

CONFERENCE DE TERRITOIRE DE PARIS
VENDREDI 13 FEVRIER 2015
9h00 - 12h15
Hôpital Henri EY (Groupe public de santé Perray Vaucluse)
15, avenue de la Porte de Choisy - 75013 PARIS

I/ Accueil de Madame Luce Legendre, Directrice du Groupe public de santé Perray-Vaucluse

II/ Approbation des compte-rendus des réunions du 19 décembre 2014 et du 23 janvier 2015

Concernant le compte-rendu de décembre, M. KAUFMANN précise que la logique d'opposition transparait dans les propos de M. Bouvet et non de M. Pulik.

Concernant le compte-rendu de janvier, Mme LEFEVRE souhaite que dans son intervention, le terme « contente » soit remplacé par le terme plus exact de « satisfaite ». Elle regrette également que l'intervention de Mme Filkenstein n'ait pas été intégrée dans le compte rendu.

Mises à part ces remarques qui seront prises en compte, les compte-rendus sont approuvés.

III/ Présentation du dispositif « Atelier Santé Ville » (ASV) : intervention de Catherine Richard (Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale)

Intervention de Madame Catherine RICHARD, chargée de mission promotion de la santé au sein du Pôle social, jeunesse et vie associative de la DRJSCS Ile-de-France, qui présente les Ateliers Santé Ville (ASV) aux membres de la Conférence (cf. présentation PowerPoint ci-jointe).

Elaborés par le Comité Interministériel des Villes en 1999, les ASV ont été réaffirmés par la loi du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine (loi Borloo) qui a pour objectif la réduction des inégalités sociales et des écarts de développement entre les territoires dans les zones urbaines sensibles (ZUS). Inscrits dans la loi de santé publique de 2004, ils se sont généralisés en France à partir de 2006 dans le cadre du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS).

Les ASV s'inscrivent dans la politique de la Ville (rénovation urbaine, prévention de la délinquance, emploi, éducation, santé) qui définit des quartiers prioritaires cumulant un certain nombre de difficultés et pour lesquels elle contractualise avec l'Etat (Préfet de département) pour avoir des moyens.

Les ASV sont un outil de coordination, de connaissance de l'état de santé de la population qui permet de construire une politique locale de santé publique. Ils fonctionnent sur la base d'un large partenariat des acteurs sanitaires et sociaux permettant une coordination des dispositifs, des initiatives et des actions, ainsi que l'élaboration continue de diagnostics et de projets partagés.

A ce jour, il y a 273 ASV en France, 83 ASV en Ile-de-France pour une soixante de contrats locaux de santé (CLS).

Mme DERAMCHI, Coordinatrice DASES des ASV (Sous-direction de la santé - Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé - Mairie de Paris) précise qu'il y a 7 ASV à Paris et que cela ne représente bien souvent qu'une seule personne. A Paris, les ASV sont coordonnés par deux directions de la Ville et co-financés par la Ville et la Direction départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) rattachée au préfet de département. Ils sont portés par des associations, ce qui permet une plus grande autonomie, notamment dans la recherche de financements.

Il a cependant été nécessaire de réfléchir à un mode de gouvernance plus coordonné, à un comité de pilotage départemental qui permettrait de réunir tous les acteurs (ARS, DDCS, associations porteuses, coordinatrices ASV).

Bien que des thématiques prioritaires communes aux ASV aient émergé de ces réflexions à partir du plan régional de santé - santé des jeunes, santé des femmes, accès à la santé - la question de la gouvernance demeure et les associations porteuses doivent faire face à des difficultés financières. Il est donc urgent de redonner du sens à ces ateliers, à la notion de proximité, pour que les coordinatrices puissent continuer à accomplir leurs missions.

Mme RICHARD rajoute que dans le cadre de la modification géographique de la politique de la Ville, les quartiers concernés par les ASV vont être diminués géographiquement et d'autres quartiers vont entrer dans le dispositif.

M. DESCHAMPS, de la Ligue contre le Cancer, indique que le Comité de Paris participe depuis plusieurs années à des actions territorialisées avec les ASV. Il constate une extrême fragilité de ces dispositifs et même un « retour en arrière » car les financements des associations porteuses, mais aussi participantes, s'essouffent. Il trouve la question du portage fondamentale et trouve que l'essoufflement des ASV est contradictoire avec certaines déclarations de réduction des inégalités. Il souhaiterait également être informé des limites de ces nouveaux quartiers.

Mme RICHARD est d'accord avec M. DESCHAMPS que le portage politique au niveau local est très important mais elle reconnaît buter sur la difficile mobilisation des élus sur les problèmes de santé. Elle cite l'exemple des villes de Martigues et de Port de Bouc où, malgré les difficultés économiques et les tensions politiques (fermeture usines), la méthode de travail, l'implication des acteurs (hôpitaux, associations, élus...) et le portage par les élus en charge de la santé et du social ont amené de réelles solutions et une vraie dynamique.

Le Dr SENEAL de l'Observatoire régional de santé (ORS) reconnaît la grande difficulté de mettre autour de la table des acteurs qui n'ont pas une culture commune et de sans cesse remobiliser les acteurs quand les personnes qui portent les actions changent.

Elle rappelle la démarche de l'ORS de contribuer à une meilleure lisibilité du système et à une meilleure connaissance de l'information en publiant des outils à destination des acteurs de l'urbanisme, de la ville, de la santé, pour mieux comprendre l'influence entre l'urbanisme et la santé et les réponses institutionnelles dont les ASV.

Elle cite à cet effet 2 rapports :

- un d'octobre 2009 sur les dynamiques territoriales de santé en IDF :
<http://www.ors-idf.org/dmdocuments/RapportDynamiquesTerritoriales.pdf>

- et un cahier co-produit avec l'IAU (Institut d'Aménagement et d'Urbanisme) croisant les regards de la santé et de l'urbanisme pour un urbanisme favorable à la santé, de septembre 2014:

<http://www.iau-idf.fr/savoir-faire/nos-travaux/edition/territoires-incubateurs-de-sante.html>

Le Pr CRICKX signale que le Service d'accueil des urgences de l'Hôpital Bichat est souvent confronté à ces populations en situation difficile et demande si les ASV arrivent à mettre des choses concrètes en place.

Mme RICHARD répond qu'il s'agit de réunir des professionnels, de la santé ou non, pour voir comment ensemble ils vont pouvoir développer un programme. Exemple : programme de nutrition dans les cantines scolaires (choix du fournisseur, sensibilisation des parents à la confection de repas, élaboration des menus en fonction de restrictions alimentaires...), orientation des jeunes en dépression ou en difficulté d'insertion vers la mission locale appropriée, ateliers socio-linguistiques pour expliquer les bénéfices du dépistage aux personnes étrangères...

Mme DERAMCHI insiste sur le fait que le rôle des ASV n'est pas tant de mettre en place des actions que de coordonner, orienter et mettre en réseau des personnes, et leur donner des informations lisibles et compréhensibles. Exemple : en lien avec les associations qui vont signaler un problème d'accès à la CMU, la coordinatrice ASV va inviter la CPAM à venir discuter du dossier.

M. LOUP, de l'URPS Pharmaciens, demande concrètement quelles sont les personnes qu'il peut adresser aux ASV, quelles personnes il peut appeler et comment les contacter.

Mme RICHARD lui répond que les mairies (service d'action sociale) savent où travaille le coordinateur ASV et qu'on peut y trouver un répertoire des différentes structures de santé, si on ne sait pas comment orienter quelqu'un en rupture de traitement, une personne seule et/ou avec des problèmes psychiques. Il peut également contacter l'élue en charge de la santé qui fera le lien.

Mme LEFEVRE, de l'UNAFAM Paris, ne comprend pas en tant que représentante d'usagers qu'il y ait seulement un ASV dans les zones de très grande précarité car la précarité des personnes souffrant de problèmes psychiques existe partout. Elle regrette la multiplicité et la superposition des dispositifs ainsi que le manque de coordination qui font perdre du temps et de l'énergie. Elle se demande comment pourraient être capitalisés les expériences et les dispositifs concluants au niveau de la ville.

Le Dr DENANTES et M. DESCHAMPS s'expriment dans le même sens car ils trouvent qu'il y a un problème de lisibilité dû à un trop grand nombre d'acteurs, de méconnaissance des actions mises en œuvre, y compris par les acteurs eux-mêmes, et un temps pour forger des outils de diagnostic trop important.

Le Président énonce une demande forte de la Conférence de territoire de Paris d'avoir une lisibilité de ces ASV.

M. ECHARDOUR, Délégué territorial de Paris, pense que sur ce genre de sujet, il serait mieux que les personnes qui s'en occupent viennent en parler et présentent les actions.

Le Dr DENANTES trouve choquant que la Ville de Paris ne soit pas représentée. Elle souhaiterait que le Dr Jomier, adjoint au Maire de Paris en charge de la santé, soit informé que la Conférence a besoin d'un représentant de la Ville de Paris qu'elle puisse identifier et à qui elle puisse poser des questions. Elle trouve cela d'autant plus regrettable que la Conférence est active et que les sujets abordés sont intéressants.

IV/ Présentation point d'étape du projet PAERPA :

Intervention de Sarah LIVARTOWSKI, coordinatrice PAERPA à la Délégation Territoriale de Paris et du Dr Aurélie MISME (Coordination Territoriale d'Appui (CTA) - CLIC Paris Emeraude Nord Est) (cf. présentation powerpoint ci-jointe).

Cette présentation du projet expérimental PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) fait suite à la première présentation qui avait été faite aux membres de la Conférence en 2013. Elle présente les avancées du projet en 2014 et les actions mises en œuvre en fin d'année (CTA, intervention diététicien, formation ASG et activité physique en EHPAD, création de places de SSIAD renforcées, création places hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé, PPS).

Mme CORDEAU, de l'UNA Paris, est satisfaite que l'on prenne en compte le travail des services à domicile dans l'expérimentation. Elle demande si le Plan Personnalisé de Santé (PPS) est un outil informatique.

Le Dr MISME répond que pour l'instant, le PPS n'est pas informatisé mais qu'il doit l'être bientôt.

Mme HUON, de France Alzheimer, demande si les 12 places d'hébergement temporaire de l'EHPAD Alice Guy seront vraiment dédiées à cet hébergement.

Le Dr MISME lui répond par l'affirmative en précisant que 8 de ces 12 places d'hébergement temporaire « post hospitalisation » seront financées par le Fonds d'intervention Régional (FIR) PAERPA sur la base de critères précis d'inclusion et d'exclusion très précis, et selon un protocole très cadré, en lien avec l'unité de gériatrie aigüe de l'Hôpital Lariboisière et avec l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé de l'hôpital Maison Blanche.

Le Pr CRICKX voudrait savoir si elle peut adresser à PAERPA des malades du 19^{ème} arrondissement qu'elle soigne à l'hôpital Bichat, à partir du moment où il s'agit de gériatrie.

Mme LIVARTOWSKI et le Dr MISME répondent que cela est possible et qu'il est préférable de s'adresser au CLIC qui réorientera et transmettra aux personnes adéquates.

M. BOUVET, de l'URPS Infirmiers, constate et déplore un retour en force de la prépondérance du médecin alors que les IDE et les assistantes sociales ont un rôle plus important dans le maintien à domicile. Il trouve très important que cela soit reconnu, notamment dans le cadre de la rédaction du PPS où une rémunération égalitaire est demandée. Il trouve cependant que l'introduction des professionnels libéraux dans le programme PAERPA est un gros progrès.

Mme CORDEAU voudrait savoir si le projet PAERPA donne une ligne de conduite concernant le partage et la transmission d'informations entre professionnels intervenant auprès des personnes âgées. En effet, il arrive que celles-ci se confient aux aides à domicile plus souvent qu'à la famille ou au médecin. Elle souhaiterait savoir si la charte de déontologie devant être signée par les professionnels, mentionnée dans l'article 2 du décret n°2013-1090 du 2 décembre 2013, a été publiée car elle trouve important de pouvoir s'appuyer sur un certain nombre de principes dans le cadre de bonnes pratiques professionnelles au quotidien.

Le Dr DENANTES souhaiterait savoir si elle peut utiliser PAERPA pour son patient résidant dans le 19^{ème} arrondissement de Paris.

Le Dr MISME lui répond que son patient peut bénéficier de l'expérimentation puisqu'il réside sur le territoire PAERPA mais qu'en revanche, elle ne peut pas signer de PPS en tant que médecin traitant exerçant dans le 20^{ème} arrondissement.

Le Dr DENANTES évoque le flot croissant de demandes de visites à domicile et de prise en charge de patients complexes à domicile et le refus des médecins du 19^{ème} rencontrés d'effectuer ces visites. Elle se demande si dans le cadre de PAERPA, ces médecins accepteraient de faire ces visites et quelle information ils ont reçu sur ce projet.

M. FARNAULT, chef de projet du PAERPA à la Délégation territoriale de Paris, l'informe qu'une démarche de visite individuelle des professionnels de ville va être lancée courant mars par les délégués de l'Assurance-Maladie. Ils recevront une information individuelle sur le programme et notamment sur les PPS.

M. KAUFMANN, de la Fondation hospitalière Sainte Marie, demande si à l'heure actuelle, on a une idée du nombre de PPS (centaine, milliers,...). Combien de personnes vont rentrer dans ce dispositif ?

Le Dr MISME répond que sur les 20 000 personnes âgées du territoire PAERPA, on estime que 30 à 40% sont fragiles ou dépendantes.

M. ECHARDOUR rajoute que l'objectif pour le moment est de 10% des personnes. Une fois ces 10% atteints, il pense que l'on aura une idée plus précise de la cible. Il aimerait susciter un travail d'accompagnement et de recherche autour de l'expérimentation pour mieux définir certaines notions telles que la fragilité. Il pense qu'il faut progresser dans la connaissance avant de généraliser.

Mme RICHARD demande si le public concerné par PAERPA bénéficie de moyens supérieurs notamment pour la garde de nuit à domicile.

Le Dr MISME répond qu'il y a 3 cas de figure :

- soit la personne a les moyens financiers pour payer quelqu'un la nuit,
- soit le passage d'un soignant par nuit suffit,
- soit la personne est très dépendante ou atteinte de la maladie d'Alzheimer et n'a pas les moyens, et c'est l'institutionnalisation, ce qui pose le problème des limites du maintien à domicile.

Mme CORDEAU souhaite ajouter que PAERPA n'alloue pas de moyens pour les personnes au-delà des aides de droit commun (allocation personnalisée d'autonomie, etc) et que son objectif est d'organiser, fluidifier et coordonner l'ensemble des acteurs au profit d'une prise en charge et d'un accompagnement global autour de la personne âgée.

M. BOUVET avance l'idée des appartements thérapeutiques pour 4 ou 5 personnes afin que soient mutualisés les moyens de garde de nuit.

Mme HUON signale que des projets d'appartements pour la prise en charge d'Alzheimer sont en cours et existent déjà dans le Morbihan. M. ECHARDOUR évoque les CANTOU (Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles) créés en 1977 mais peu présents à Paris. Mme HUON souligne que l'inconvénient des cantous est leur financement EHPAD.

Mme GUIGNARD, du CODERPA Paris, demande si et comment l'information est faite quand un patient domicilié dans le territoire PAERPA est pris en charge hors du territoire.

M. ECHARDOUR rappelle que la consigne nationale est de se concentrer sur le territoire. L'expérience montrera comment élargir aux autres arrondissements ; l'important étant de ne pas se disperser pour le moment.

Le Président souhaiterait avoir des compléments d'information sur l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé : quelles composantes de difficultés à prendre en compte cela représente-t-il pour les acteurs de terrain? Comment les familles et les usagers sont-ils associés à cette démarche? Et enfin quels sont les critères d'évaluation retenus pour valider et généraliser cette action ?

Mme LIVARTOWSKI répond que la plupart des personnes âgées veulent être associées à leur prise en charge. Dans chaque CMP, un référent « personne âgée » va être identifié. Des indicateurs figurent dans les conventions passées avec les acteurs, en l'occurrence l'hôpital Maison Blanche. Le Dr MISME souligne le besoin de coopération entre les spécialités de psychiatrie et de gériatrie pour s'approprier des expertises réciproques ainsi que le besoin de soutien des équipes du domicile souvent démunies face à des troubles du comportement de la personne âgée.

M. FARNAULT insiste sur le besoin de temps pour mesurer et évaluer les actions mises en œuvre au niveau régional. Il rappelle que l'enjeu derrière cette expérimentation est de pouvoir à terme assumer une prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie la plus efficiente possible dans un environnement économique contraint et d'augmentation des besoins. Une analyse sera donc faite des indicateurs et des informations remontés par les acteurs (réduction des arrivées aux urgences, baisse de la durée moyenne de séjour, consommation des médicaments, etc) ainsi que des modélisations économiques pour savoir si telle ou telle action va pouvoir être généralisée au niveau national et si un retour sur investissement est atteint.

VI/ Thèmes de travail des prochaines conférences

Le thème de la prochaine réunion sera « les médicaments dans la vraie vie ». Le Dr JOMIER, adjoint au Maire de Paris, présentera également son plan d'aide à l'installation des professionnels.

Elle aura lieu le :

Vendredi 20 mars 2015 de 9h à 12h30
au Régime social des indépendants (RSI)
139, rue de Saussure - 75017 Paris

Les sujets proposés par le bureau pour les prochaines réunions sont « les adolescents », « les plans santé environnement », « la démocratie sanitaire » et « la formation des médecins ».

Fin de la réunion : 12h20.