

# CONFERENCE de TERRITOIRE de SANTE de PARIS

## Compte-rendu de la

### Séance Plénière du 21 Juin 2012

La Conférence se réunit dans les locaux du Régime Social des Indépendants  
Quorum non atteint (*19 membres présents sur 48*).

## ORDRE DU JOUR

### Approbation du compte rendu

### Discussion sur les propositions de priorités 2012-2014 de la DT75

### Retour sur le débat public sur la périnatalité

### Présentation du travail du groupe sur le schéma prévention

### Présentation du travail du groupe schéma personnes âgées

### Réflexion sur les futurs travaux de la conférence



Accueil par le **Dr Guimond** Médecin-conseil régional auprès de la Caisse du Régime Social des Indépendants.

Le Régime Social des Indépendants (RSI) a été créé en 2006 par la fusion de trois régimes (des ANPI (non salarié, non agricole) des artisans et des commerçants. La deuxième étape fut la mise en place d'un guichet unique de tous les indépendants mais un problème informatique non résolu a retardé la mise en place de cette deuxième phase, problème qui devrait être résolu en 2014. Il y a trois caisses en Ile-de-France, une à Paris pour le 75 et le 93, une dans l'est pour les trois départements de l'est et une dans l'ouest pour les trois départements de l'ouest. Le RSI existe auprès de deux autres grands régimes : le régime général et celui de la MSA (régime agricole). Avant l'existence du RSI, les indépendants devaient se rendre dans plusieurs lieux pour pouvoir effectuer certaines démarches (Caisses maladie, Caisses vieillesse et la Chambre de Commerce). L'idée était de réunir le niveau maladie et retraite dans un seul lieu pour faciliter les démarches mais certaines difficultés se sont créées suite à la création du statut d'auto entrepreneur qui a entraîné une hausse des affiliés au RSI (augmentation de 25%) et qui les a mis en face d'une nouvelle population et de nouveaux défis.

### 1. Approbation du compte rendu de la séance plénière du 24 mai

Le Président questionne les membres de la Conférence sur la forme du compte-rendu. Le fait qu'il soit assez détaillé et que certains points d'importance soient bien soulignés (ou encadrés) est apprécié. Le compte-rendu de la séance du 24 mai est approuvé.

### 2. Discussion sur les propositions de priorités 2012-2014 de la DT75.

Le **Dr Cacot** introduit la discussion, en en posant la question : qu'est-ce qui nous fait définir une priorité ? C'est une question d'ordre général et la réponse n'est pas simple, c'est donc l'occasion d'y réfléchir.

**M. Dumoulin** (DTARS75) explique que la Délégation Territoriale de Paris est encore « jeune » puisqu'elle est dans sa troisième année. Elle a commencé à travailler sur différentes thématiques, dans le but de d'aboutir à des transformations positives du système de santé. La DTARS75 est partie de ces réflexions, qui ont conduit à la création de 45 programmes. Mais en même temps l'ARS ne lui a pas donné plus de moyens (il y a même une diminution de 10% des moyens humains pour l'année). Et puisqu'on ne peut pas tout mettre en œuvre simultanément, s'est posé la question de savoir par quoi commencer. Il s'agit bien d'identifier les politiques prioritaires à mettre en œuvre.

Mais le territoire parisien est hétérogène, et ses différents secteurs demandent des réponses adaptées dont les leviers d'action diffèrent selon les secteurs identifiés. Les besoins ont été définis à partir des travaux de la DASS de Paris et des échelons départementaux de la Sécurité Sociale. La DTARS75 a donc choisi trois thématiques transversales, et a ensuite développé des chantiers.

#### Trois thématiques transversales

❶ La première thématique concerne les 18<sup>ème</sup>, 19<sup>ème</sup> et le 20<sup>ème</sup>, zone où se concentrent les indicateurs de fragilité sanitaire. **M. Dumoulin** veut mettre en place une task-force pour déployer des moyens supérieurs.

❷ La deuxième concerne la notion de parcours de santé : l'offre de santé est très abondante, et en même temps il y a des difficultés d'accès à cette offre. Il faut favoriser une approche plus intégrée et rendre les parcours de santé plus fluides. **M. Dumoulin** souligne que si cela paraît évident, c'est tout de même une vraie question sur Paris, où l'offre existe, à l'exception du secteur médico-social qui est insuffisant.

❸ La troisième est l'élément d'opportunité que peuvent être les restructurations de l'offre (restructuration de l'APHP en Groupes hospitaliers qui correspondent à des territoires homogènes). Les Etablissements Publics de psychiatrie sont en train de construire une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT). Les hôpitaux vont rester autonomes mais on va les obliger à travailler ensemble et à coopérer.

Un rattrapage médico-social est engagé, dont les effets se verront dans les deux années à venir : avec neuf appels à projet, pour offrir une offre quantitative supplémentaire ; mais ce sera aussi l'occasion pour mieux travailler ensemble.

#### Les chantiers prioritaires sont :

- La grande précarité : elle existe et nous interroge sur nos capacités à inventer des dispositifs et les faire vivre en cohérence.

- L'amélioration de la prise en charge de la santé mentale.

- La lutte contre l'habitat indigne : il existe encore un parc important sur Paris.

- La périnatalité : on parle beaucoup de maternités qui ferment, récemment ça a été le cas de la Clinique de Vinci (privée) en même temps l'AP-HP a ouvert à Cochin une maternité qui sera la plus importante de Paris.

- Mieux prévenir et traiter les addictions.

- Favoriser l'accès à la santé des personnes handicapées. On cumule deux constats à savoir une offre abondante et des problèmes d'accessibilité à l'offre. Il y a une double peine pour les personnes handicapées qui veulent accéder aux soins mais c'est un chantier qui n'est pas encore commencé.

### **Discussion :**

Le **Dr Tanneau** (URPS médecins) intervient : on dénombre 2 612 médecins généralistes et parallèlement à cela 1 400 psychiatres [chiffres datant de février 2012, entendus en CPR (Commission Paritaire Régionale des médecins d'Ile de France)]. Donc, si on oblige les patients à passer par leur médecin généraliste plutôt que par le psychiatre cela risque d'allonger le parcours de santé. On parle peu de formation des psychiatres dans le cas des psychiatres libéraux, peut-être que pour cette thématique le premier recours n'est pas la solution ; l'URPS Médecins fera des propositions sur cette thématique. Le **Dr Guimond** (RSI) explique qu'une convention permet de prendre en charge les soins des assurés, le médecin s'engage à permettre l'accès aux soins et l'assurance maladie les rembourse. Le **Dr Cacot** demande si le premier recours doit toujours être fait par un généraliste ou par un autre médecin.

**Mme Guignard** (CODERPA) fait remarquer que l'on a mis en premier point la santé des grands précaires, mais il y a encore plus urgent : le suivi et la prise en charge médico-sociale des grands précaires vieillissants.

**Mme Lefèvre** (UNAFAM) complète ce qui vient d'être dit sur la psychiatrie : le passage devant un médecin généraliste est une difficulté terrible pour les personnes en souffrance psychique qui sont souvent sans médecin référent et pour les généralistes peu habitués à ce type de pathologie.

Le **Dr Hercot** (URPS médecins) explique que dans le cas du premier recours sur Paris, il existe un risque sur Paris. Il y a beaucoup de spécialistes, mais on parle de leur suppression dans le cadre du premier recours, cela risque de retarder la prise en charge des patients.

**Mme Cordeau** (UNA PARIS IDF/URIOPSS (PA)) regrette un foisonnement légal qui entraîne une confusion des genres entre services à la personne – régis par la loi dite Borloo de 2005- et les services sociaux et médico-sociaux (dont font partis les associations adhérentes à sa fédération) – régis par la loi du 2 janvier 2002 et qui dans le cadre de l'autorisation de fonctionner supportent des contraintes importantes. Elle constate que les parisiens fragilisés ayant besoin d'un soutien à domicile se trouvent assez démunis pour effectuer un « choix éclairé » quand se mélangent, se confondent et se superposent (parfois) l'autorisation, l'habilitation à l'aide sociale et l'agrément ou la déclaration ! le seul critère de choix devient alors le prix de vente, alors même que les établissements médico-sociaux sont sous le régime de la loi de 2002 et pratiquent, avec des logiques et des contraintes différentes (notamment en terme de fiscalité ou de convention collective...), des tarifs somme toute assez proches de ceux pratiqués par les services à la personne.

UNA PARIS appelle de ses vœux une volonté politique de clarification des rôles ainsi qu'une politique publique d'organisation des réponses médico-sociales à domicile transversale mêlant aide et soins.

**M. Paris** (Synerpa) questionne la DTARS75 à propos des Appels à Projets et demande comment obtenir le calendrier des neuf Appels à Projets annoncés. Il ajoute que le « mieux travailler ensemble » est important. Labelliser un établissement le renforce, même si il lui semble meilleur de labelliser les coordinations.

**Mme Lefèvre** (UNAFAM) demande comment l'ARS compte mener son travail, et sur quoi ses services vont se baser.



Pour répondre le **Dr Cacot** précise que les thèmes énoncés nécessitent toute les forces du Territoire donc c'est de la responsabilité de l'ARS mais aussi des autres acteurs. Si tout le monde ne s'y met pas, il ne peut y avoir de dynamique. Sur de tels thèmes, on a besoin d'une vision globale partagée, d'un objectif général, et qu'on réfléchisse à comment mettre tout cela en place.

Au-delà de ce principe d'action, la Conférence pourra légitimement se demander ce qui se passe dans les autres arrondissements que ceux du Nord-est parisien ? Pouvons-nous faire cette hypothèse que ce que l'on fait sur le secteur le plus difficile peut donner des idées et susciter des mobilisations sur d'autres secteurs qui ont aussi leur besoin ? Une amélioration dans le Nord-est va-t-elle apporter une amélioration sur le reste du territoire ? On peut reprendre la remarque de **Mme Polski** (Conseil de Paris) sur l'existence de nombreuses femmes qui vivent dans des situations de précarité près de la Porte de Vanves. C'est une question importante sur le plan méthodologique et la Conférence aura besoin de se déterminer sur ce principe de travail.

**M. Dumoulin** (DTARS75) tient à apporter quelques éléments de réponse à toutes les questions posées :

- Sur la question des moyens, ils sont faibles et les leviers sont éparpillés ; la DTARS déploie beaucoup d'énergie à se créer soi-même, avant de la mettre au service de ceux pour qui elle a été créée ! Ce n'est pas facile, car la création de l'outil est déjà un travail en soi, les moyens dont la DTARS75 dispose sont assez faibles. Quand on veut changer les choses ça doit se faire avec les autres (par exemple avec les Collectivités Locales dans le cas du médico-social) il n'y a pas d'autre choix que d'unir ses forces.
- Sur la question du suivi à domicile et de la différence avec le médico-social, l'ARS peut avoir un impact mais elle n'a pas totalement la main car il y a un positionnement politique en arrière plan.
- Sur la question des coordinations, on est en train d'expérimenter dans le Nord-Est parisien (les arrondissements 9, 10 et 19) avec ce qui existe : les filières gérontologiques, les réseaux de santé et les outils. La question qui se pose est bien celle des moyens qu'on mobilise pour pouvoir faire travailler tout le monde ensemble : encore une fois, il n'y a pas d'autre choix que de poser la question aux collectivités et de coproduire l'action. La DTARS est en pleine réorganisation pour industrialiser, régulariser, mutualiser, notamment au niveau régional, ses actions ; et pour dégager des moyens pérennes en faisant émerger des priorités de projets alors qu'aujourd'hui on tente d'être présent partout. Donc cette question d'organisation touche toutes les nouvelles organisations.
- Pour les Appels à Projets les arrêtés ne sont pas encore signés. (**Mme Schoumaker** [URAPEI (PH)] précise que l'on peut retrouver sur le site de l'ARS le calendrier des Appels à Projets.

Le **Dr Bernard** (DTARS75) répond aux questions sur l'offre de premier recours dans la ville de Paris. Il faut prendre en compte le virage épidémiologique (hausse des personnes âgées et des maladies chroniques) d'où la nécessité d'instaurer des actions prenant en compte ces dimensions. Le premier recours est entendu comme le généraliste, mais on a des problèmes démographiques. Il y a en plus une difficulté pour les malades mentaux qui ne sont pas à l'abri de problèmes somatiques. Un certain nombre de ces malades ont un problème de prise en charge spécifique, un réseau sur Paris tente d'améliorer cette prise en charge des problèmes somatiques des patients psychiatriques. Pour le moment, il est difficile de trouver des modalités pour réunir tous les acteurs autour de la table. La

question est de savoir comment répondre aux défis et aux difficultés auxquels sont régulièrement soumises les communautés de territoire. L'avantage est de permettre à des acteurs de travailler avec l'environnement. De plus, il est nécessaire d'aider cette offre de premier recours à se regrouper pour développer des locaux qui peuvent accueillir les patients. On développe les Maisons et les Pôles de Santé, l'offre concerne aussi un certain nombre de professions spécialisées (dentaire, gynécologie) afin d'augmenter la collaboration avec les spécialistes et les généralistes. On a besoin de travailler avec l'ensemble des ressources car l'accès aux spécialistes est différent sur Paris.

**Mme Lefèvre** (UNAFAM) précise que l'obligation de passer par le généraliste pour l'attribution et le renouvellement de l'ALD entraîne des ruptures d'ALD et, par voie de conséquence, de traitement: démarches insurmontables pour le patient, méconnaissance des pathologies psychiatriques du médecin généraliste. Pour ce qui concerne la CHT, il y a une faible représentation des usagers qui ne sont que deux. Les Conseils Locaux de Santé Mentale pourraient être généralisés sur l'ensemble de Paris, et devenir un point d'ancrage important ?

Le **Dr Bernard** (DTARS75) ajoute que dans les travaux actuels de préparation de la CHT, il n'y a pas de représentant de la ville qui est pourtant un partenaire essentiel. Puisqu'on a décidé de renforcer et identifier les missions de santé mentale ce point est évoqué et la politique de l'ARS est de développer les conseils locaux de santé mentale. Autre précision : quand on parle de problèmes de santé mentale, on ne parle pas uniquement de toutes les pathologies psychiatriques. Par exemple le mal-être, qui n'est pas une pathologie psychiatrique, va voir se développer des troubles plutôt d'ordre social. A terme, dans ce champ très large de la santé mentale, il faut réfléchir sur les actions entre les professionnels de santé.

**M. Dumoulin** (DTARS75) ajoute que les CHT (Communautés Hospitalières de Territoire) n'existent pas encore, et que nous sommes en phase de pré-crédation ; leurs instances ne sont pas encore figées et la représentation des usagers peut évoluer. Pour **Mme Guignard** (CODERPA) il est important de former les usagers. Le **Dr Tanneau** (URPS médecins) souligne que si les CHT ne sont pas créées, les choses avancent vite ; d'ailleurs, l'URPS a été invitée assez tardivement pour en débattre. Le **Dr Bernard** maintient que nous sommes à la première phase (pré-travail entre les hôpitaux), la deuxième étape étant un travail avec l'extérieur. Il y a un temps de construction, y compris administratif !, il n'y a donc pas de date butoir. Tout comme **Mme Cordeau**, le **Dr Tanneau** insiste le fait que le travail du psychiatre en libéral est différent. Il préconise une consultation en ambulatoire afin de faire la liaison avant la sortie de l'établissement, pour qu'il y ait le même niveau de prise en charge à l'hôpital et en dehors. Le **Dr Bernard** explique que dans ces conditions les CMP peuvent répondre aux demandes de soins non programmés, mais il faut travailler sur les plages horaires ainsi qu'intervenir à domicile c'est ce travail que l'ARS porte.

**M. Dumoulin** (DTARS75) ajoute que les CHT (Communautés Hospitalières de Territoire) n'existent pas encore, et que nous sommes en phase de pré-crédation ; leurs instances ne sont pas encore figées et la représentation des usagers peut évoluer. Pour **Mme Guignard** (CODERPA) il est important de former les usagers. Le **Dr Tanneau** (URPS médecins) souligne que si les CHT ne sont pas créées, les choses avancent vite ; d'ailleurs, l'URPS a été invitée assez tardivement pour en débattre. Le **Dr Bernard** maintient que nous sommes à la première phase (pré-travail entre les hôpitaux), la deuxième étape étant un travail avec l'extérieur. Il y a un temps de construction, y compris administratif !, il n'y a donc pas de date butoir. Tout comme **Mme Cordeau**, le **Dr Tanneau** insiste le fait que le travail du psychiatre en libéral est différent. En particulier, il préconise une consultation de "psychiatrie de liaison ambulatoire" comme cela existe à l'hôpital de soins somatiques mais qui n'est pas instituée en ville. La psychiatrie de liaison est la partie de la psychiatrie qui prend en

charge les difficultés psychologiques survenant chez un patient souffrant de troubles somatiques (par exemple un patient hospitalisé dans un service de cancérologie bénéficie d'une aide psychologique pendant son séjour hospitalier, laquelle va s'interrompre dès la sortie de l'hôpital sans qu'un relai soit pris pour poursuivre la prise en charge psychologique au retour à domicile). Hors un parcours coordonné de soins ne peut occulter la souffrance psychique intriquée à la maladie somatique chronique. Le **Dr Bernard** explique que dans ces conditions les CMP peuvent répondre aux demandes de soins non programmé, mais il faut travailler sur les plages horaires ainsi qu'intervenir à domicile c'est ce travail que l'ARS porte.

### **Résumé et Conclusion**

Les priorités de l'ARS sont :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en mobilisant toutes les forces du territoire en direction des plus fragiles, en priorité sur le Nord Est Parisien
- Mieux accompagner les parcours de santé des parisiens, en renforçant le premier recours et en favorisant une approche plus intégrée, préventive et collaborative de l'offre de santé
- Inscrire les restructurations hospitalières (AP-HP, CHT psy) et le rattrapage médico-social dans la complexité et la globalité du territoire parisien

Ces priorités sont déclinées en chantiers thématiques :

- Améliorer la santé des grands précaires
- Améliorer la prise en charge de la santé mentale à Paris
- Poursuivre la lutte contre l'habitat indigne à Paris
- Mieux prévenir et traiter les addictions à Paris
- Mobiliser le territoire autour des problématiques liées à la périnatalité
- Favoriser l'accès à la santé des personnes handicapées.



La mobilisation de toutes les forces du territoire est essentielle pour permettre aux politiques de santé d'être efficace. Il est important de faire attention à ce que l'on met derrière les soins de premier recours, la consultation de spécialiste est importante sur Paris et est plus efficace pour certaines pathologies. Il faut aussi s'intéresser à la prise en charge des précaires vieillissants. Le suivi à domicile des patients doit être développé. Enfin, Les Communautés Hospitalières de Territoire qui vont se créer bénéficieraient de la présence plus nombreuse des Associations d'usagers et plus généralement de l'ensemble des acteurs concernés. Les conseils locaux de santé mentale doivent répondre à ce besoin de maillage et de transversalité territoriale.

### **3. Retour sur le débat public sur la périnatalité**

Le débat public sur la périnatalité organisé par la CRSA, la CTS75, a donc eu lieu le 20 juin 2012.

Le **Dr Cacot** nous parle de ce débat auquel il a participé au nom de la Conférence de Territoire. Il a ainsi pu présenter les travaux menés au sein de la Conférence sur ce sujet pendant le premier trimestre. Le débat a été très intéressant, et les différents intervenants ont délivré des messages de qualité, d'un haut niveau. Ces interventions ont permis à l'auditoire de se lancer dans des discussions. Il y avait beaucoup de professionnels mais peu de représentants des usagers ou de notre Conférence de



Territoire (...). Les usagers qui ne se sont pas intervenus pendant le débat. Mais l'après-midi, lors des groupes de travail, les représentants des usagers se sont exprimés.

Le **Dr Sophie Gaudu**, gynéco-obstétricienne membre du conseil scientifique d'un réseau d'orthogénie a fait un exposé sur la grossesse non désirée. L'Ile de France représente 18.5 % des femmes entre 15 et 49 ans et totalise 23% des naissances métropolitaines et 27% des IVG. Il y a quelque chose d'assez spécifique pour ce qui concerne la périnatalité dans ce territoire. Ce phénomène se retrouve dans le réseau « Allô bébé » où 30% des appels proviennent d'Ile de France (alors que l'Ile de France représente 23 % des naissances).

#### 4. Présentation du travail du groupe sur le schéma prévention

**Dr Cacot** rappelle que l'ARS accepte les propositions pour le PRS jusqu'au 15 octobre. Nous faisons aujourd'hui un état des lieux sur les travaux de deux de nos groupes de travail (Prévention puis schéma personnes âgées)

Le **Dr Nau** (Médecins du monde) explique que les trois membres de ce groupe n'ont guère pu se réunir, et que ce faisant, il ne peut faire de synthèse utile des remarques des membres. L'occasion pour lui de lancer un appel aux bonnes volontés ! Bien que l'on retrouve les problématiques et les priorités pressenties par la DTARS75, il faudrait désormais pouvoir confronter le travail fait avec ce qui est prévu et porter plus d'attention sur les actions à mener.

**Mme Lefèvre** explique que l'essentiel de la prévention en psychiatrie concerne surtout l'accompagnement. Les éléments de cette prévention sont dans le texte du Schéma, et pourtant il manque une vision globale de ce qui est nécessaire ; d'où une difficulté à porter un avis sur ces documents qui couvrent tout. La question étant : comment organiser cela et voir ce qui est nécessaire et indispensable. Le **Dr Nau** revient sur l'attention particulière à porter aux précaires en termes de dépistage et de grossesse non désirée. Il faut aussi parler de la prévention en milieu scolaire car tout acte de prévention y est efficace ; mais ce point ne concerne pas que l'ARS, mais aussi le Parlement. Le point important, c'est que prévention et soin sont indissociables ; en effet une grande majorité des professionnels de santé doivent pouvoir aborder les questions de prévention lors des consultations.

L'UNAFAM a entrepris une action de prévention vis à vis des ado. Le but de cette action est d'insister sur deux axes : l'attention que l'on doit prêter aux adolescents, et l'information des parents pour qu'ils puissent réagir très vite... Il est par exemple difficile de déceler un épisode dépressif chez un adolescent, le but est de le repérer précocement. Dans cette optique il a été tenté de mobiliser tous les acteurs. Les psychiatres libéraux n'ont pas été consultés pour cette démarche, selon le Dr Tanneau. Peut-être aurait-il fallu intervenir directement au niveau des Syndicats professionnels ? **Mme Lefèvre** explique pourquoi l'UNAFAM n'a pas contacté les psychiatres. L'idée était de faire communiquer parents/psychologues/enseignants car faire de la prévention primaire n'est pas d'aller voir un psychiatre.

**M. Bernard CODET (FFMKR masseur-kiné)** insiste sur le fait qu'on n'aborde pas les trois niveaux de prévention : primaire, secondaire, tertiaire, différenciation que résume fort bien l'adage « **il faut, il faudrait, il eût fallu** ».

Il invite par exemple la Conférence à se saisir de la problématique « mal de dos chronique, mal du siècle » qui nécessite prévention et actions, sans se focaliser ni mélanger les trois genres de prévention.

**M. Codet** explique qu'avec la DPC on a une mise à jour des pratiques, par exemple toutes les mères ne bénéficient pas d'une rééducation post-partum. Alors que la rééducation peut aider à prévenir et détecter comportement anormaux et permet même de voir les bébés. Quand on intervient en matière de bronchiolites on fait de la prévention, les rééducateurs sont aussi de grand acteur de la prévention.

**M. Dumoulin** admet qu'il puisse être difficile d'émettre un avis sur ce schéma de la prévention. Le champ de la prévention est partagé entre différents acteurs dans la collectivité. La prévention se décline en quatre axes dont un sur les addictions. **M. Dumoulin** propose que ce qui est déjà formalisé, même sous forme de document de travail, soit transmis à la Conférence,

Le secteur de l'addiction est probablement révélateur de ce qu'il y a à faire en matière de « découloisonnement », et de mise en œuvre du « travailler ensemble ». Quand on parle d'addiction, les psychiatres s'occupent souvent des soins, et les psychologues prennent le relais, mais comment faire le lien (**Mme Lefèvre**). Du coup, les professionnels de santé doivent parfois choisir entre être un addictologue ou un psychiatre ! (**Dr Tanneau**).

Il y a une réelle difficulté à repérer l'offre dans le cadre des addictions. Ce n'est pas tant le fait de privilégier l'offre publique que de repérage de l'offre (**Dr Bernard, DTARS75**). En tout état de cause, il est inconcevable que les psychiatres ne s'occupent pas aussi des addictions, quand on connaît les interactions entre les pathologies psychiatriques et les addictions. Du coup cela pose la question des pratiques : on ne peut tout attendre des rédactions que l'ARS produit, mais chacun sait que ...ce n'est pas avec des documents que l'on va changer les pratiques professionnelles.

Pour le groupe de travail sur la Prévention il faudrait :

- Augmenter le nombre de participants à ce groupe
- Avoir un schéma moins général et des actions qui l'illustrent pour confronter ce qui est prévu et ce qui est fait.
- Porter une attention particulière aux précaires en termes de dépistage et de grossesse non désirée.
- Parler de la prévention en milieu scolaire.
- Insister sur le lien prévention et soin.
- La conférence devrait aborder les trois niveaux de prévention primaire secondaire tertiaire (il faut, il faudrait, il eu fallu) ainsi que la question de la prévention spécifique à faire sur le mal de dos.

## **5. Présentation du travail du groupe schéma personnes âgées (annexe 1)**

**Mme Guignard** (CODERPA 75) présente l'état des réflexions du CODERPA de Paris qui sera conforté par un texte publié prochainement.

Le principe du SROMS est de découloisonner l'offre et de structurer cette offre afin d'avoir une prise en charge globale. Ce schéma possède trois volets : personnes âgées, personnes handicapées, personnes en difficultés spécifiques. On ne parle ici que des personnes âgées mais en revenant aussi sur une question non développée : la distinction personnes âgées /personnes handicapées. Est-ce la personne handicapée qui devient « vieillissante » ou est-ce la personne âgée qui devient « handicapée » ? Dans ce schéma il n'y a pas beaucoup de réponses données sur l'évolution actuelle alors que les constructions sont différentes.



Le schéma, partie Personnes Agées ne fait pas apparaître suffisamment les spécificités de chaque département. Dans la structuration de l'offre sanitaire et médico-sociale on ne parle que des infirmiers et de l'accompagnement à domicile. Il faudrait tenir compte des parisiens vivant hors de Paris (900 000 déplacements/jour dans le sens banlieue/Paris - 45% d'entre eux vont dans d'autres départements - chiffre de l'APA, celle-ci étant attribuée en fonction du lieu de domicile des personnes âgées d'où un chiffrage précis de ces personnes âgées parisiennes qui « disparaissent »). L'offre sanitaire pour les plus de 75 ans et la tranche des 60-75 ans semble négligée, or les personnes âgées ont une moyenne d'âge d'entrée en établissement de 80 ans. L'offre est uniquement faite par les EHPAD qui ne sont pas assez nombreux sur Paris. La perte d'autonomie commence à 70 ans. Comment appuyer les personnes âgées entre 65 et 85 ans ? Cette large tranche d'âge détermine un nombre de personnes âgées non négligeable, sachant que 90 % d'entre elles souhaitent rester à domicile.

D'autres facteurs comme le logement sont abordés, mais il n'y a rien par exemple sur l'hébergement temporaire. Quant à l'objectif « mener des actions de prévention du bien vieillir », il est évident qu'il doit se faire bien avant le vieillissement. D'autre part, il faut améliorer l'accueil et les soins en EHPAD : exemple, il n'y a pas d'infirmière de nuit, et il est dommage que ça ne soit pas bien signalé.

Pour ce qui est des propositions du SROMS sur la santé, il faut noter

☒ Une baisse des généralistes qui implique une nécessaire concertation, des préparations et des réflexions à mener.

☒ Les entrées et les places d'hébergement : cette situation évolue dans le bon sens, mais il faut beaucoup plus.

☒ Que sur Paris la personne âgée arrive aux urgences, est soignée à l'hôpital, mais n'est pas suivie à domicile, où le médecin n'est pas informé. C'est donc un problème de coordination hôpital et domicile.

☒ Les centres de santé diminuent ce qui pose aussi des problèmes. (Le **Dr Bernard** explique qu'il n'y a pas de baisse mais des fermetures pour liquidation judiciaire). Il subsiste le problème du déplacement si la personne âgée doit traverser tout Paris pour se faire soigner.

☒ Les réseaux de gériatries ne sont pas évoqués, en particulier, la possibilité d'ouvrir un pôle gériatrique avec des équipements n'est pas évoquée, ce qui est dommage car tout le monde est d'accord sur le principe.

Le dépassement d'honoraire reste un problème.

☒ Dans la prévention, le suivi sanitaire des personnes âgées autonomes est oublié. Il doit y avoir une coordination entre ARS / CNAV / mutuelles / Caisses de retraite.

☒ La question du logement privé se pose, car il n'y a aucune obligation de louer le logement. Pour le logement une politique globale doit être définie (l'ARS, de l'Etat, la Région, la Ville Paris) et prévoir une adaptation des logements.

☒ Sur l'hébergement on ne parle que des EHPAD, mais il existe des solutions alternatives comme les résidences services, c'est d'une part une solution pour loger d'avantage de personnes âgées avec des

troubles et prendre le relais quand la famille ne peut plus assurer la charge des aînés. Il y a aussi une expérience avec de petites unités de vie pour les personnes âgées entre 75 et 85 ans.

Les Maisons de Santé sont un point noir dans le dispositif, le financement n'étant pas au rendez-vous (**Dr Hercot URPS**) **M. Baruel** demande s'il est envisageable que l'ARS et la DASES participent à ces financements. Son Etablissement, par exemple, pâtit de l'absence de coordination entre ces deux acteurs (l'un acceptant le financement, mais pas l'autre).

Le **Dr Thomas** (Cons.départ.de l'Ordre des Médecins) et **Mme Guignard** ont une discussion sur les dépassements d'honoraires.

**M. Dumoulin** explique que le volet consacré aux personnes âgées est à l'image du degré de maturité de la réflexion de l'ARS. A titre personnel, il est favorable aux EHPAD qui permettraient de reculer l'entrée en institution lourde. M Dumoulin explique son étonnement face au refus de financement de l'hébergement temporaire car c'est une priorité commune à l'ARS et la DASES (exemple de **M. Baruel**). L'ARS ne prétend pas révolutionner le système, elle hérite d'un système et tente de s'orienter pour aller dans un sens.

**M. Paris** indique qu'en ne mettant en place des infirmières de nuit, l'administration passe à côté d'une économie formidable (40% des hospitalisations en moins). C'est une demande répétée depuis 8 ans, mais on a une image stigmatisante du handicap et du vieillissement. Pour l'accueil temporaire ça ne fonctionne pas car on ne sait pas faire ! Les PPE aident à créer du lien mais ils n'ont pas tous les outils ni les partenariats nécessaires.

**Mme Guignard** insiste sur le fait c'est tout la gamme d'âge qu'il faut revoir à partir de 65 ans.

**Mme Lefèvre** souligne que pour l'âge des personnes en difficultés psychiatriques ne semble pas correspondre à celui du commun des mortels ; même si une place existe pour eux personne n'en veut. Il n'y a pas une seule résidence pour personnes âgées avec des problèmes psychiatriques.

**Suggestion** : L'UNA, le SYNERPA et le CODERPA pourraient se rencontrer pour essayer d'enrichir les propositions que pourraient faire notre Conférence de Territoire sur ce sujet.

## 6. Réflexion sur les futurs travaux de la conférence

La discussion sur le schéma sanitaire est reportée à la prochaine réunion plénière. Il y a certes beaucoup de travaux en perspective jusqu'à la définition à venir du PRS en décembre. Et ensuite ? La question est de savoir ce sur quoi souhaite travailler la conférence en 2013 et de quelle manière.

Le Dr Cacot invite chaque membre de la Conférence à réfléchir à ces questions et à faire des propositions.

