

Conférence de territoire du département de la Seine Saint Denis

Le vendredi 18 novembre 2011

14h00

CPAM de Bobigny : salle de conférence

M. Laporte président de la CT, introduit la réunion par le 1^{er} volet prévu à l'ordre du jour :

I : CALENDRIER ET METHODE DE TRAVAIL:

Le président fait un rappel suite aux réflexions émises lors des précédentes réunions du bureau de la conférence, il serait souhaitable au vu du nombre important des 7 ou 8 schémas et de la quinzaine de CLS à présenter,

- que les avis émis parviennent avant le 15 février,
- pouvoir examiner en profondeur les CLS avec leurs schémas correspondants,
- étudier les problématiques de proximité.

Face à ces problématiques, le bureau propose donc en s'appuyant sur la présentation du SROS ambulatoire :

- que soit constitués des groupes de travail,
- que la DT fournisse le maximum d'informations sur tous les CLS en construction,
- que l'on commence à travailler sur un certain nombre de groupe de travail issus des réflexions du schéma (psychiatrie, prévention, populations en précarité etc...).

Ces sujets seront abordés à la prochaine CT prévue le 15/12/2011.

Le Dr Fellous propose de se répartir les thèmes à aborder.

Discussion :

- Mme Ollivet propose la mise en place d'une méthodologie de travail, offrant un mode de réflexion permettant de travailler ensemble. Elle propose également, afin de ne pas pénaliser les CLS de St Denis et Stains, que l'ARS adopte son pouvoir de décision et que la CT n'émette aucun avis, les conditions actuelles de travail n'étant pas compatibles pour un avis éclairés.

- Mr Kirschen précise que la loi HPST donne des attributions aux CT, elle doit notamment :
 - émettre un avis sur le SROS hospitalier,
 - émettre un avis sur les CLS.

Il rappelle que le DG de l'ARS doit adopter le projet régional de santé avant fin 2012.

Les CT doivent être consultées pour observation et non pas pour avis sur la totalité de la production de l'agence dans le cadre du PRS.

Mr Kirschen rappelle l'importance des CLS en précisant qu'ils sont la synthèse des préoccupations de la commune, de l'ARS et des services de l'Etat dans le domaine de la santé.

Les différents schémas devront être bouclés début 2012 avant l'adoption officielle du PRS fin 2012.

- Mr Siavellis précise que le contenu des contrats ne pose pas de problème. Il propose que l'ARS assume ses responsabilités sur le plan régional, et que l'URPS médecins consacre son travail au niveau des DT et CT, sur les schémas les plus importants.

- Mr Bouis souscrit entièrement à l'idée de la création d'un groupe de travail.

- Mme Dermer déplore la perte de temps en discussion sur les moyens matériels, au détriment des besoins exprimés concernant les CLS de Stains et St Denis.

- Mr Laporte intervient en précisant qu'effectivement les CLS, vont être examinés et que la CT n'est pas en mesure d'émettre un avis

- le Professeur Pissarro souligne le côté positif apporté par les CLS, qui permettront progressivement un meilleur travail en cohérence avec les différents partenaires.

- Mr Paillard demande à ce qu'une lecture transversale soit faite, pour trouver les points de convergence qui en ressortiront afin de faciliter les choses.

- Mr Feutrie souhaite que soit saisie l'opportunité d'utiliser l'outil mis à la disposition des professionnels locaux, pour faire émerger les problématiques locales.

Pour conclure, le président propose à la CT de ne pas voter sur ces CLS et Mr Laporte explique que cette position ne signifie pas un refus des CLS mais compte tenu de la charge de travail et du volume des documents adressés, il estime que la CT ne peut donner un avis approfondi. La CT reconnaît donc la qualité du travail mené par les villes et par l'ARS.

Il demande par ailleurs de faire remonter les éléments qui ressortent des CLS en cours ou déjà passés, de façon à avoir un nouveau regard sur les prochains contrats, et d'alimenter la réflexion globale sur la problématique de santé sur le département et les villes.

Mme Malloun trouve regrettable que la DRIHL ait été destinataire du document pour avis tardivement, et pense qu'elle aurait pu être associée aux groupes de travail, puisqu'elle intervient dans la lutte contre le saturnisme et l'insalubrité.

Il est rappelé que la DRIHL n'est pas membre permanent de la CT mais « invité » en tant qu'observateur. Dans ce sens, elle ne peut faire part au vote.

II : CLS DE SAINT-DENIS :

Le Dr Ginot propose de revenir sur les avis et propositions émis lors de la dernière réunion. 4 recommandations ont été relevées :

- les CLS doivent mieux associer les médecins libéraux, pour cela les villes doivent systématiquement les inviter,
- que les représentants élus des médecins soient associés,
- que les associations agréées aient une place plus lisible et,
- que soit apportée plus d'importance aux questions d'habitat.

Mme Virginie le Torrec, maire adjoint à St Denis insiste sur la démarche et la méthodologie employées, et remercie les personnes ayant participé à la conception du document présenté. Elle met en avant l'importance du travail effectué qui s'est étalé sur 2 années et qui a nécessité la mobilisation d'une centaine de personnes sur le territoire.

Une 1^{er} version du CLS de St Denis est donc présentée, elle a pour but de faire remonter les besoins, de renforcer le territoire, d'affirmer le rôle de la ville comme niveau de coordination des différents acteurs en matière de santé, d'activer et de réactiver des réseaux, d'en développer d'autres existants, de mettre en marche de nouveaux partenariats et d'être attentif à valoriser les actions existantes de la ville.

St Denis est une ville très engagée dans le domaine de la santé.

Le travail a commencé par la proposition d'un rappel de ce que faisait déjà la ville en matière de santé (appelé le plan municipal de santé), de réfléchir avec un collectif d'acteurs sur le territoire aux enjeux sanitaires et sociaux-sanitaires ainsi qu'aux problèmes que rencontrent la population, les professionnels et les associations, afin d'agir favorablement aux besoins.

Il a été décidé de faire travailler au printemps 2011, 6 groupes de travail constitués sur la base du volontariat englobant des professionnels de santé, des établissements, des associations et des acteurs du champ médical. Ces 6 groupes ont pour thématique, la santé mentale, la santé précarité, l'offre de soins (1^{er} recours), la santé environnementale dans l'habitat, la nutrition et les addictions conduites à risque.

Le but de ces groupes étant de faire des préconisations d'action à mener sur le territoire, dont certaines ont été proposées à l'agence, les autres figurent sur le PLS en cours de finalisation.

Pour atteindre leurs objectifs, les CLS ont été attentifs à travailler sur les parcours de santé, sur les besoins de la population, à renforcer l'offre de soins de 1^{er} recours, à développer une approche en terme de santé environnementale notamment l'air et le bruit. Le domaine de la jeunesse a été également abordé ainsi que la précarité des femmes.

Le contrat présenté n'est pas définitif, il est amené à évoluer dans d'autres domaines notamment sur les personnes âgées et l'éducation scolaire.

Pour finir, le Dr Ginot nous donne le détail des grands axes qui sont :

- l'accès aux soins des personnes dans la précarité,
- le renforcement d'aide à la complémentaire santé,
- la mise en place des parcours de stage (favoriser l'implantation de nouveaux médecins sur le territoire),
- la santé mentale,
- les conduites à risque et addictions,
- la nutrition et l'activité physique,
- l'habitat et l'environnement,
- la santé des jeunes et enfin
- le dépistage du cancer du sein et une amélioration en matière de vaccin.

Le volet St Denis se termine par l'intervention du Dr Fellous qui confirme l'importance du CLS de St Denis, et comment faire articuler ces priorités avec les CLS des autres villes et le SROS.

La DRHIL précise que l'ANAH pourrait financer un certains nombres d'actions.

Mme Jacquemoire nous informe que la sous-préfecture de St Denis a souhaité mettre en place un comité de suivi avec la DDCS et la DRHIL.

III : CLS DE STAINS :

Mme Carole Lasnami directrice générale adjointe des services de Stains, nous fait une 1^{ère} présentation, et nous rappelle qu'il ne peut y avoir un accès à la santé sans un accès aux droits, aux soins et à la prévention. Un travail a été effectué sur l'articulation entre les différents dispositifs ainsi que sur les besoins locaux en constante évolution dans le département.

Le souhait de la ville par rapport à ce contrat étant de faire reconnaître les problématiques de santé de son territoire, et de défendre la pérennisation de sa politique de santé.

Cette politique est organisée avec l'ensemble des acteurs locaux institutionnels ou associatifs, autour du centre municipal de santé de la ville créé en 1965, de la démarche santé ville, et au travers d'un équipement novateur ouvert en 2007, axé entre les jeunes et la santé, appelé « la passerelle ».

Les priorités ont été :

1/ la précarité grandissante de la population Stanoise, la CMU, l'AME et les bénéficiaires des allocations familiales. A partir de ces priorités, a été mis en place, l'accès aux soins aux 1^{er} recours.

Concernant les enfants stanois, ont été relevés la problématique de surpoids, de carie ainsi que de retard scolaire. L'idée est donc d'améliorer l'accès aux actions de prévention. Le fort taux de chômage des jeunes (20%) limite également l'accès aux différents champs de la santé publique, d'où la nécessité de mettre en place un groupe de travail pluridisciplinaire qui pour l'instant n'existe pas.

2/la prévention et la réduction des risques, la population étant touchée par une consommation importante de produits psychotropes. Face aux difficultés d'accès aux structures devant accompagner les jeunes, l'objet a été de développer la transversalité entre la prévention, la réduction avec les maraudes ainsi que l'accès aux soins et l'accompagnement aux CSAPA, notamment de St Denis.

3/ la surmortalité des femmes par cancer du sein, axe commun avec la ville de St Denis, qui nécessite une amélioration du dépistage et à terme de la prévention.

La méthodologie de construction du contrat, à partir des groupes de travail déjà existants, a été concentrée sur les 4 axes de santé suivants :

- la prévention et la réduction des risques associées aux addictions,
- la santé mentale et le bien-être des jeunes,
- la nutrition et,
- la lutte contre le cancer.

Discussion :

Mme Dermer, directrice de la clinique de l'ESTREE à Stains, désirerait un sous-chapitre concernant les ROMS , estimant que le nombre de ces camps est en constante évolution et que rien ne s'applique à eux puisqu'ils sont en dehors du circuit, et qu'il y a urgence.

Le Dr Ginot précise que cette problématique est traitée dans le cadre des personnes ayant des problèmes d'accès aux soins où de droits, que ces questions ne doivent pas être traitées dans les CLS, mais plutôt au niveau de la région. Mr Kirschen souligne que l'ARS et l'Etat ont toujours financé les dispositifs d'accès aux soins, touchant les populations très précarisées notamment les ROMS.

Mr Laporte souhaiterait que les problèmes bucco-dentaires, liés à la mal nutrition, l'accès aux coûts et le manque de dentistes soient développés et que soit également évoqués les problèmes de sécurité des professionnels de santé. Mr Kirschen a répondu qu'on ne peut pas réduire les CLS, aux questions des ROMS et de l'insécurité des professionnels de santé.

La liste des CLS futurs a été sollicitée, elle concernera les villes de Bondy, Aubervilliers, Montreuil et Bagnolet où les dossiers sont déjà bien avancés, Pierrefitte, Clichy-sous-Bois, La Courneuve, Rosny-sous-Bois, et Sevran. Une demande a été faite concernant Tremblay-en-France et Bobigny, et pour Villetaneuse, Montfermeil et Dugny la décision est en attente de confirmation.

IV : SROS AMBULATOIRE :

Le Dr De La Seiglière nous fait un récapitulatif sur l'importance du SROS, en matière de prévention, d'éducation thérapeutique et de dépistage, domaines dans lesquels les professionnels de santé vont devoir s'impliquer d'avantage, ainsi que dans la coordination et le suivi des patients.

L'offre ambulatoire s'étant fragilisée en Ile-de-France, il va falloir agir rapidement afin de réduire les inégalités.

L'objectif étant de répondre aux besoins de santé concernant les différents schémas du médico-social, sanitaire et de prévention.

L'ARS a voulu axer le volet ambulatoire sur le 1^{er} recours. Un comité de pilotage a été mis en place avec 3 groupes de travail régionaux qui sont :

- l'aide à la formation des professionnels de santé,
- les structures d'exercice collectif,
- le développement de l'exercice coordonné avec le sanitaire et le médico-social

Ces actions sont mises en place sur une durée de 5 ans.

Concernant les zones déficitaires, on note actuellement que 29 territoires sont retenus comme déficitaires en Ile-de-France avec 251 communes et 2 ZUS. Ces zones déficitaires couvrent environ 800 000 habitants (7% de la population).

Une seconde liste de territoires, considérée comme fragile a été publiée pour ne pas se limiter aux zones déficitaires.

Il faut faciliter l'installation des professionnels de santé notamment dans les zones fragiles, promouvoir les structures d'exercices collectifs. L'offre de soins doit être accessible et disponible sur le territoire. Il faut travailler sur la qualité, la performance et sur l'activité des professionnels de santé et travailler sur la veille et la gestion des crises sanitaires.

Le Dr D'Estaintot poursuit le sujet en abordant le problème de la stigmatisation de l'image dégradée que reflète le département. En effet la Seine-Saint-Denis manque de professionnels de santé dans toutes les professions médicales et paramédicales, et présente un faible taux de spécialistes de 1^{er} recours.

On note également le manque d'étudiants dans le domaine médical, les stages étant peu nombreux, le manque de rémunération pour la formation des médecins, l'absence de stages obligatoires en gynécologie obstétrique, pédiatrique et psychiatrie pendant le cursus universitaire. Une préoccupation également concernant la viabilité des centres de santé notamment pour leur aspect financier.

En parallèle des points forts sont à noter, notamment la permanence des soins ambulatoires, les relations avec le SAMU et le centre 15 qui font que le département sert de modèle de réflexion. Le soutien du dispositif de médecine ambulatoire par l'ordre des médecins. La psychiatrie de secteur qui reste importante et qui permet de pallier au manque de médecins psychiatres libéraux. Le département dispose également d'un Conseil général et d'une PMI très impliqués une action importante, et des réseaux de soins permettant de fluidifier le dispositif.

Des opportunités s'offrent au département, la création du pôle santé à St Denis, des structures choisies appelées les nouveaux modes de rémunération. Dans le cadre des CLS c'est engagée une réflexion basée sur la promotion avec 2 municipalités, des maisons de santé pluri professionnelles (Epinay et Drancy). Une action a été menée sur les réseaux de soins palliatifs et les EHPAD. Concernant les personnes dépendantes, le département dispose du réseau Equipage porteur du dispositif, la MAIA.

Les zones déficitaires comprennent 9 communes en Ile-de-France (St Ouen, Villetaneuse, Pierrefitte, La Courneuve, Bobigny, Bagnole, Romainville, Clichy-sous-Bois et Neuilly-sur-Marne). Sur les zones fragiles, se rajoutent 7 autres communes (Stains, Aubervilliers, Drancy, Noisy-le-Sec, Villepinte, Montfermeil et Pantin).

Il est donc prévu une réunion à laquelle participera, l'assurance maladie, l'ordre des médecins, l'URPS et l'ARS, afin de décider d'une action ayant pour but une permanence locale, qui se tiendra une fois par mois, et qui permettra de répondre aux questions des professionnels de santé désirant s'installer sur le département et voir comment ils peuvent exercer.

Mr Laporte propose donc d'organiser à ce sujet un groupe de travail et invite ceux qui le désirent à s'y inscrire.

V : INFORMATION SUR LA PDSES :

Présentation de Mme Marianne Perreau-Saussine du Pôle Etablissements de santé au siège de l'ARS, coordonnatrice du projet de permanence des soins au niveau régional en lien avec les DT, nous définit la permanence des soins. Elle concerne l'accueil et la prise en charge des patients qui ne sont pas encore à l'hôpital, et qui se présentent dans un service d'urgence à certains horaires (horaires de nuit) le samedi après-midi, le dimanche et jours fériés.

La permanence des soins, est une mission de service public pour les établissements volontaires. Elle doit se distinguer de la continuité des soins, qui concernent la prise en charge et la surveillance des patients qui sont déjà hospitalisés au sein de l'établissement.

Les actions à mener consistent :

- à sécuriser et améliorer la prise en charge en renforçant le dispositif de sécurité
- une meilleure répartition de la ressource médicale
- garantir l'accessibilité financière

Un 1^{er} travail a été effectué sur la réorganisation des blocs opératoires la nuit dont la 1^{ère} phase sera lancée en 2012 avant le schéma officiel qui sera inclus dans le SROS PRS sur la permanence des soins et publié fin 2012.

La permanence des soins englobe un nombre important de spécificités comme l'ORL, la Stomatologie, l'ophtalmologie, l'urologie etc...

Il a été proposé pour 2012 de mettre en place une réorganisation dans le secteur de la chirurgie, sur une tranche horaire la nuit, qui touchera la chirurgie viscérale digestive, la chirurgie orthopédique et traumatologique.

Les autres volets concernant le vasculaire, la chirurgie pédiatrique seront discutés en 2012, ainsi que seront développés la psychiatrie, l'imagerie, la neurochirurgie et la neuroradiologie.

Concernant la chirurgie adulte pour l'activité nocturne, il a été imaginé un cahier des charges afin de mettre en place un réseau gradué d'établissements sur l'ensemble du territoire la nuit

Il faut distinguer la 1^{er} partie de nuit définit jusqu'à 22H30 où tous les établissements sont nécessaires pour assurer cette prise en charge, et la 2^{ème} partie à partir de 22 heures 30 où il faut regrouper les équipes concentrées sur quelques établissements.

Pour que cette organisation soit crédible, cela implique entre autre, d'avoir un interlocuteur unique et d'accepter les demandes des autres établissements (zéro refus).

Mr Bouhafs rappelle que la densité du département est importante et que la population est concentrée sur 2% du territoire de l'Ile-de-France.

L'offre de soins dispose, de 12 établissements de santé répartis en 6 établissements publics, dont 2 de l'APHP, et 6 établissements du privé.

L'activité des urgences concernant ces établissements représente près de 70% des passages aux urgences dans les établissements publics et AP-HP, et 30% dans le privé.

L'étude effectuée sur ce schéma démontre que le département possède, une vingtaine de lignes en orthopédie et chirurgie viscérale la nuit répartis en 5 lignes de garde et 15 d'astreinte.

La 1^{ère} partie de nuit représente 3200 interventions contre 587 dans la 2^{ème} partie de nuit, ce qui représente pour une nuit, 0,13% d'interventions par établissement.

4 établissements de santé ont candidaté pour effectuer ce travail de la permanence des soins la nuit (le CH de St Denis, le groupe hospitalier AP-HP Avicenne, le CH Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois et le GHI le Raincy/Montfermeil).

Mme Perreau-Saussine conclut le volet sur la procédure à venir. L'ARS a reçu 48 dossiers sur l'ensemble de la région dont 11 sont déclarés non recevables. Un comité consultatif est chargé d'instruire les dossiers. La décision finale du DG de l'ARS interviendra au 1er janvier 2012.

Le Président avant de clore la conférence, cède la parole à Mr Kirschen qui précise qu'il n'est pas question de fermer le service des urgences, mais plutôt d'organiser un service ajusté à la demande, permettant d'obtenir avec une équipe adaptée, une qualité de soins.

Mr Laporte remercie l'assemblée et clôt la séance.

Le Président de la conférence de territoire


Pierre LAPORTE