

DT 92

Affaire suivie par : Madame Amel SABRI

**Compte rendu de la 19ème conférence de territoire des Hauts-de-Seine**

**Vendredi 16 janvier 2015**

Madame Fourcade ouvre la séance en souhaitant une bonne année aux membres de la conférence de territoire. Elle évoque la satisfaction qu’elle a à travailler au sein de cette instance qui commence à trouver son positionnement dans le contexte institutionnel. Elle rappelle l’intérêt et la richesse des échanges qui ont lieu entre professionnels de milieux différents et invite les membres à faire remonter à l’Agence leurs sujets de préoccupation, à être force de proposition sur tous les sujets du territoire. Elle indique également que la CT peut avoir un rôle de médiation vis-à-vis de sujets particulièrement sensibles.

Mme Fourcade précise qu’une nouvelle mandature s’ouvre en 2015 pour se terminer en septembre 2016. Elle introduit le travail qui va être conduit au niveau des groupes de travail qui ont été choisis.

Mme Fourcade souhaite la bienvenue aux nouveaux membres de la CT et les invite à se présenter :

* Monsieur Joseph MAGNAVACAA, Directeur de l’EHPAD du Parc à Fontenay aux Roses (titulaire collège 2) en remplacement de Mme Van de VYVERE (FHF) ;
* Monsieur François Xavier POURCHET, Directeur territorial 78-92 Fondation des Amis de l’Atelier (titulaire collège 2) en remplacement de Monsieur Claude HEGE ;
* Docteur Françoise HUBERT (suppléante collège 4), représentante de l’URPS en remplacement du Docteur Gérard PERRUCHET ;
* Monsieur Jean Paul GIRE (suppléant collège 2), en remplacement de Mme N’gilla, directeur de l’EHPAD Solemnes.

Mme Fourcade annonce l’ordre du jour et demande si l’Assemblée a des observations à formuler sur le compte rendu de la précédente Conférence plénière du 10 octobre 2014. En l’absence d’observations, le compte rendu est adopté.

Elle rappelle que l’année 2015 va être marquée par la loi Santé, qui aura des conséquences sur l’organisation territoriale des soins. Une présentation sera effectuée à une prochaine conférence plénière. L’année à venir sera riche et l’occasion pour la CT de faire passer des messages. Elle invite les membres à lire le projet de loi Santé et à identifier des thèmes dont ils aimeraient se saisir.

Elle évoque la réforme territoriale et indique qu’elle aura un impact sur l’organisation des CT. Elle invite la CT à être vigilante pour que la Santé soit prise en compte dans la réforme territoriale.

**1/ Point d’étape sur la relocalisation des secteurs de psychiatrie**

Mme Isserlis prend la parole et rappelle que l’objectif de l’appel à projet est de construire une offre territoriale cohérente en lien avec les différents objectifs du PRS.

Les réponses ont été nombreuses puisque 10 contributions ont été déposées :

- 3 groupes privés, 2 ESPIC, 5 établissements publics de santé.

- 2 associent des partenaires MS (Roger Prévot et MGEN)

- Aucune ne se présente en association à une autre proposition sanitaire dans une vison complémentaire de couverture du territoire

Une grille d’analyse a été élaborée, sur la base du cahier des charges. Chaque analyse de contribution a été travaillée en lien avec le bureau de la CT en prenant en compte tous les éléments de la grille ; des critères principaux discriminants ont été choisis, et vont être présentés aujourd’hui.

Le but est d’aboutir à l’élaboration d’un / de projets médical (aux) de territoire (groupe de travail avec des personnalités qualifiées).

Un travail de valorisation finale du/des scénarii (nombre de lits, alternatives, de dispositifs MS etc) va être mené en fonction d’un calendrier de réalisation précis. Les instances vont être consultées et le projet devrait être finalisé et présenté à la CT en juin 2015.

Mme Isserlis indique qu’elle va commencer en faisant une analyse globale, avant de passer la parole à Mr Guinard.

Elle indique que l’appel à projet est une réussite, compte tenu du nombre de contributions exploitables.

Elle pointe néanmoins certaines faiblesses : des projets médicaux assez classiques ou encore théoriques (délai court, phase d’ébauche), et des difficultés liées aux contraintes de calendrier. Elle soulève également des opportunités pour :

* Moderniser l’offre HC / autres modalités de soins
* Mener une réflexion en associant tous les modes d’interventions public/privés, sanitaire/médico-social et sociales
* Mutualiser et créer des filières de compétences

Mme Isserlis insiste sur la nécessité de mener des actions convergentes avec tous les acteurs concernés : usagers, élus, professionnels.

Elle présente les items de la grille d’analyse, disponibles sur les documents distribués aux membres de la CT. L’exemple pris est celui de l’établissement Roger Prévot.

Mme Isserlis précise que tous les porteurs de projet ont été reçus afin de pouvoir renseigner l’ensemble des critères de la grille d’analyse.

Elle passe ensuite la parole à Mr Guinard pour l’analyse des contributions.

Il indique que les contributions partenariales médico-sociales seront articulées quel que soit le scénario retenu. Elles seront revues en complémentarité avec le scénario sanitaire retenu :

* Œuvre Falret : Accompagnement social et médico-social (30 établissements et services en Ile de France, GEM de La Garenne Colombes et Nanterre)
* Espérance hauts de seine

Les contributions sanitaires dites « complémentaires » seront ouvertes en fonction des différents scénarios.

* Élan retrouvé : Extension de 10 places d’hôpital de jour (atelier thérapeutique) passage de 40 à 50 places à Colombes, réactivité, parcours de durée limitée avec continuité sanitaire/médico-social, possibilité de réalisation immédiate
* GH Paris Nord Val de Seine (AP-HP) : Déclaration d’intention : souhait de participation au « tour de table territorial » qui pourrait être organisé ;mention de surfaces limitées potentiellement mobilisables à Colombes (Louis Mourier où déjà activité de psychiatrie)
* Centre Hospitalier Intercommunal Courbevoie Neuilly Puteaux : Proposition d’accueillir 50 à 60 lits +HdJ +consultations sur site de Courbevoie : classée comme « complémentaire » car conditionnée à la restructuration de l’ensemble du site qui ne peut être programmée à brève échéance.
* CH Théophile Roussel (Montesson), propose accueil de 2 secteurs d’hospitalisation car foncier dispo, intervient déjà sur le territoire pour psychiatrie enfants-ados, classé en « recours » à ce stade car hors département
* Groupe Clinéa : information récente sur une possibilité d’implantation à Colombes, pour une contribution en termes d’hospitalisation complète et partielle (expériences à Argenteuil et Villepinte).

Mr Guinard précise que certains élus ont affiché leur soutien à la démarche :

- 7 maires du département (Bagneux, Boulogne, Chaville, Meudon, Puteaux, Suresnes, Vanves) ont écrit au directeur général de l’agence pour manifester leur soutien à la démarche. Tous les maires ayant mis en place un Conseil local en santé mentale le citent comme exemple de l’implication de leur commune pour l’amélioration de la prise en charge de la maladie mentale.

- 5 maires (Courbevoie, Garches, Meudon, Rueil-Malmaison, Villeneuve la Garenne) ont manifesté un soutien à une contribution et/ou indiqué que celle-ci était recevable au regard des règles d’urbanisme.

L’UNAFAM a également manifesté par écrit son soutien au projet, en insistant sur la nécessité d’une solution globale incluant l’ensemble du département. Sa contribution consiste aussi en interventions pour déstigmatiser et convaincre toutes les municipalités de créer un conseil local en santé mentale, et de le co-animer.

Mr Guinard rappelle qu’une grille sélective partant de quelques critères principaux a été construite. Il les présente :

* L’accessibilité : Lieu d’implantation des structures d’hospitalisation (commune du secteur ou sinon distance et temps d’accès à la commune, gain par rapport à l’existant)
* La fonctionnalité :

\* taille critique, organisation de la permanence des soins, mutualisation et filières spécialisées

\* recomposition de l’offre : optimisation du nombre de lits, développement de l’offre ambulatoire (places, CMP/CATTP, équipes mobiles)

\* parcours de soins : urgences et réhabilitation /prise en charge des patients au long cours

* + L’accès aux soins somatiques
  + L’insertion du projet dans le territoire avec les partenariats.
  + La faisabilité :

\*Dimension économique

\*Dimension sociale

\*Dimension juridique

\*Délais de mise en œuvre

* + L’identification des risques

Mr Guinard développe ensuite les contributions reçues sur la base des critères retenus : celles de Roger Prévot, le Cash, la MGEN, la clinique CHEREST, le groupe SINOUE.

Il conclut en indiquant qu’une hiérarchisation des scénarios va être élaborée à partir des complémentarités des différentes propositions. Le projet médical sera ensuite repris à travers le scénario retenu.

Mme Fourcade prend la parole et remercie les intervenants pour la présentation synthétique qui a été proposée. Puis, elle donne la parole à la salle.

Mme Boulanger intervient afin d’indiquer que, si les projets doivent être travaillés à plusieurs, il est important que les scénarios, les « mariages » possibles soient présentés rapidement. Il faudra veiller à trouver des positionnements qui pourront durer dans le temps, tout en étant au service du patient (cultures différentes des établissements). Elle rappelle que son établissement a une forte expérience dans le somatique.

Mr Clery Melin intervient à son tour et précise qu’il est admiratif du travail réalisé. Il évoque l’importance de la « modernité du projet médical ». Cette opportunité peut être l’occasion d’aller plus loin sur les principes fondateurs de la sectorisation. L’articulation entre les différents acteurs sera déterminante pour composer une offre dans laquelle le patient pourra se retrouver. Il indique également que l’hospitalisation ne doit pas être la seule réponse aux problématiques. Il est important d’introduire des éléments de prévention et d’évaluation, mais également que les équipes puissent agir au plus près des patients.

Mme Isserlis indique que cet appel à projet est une opportunité de remobilisation de l’ensemble des acteurs, au moment où se reconfigure la territorialisation, notamment sur l’extra hospitalier. Elle rappelle que les équipes mobiles ne peuvent pas être comprises uniquement comme un outil « secteur par secteur ». La mutualisation de dispositifs extra hospitaliers devra être travaillée.

Mr Guinard remercie tous les porteurs pour leur travail et leurs projets positifs. Il indique que des hypothèses seront présentées prochainement, et qu’il faudra travailler en coopération pour trouver la meilleure construction possible.

Mr Girard souligne la richesse des propositions, et relève l’intérêt de l'extension par l'ARS simultanément au nord de la prise en compte de la solution à mettre en place pour le centre (secteurs à faire revenir de PGV). Il souligne l'importance de ce qui devra être anticipé pour réussir les transferts à effectuer quels qu'ils soient et où qu'ils aillent en raisons des différences de cultures des équipes alors qu'il faudra un projet médical d'établissement commun pour aboutir à une réussite pour les patients comme pour les équipes de professionnels.

Mme Fourcade conclut en indiquant qu’il ne faut pas perdre de vue l’objectif principal, qui est de mieux soigner les patients, avec une meilleure qualité de prise en charge (accès, accompagnement …).Elle rappelle que la CT souhaite être informée des étapes suivantes et apporter sa contribution autant que de besoin. Elle rappelle l’importance d’impliquer les élus du département lorsque les différents scénarios seront arrêtés de manière plus claire. Une réunion dans le cadre de l’association des maires du département (AMD 92) pourra être organisée, comme cela avait été fait au moment du lancement de l’appel à projets.

Elle renouvelle ses remerciements aux porteurs de projet et aux représentants de l’Agence.

**2/ Le SROS Ambulatoire**

Mr Ouanhnon prend la parole et indique que la révision du zonage va être présentée. Il s’agit de la partie consacrée au zonage des territoires actuellement en difficulté forte en terme de démographie des professionnels de santé de 1er recours et notamment des médecins généralistes.

Le projet a été présenté à la CRSA fin décembre. Elle a 2 mois pour donner un avis. La CT pourra également formuler des observations pour alimenter la réflexion de l’Agence.

Les principaux objectifs sont les suivants :

-L’ Actualisation du zonage

Le précédent zonage a été arrêté en mai 2012 (données 2011) : volonté de prendre en compte les évolutions démographiques intervenues sur les 3 dernières années

-L’Evolution / Extension du zonage

Volonté d’accroître les territoires éligibles pour améliorer l’impact des mesures.

Plusieurs dispositifs postérieurs au zonage : Pacte Territoire Santé, PTMG, extension du CESP, engagement 10, PTMA (LFSS), etc.

Jusqu’en 2020, une forte baisse démographique se profile et des mesures vont être prises très rapidement par l’Agence en lien avec les partenaires.

Le 15 mars, Mr Evin publiera un arrêté des zones déficitaires en Ile de France actualisé et élargi selon les propositions et critiques évoquées par l’ensemble des partenaires.

Mr Galli commence son propos en rappelant que 27 territoires déficitaires et 21 territoires fragiles avaient été arrêtés en 2012. 3 ZUS avaient été sélectionnées à Paris (essentiellement des territoires ruraux ou urbains à fortes difficultés sociales). Dans le 92, le territoire déficitaire sélectionné était Gennevilliers.

4 critères méthodologiques ont été retenus pour établir le zonage en 2012 :

* + L’accessibilité au médecin généraliste, basée sur la densité et l’activité moyenne des omnipraticiens,
  + La complémentarité de l’offre, basée sur les densités d’infirmiers, de kinés, de chirurgiens-dentistes, de spécialistes du premier recours et le nombre de centres de santé sur le territoire,
  + La fragilité de l’offre, basée sur l’évolution des effectifs d’omnipraticiens et leur vieillissement,
  + La fragilité sociale identifiée par l’IDH2

Les 272 cantons regroupant les 1 300 communes franciliennes ont été classés selon ces 4 critères : accessibilité, complémentarité, fragilité, besoin, en priorisant l’accès au médecin généraliste (critère accessibilité).

Une fois classés, les premiers cantons représentant 7% de la population francilienne sont sélectionnés en tant que territoires déficitaires.

Ensuite, les cantons qui comptabilisent 3 critères classant définissent les zones fragiles (il n’y a donc pas de seuil populationnel).

Par souci de cohérence et de continuité, la méthodologie a volontairement peu évolué, au profit d’une mise à jour des données au 1er janvier 2014.

La première évolution concerne le maillage pour Paris : un travail à l’échelle des grands quartiers (découpage fin basé sur l’IRIS de l’INSEE) regroupant de 5 000 à 86 000 habitants.

Pourtant, un critère a été modifié : l’âge des médecins omnipraticiens, passant de 55 à 60 ans (souci d’anticiper la réévaluation tous les 2 à 3 ans du zonage).

De plus, la méthodologie retient, pour les zones fragiles, un seuil non plus méthodologique (3 critères) mais populationnel (30% de la population francilienne).

Dans les Hauts-de-Seine, 9 % des omnipraticiens sont des primo installés (depuis moins de 5 ans) au 1er janvier 2014. 57% des omnipraticiens ont 55 ans et plus (identique en IDF). 10 généralistes perdus dans le 92.

Gennevilliers se repositionne aujourd’hui car seul le critère de la fragilité sociale peut être maintenu : IDH 2 faible (cf. diapositive n°18). La commune a gagné 3 omnipraticiens ainsi que des dentistes et des infirmiers. Gennevilliers n’est plus déficitaire et sort du zonage.

Villeneuve la Garenne est fragile car il y a une faible complémentarité de l’offre sur le territoire, IDH 2 faible, + de 43% des généralistes ont plus de 60 ans sur le territoire.

Vanves est l’une des communes qui a la plus faible densité de généralistes du département (13 médecins généralistes). 6 ont plus de 60 ans (taux de 46%).

Enfin, Mr Galli précise que le classement est régional et les territoires sont comparés à l’échelle de toute l’Ile de France.

Remarques formulées par les membres de la CT suite à l’intervention sur le SROS Ambulatoire :

La CT a émis des réserves en raison des points suivants :

1. Le « territoire » choisi est la commune, totalement hétérogène tant par la population concernée – de moins de 1000 à plus de 100 000 – que par la superficie, rendant impossible d’apprécier la difficulté de trouver un généraliste à proximité de chez soi.
2. Sont recensés les professionnels, sans distinction de leur type d’activité ni de leurs horaires de travail. Il faut raisonner en « équivalent temps plein » de médecine générale.
3. La méthodologie ne permet pas d’intégrer la ressource dans les territoires adjacents à une zone fragile.
4. Les professionnels des Centres de Santé ne sont pas intégrés, or ils jouent un grand rôle.
5. La nouvelle méthodologie employée par la Politique de la ville pour caractériser les zones sensibles semble plus pertinente : le carroyage de 250 x 250 mètres.
6. Une articulation des travaux sur le zonage est nécessaire avec:

* en amont, les facultés de médecine/UFR afin d'adapter les postes avec les besoins repérés ;
* en aval, le lien entre les résultats du zonage et les leviers d'actions pour inciter à l'installation et modifier les conditions d'exercice

**Cet avis a été transmis à l’ARS Ile de France et à la CRSA pour prise en compte.**

**3/ La révision du SROS Hospitalier**

Mr Pulik indique que la révision à mi-parcours était prévue pour augmenter le taux d’équipements médicaux lourd sur la région IDF, et qu’elle fait suite à la circulaire sur l’hospitalisation à domicile parue en décembre 2013.

Un certain nombre d’erreurs en termes d’implantations étaient à corriger :

* + Certaines activités fonctionnent sans inscription au bilan des implantations
  + Nécessité de régularisation
  + Pris en compte de fusions, restructurations survenues depuis la publication

La révision permet aussi de faire un point avec les différents COPIL SROS à mi-parcours, de réactiver la réflexion et de débuter une réflexion sur la rédaction du PRS 2.

Mr Pulik indique qu’il s’agit d’une révision ciblée. Il précise que la prochaine loi de santé devrait comporter des modalités simplifiées de révision.

Le périmètre de la révision :

* + SROS Médicosocial : Pas de révision souhaitée
  + SROS Volet ambulatoire : Révision du zonage
  + SROS Volet hospitalier :

\* Révisions avec « concertation mineure » : 7

\* Révisions avec « concertation majeure » : 8

Le SROS sera publié le 15 mars prochain.

Les modes de concertation sont les suivants :

Révision dite « mineure »

* + Corrections d’erreurs / Régularisations (fusions, transferts)
  + Modifications sans impact sur les implantations opposables
  + Passage direct devant le comité de suivi du SROS Hospitalier

Révision dite « majeure »

* + Toute modification des implantations opposables
  + Réorientation importante du volet
  + Passage(s) devant le COPIL thématique
  + Puis passage devant le comité de suivi du SROS Hospitalier

Les thématiques qui ne subissent aucune révision sont les suivantes :

Accident Vasculaire Cérébral

Biologie

Brulés

Buccodentaire

Cardiologie

Chirurgie cardiaque

Détenus

Greffe

Permanence Des Soins en Etablissements de Santé

Pédiatrie

Périnatalité (hors Assistance Médicale à la Procréation)

Personnes Agées (Santé des)

Personnes handicapées (Parcours des)

La liste des révisions mineures :

Assistance Médicale à la Procréation

Chirurgie

Génétique

Médecine d’urgence

Neurochirurgie Neuro Radiologie Interventionnelle

Psychiatrie

Unités de Soins Longue Durée

La liste des 8 thématiques avec révision « majeure » est la suivante :

* + Cancérologie
  + Equipements Médicaux Lourds
  + Hospitalisation A Domicile
  + Insuffisance Rénale Chronique
  + Médecine
  + Réanimation
  + Soins palliatifs
  + Soins Suite Réadaptation

Ces volets ont été travaillés lors de plusieurs COPIL thématiques puis présentés en COPIL du SROS hospitalier les 16 octobre et 4 décembre 2014.

L’hospitalisation à domicile est l’un des axes forts de la bascule ambulatoire.

La circulaire de 2013 prévoit 450 places supplémentaires dans les 5 années à venir (soit 140 000 journées). La cible est modifiée et passe de 30 à 35 patients / j / 100.000 habitants. La proposition faite est de créer, par substitution, de 1500 à 2000 places supplémentaires à l’horizon 2018.

La volonté est d’augmenter la pertinence de l’HAD, et que ce soit un outil qui évite les hospitalisations etqui soit prescrit à partir de la ville.

Dans les Hauts de Seine, la couverture du territoire est globalement bonne. 6 HAD interviennent :

* + Santé Service
  + AP HP
  + Neuilly Puteaux Courbevoie
  + CH4V
  + Hôpital Privé Antony
  + Croix Saint Simon

Mr Pulik précise que le 92 n’est pas considéré comme un Territoire prioritaire.

Le volet SSR doit permettre à la quasi-totalité des établissements ayant de l’HC de développer de l’HJ par substitution, sauf pour les structures d’accessibilité difficile et/ou de recrutement de non proximité.

Un total de 91 nouvelles implantations est possible sur l’ensemble de la région.

Pour le 92, une possibilité de SSR respiratoire va être créée pour répondre aux besoins de l’hôpital Foch, Ambroise Paré, de Nanterre et Louis Mourier.

Au niveau des hôpitaux de jour, plusieurs possibilités (implantations d’hôpitaux de jours) sont créées. 25 possibilités ont été identifiées dans les Hauts de Seine.

Sur le volet Insuffisance rénale chronique, la possibilité d’extension de dialyse à domicile est encouragée.

Sur le volet Réanimation, le 92 est peu touché par le problème de démographie des réanimateurs. La volonté est d’introduire des critères qualité en remplissant un tableau de bord (critères démographiques notamment).

Sur le volet médecine, 2 implantations supplémentaires vont apparaitre dans le 92.

Sur le volet Equipements médicaux lourds, pour les IRM créations de : 3 sites d’implantation nouveaux et 3 Appareils.

Il existe actuellement 23 IRM sur 17 implantations et il reste 1 autorisation et 0 implantation.

En scanner, une possibilité d’implantation est créée. Il existe 30 scanners sur 25 implantations et il reste 2 autorisations et 0 implantation

Sur la question de la cancérologie, il y a une poursuite du phénomène de concentration initié par le processus autorisation / seuil et les visites de conformité. L’étude des seuils actuels montre encore des fragilités importantes.

Mme Fourcade pose la question de savoir si le dispositif PRADO répond aux problématiques des femmes enceintes suivies en HAD pour le post partum physiologique. Mme Teisson de la CPAM prend la parole pour indiquer que toutes les maternités ont adhéré au dispositif PRADO qui a été ouvert aux accouchements par césarienne depuis septembre 2014. Toute femme qui accouche dans les Hauts de Seine peut avoir un suivi PRADO.

**4/ Feuille de route 2015 – Groupes de travail retenus**

1. **Intervention Mr Voyer : groupe accès aux soins des personnes en situation de précarité**

Le groupe est composé de 12 personnes (à compléter avec liste à jour) :

* + Dr Triantafillou
  + Dr Renaud Espaze
  + Dr Hugue
  + Mr Bachelier
  + Mr Lemaire
  + Un représentant de la DRIHL
  + Un représentant de médecin du monde
  + Un représentant de trait d’union
  + Un représentant du CAARUD de Colombes
  + 2 représentants du CHU de Sèvres
  + 1 représentant de la CPAM

Le groupe va se réunir le 28 janvier au siège de l’UNAFAM. La question de l’éducation et de la promotion à la santé sera étudiée, ainsi que l’accessibilité physique et psychologique aux lieux de soins. L’accès aux droits sera également évoqué, ainsi que les difficultés liées à l’avance des frais.

1. **Intervention de Mme Colombani : groupe accès aux soins des classes moyennes**

Mme Colombani indique que le premier travail à mener sera de définir les contours du sujet. 8 personnes ont souhaité rejoindre ce groupe. La date du vendredi 6 février est proposée.

1. **Intervention Stephen DECAM – Le vieillissement des personnes handicapées**

A ce jour : 5 membres :

Catherine HARPEY   
Micheline SERFATY  
Alain MOINARD  
Paul-Noël PAGANELLI  
Stephen DECAM – Coordinateur/pilote de ce GT.

François-Xavier POURCHET (Fondation des Amis de l’Atelier) s’est porté volontaire à la fin de la plénière.

* **1ère étape :** Collecter auprès de l’ARS ce qui existe déjà sur cette thématique.  
  Demande faite auprès de Mme Gelliot

Entre temps Amel SABRI a envoyé, un début de documentation : - une cartographie du département sur l’offre de service PH + une note du Dr. REY-QUINIO sur le vieillissement des PH.  
Mr Decam n’a pas pu prendre connaissance de ces Docs. reçus en fin de matinée.

* **2ème étape :** Collecte par les membres du groupe de travail (cette demande a déjà été faite) de ce qui est connu dans notre environnement (professionnel ou autre) – Expériences, réalisations ……… etc.
* **Les 1er constats :**  Bien sûr, très parcellaires et imprécis à ce stade de la réflexion.
* Une population PH vieillissante, bénéficiant comme tout un chacun de l’amélioration du niveau de santé publique. Avec pour conséquence, la disparition de la parentèle avant les PH elles-mêmes , l’éclatement de la fratrie et des PH âgées qui se retrouvent seules à la fin de leur vie
* Ce qui est une solution par défaut dont l’issue n’est pas satisfaisante pour les établissements.
* Des réponses incomplètes ou peu satisfaisantes : comme des établissements communs PA/PH .  
  Ce qui peut être envisageable dans une certaine limite car : ‘’ Le handicap, lui, ne prend pas sa retraite ! ’’
* Il existe bien les ‘’Fiches action’’ dans le Plan d’action du SROMS – difficile à flécher s’il existe des grilles d’analyse concernant le vieillissement des PH.
* Dans le Schéma autonomie du CG92 on retrouve bien des ateliers concernant le vieillissement mais il est fait un amalgame PA/H. Nous ne sommes pas certains que ce soit une bonne réponse à la problématique du vieillissement des PH.  
  Questions qui se posent : Comment les actions du CG92 vont-elles se coordonner avec celles de l’ARS ?
* **Quelques exemples parmi d’autres (illustration de la problématique)**1- Travailleurs en ESAT qui dépendent du CG pour la partie hébergement mais de l’ARS pour la partie emploi – Quelle coordination ? – Quelles ressources ?  
  Refus d’un poste (0,25 ETP) d’assistante sociale en ESAT pour préparation et accompagnement à la retraite ! Où est le principe d’équité pour les PH face à la retraite ?  
  2- Personne aujourd’hui en ESAT et logée par l’établissement dans un logement ‘’intégré’’ réservé aux personnes autonomes travaillant en ESAT.  
  Au moment de prendre sa retraite, elle doit quitter son appartement, mais n’est pas sur les listes prioritaires des logements sociaux de la mairie. La seule réponse c’est donc d’intégrer un établissement spécialisé ….. pour une personne qui a toujours vécu en autonomie (SAVS).
* C’est donc une problématique qui va s’amplifier et les réponses apportées ne sont pas satisfaisantes et coordonnées.
* Les besoins sont diffus dans les différentes organisations et il y a un besoin de mise en commun des moyens.
* **1ère réunion du GT fin janvier/ début février** pour un état des lieux et une première réflexion sur les pistes possibles…… pour arriver à des recommandations.  
  Présentation des premières conclusions lors de la prochaine plénière de la CT92.

**Les documents produits par les groupes de travail doivent être envoyés sur la BAL :** [**ARS-DT92-CONFERENCE-TERRITOIRE@sante.fr**](mailto:ARS-DT92-CONFERENCE-TERRITOIRE@sante.fr)**, et seront mis en ligne sur l’espace dédié aux conférences de territoires.**

**La prochaine plénière de la Conférence de Territoire se tiendra le vendredi 10 avril 2015, à l’Auditorium du Capitole.**