence de territoire puisse apporter la vision du territoire sur le Val-d'Oise afin d'arriver en juin prochain à certaines conclusions : soit une proposition ou plusieurs propositions qui seront soumises à concertation avant le 31 octobre 2016. Il faut que ce soit un échelon supra ou infra-territorial mais il faut que cela soit cohérent.

Plusieurs solutions :

*Soit on reste à l'identique (1 département = 1 territoire) mais il faudra l'argumenter

*Soit on coupe le département en deux territoires

*Soit on regroupe les territoires qui se ressemblent pour mobiliser les acteurs sur les mêmes thématiques

Monsieur Couptry précise que, à partir du moment où l'on définit des frontières, ce qui n'est pas dedans est dehors. On a cette expérience du département comme territoire de la conférence de territoire ; les conférences de territoire existent depuis peu de temps, la construction du dialogue nécessite du chemin et si les choses sont réorganisées il faut que la pertinence en soit très forte. On avance pas à pas et ce serait davantage casser que construire si on changeait de territoire. Le département du Val-d'Oise est marqué par la présence de plusieurs hôpitaux importants, nous avons des axes de circulation très structurants et qui assurent le lien entre les hôpitaux et qui peuvent favoriser des synergies entre les structures sur l'ensemble du territoire.

Monsieur Parmentier indique qu'un des arguments, et celui qui pourrait amener à changer les territoires, c'est qu'il y a des territoires où la conférence de territoire n'a pas bien fonctionné. Les raisons de ce mauvais fonctionnement étaient qu'il y avait trop de disparités. Il faut peut-être réfléchir à un autre découpage mais est-ce que c'est vraiment cela la raison de ce non fonctionnement. Sur le Val-d'Oise, on est tous issus de cultures et de structures étrangères les uns des autres et il a fallu du temps pour se connaître, la richesse de cette conférence de territoire est que l'on s'intéresse les uns aux autres, c'est ce qui est vraiment important.

Les MAIA, qui mènent des actions locales, sont invitées par la délégation territoriale à assister aux conférences de territoire et ce serait dommage de ne plus partager les initiatives et les projets qui viennent de ce territoire.

Monsieur Couprie a été surpris de voir le découloignement qu'il a pu y avoir par rapport aux périmètres immédiats de nos interventions. La présence régulière des acteurs des différentes localisations du département (est, ouest, centre) a permis de se rapprocher.

Monsieur Bodin précise que la délégation territoriale devra s'organiser si les conseils territoriaux de santé sont sur deux départements, ce sera une problématique interne à l'ARS. L'échec de certaines conférences de territoire est multifactoriel, ce n'est pas forcément que les problématiques de santé sont différentes mais c'est aussi le rôle de la délégation territoriale, du président et de son bureau, de réunir des acteurs des différents champs et c'est intéressant de voir la synergie qui s'est créée grâce à cette conférence de territoire et en cinq ans c'est assez court.

Monsieur Couprie indique que, par rapport au bilan présenté en réunion régionale, il y avait de la part de presque toutes les conférences de territoire un constat partagé de frustration par rapport aux avis formulés, dont on ne sait pas s'ils sont vraiment intégrés dans les réflexions de l'ARS. D'autre part, les présidents des conférences de territoire ont regretté fortement de ne pas avoir été consultés dans les travaux préparatoires à la loi de modernisation du système de santé sur le sujet des territoires qui relève pleinement de leur champ de compétence. La conférence de territoire n'a pas de pouvoir, c'est un lieu de dialogue et de propositions en lien avec les différents acteurs où l'on apprend à discuter ensemble. Un autre point à évoquer c'est la question des moyens des conférences de territoire, y participer représente un véritable engagement pour chaque membre, du temps. Si l'on veut avoir des représentants à la conférence de territoire, dans les lieux où se discutent certaines grandes questions, c'est une réflexion et un engagement important. C'est un fait de pouvoir être entendu et de ne pas être oublié dans certains moments de concertation (perspectives des GHT - Projet Territorial de Santé)

Renaud Couprie remercie les intervenants pour la qualité de leurs présentations ainsi que Monsieur Bodin et Madame Uda pour avoir souhaité rencontrer la conférence de territoire.

Prochaine conférence de territoire le 16 Juin 2016