

Plan Stratégique Régional de Santé Ile de France

Analyse et propositions de la Conférence de Territoire du 92

- 1- Présentation de la méthode de travail**
- 2- Constat sur les Hauts de Seine : les chiffres-clés**
- 3- Propositions communes aux 3 groupes de travail**
- 4- Propositions du groupe Prévention**
- 5- Propositions du groupe Parcours de santé**
- 6- Propositions du groupe Médico-social**
- 7- Annexes : rapports complets et composition des trois groupes de travail**

1. Présentation de la méthode de travail.

La conférence de territoire des Hauts de Seine est l'une des instances concertées sur le Plan Stratégique Régional de Santé. Constituée de professionnels, d'usagers et d'acteurs de terrain, ses objectifs ont été définis dès la première séance d'installation du 21 Janvier 2011 comme suit :

- Valider le diagnostic territorial effectué par l'ARS Ile de France pour les Hauts de Seine et le compléter si nécessaire,
- Identifier les axes prioritaires à intégrer dans le Projet Régional de Santé, dès la phase de concertation sur le Plan Stratégique Régional de Santé, pour prendre en compte les spécificités de notre département,
- Constituer une force de propositions pour l'ARS et émettre des avis et des amendements sur les différents documents constitutifs du Projet Régional de Santé,
- Assurer une information la plus large possible de la population du département aux différentes étapes d'élaboration du projet régional de santé.

La méthode retenue pour la concertation sur le PSRS a été la suivante :

- Présentation en séance plénière (25 Mars 2011) des principales orientations du PSRS,
- Validation des axes prioritaires devant faire l'objet de propositions complémentaires,
- Constitution de trois groupes de travail chargés de l'analyse du PSRS et d'élaborer des propositions complémentaires autour des trois axes suivants :
 - o Prévention (pilote : Dr Hélène COLOMBANI, médecin-directeur CMS de Nanterre)
 - o Parcours de santé (pilote : Thomas LAURET, directeur du site Antoine Béclère, AP-HP)
 - o Médico-social (pilote : Dr Philippe CLERY-MELIN, psychiatre, groupe SINOUE).
- Restitution des propositions en séance plénière (20 Mai 2011) et compléments.
- Synthèse et rédaction finale des propositions par le bureau lors de la séance du 24 mai.

Si la conférence de territoire des Hauts de Seine partage globalement les objectifs stratégiques du PSRS, elle les a considérés comme très généraux et ne permettant pas suffisamment de répondre de manière très opérationnelle aux besoins des alto séquanais et aux préoccupations des professionnels de terrain. C'est à ce titre que certaines des propositions émises pourraient relever d'outils à venir dans l'élaboration du Projet Régional de Santé comme les schémas qui vont structurer l'offre de santé sur notre territoire. Cependant, l'ensemble des membres de la conférence de territoire a souhaité les formuler dès cette étape afin d'alerter l'agence sur des thématiques qui n'ont pas été suffisamment mises en avant dans le PSRS (exemple de la psychiatrie et du handicap psychique), ou sur des outils de programmation qui n'ont pas été cités (exemple de la nécessaire déclinaison territoriale des plans nationaux de santé publique).

Mesurant la difficulté de cet exercice mené dans des délais très courts, nous espérons pouvoir contribuer collectivement à une meilleure appropriation des objectifs stratégiques du PSRS par les acteurs de terrain en les complétant par des propositions qui tiennent compte des réalités de leur exercice au quotidien et du vécu des usagers des Hauts de Seine.

A. Fourcade

2. Constat sur les Hauts de Seine : les chiffres-clés (comparaison avec les taux régionaux).

Rappel des grandes caractéristiques du profil socio sanitaire des Hauts-de-Seine(1,53 M d'habitants)

Un département relativement riche à l'échelle de l'Ile-de France et de la France :

- 35,8% de cadres pour 9,9% d'ouvrier
- 7,7% de chômage
- 4% de bénéficiaires de la CMUC- 8800 bénéficiaires AME
- 10,8% de population vivant en ZUS (moyenne IDF : 11% mais moyenne nationale : 6,8%)

Mais un département marqué par une grande hétérogénéité sociale entre le Nord et le Sud (avec des poches de pauvreté dans le Sud) :

- Entre 4 et 6% de personnes âgées de plus de 75ans dans le Nord contre entre 9 et 19% dans les communes du Sud
- Entre 12 et 21% de bénéficiaires CMU dans les communes du Nord contre entre 0 et 7% dans le Sud

Les Hauts de Seine se distinguent par des taux élevés en matière d'addiction :

- 11% d'usagers réguliers d'alcool à 17ans
- 9% d'usagers réguliers de cannabis à 17ans

3. Propositions communes aux 3 groupes de travail

Proposition N° 1 : Afficher la réduction des inégalités de santé comme une priorité pour l'ensemble des programmes à engager sur notre territoire.

La spécificité de notre territoire est une richesse relative au regard de la grande hétérogénéité sociale entre le Nord et le Sud du département. Seule, une connaissance fine des données de santé à une échelle infra-territoriale, doit permettre de mettre en place des actions locales via les contrats locaux de santé/contrats de territoire pour corriger ces inégalités (cf. proposition N°6).

Proposition N°2 : Garantir l'accès aux soins et le respect des droits des usagers sur l'ensemble du territoire du 92.

Il est aujourd'hui de nombreuses situations d'inégalités dans l'accès aux soins sur notre territoire. C'est notamment le cas :

- ↪ Pour les **personnes en situation de handicap**, de précarité, d'isolement, de vulnérabilité, et il faut mettre fin aux refus de visite des médecins lorsque le handicap, l'âge ou l'état de santé du patient méritent d'être pris en considération (surtout si la visite à domicile est la conséquence de l'inaccessibilité d'un cabinet médical) avec des modalités de remboursement conformes à la justice sociale et à la solidarité nationale.
- ↪ Pour l'**accès aux structures médico-sociales** en agissant à la fois sur leur nombre, leurs spécificités par rapport aux besoins, et sur les leviers permettant l'accessibilité financière (notamment des EHPAD) au plus grand nombre. L'accompagnement des

personnes en situation de handicap doit être maintenu sur toute la durée de la vie, aucune barrière d'âge ne pouvant y mettre fin.

- ↪ Pour **l'accès aux programmes/campagnes de prévention, d'éducation thérapeutique, et de manière globale aux soins**, notamment pour les personnes en situation de handicap en assurant la continuité de leur suivi au sein des structures médico-sociales en collaboration étroite avec le domaine sanitaire.
- ↪ Pour **l'accès aux soins dentaires**, des mesures doivent être prises au niveau du territoire pour permettre à tous de bénéficier des soins dentaires (mise en place de « dispensaires » dentaires ou de mesures de limitation des tarifs) sans discrimination (refus de soins par les dentistes de ville de patients VIH).
- ↪ Pour **l'accès aux locaux des personnes handicapées** : mise en conformité avec la loi du 11 février 2005. De même, l'accueil aux urgences devra tenir compte du handicap lorsque celui-ci induit un facteur aggravant. Une « cellule handicap » dans chaque établissement de santé optimiserait leur accueil et celui des aidants, en associant les représentants des usagers de l'établissement et des associations de personnes en situation de handicap.

Enfin, une vigilance particulière doit être faite sur l'effectivité des droits notamment dans les domaines suivants :

- ↪ **L'accès aux droits fondamentaux** et particulièrement au droit de voir sa douleur prise en compte, à l'accès aux soins palliatifs, à l'accompagnement en fin de vie, à la lutte contre la maltraitance.
- ↪ **Informatisation des données de santé** (dossiers médicaux Personnels et non Partagés...)
- ↪ **Représentation des usagers** dans les différentes instances (démocratie sanitaire).

Proposition N°3: Améliorer l'information des usagers sur l'offre de santé du territoire.

L'information constitue un des facteurs d'inégalité d'accès aux soins. La mise à disposition de l'ensemble des usagers et professionnels de santé, d'une information de qualité sur l'offre, les tarifs, la qualité des soins hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux, serait de nature à améliorer l'orientation des patients dans le système de santé. Cette information doit couvrir également l'offre en matière d'éducation thérapeutique et d'accompagnement, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques. Ces informations existent mais sont actuellement disséminées dans des sites très divers (Ministère, CNAMTS via Ameli.direct, HAS...).

Proposition N°4 : Renforcer à l'échelon territorial, la gouvernance intersectorielle entre les différentes politiques publiques ayant un impact sur la santé.

Le seul dispositif actuellement prévu pour la coordination des différentes politiques publiques ayant un impact sur la santé est la commission régionale de coordination. Cet outil paraît insuffisant au regard des enjeux pour les déterminants non médicaux impactant la santé : logement, transports, environnement, éducation... Il convient de décliner cette gouvernance intersectorielle à l'échelon du territoire (le département), afin d'optimiser les résultats des actions conduites par les différents partenaires. Cette coordination est particulièrement importante dans le champ de la prévention (rôle majeur de la coordination

avec l'Education Nationale, la médecine scolaire, la médecine du travail) et dans le champ médico-social afin d'assurer une bonne complémentarité entre les actions conduites par l'Etat via l'ARS et le conseil général par exemple pour l'élaboration des schémas gérontologiques « nouvelle génération ».

Proposition N°5 : Améliorer l'articulation et la coordination entre sanitaire, médico-social et social dans une logique de parcours en coordonnant tous les acteurs.

- ↳ Renforcer les dispositifs de coordination existants (CLIC, réseaux, maisons de santé, centres de santé, HAD, SSIAD,...) et développer des parcours de référence pour des pathologies invalidantes (par grande catégorie) en utilisant les plans dédiés (AVC, Traumas crâniens, blessés médullaires, autisme, maladies rares...) pour étendre aux catégories proches les bénéfices de l'organisation mise en place
- ↳ Initier des projets régionaux innovants favorisant l'articulation entre le secteur sanitaire, médico-social et social (ex : Gérondiscap -78)

Proposition N°6 : Systématiser et « territorialiser » les outils d'analyse des besoins (et pas seulement de l'offre), pour une programmation des actions de santé publique cohérente entre les différents partenaires

L'impératif de réduction des inégalités de santé impose d'une part de les connaître au niveau le plus fin, et d'autre part d'adapter l'offre de soins et de prévention, les actions de sensibilisation et de mobilisation, la coordination des acteurs voire l'accompagnement des personnes à ces réalités locales. A ce titre, la conférence du territoire du 92 propose :

- ↳ la mise en place d'outils d'observation des besoins locaux de santé afin d'éclairer la décision publique, de permettre la mobilisation des différents partenaires, l'évaluation et la communication auprès de la population.
- ↳ une plus grande transparence sur les actions conduites par les collectivités territoriales du 92. Elles sont engagées, de manière très variable, dans des actions de santé (Centres de santé municipaux, Ateliers santé ville, participation aux campagnes nationales) et sur des populations spécifiques (PMI, ASE..) et doivent être coordonnées dans le cadre de l'élaboration des projets de santé pour le territoire (qui fait quoi ?).
- ↳ une mise en adéquation des appels à projets avec les priorités de santé du territoire.

Proposition N°7 : Rendre systématique l'évaluation de l'impact sur la santé des grands projets d'aménagement du territoire du 92 (EPADESA, transports Arc Express,...)

Les grands projets urbains produisent des modifications profondes de la démographie, des déplacements, des emplois, voire de l'environnement. Ils engendrent de nouveaux besoins d'offre de soins et de prévention, nécessitent une adaptation des acteurs existants (Hôpitaux, Urgences, offre ambulatoire, politiques locales de santé publique...) voire la création de nouvelles structures et/ou services. Ces évolutions ont un impact sur la santé des populations résidentes, présentes et à venir, sur les nouveaux salariés, etc. Cet « impact en

santé » peut être évalué, en amont, grâce au concept et aux outils de l'EIS, récemment développés au Canada, en Suisse et très peu en France.

- ↳ Vu l'importance des enjeux liés, par exemple, au projet d'aménagement autour et au-delà de la Défense conduit par l'EPADESA, il convient que l'ARS demande formellement à cet Etablissement public de s'engager dans une démarche résolument innovante d'EIS. Cette démarche devrait également concerner tous les aménagements urbains d'importance, à partir d'un seuil de population nouvelle à déterminer, mais aussi, au niveau régional, le projet de nouveaux transports en commun (Arc express, Métro Grand Paris...).

4. Propositions du groupe Prévention

Proposition N°1 : Afficher la réduction des inégalités de santé comme la priorité en matière de prévention

On sait aujourd'hui que les campagnes de prévention profitent d'abord aux plus favorisés si elles ne sont pas adaptées et ciblées sur les personnes fragiles. Or la réduction des ISS est la première priorité du PSRS : elle concerne également la prévention. Cet objectif exige de disposer d'informations précises sur les réalités locales et de données fines, à l'IRIS, micro territoire permettant le repérage précis des populations éloignées de la prévention et l'adaptation de l'action au plus juste. L'exemple du dépistage organisé du cancer du sein est démonstratif (absence de données par commune par exemple permettant de relayer les informations délivrées par la CPAM..).

Proposition N°2 : S'assurer d'une déclinaison territoriale des grands plans de santé publique afin d'en assurer la mise en œuvre au plus près des besoins des territoires (exemples ; Quid du Plan Alzheimer dans les Hauts de Seine ? Quid du Plan Addiction ?)

Compte tenu de la spécificité de notre département en matière d'addiction, il convient en particulier de mettre en cohérence les différents CSAPA, les prises en charges hospitalières et ambulatoires, l'articulation avec le secteur de psychiatrie, le suivi à la Maison d'arrêt de Nanterre... Ce constat nécessite une réflexion spécifique et un Plan départemental coordonné. De même la réduction des risques liés à l'usage de drogue est très insuffisante (un seul CAARUD sur le nord du département).

Le même effort devra être réalisé pour l'obésité **compte tenu de la prévalence sur le 92.**

Proposition N°3 : Organiser la complémentarité avec l'Education Nationale et les collectivités territoriales (notamment le Conseil Général, responsable de la PMI et de l'ASE) pour la conduite des programmes de prévention, de dépistage précoce des pathologies et handicaps et d'éducation à la santé dès le plus jeune âge.

Des mécanismes de coordination doivent être structurés entre les différents acteurs intervenants auprès des jeunes (collectivités locales, Education Nationale, associations..) afin de permettre une plus grande cohérence entre ces initiatives et surtout une pérennité des actions engagées.

L'Agence devra être attentive à la diminution des moyens affectés aux missions de santé publique de ces deux institutions (Education Nationale et Collectivités territoriales), sauf à voir la

santé des plus jeunes se dégrader avec les conséquences sur toute leur vie, ou à compenser sur ses moyens le désengagement observé, en particulier dans les zones fragiles (ZEP, ZUS...).

Proposition N°4 : Mettre en place des dispositifs de financement pérennes pour les actions de prévention.

Les effets de la prévention ne se jugent que sur le moyen terme : les actions, programmes et politiques mises en œuvre doivent permettre cette durée indispensable et prévoir dès le départ leur évaluation.

Une vigilance particulière devra être apportée au financement du réseau périnatalité du nord 92 et sur le devenir du planning familial qui constituent des leviers importants pour la prévention des grossesses précoces et non désirées.

Concernant le dépistage organisé des cancers, une journée de travail organisée le 23 Mai dernier par l'ACSé et l'INCA a mis en évidence l'extrême inégalité d'accès et la multiplicité des facteurs en jeu. L'impact déterminant de l'engagement des collectivités locales (notamment via les Ateliers Santé Ville et demain via les contrats locaux de santé) a été unanimement souligné. Il importe que ces actions soient soutenues et pérennisées.

5. Propositions du groupe Parcours de Santé

Proposition N° 1 : Renforcer les consultations de spécialités médicales où l'offre reste insuffisante et la complémentarité de l'offre de soins (coopérations entre structures de santé publics et privés, place des centres de santé..) pour pallier le déficit de certaines spécialités médicales et garantir l'accessibilité financière (secteur 1).

Le constat partagé par les hospitaliers et les médecins généralistes du territoire est celui de délais d'attente de plusieurs mois dans les spécialités concernées (neurologie, diabétologie, ophtalmologie, dermatologie) et des difficultés d'accès à des spécialistes à tarif opposable (urologie, ophtalmologie). L'effet pervers d'un tel manque se traduit par un recours accru et non justifié aux SAU, ce cas pouvant également se présenter dans la tranche horaire après 19h où l'offre de soin spécialisée n'est plus accessible par les généralistes.

Au-delà de ce problème quantitatif, il convient de revoir la place des centres de santé du 92 dans l'offre des soins de proximité (plus de 20 centres dans le département) et leur rôle dans l'accès aux soins notamment financière.

Le recours aux établissements parisiens pour les urgences de certaines spécialités chirurgicales notamment ophtalmologie et ORL, paraît préjudiciable. Il serait opportun de réunir les moyens disponibles publics et privés pour garantir une astreinte accessible au nord et au sud du département.

Proposition N° 2 : Généraliser la présence de référents « médecin de ville » en milieu hospitalier.

Un service de réponse d'appel à l'hôpital pour les pathologies lourdes, se traduisant par la désignation ou la réactivation d'un « référent médecin de ville » dans chaque service de soins

hospitaliers, serait un précieux atout pour les médecins généralistes. Ce système, actuellement mis en oeuvre de manière ponctuelle dans certains hôpitaux ou certains services pourrait être généralisé.

Proposition N° 3 : Renforcer l'accès à l'information sur l'offre de soins, à l'échelle du territoire, par la mise en oeuvre d'une plate-forme commune capable de mettre en relation de manière optimale l'offre et la demande, l'ambulatoire et l'hôpital.

Le déficit en information peut nuire à la bonne orientation des patients et aggraver les inégalités d'accès aux soins. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne l'articulation entre l'ambulatoire et l'hôpital. La construction de cette plateforme téléphonique impliquerait la délégation de la fonction de recherche et de coordination, permettant ainsi de préserver le temps médical et de réduire les délais d'attente pour les examens spécialisés. Cette plate-forme, dont les possibilités de rattachement sont à discuter (SAMU, urgence, réseaux de soins, service indépendant, mixte...), permettrait de répertorier la liste et les emplois du temps des spécialistes du territoire afin de rediriger les patients de manière optimale vers leurs examens spécialisés, soit en médecine de ville, soit en hôpital. Elle doit s'articuler avec les outils d'informatique en cours de mise en oeuvre (Répertoire opérationnel des ressources, outil trajectoire, ameli.fr), et faire l'objet d'une communication spécifique auprès des médecins de ville.

Cependant cette démarche doit éviter deux écueils :

- ne pas favoriser une logique de spécialité mais une logique de coordination territoriale plurithématique,
- ne pas ajouter un intermédiaire inutile entre l'ambulatoire et l'hôpital.

Proposition N°4 : Pallier au manque de structures de SSR voire de SLD pour les patients souffrant de dépendance précoce (moins de 65 ans) et ne pouvant que très difficilement être accueillis en maison de retraite ou en structure gériatrique.

Le groupe de travail a mis en lumière le fait que les professionnels ne trouvent pas de solution d'orientation stable pour certains types de patients avant 65 ans. Parmi les pathologies concernées ont été évoqués les cas de démence neurologique, de patients atteints du syndrome de Korsakoff ou encore des patients VIH.

Sachant que les procédures dérogatoires existantes pour intégrer une maison de retraite dans ces configurations prennent au minimum 5 mois et ne sont pas systématiquement acceptées, il est urgent de créer des structures SSR et des maisons d'accueil spécialisées sur le territoire pour des adultes de moins de 65 ans.

Proposition N° 5 : L'addiction, et particulièrement l'addiction alcoolique étant un problème de santé publique un peu plus marqué dans les Hauts-de-Seine, il apparaît comme nécessaire de renforcer l'offre de structures post-sevrage.

Cette offre est d'autant plus importante qu'il n'est pas possible de renvoyer ce type de patients chez eux à la suite d'une hospitalisation sans annihiler les effets du sevrage.

Il est donc très important de renforcer ce type de structures, ou encore de mettre en place des hôpitaux de jour en addictologie permettant un suivi régulier.

Proposition N°6: Mettre l'accent sur la prévention de l'obésité sur le territoire, problème de santé publique national et dont la prévalence, en augmentation, est supérieure à la moyenne nationale en Ile-de-France (4,7 % contre 3,9 %).

L'obésité est l'un des exemples les plus caractéristiques de maladie chronique au dépistage précoce qui implique à la fois l'ambulatoire et une prise en charge médico-chirurgicale par les hôpitaux, pouvant entraîner des pathologies lourdes et coûteuses.

L'accent mis sur la prévention de l'obésité doit donner lieu à un dépistage régulier à l'école dès le CP nécessitant de renforcer les interfaces entre l'ARS, la médecine scolaire et la médecine de ville. Le développement en cours de structures hospitalières de recours doit être accompagné. (3 projets en cours à Antoine Béclère, Ambroise Paré et Louis Mourier permettent de couvrir le département sur ses 3 anciens territoires). Là encore, il convient d'assurer la déclinaison territoriale du Plan National Nutrition Santé (PNNS), et encourager les initiatives visant à coordonner les différents acteurs intervenant dans la prise en charge (réseaux REPOP ?).

Proposition N°7 : Rapatrier les services d'hospitalisation à temps complet des secteurs en psychiatrie sur le département

Le PSRS ne mentionne pas les difficultés d'accès aux établissements hors département : 50% de l'offre d'hospitalisation psychiatrique se situe hors du département du 92, **cette situation qui dure depuis plus de 20 ans doit être une priorité stratégique de l'ARSIF pour notre territoire des Hauts de Seine.**

6. Propositions du groupe Médico-social

Proposition N° 1 : Intégrer la psychiatrie et le handicap psychique comme priorité du PSRS

Le PSRS ignore la psychiatrie et le handicap psychique alors que leurs spécificités sont fortes. C'est une population nombreuse (1,5% de la population soit plus de 20 000 personnes dans les Hauts de Seine) lourdement défavorisée et étrangement absente du plan.

Le PSRS évoque à plusieurs reprises la santé Mentale. Mais c'est dans une acception trop vague ne permettant pas la distinction entre handicap mental, maladies psychiques légères et maladies psychiques sévères et durables (schizophrénies, troubles bipolaires, dépressions chroniques, troubles graves de la personnalité, TOC résistants, autisme, etc).

Le PSRS ne mentionne pas le parcours de vie des personnes atteintes d'une maladie psychique alors que, dans tout leur parcours, elles ont plus que toutes autres, la « nécessité d'un accompagnement social et personnalisé impliquant aussi une articulation, et, si nécessaire une coopération avec les acteurs du champ social ». (PSRS, page 61, principe 5).

L'absence de mention du handicap psychique explique pourquoi il n'y a pratiquement pas d'accompagnement dédié :

- prévention : dépistage précoce de la maladie psychique, accompagnement adéquat à la sortie du premier épisode pour une réinsertion sociale éviteraient dans bien des cas le passage au handicap. On constate un retard de 3 ans en moyenne dans le

diagnostic initial de la schizophrénie. Ce retard passe à 10 ans pour les troubles bipolaires.

- accompagnement : quasi absence d'établissements dédiés. Les personnes sont souvent accueillies dans les établissements pour personnes handicapées mentales qui n'offrent pas l'accompagnement adéquat en termes d'activités, de soins (absence de psychiatre), de formation des accompagnants, de sécurité ...

Proposition N°2 : Rendre accessibles les informations relatives au secteur médico-social par territoire de santé.

L'absence actuelle de données fiables et actualisées sur le champ médico-social (besoins et offre) doit être rapidement corrigé. Quid de l'Observatoire du Handicap ?

Proposition N°3 : Mieux intégrer dans le PSRS les problématiques spécifiques du polyhandicap, du handicap sensoriel et du sur-handicap en développant une offre de soins suffisante et adaptée.

Cette prise en compte doit permettre d'adapter l'offre en établissements médicosociaux aux besoins des populations spécifiques : repérage précoce, démographie suffisante des professionnels spécialistes de ces handicaps : spécialités médicales (MPR, neurologie, pédiatrie, pédopsychiatrie...) et paramédicales (rééducateurs : kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes...), SSR à orientation gériatrique et neuro-locomoteur.

Cela nécessite une politique de gestion des ressources humaines permettant d'organiser des parcours professionnels répondant aux besoins des usagers du domaine médico-social (valorisation/formation).

Enfin, il convient de rester vigilant sur le risque de développement d'une offre à bas coût au détriment de la qualité (ex : refuser les EHPAD (ou unités EHPAD) pour les personnes handicapées vieillissantes, ou encore les structures de grande taille au détriment de la qualité d'accueil...).

Proposition N°4 : Renforcer les dispositifs d'accueil et d'accompagnement pour les aidants

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques invalidantes ainsi que du vieillissement de la population conjugué à l'accompagnement de la préférence du domicile obligent à prendre en compte le renforcement des dispositifs d'accueil pour les aidants (parents, conjoints, aidants choisis par la personne) et le développement de structures de répit. L'objectif étant de ne pas rompre la place indispensable qu'ils occupent auprès des personnes en situation de handicap (voir à titre d'exemple la charte AP-HP / Coordination Handicap et Autonomie).

Proposition N°5 : Renforcer les filières gériatriques et développer l'appui psychiatrique au personnel des EHPAD

Les perspectives démographiques et la prévalence croissante des troubles cognitifs chez les personnes âgées doit s'accompagner :

- d'une diversification de la prise en soins dans les EHPAD, ce qui induit un personnel formé et l'augmentation des ratios d'encadrement afin d'assurer la continuité et la qualité des soins,
- le développement d'un appui psychiatrique aux personnels des EHPAD, de la géro-psycho-geriatrie et d'équipes mobiles associant gériatres et psychiatres....

ANNEXES

- 1- **Compte rendu du groupe de travail « Parcours de Santé » de la conférence de territoire des Hauts-de-Seine (réunion du 28 avril 2011)**
- 2- **Orientations du groupe de travail « médico-social » de la conférence de territoire du 92 (séance du 11 mai 2011)**