

DT 92

Affaire suivie par : Madame Amel SABRI

**Compte rendu de la 20 ème conférence de territoire des Hauts-de-Seine**

**Vendredi 10 avril 2015**

Madame Fourcade ouvre la séance en excusant Mr Girard, retenu par une autre réunion.

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

* Madame Marion Lesage, directrice de l’EHPAD la Chartraine en remplacement de Mr Jean-Pierre Belin

Mme Fourcade indique qu’un programme de formation est proposé aux membres de la Conférence de Territoire dans le cadre du nouveau mandat. Il a été envoyé par mail à l’ensemble des membres. La formation aura lieu le 17 avril de 9h à 16h à l’hôpital St Anne. Elle invite les personnes intéressées à se manifester par retour de mail.

Elle 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 16 janvier 2015. En l’absence d’observations, le compte rendu est adopté.

Elle indique que la prochaine séance de la CT sera consacrée au retour par l’ARS de l’état d’avancement du projet de relocalisation des secteurs de psychiatrie. Les différentes options seront présentées, avant qu’une décision ne soit prise par le Directeur Général de l’ARS.

**1/ Le dispositif PRADO** (programme d'accompagnement au retour à domicile)

Madame Charasson, médecin-conseil référent PRADO, introduit son propos en présentant les 4 volets du dispositif PRADO :

* Le PRADO Maternité qui a déjà été présenté à la Conférence de Territoire, programme qui s’est généralisé depuis 2012 (plus de 86.000 adhésions sont recensées en Ile de France depuis son lancement, dont 40.600 en 2014) ;
* Le PRADO Orthopédie qui a également été présenté à la CT. Ce programme s’est généralisé durant l’année 2014, 46 établissements sont conventionnés en Ile de France et plus de 1300 adhésions sont recensées depuis le lancement ;
* Le PRADO Insuffisance cardiaque, qui consiste en une mise en relation du patient ayant subi une décompensation cardiaque avec l’infirmier, le médecin traitant et le cardiologue de son choix. L’accompagnement a lieu durant 6 mois ; l’expérimentation a débuté fin 2014 en Ile de France ;
* Le PRADO BPCO ( Broncho-pneumopathie chronique obstructive) : Il s’agit d’une mise en relation du patient ayant subi une exacerbation de BPCO avec l’infirmier, le médecin traitant, le kiné, et le pneumologue de son choix. L’accompagnement dure 6 mois. Une expérimentation est prévue à Paris ainsi que dans les Hauts de Seine et la Seine Saint Denis.

Les 4 objectifs du programme PRADO sont les suivants :

* Permettre au patient de retourner au domicile dès que l’hospitalisation n’est plus nécessaire (raccourcir les séjours qui peuvent l’être, répondre à sa demande des patients) ;
* Accompagner l’évolution des techniques médicales qui favorisent le développement des pratiques en ambulatoire et des hospitalisations plus courtes ;
* Eviter des organisations d’aval trop coûteuses si elles ne sont pas nécessaires et adapter les circuits de prise en charge aux besoins du patient ;
* Eviter des ré-hospitalisations liées à une insuffisance de suivi post-hospitalisation.

Le programme d’accompagnement de retour à domicile des patients hospitalisés a pour objectifs d’anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et de fluidifier le parcours hôpital – ville.

Le conseiller de l’assurance maladie doit être un facilitateur entre les professionnels de santé de ville et le patient dans le cadre de son retour à domicile.

Mme Charasson précise que le conseiller de l’assurance maladie n’intervient pas dans les décisions médicales

Mme Taisson, directrice de la gestion du risque à la CPAM, prend la parole pour parler du PRADO Maternité, dispositif relativement ancien dans les Hauts-de-Seine et qui fonctionne bien.

Elle rappelle les 4 étapes du PRADO Maternité (avant l’accouchement, pendant l’hospitalisation et de retour à domicile).

Une progression constante des adhésions est à noter depuis 2012 :

**Année 2012 :**

**943** femmes éligibles au programme   
**732** adhésions  
**555** bénéficiaires du programme

**Année 2013:**

**5 538** femmes éligibles au programme   
**3 968** adhésions  
**3 137** bénéficiaires du programme

**Année 2014**

**8 698** femmes éligibles au programme   
**7 045** adhésions  
**5 500** bénéficiaires du programme

Mme Taisson précise que le « E. Prado » est expérimenté cette année dans les Hauts-de-Seine, il consiste en une prise en charge des jeunes mères par le biais d’une tablette numérique qui évite le déplacement de conseillers de l’Assurance Maladie (contact à distance). Cela concerne surtout les maternités éloignées et difficiles d’accès.

Mme Charasson évoque ensuite le PRADO Orthopédie, qui a déjà été présenté à la CT. Elle en rappelle les 5 étapes (cf. diaporama).

A la demande des équipes médicales, une extension du champ du PRADO orthopédie aux actes de la liste HAS de mars 2006, complétée des recommandations de janvier 2008 (23 actes) a lieu.

L’analyse des coûts post MCO du parcours Orthopédie : comporte les frais réels estimés à 5063 euros et les frais réels de soins de ville estimés à 761 euros.

Les frais réels de soins de ville du parcours MCO-domicile sont estimés à 1288 euros.

Mme Charasson aborde ensuite le nouveau volet de l’insuffisance cardiaque.

Elle indique que la population des insuffisants cardiaques (environ 400 000 personnes du régime général) se caractérise par des taux élevés de ré-hospitalisation et de mortalité à moyen terme. 96 000 patients du régime général ont été hospitalisés pour décompensation cardiaque en 2013. 51% sont rentrés à domicile. Les autres ont été pris en charge dans des structures médicalisées plus spécifiques (EHPAD ou HAD). Pour ces patients ré-hospitalisés, au moins une fois dans les 6 mois, on constate que 36 % des cas sont des motifs d’hospitalisation pour insuffisance cardiaque et 59 % toutes causes confondues hors séances (avec 2,1 ré-hospitalisations / patient ré-hospitalisé) ; 16% de décès dans les 6 mois suivant l’hospitalisation sont comptés.

Mme Charasson précise que l’Assurance Maladie propose une offre de suivi à domicile sur une période de 6 mois suivant l’hospitalisation, période à plus fort risque pour ces patients, afin de diminuer ces taux de ré-hospitalisation (-30%) et de mortalité (-20%).

L’offre se compose de 3 volets :

* L’initialisation du suivi médical
* L’accompagnement attentionné
* L’aide à la vie

Mme Charasson indique que ce programme s’appuie sur des analyses scientifiques convergentes et sur des recommandations de la HAS et de Société Française de cardiologie.

Elle détaille le parcours et décrit ensuite les 6 étapes de l’offre PRADO Insuffisance cardiaque.

Elle précise que le PRADO intervient en complémentarité des dispositifs existants.

De nombreux supports à destination des professionnels de santé existent (les supports circulent dans la salle). Des rencontres avec la CPAM sont possibles.

2 établissements ont signé une convention dans le 92 : l’hôpital Foch et le Cash de Nanterre. Un dossier pour un patient de l’hôpital Max Forestier a été déposé.

Elle évoque enfin le PRADO BPCO. Le département des Hauts de Seine est expérimentateur pour ce dispositif. L’établissement du Val d’Or a signé une convention.

Le dispositif concerne une population sous-consommante et très souvent ré-hospitalisée. Pour préciser, Mme Charasson donne des chiffres.

Le taux de survie des patients BPCO après une 1ere hospitalisation exacerbation est estimé à 80% à 1 an et à 40% après 5 ans.

Mme Charasson décrit ensuite le parcours d’accompagnement en sortie d’hospitalisation puis les 6 étapes de l’offre, ainsi que les différents acteurs qui interviennent.

Madame Fourcade remercie les intervenantes et invite la salle à réagir.

Elle fait part de ses propres interrogations, notamment autour de la complémentarité entre les dispositifs existants.

Elle interroge également sur le délai de 6 mois, aussi bien pour l’insuffisance cardiaque que pour la BPCO : comment pérenniser ce qui a été capitalisé durant les 6 mois ?

Mme Charasson prend la parole pour indiquer qu’il est estimé que le patient s’est approprié le programme éducation et prévention.

Mme Fourcade demande si ceci a été évalué. Mme Charasson indique que des équipes hospitalières ont été rencontrées, et ont estimé que 6 mois était un temps nécessaire pour s’approprier l’information.

Le Dr Scemama, gynécologue-obstétricienne, représentante de l’URPS Médecins prend la parole pour amener la réflexion suivante : elle indique que la CNAM, au moment du PRADO insuffisance cardiaque et BPCO, a réintégré le médecin traitant dans le dispositif. Elle exprime son mécontentement quant au PRADO Maternité, car le référent libéral (médecin, gynécologue, accoucheur …) a été complètement exclu du programme.

Mr Moreau, représentant de l’URPS Kinésithérapeute pose la question du nombre de patients pris en charge par la PRADO Orthopédie en 2014.

Mme Charasson indique qu’il s’agit de 64 patients.

Le Dr Trierweiller, gériatre à l’hôpital de Courbevoie intervient pour connaitre l’articulation entre les hôpitaux de jour et le PRADO. Elle craint une superposition des acteurs.

Le Dr Chonowski, représentant la CPAM, indique que le patient bénéficiant du dispositif PRADO ne relève plus d’une hospitalisation mais qu’il peut sortir pour une prise en charge en ambulatoire. Il ne s’agit pas du même type de prise en charge.

Le Dr Trierweiller estime quant à elle qu’il s’agit de la même typologie de patients et des mêmes objectifs et que ceci n’est pas très clair ni pour les professionnels ni pour les patients. Elle remet également en question la question du délai de 6 mois, estimant que c’est trop court.

Il est préconisé qu’une évaluation soit conduite.

Le Dr Rey Quinio, de la DT des Hauts-de-Seine, demande à avoir des précisions sur les indicateurs de résultat. Elle prend l’exemple du PRADO Insuffisance cardiaque pour demander si un certain recul est possible, notamment pour évaluer l’amélioration de la qualité de vie, espérance de vie, ré-hospitalisation. Y-a-t-il un cahier des charges de l’évaluation qui va être proposée à disposition ?

Mme Charasson indique qu’une évaluation sera conduite au niveau national. Elle rappelle que la région IDF fait l’objet d’une expérimentation pour le PRADO Insuffisance cardiaque et BPCO. Les indicateurs ont été mis en place, et les évaluations vont être conduites progressivement. Elle indique que le 1er patient insuffisance cardiaque date de 48h. Elle ajoute que la CPAM est sensible au fait qu’il n’y ait pas de rupture dans le parcours de soin des patients.

Le Dr Landais, URPS Médecins, indique qu’il pense que dans la pratique**,** il en est différemment de la présentation faite par la CPAM. Il souhaite avoir un retour sur les dysfonctionnements observés. Il interroge également la CPAM sur le coût de la mise en place d’un tel système et les gains financiers escomptés.

Le Dr Chonowski répond qu’effectivement, des freins sont identifiés dans le département, notamment la difficulté dans certaines cliniques à rencontrer chaque chirurgien, et également le déplacement de certains professionnels au domicile des patients en début de prise en charge en PRADO Orthopédie (masseurs kinésithérapeutes surtout).

Concernant le coût, elle indique que la CNAM ne l’a pas encore évalué. Il faudra évaluer le temps passé, le coût en personnel.

Mme Fourcade exprime sa surprise que ce soit la CNAM elle-même qui réalise ce type d’évaluation. Elle trouverait plus pertinent que le programme soit évalué en externe (indépendance d’évaluation en santé publique importante pour la crédibilité du programme et l’appropriation par les professionnels et les usagers). Elle propose que ce soit la HAS ou tout organisme extérieur qui évalue ce programme.

Mme Fourcade interroge pour savoir si la CPAM est capable d’identifier à qui est passé le relais après les 6 mois, sur l’aspect éducation thérapeutique.

Mme Charasson répond que les 6 mois sont jugés suffisants pour l’appropriation du programme. La CPAM sera attentive au suivi de ces patients. Elle propose qu’une autre rencontre avec la CT soit organisée dans quelque temps.

La question du coût est à nouveau posée. Le Dr Chonowski répond que le coût est surtout lié aux conseillers d’assurance maladie qui représentent 10 ETP à la CPAM.

Mme Fourcade interroge sur le profil de ces conseillers. Le Dr Chonowski répond que ce sont des agents du service médical qui ont postulé et ont été sélectionnés sur entretien. Mme Taisson ajoute que les conseillers médicaux sont répartis en fonction des PRADO.

Ces agents ont reçu une formation qualifiante en interne. Ils sont placés sous la responsabilité du médecin conseil et soumis au secret médical.

Mr CARO, directeur de l’hôpital Louis MOURRIER, indique que les assistantes sociales participent à la sortie de l’hospitalisation que ce soit vers une autre structure ou dans le cadre d’un retour à domicile. L’enjeu de la sortie devrait sans doute être mieux coordonné, notamment avec les nouvelles fonctions paramédicales transversales (infirmières de coordination et de programmation notamment) qui prennent une place grandissante au sein de l’hôpital.

Madame Fourcade remercie les intervenantes et rappelle les questions soulevées : comment le dispositif s’intègre dans l’existant ? Comment il apporte une valeur ajoutée par rapport à ce qui existe ? Comment la CPAM en assurera la pérennité ? La CNAM a-t-elle une légitimité à faire sa propre évaluation du programme ? Le programme sera-t-il efficace en terme de coûts ?

**2/ Le développement de l’Offre médico-sociale**

Mr Olivier DEJEAN, responsable du département médico-social à la DT92, commence par rappeler les objectifs du Schéma régional d’organisation médico-social 2013-2017, qui tourne autour de 2 axes forts :

Axe 1: Organiser une offre médico-sociale adaptée et de proximité

* Réduire les inégalités territoriales pour une accessibilité de proximité par une diversification de l’offre et une création de places dans les territoires sous dotés
* Restructurer l’offre pour suivre l’évolution démographique et les aspirations nouvelles des populations
* Renforcer une logique d’efficience du système

Axe 2 : Améliorer la qualité de l’accompagnement pour assurer un parcours de vie et de santé répondant aux besoins des personnes

* Organiser et renforcer la prévention tout au long du parcours de vie
* Favoriser les coopérations et les partenariats entre les acteurs concernés pour une prise en charge globale et sans rupture
* Améliorer la qualité des prestations
* Développer une démarche de bientraitance
* Améliorer le soutien aux aidants

Les priorités qui avaient été définies spécifiquement pour les Hauts-de-Seine en 2013 :

Secteur Personnes Agées

* Sous activité dans les structures de répit
* Sous équipement en places de SSIAD

Secteur du Handicap

* Déficit dépistage et prise en charge précoce du handicap
* Déficit SESSAD
* Déficit ITEP (enfants et adolescents présentant d’importants troubles du comportement)
* Déficit structures pour l’autisme et les troubles envahissants du développement
* Déficit Etablissements pour PH vieillissantes

Mr Dejean évoque ensuite l’offre présente dans le département :

L’Offre pour Personnes Handicapées (plus de 6600 places dans le département) :

* 134 Etablissements et services médicaux-sociaux (ESMS) dont 63 ESMS sur le secteur adultes dont 31 ESAT représentant 3 085 places
* 71 ESMS sur le secteur de l’Enfance pour 3 523 places

L’Offre pour Personnes Agées ( 300 structures dans le département):

* 167 ESMS dont :
* 111 EHPAD pour 10 366 places
* 28 structures d’accueil de jour dont 2 autonomes pour 237 places
* 28 Soins infirmiers à domicile pour 2 230 places

Sur les 2 secteurs, un effort en terme de développement de l’offre a été fourni, plusieurs ouvertures en 2014 :

Les ouvertures secteur personnes handicapées :

* Maison d’Accueil spécialisée - Hôpital Nord à Villeneuve La Garenne (55 places pour patients cérébro-lésés)
* Foyer accueil médicalisé (FAM) de Billancourt 36 places à Boulogne (12 pour polyhandicapés et 24 mentaux vieillissants)
* FAM Le Cèdre Bleu à Chaville (extension de 9 places)
* IME Solfège à Boulogne (20 places pour autistes)
* Centre expérimental de jour TedyBear à Saint Cloud (30 places pour jeunes autistes)
* SESSAD PRO Le cèdre insertion à Chatillon (12 places)

Les ouvertures secteur personnes âgées :

* EHPAD L’Empereur à Garches (création de 121 places)
* EHPAD Solemnes à Courbevoie (création de 87 places d’HP et 6 places d’HT)
* EHPAD La Garenne à La Garenne-Colombes (création de 99 places et 4 places d’HT)
* EHPAD Alphonse Daudet à Clamart (création de 92 places)
* EHPAD L’Impérial à Colombes (transfert de 125 places)
* EHPAD La Tournelle à La Garenne-Colombes (création de 122 places et 5 places d’HT + 1 PASA + 1 UHR)

Les ouvertures prévues en 2015-2016 sont les suivantes, elles permettront de consolider l’offre sur les 2 secteurs :

* EHPAD Villa Borghèse à Courbevoie (Visite de conformité a eu lieu en Avril 2015)
* 103 lits d’hébergement permanent,
* 15 lits d’hébergement temporaire
* 6 places d’accueil de jour.
* 1 PASA
* MAS Handicap moteur à Garches : 30 places (septembre 2015)
* FAM Autisme Vaucresson : 32 places (mars 2016)

Mr Dejean indique également que plusieurs appels à projets ont été lancés et les développe (cf. Diaporama).

Au-delà de ces appels à projet, l’ARS est aussi dans une dynamique d’expérimentation de dispositifs innovants, toujours dans un souci de fluidifier les parcours de santé, d’accélérer les retours à domicile suite à des hospitalisations.

L’expérimentation IDE de nuit avait déjà été présentée à la CT (expérimentation 2013/2015). Elle se poursuit et un bilan sera réalisé à la fin de l’année 2015 afin d’évaluer notamment les retours d’hospitalisation, les hospitalisations évitables.

L’agence a lancé également une expérimentation « SSIAD renforcés », partant du constat qu’un vide était à combler entre la prise en charge de droit commun des SSIAD et la prise en charge par l’HAD.

Cette expérimentation sur 3 ans a été lancée sur les 8 départements d’IDF et l’appel à candidature a permis d’identifier le SSIAD porté par le SAPA à Courbevoie.

Un projet conjoint expérimental avec les services du CG « pôle de services intégrés » (nom pas définitif) pour éviter les ruptures de parcours et retarder l’admission en institution en favorisant une prise en charge complète à domicile pour les personnes âgées dépendantes. L’idée est d’identifier 25 à 30 places qui seraient portées par un opérateur unique qui s’occuperait de l’ensemble de la prise en charge d’un point de vue infirmier-médical et d’aide à domicile. Les travaux d’élaboration du cahier des charges sont en cours avec le CG.

Mr Dejean ajoute que le département dispose également de 3 structures expérimentales autisme, de 2 ESAT « hors les murs », de 3 SESSAD professionnels et d’1 centre de rééducation professionnelle.

Un pôle de vie gérontologique a été autorisé conjointement il y a 1 an à Antony

Les objectifs sont les suivants :

* Parcours de vie et de soins individualisé
* Maintien à domicile
* Décloisonnement de la gérontologie et du handicap
* Maintien du lien familial

Mr Dejean fait ensuite un focus sur la déclinaison du plan Alzheimer 2008/2012 et indique que les mesures continuent à être déclinées. Il indique que le département a rempli en grande partie ses objectifs.

Au niveau de l’autisme, Mr Dejean décrit l’offre existante :

* 4 FAM pour 129 places
* 9 IME pour 185 places
* 3 SESSAD pour 114 places
* 3 structures expérimentales (2 IME + 1 SESSAD)

De nombreuses prises en charge existent dans des établissements n’ayant pas d’agrément spécifique (agrément handicap déficience intellectuelle en général).

Il rappelle les principaux axes et objectifs du plan autisme 2013/2017, l’enveloppe étant de plus de 205 millions dont 32 sont dédiés à l’IDF.

En parallèle de la déclinaison des axes, l’ARS a engagé une démarche dite d’évaluation concertée territoriale sur le secteur de l’autisme. L’objectif de la démarche est d’associer les partenaires au-delà du champ médico-social (CG, MDPH, éducation nationale…) pour travailler sur une évaluation des besoins au plus près de chaque territoire. La démarche a été externalisée au centre régional autisme d’IDF ; Plusieurs vagues de travail ont été identifiées au niveau régional et le travail vient de débuter pour le 92. Un 1er COPIL a été organisé au mois de mars.

L’Agence a par ailleurs décidé de mettre en place un plan de restructuration pour développer l’offre.

Le vieillissement de la population, l’évolution de la prévalence de certaines déficiences et de certaines maladies chroniques ainsi que la mutation des modalités de prise en charge attendues font apparaître la nécessité d’ajuster l’offre médico-sociale afin de répondre aux enjeux de la recherche de parcours de vie et de soins coordonnés des personnes handicapées et des personnes âgées.

Par ailleurs, les exigences permanentes d’amélioration de la qualité des services rendus supposent une ré-interrogation des modes de fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

La nécessaire optimisation de la gestion des structures au service de la population et les contraintes financières croissantes peuvent mettre sous tension le secteur médico-social, voire mettre en péril la pérennité de certaines structures.

Cette démarche est menée en parallèle de la poursuite du développement de l’offre via les appels à projets.

Ce n’est pas une démarche nouvelle, les évolutions du dispositif sont continues. Ces évolutions sont basées sur un diagnostic de fonctionnement des ESMS, qui seront de plus en plus documentés grâce aux rapports d’évaluation interne et externe. Des discussions ont été organisées avec les Fédérations afin de leur faire partager les objectifs de cette démarche. La démarche d’adaptation sera menée conjointement avec les Conseils Généraux pour les ESMS à autorisation partagée.

La particularité de la démarche engagée est la volonté de repérer des structures en situation de risque de fragilité afin d’inciter celles-ci à évoluer et d’anticiper les difficultés importantes.

Le but est de mobiliser l’ensemble du secteur afin qu’il s’interroge sur les mutations à venir et de l’encourager à s’engager dans des rapprochements, mutualisations, coopérations.

Différents critères permettent de s’interroger sur la nécessaire évolution d’un ESMS :

* la taille de l’ESMS ou la taille du gestionnaire,
* le niveau d’activité,
* la vétusté du bâti,
* La dotation financière et les difficultés budgétaires

Les évolutions des ESMS peuvent présenter différentes modalités :

* + Modification de l’agrément.
  + rapprochement/ mutualisations de moyens (entre ESMS ou entre gestionnaires).
  + Projets de reconstruction ou de remise aux normes. …

L’ARS se rapprochera également de certains établissements :

* + Alerte sur l’activité.
  + Demande de plan d’économie/de retour à l’équilibre …

Après avoir évoqué quelques constats, Mr DEJEAN indique ensuite qu’une quarantaine de projets de restructuration d’ESMS est envisagée (extension, regroupement et mutualisation des moyens…) sur les 2 secteurs PA et PH.

Enfin, il conclut en parlant des évaluations externes qui vont fortement impacter les ESMS (renouvellement des autorisations).

La loi 2002-02 pose le principe d’une évaluation continue des activités des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le cadre de cette démarche, deux éléments sont obligatoires : l’évaluation interne et l’évaluation externe.

Le code de l’action sociale et des familles prévoit que le renouvellement de l’autorisation est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe.

La nouvelle autorisation prendra effet au 3 janvier 2017. Dans le cas très exceptionnel de non renouvellement de l’autorisation, l’ESMS devra fermer au 3 janvier 2017. Normalement, une prochaine disposition législative devrait faire disparaitre l’obligation systématique d’une visite de conformité pour valider le renouvellement d’autorisation. La mise en œuvre des préconisations et des propositions présentes dans le rapport d’évaluation externe ont vocation à être vérifiés lors de futures visites ou d’inspections au sein de l’ESMS.

Mme Fourcade pose la question de l’intégration dans le schéma des évolutions législatives liées à la loi adaptation de la société au vieillissement, qui prévoit l’évolution de certains foyers logements.

Mr Dejean répond que les foyers logements sont une compétence du CG.

Mr Decam souhaite qu’une précision soit apportée à propos de l’ouverture du FAM de Vaucresson en mars 2016, quant à la nature des handicaps pris en charge. Il évoque également l’évaluation qui a été réalisée sur l’état des établissements médico-sociaux. Il demande si l’ARS dispose d’un diagnostic de fonctionnement des établissements. Au niveau des évaluations, il souhaiterait que la liste des 40 établissements évoquée dans la présentation soit communiquée, afin d’anticiper les exigences et critères de l’ARS en amont.

Mr Dejean répond qu’elle n’a pas vocation à être transmise. Les opérateurs seront contactés directement. Il indique que même si certains opérateurs ne sont pas identifiés dans le plan de restructuration, cela n’empêche pas certains rapprochements de structures.

Mr Decam demande si, dans le cadre du groupe de travail « vieillissement des personnes handicapées », une rencontre est possible avec la délégation territoriale.

Mr Dejean répond que ceci est tout à fait envisageable et qu’il convient de fixer une date.

Mr Charles, France Alzheimer 92, intervient à propos de la mise en conformité des accueils de jour. Il souhaite disposer de plus de renseignements.

Mr Dejean indique que la mise en conformité évoquée est la stricte application du décret de septembre 2011 qui a obligé à rehausser les seuils d’activité d’autorisation à 6 places pour les structures adossées à des EHPAD et de 10 places pour les structures autonomes. Ceci dans l’objectif de porter un véritable projet de service. La 2ème étape de restructuration des accueils de jour sera de susciter de nouveaux opérateurs pour qu’ils proposent des projets de création d’accueil de jour avec des capacités qui permettent d’identifier un vrai projet de service.

La question du prix de journée en EHPAD est posée.

Mr Dejean indique que ce prix est très variable et rappelle qu’il y a 3 catégories d’EHPAD et que le prix varie selon la catégorie. Les prix peuvent varier de 65 euros à plus de 100 euros par jour. L’ARS s’attache à maintenir une offre satisfaisante dans le secteur public afin de faciliter l’accessibilité à ces structures.

Mr Riottot, du conseil de développement durable des Hauts-de-Seine, a l’impression qu’il y a un déficit d’offre médico-sociale au niveau du centre du département.

Mr Dejean répond que la localisation des structures tient compte des densités de population, même s’il est difficile de faire ce travail commune par commune.

Aujourd’hui, la procédure d’appel à projet donne la main à l’ARS sur l’implantation des structures. Cette nouvelle procédure doit contribuer à la réduction des inégalités territoriales.

Une réflexion est amenée sur la question des familles qui choisissent des EHPAD en dehors de l’IDF pour des questions d’accessibilité financière. Les structures publiques ne recevant pas uniquement les bénéficiaires de l’aide sociale, y-a-t-il une réflexion d’engagée pour ne pas faire des « EHPAD Ghettos » avec une mixité sociale et un contrôle de l’accessibilité financière ?

Mr Dejean indique que sur l’offre de 10.000 places, environ 4500 sont habilitées à l’aide sociale et le paradoxe est qu’à peine la moitié soient occupées.

Mme Fourcade demande que, dans le cadre de la révision du schéma, le critère de l’accessibilité financière soit étudié.

Mr Decam reprend la parole pour indiquer que le département est sous doté en offre de FAM et de MAS (adultes qui se rendent en Belgique notamment). Il demande à l’ARS si elle dispose d’un outil d’évaluation des besoins qui permet de mesurer le besoin réel de places.

Mr Dejean répond que ni l’Agence ni la MDPH, ni le CG ne dispose d’un système d’information satisfaisant qui permette d’identifier les besoins au plus près.

Il rappelle que la programmation s’organise dans un cadre régional. D’autres départements d’IDF sont bien plus sous dotés que le 92, et que la priorité leur est donnée pour certains projets.

Mr Decam évoque le projet d’évaluation des besoins développé par l’UNAPEI.

Au niveau de la situation des FAM, Mr Dejean explique qu’il existe une contrainte liée au principe de la double compétence : il faut à la fois l’accord des CG et de l’ARS sur la création et la construction des structures, et que les contraintes budgétaires sont fortes actuellement.

Mme Fourcade rappelle l’urgence de disposer d’outils d’évaluation.

Mr Decam propose à l’ARS d’être associée à l’outil d’évaluation des besoins qui est en cours de développement.

Mr Magnavacca, directeur d’EHPAD réagit sur l’accessibilité des EHPAD publics. Il indique qu’il est compliqué d’ouvrir des lits publics en France et que plus de 90% des lits qui se créent sont privés. Il considère que les appels à projets sont très fermés, ce qui complique la possibilité de réponse pour le public. Il dit qu’effectivement, le public est en général habilité à 100% à l’aide sociale mais qu’un EHPAD public doit en réalité faire des bénéfices, ce qui pose à nouveau la question de l’accessibilité. La moyenne de prix évoquée est entre 60 et 80 euros la journée.

Il indique qu’il trouve que les unités UCC sont des structures intéressantes et qu’il faudrait sans doute réfléchir à en développer plus.

**3/ Feuille de route 2015 –**

1. **Intervention Mr Voyer : Etat d’avancement des travaux du groupe de travail  « accès aux soins des personnes en situation de précarité »**

Ont participé à ce groupe de travail :

* + Julie Enselme : (Drihl 92)
  + Dr Renaud Espaze (Pôle psychiatrie de Boulogne)
  + Dr MichelTriantafyllou (EMPP de Nanterre)
  + Dr Christian Hugue (Président ordre des médecins)
  + Philippe Lemaire (Direction SIAO)
  + Dr jeanine Rocheford (MDM Ile de France)
  + Céline Blazy (DGA- CSAPA trait d’union Boulogne/VLGarenne
  + Slimane Mordi et Pascal Bourdier (CHU et CHRS Sèvres)
  + Benoit Delavault (Direction CAARUD -Colombes)
  + Alice Taisson/Martine Guezennec/Christophe Rodon (CPAM)
  + Bruno Voyer(UNAFAM)

Le choix qui a été fait est d’étudier la question en l’abordant par le logement :

- Ceux et celles vivant en logement autonomes en dessous du seuil de pauvreté (60% du revenu médian)

- Ceux et celles vivant en structures de veille sociale et hébergement (temporaire ou définitif)

- Ceux et celles en CHU ou à la rue (question de la grande précarité)

Pour ceux qui vivent en logement autonome, les questions soulevées ont été les suivantes :

* Quel taux de pauvreté?
* Quels freins au niveau de l’accès aux soins et de l’accès aux droits ? (aspect économique mais aussi culturel et sociétal)
* Quels types de soins retarde-t-on, voire à quels types de soins renonce-t-on ?
* Quelles sont les pistes d’amélioration ?

Le groupe s’est intéressé aux freins à l’accès aux soins, plusieurs points ont été abordés :

* L’accès aux droits: CMU-C et ACS…si la CPAM veille sur ces questions en organisant des permanences (délégués sociaux aux centres SS, permanences hôpitaux ,CMP) voir relance systématique des personnes arrivées en fin de droits…la bonne réponse passe souvent par une « médiation » entre la CPAM et le patient….(question : quel est le meilleur médiateur?)
* « Le refus de soins  médical»/décalage RV ….Si la CPAM veille aussi à cette question; il peut être maladroit d’intervenir sur ce point au nom d’un patient. Il pourra être décidé une « enquête anonyme » à mener en liaison avec l’ordre des médecins.
* Le frein économique est majeur…mais n’est pas le seul ; les questions de ruptures et d’isolement doivent aussi être prises en compte

Mr Voyer fait ensuite référence à une étude conduite par l’université de Grenoble en septembre 2014 sur le non recours aux droits et aux soins. Il cite les différents renoncements par type de soins.

Il fait part ensuite des raisons du renoncement aux soins, notamment :

* Ce n’est pas seulement une cause économique : 29% des bénéficiaires de la CMU-C et aussi 43% des bénéficiaires de l’ACS renoncent aux soins.
* La précarité des situations professionnelles influe des pertes de droits et agit comme facteur aggravant aux renoncements
* Les ruptures familiales (décès, divorce, enfant malade ou handicapé) …le renoncement peut être la conséquence psychologique d’un abandon de soi
* Un manque de soutien des proches…corrélation importante entre l’isolement et le renoncement.
* Un manque de guidance de la part des professionnels de santé…….la « non guidance entraîne aussi une non confiance »…la proximité fonde la relation de confiance…(intégrer des modules de formation pour les médecins sur les problématiques de l’accès aux soins)…
* La conséquence d’un cloisonnement des services administratifs/sociaux/médicaux…pas d’interlocuteur unique pour « guider » ;qui pose par exemple la question de la fin de droits(ACS,AAH)…mais l’importance de la communication institutionnelles et de sa proximité sont clef.

3 types de comportements ont été identifiés :

* L’automédication : beaucoup y ont recours par la publicité (magazine,télé)…achat de médicament en vente libre.
* Le recours aux « subterfuges » …produits « bas de gamme » ou solution de fortune (lunette loupe) des pharmacies « low cost »
* Une planification des soins et un échelonnement des paiements…on se garantit les soins essentiels…on se limite exclusivement (ALD) aux soins remboursés à 100%

Au sein du département, des actions sont conduites notamment par la CPAM

* Préventions/dépistages : cancers, hygiène, cardio-vasculaire, bilans de santé, éducation pour la santé (alimentation/lutte addiction/hygiène-sommeil)…priorité est donné aux plus « précaires ».
* Aide pour des maladies chroniques ; par le biais du programme SOPHIA pour le diabète…. pour l’asthme (un site de conseil et aussi des répondants au téléphone)

Une des pistes évoquées est de mener une réflexion sur l’alimentation : se rapprocher des centres de distribution alimentaires (4/5% de la population): resto du cœur et autres « épiceries sociales ».

Mr Voyer évoque ensuite un travail qui a été mené en 2014 par l’UT92 DRIHL, le SIAO92, et la DT 92 ARS.

L’étude s’est intéressée à l’accès aux soins des personnes accueillies en structures de veille sociale et en hébergement. Un état des lieux a été réalisé et des pistes d’actions proposées.

Un questionnaire découpé en 3 items (- évaluation de l’état de santé - accès aux soins - prévention et promotion de la santé) a été proposé à 123 structures, pour un taux de réponse de 43,5%.

Mr Voyer parle ensuite du travail conduit et en décrit les principaux résultats de l’étude (problématiques rencontrées, partenariats, difficultés recensées, actions PPS à développer).

Les préconisations de l’étude conduite sont les suivantes :

* Actions de santé publique à promouvoir : prévenir, informer et accompagner en matière d’addictions
* Co-construire des parcours de soins, notamment en matière psy: développer et formaliser les partenariats
* Accès aux droits : développer les liens avec l’AM
* Acculturation des structures sociales à anticiper : formation, posture professionnelle, adaptation des projets sociaux, connaissance des dispositifs

Mr Voyer évoque ensuite la situation des grands précaires, ceux qui vivent en Centres d’Hébergement d’Urgences, à la rue, en squats, en cabanes bricolées etc.

Une enquête SAMENTA 2009 menée par l'Observatoire du Samu social de Paris auprès d’un échantillon de 840 personnes avait étudié les pathologies de ces personnes : plus d’un tiers souffre de troubles psychiatriques sévères, une même proportion présente une dépendance aux substances psycho actives (alcool, drogues illicites ou médicaments détournés de leur usage), et souffre également de maladies chroniques…

Dans le 92, des zones de fragilité sont identifiées, notamment La boucle nord du département (Gennevilliers, Villeneuve la Garenne,) au centre: Nanterre et au sud : Bagneux et Antony.

Mr Voyer cite ensuite les différentes structures d’accueil et leur capacité d’accueil. Ensuite il indique ce qui à son avis constitue des préalables à un accueil « bas seuil d’exigence »:

Il fait part des préconisations du groupe de travail :

* accueillir les personnes avec « leurs problématiques » en partenariat avec les centres d’addictologie /CAARUD et /CMP (une amélioration des conditions de vie peut suffire à réduire une consommation importante ou reprendre des soins) ;
* accueillir les personnes avec animaux (propriétaire/animal forme parfois un binôme indissociable) ;
* accueillir et accompagner les personnes aux projets incertains, voir inexistants….le seul fait de vouloir se poser, d’un désir de mieux être ou d’évolution doit demeurer suffisant…. ;
* respecter le principe de « non abandon » et donc pas d’injonction au projet, pas de limite dans la durée d’occupation ;
* passer un contrat « partenarial » avec les CSAPA et/ou CMP

Mr Voyer conclut par les éléments suivants (cf. diaporama) :

* Une entrée de la réflexion par le « logement » mais cela aurait pu être par les maladies ,les fléaux (tabac, alcool, saturnisme, eau potable),par l’âge, l’activité, le corps médical…)
* Un développement de l’acculturation entre différents services médico-sociaux et sociaux
  + Formalisation des partenariats entre structures sociales et sanitaires
  + Formation /sensibilisation des acteurs sociaux aux pathologies du « sans abrisme)
* Un développement de moyens pour mieux couvrir le département 92

-EMPP (Equipe mobile psychiatrie-précarité) sur le centre et le sud

-Accueil bas seuil d’exigence (à définir Caarud/Siao/Drihl)

-Places d’hôtel à réduire (avec un souci d’accompagnement des familles)

* La dé-stigmatisation des publics « pauvres »…par des interventions courantes sur la question du sans « abrisme » auprès des centre de soins… (la prise en charge est posée!) . Pour les «personnes  droguées, » la question de «l’injection propre » reste posée.
* Du grand professionnalisme des acteurs rencontrés …il ressort la culture du « résultat »… (casser l’embolisation des dispositifs en particulier ….CHRS)

Mr Voyer indique enfin que « L’injonction d’établir un projet de vie  en CHU» est souvent incompatible avec les pathologies rencontrées.

Mme Fourcade remercie le groupe de travail d’avoir identifié des axes forts, et d’avoir restitué un travail documenté. Elle indique que la CT ne peut pas rester indifférente à ce diagnostic, aux préconisations opérationnelles proposées. Elle propose qu’un travail de restitution, un retour d’expérience soit fait aux différents partenaires cités lors de la présentation.

Mr Voyer ajoute qu’il a découvert, à l’occasion de ce travail, que les addictologues et les psychiatres n’étaient pas suffisamment en lien. Il revient aussi sur la question de l’embolisation des CHRS.

Le Dr Clery Melin ajoute que la demande de ces publics est très précaire et qu’il existe un grand décalage entre l’offre et la demande. Il indique qu’il y a certainement un exercice d’adaptation et de réflexion auquel doivent se livrer les associations qui travaillent sur ce terrain. La psychiatrie est également un axe important.

Mr Voyer souhaiterait qu’une formation soit proposée aux travailleurs sociaux, pour leur « donner des armes » d’accompagner et d’orienter au mieux ces publics.

**La prochaine plénière de la Conférence de Territoire se tiendra le vendredi 12 juin 2015, à l’Auditorium du Capitole. Un focus sur la psychiatrie est prévu, ainsi qu’un retour des 2 autres groupes de travail.**

**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.**