

COMPTE RENDU

Conseil Territorial de Santé de la Seine Saint Denis

du mercredi 19 juin 2019 - 14h00

CPAM de Bobigny - salle de conférences

La liste des membres présents figure en annexe.

Total participants : 27 (12 titulaires/ 6 suppléants)

Quorum : 45/16

L'ordre du jour est le suivant :

- Approbation des comptes rendus du 20 mars et du 17 avril 2019
- Point sur les CLS 3 par le Dr Agnès Malet-Longcoté
- Présentation de la PTA (Olivier Marcou APTA 93)
- Résumé des contributions des questionnaires
- Bénéfices de la population sur la mise en place des CPTS, PTA

La documentation adressée aux membres du CTS ainsi que les documents de présentation et les comptes rendus sont accessibles sur le site dédié aux CTS :

<http://ct.sante-iledefrance.fr/seine-st-denis/>

Les comptes rendus des séances du 20 mars et du 17 avril 2019 sont approuvés à l'unanimité.

I. Points sur les CLS₃ (Contrats Locaux de Santé) par le Dr Agnès Malet-Longcoté

(Voir document en PJ)

Dr Thierry GOMBEAUD : Il rappelle que la moitié des CLS d'Ile-de-France sont en Seine-Saint-Denis. Concernant le projet sur la santé au travail, il est regrettable de l'avoir limité aux risques d'alcoolisation des salariés alors qu'il y a d'autres risques. De plus, comment articule-t-on l'ensemble de ces projets avec les actions déjà menées au niveau départemental voire régional? Comment coordonner ces actions locales dans un cadre départemental, avec des structures déjà existantes? Il ne s'agit pas de les fusionner car par définition ces contrats locaux de santé sont à l'échelle locale. Il faudrait néanmoins penser à la coordination ainsi que la valorisation de chacune de ces structures, dans un cadre de financement du Conseil Général ou du Conseil Départemental ou au niveau régional

Mme Agnès MALET-LONGCOTE : Sur certains territoires, il y a un partage de fiches actions. C'est déjà le cas de Clichy-sous-Bois et Montfermeil. Depuis leurs CLS 2, la majorité des engagements de ces CLS est partagée. Il y a désormais un lien avec le CLS de Livry-Gargan sur cette dimension. Cependant, les élus ont décidé de ne pas fusionner les CLS de Clichy-sous-Bois et de Montfermeil.

Or, dans d'autres départements d'Ile-de-France, certaines villes se retirent en raison certainement d'une fragilisation... Pour le moment, il n'y a pas de réelle explication à ce sujet.

La dimension coopérative d'acteurs va au-delà d'un territoire municipal. Des dispositifs comme les CPTS peuvent être installés sur une partie de plusieurs territoires municipaux. Néanmoins, en pratique, les CLS restent sur un territoire municipal car cela repose sur la dynamique de l'animation territoriale et des besoins des acteurs et des habitants. Cela se remarque dans la constitution des volets santé des contrats villes. Certains acteurs (habitants et professionnels) ont des difficultés à s'approprier un volet plus large que le territoire municipal.

Mme Catherine OLLIVET : Est-ce qu'il y a eu une étude sur les transports? Pour certains acteurs, le trajet en transport en commun est déterminant sur le choix de la commune pour l'habitant. Par exemple, la fracture de la nationale 3 avec des villes à cheval sur deux côtés et pour lequel le déplacement va jouer un rôle sur le rapprochement ou l'éloignement de certains usagers.

Mme Agnès MALET-LONGCOTE : Il n'y a pas d'étude à l'échelle départementale mais il y a une connaissance des premières cartographies faites par les coordonnateurs à leur arrivée. C'est une cartographie de l'offre de soins et de l'offre de prévention avec les transports en commun. C'est à l'échelle du territoire municipal mais il peut être élargi avec les villes limitrophes. Il est intéressant de voir la manière dont l'offre de soins est réparti sur certains territoires.

Par exemple, une expérimentation sur le diabète est portée par l'Assurance Maladie. Elle repose sur le repérage par des médecins traitants mais aussi par un certains nombres d'ateliers animés par deux sociétés. Les municipalités ont le souhait de mettre à disposition des lieux pour une question d'accessibilité et de proximité.

Il y a une vraie prise de conscience de l'évolution des transports. Pour les implantations ou pour le changement d'affectation de services entre les hôpitaux, ils sont régulièrement pris en compte par les élus.

Un certains nombres d'habitants de Clichy-sous-Bois se font soigner au CMS de Livry-Gargan. Dans le même sens, une partie de la population de Seine-et-Marne va se faire soigner en Seine-Saint-Denis.

M Pierre LAPORTE : Le Conseil Départemental est signataire de ces CLS. Il propose un certains nombres d'aides aux communes. Parmi les actions du Département, il y a la PMI incluant le sanitaire et l'accompagnement à la parentalité.

Au sujet des écrans, la Mission Métropolitaine de Conduite à risques avec Paris / Seine-Saint-Denis travaille depuis plusieurs années sur cette question. Un accompagnement est également nécessaire sur la toxicomanie chez les jeunes.

Comment faire converger ces problématiques avec les moyens, au niveau des villes et des départements ou encore de la région dans certains secteurs ?

Concernant l'accessibilité en transport, l'exemple de l'hôpital Robert Ballanger, à la limite de la Seine-et-Marne. Certaines personnes sont renvoyées sur l'hôpital de Jossigny, cela représente au moins deux heures transports de leur domicile depuis la Seine-Saint-Denis, surtout pour des personnes fragiles ou âgées. Or, les urgences de l'hôpital Robert Ballanger se délestent parfois la nuit, ce qui complique les déplacements. Il est question ici de limites de territoires.

M Lucien BOUIS : Il s'interroge sur l'absence du sujet du développement de l'ambulatoire, sur les conditions d'accueil à domicile. Les usagers ne sont peut-être pas assez présents dans les CLS.

Il note avec intérêt le combat contre l'habitat insalubre mais s'interroge sur l'absence de sanction et la remise des permis de construire aux marchands de sommeil. C'est la responsabilité des municipalités.

Mme Agnès MALET-LONGCOTE : Cette présentation n'est pas exhaustive car tous les CLS ne sont pas écrits. De mémoire, un des CLS traite des visites à domicile dans les fiches actions.

Les collectivités ont réuni les acteurs pour faire les bilans des CLS 2, par groupes de travail déjà existant ou cadrés.

Mme Déborah TOUATI (Coordinatrice CLSM Epinay / Pierrefitte): Les sujets de l'ambulatoire et la visite à domicile font partis des discussions d'un des groupes du projet territorial de santé mentale. Le groupe implication des usagers a évoqué les difficultés observées dans l'accès aux soins et la difficulté des transports. L'accès aux transports et le développement des visites à domicile font partis des axes de travail par le groupe. Le diagnostic est à présent terminé, les propositions de projets vont être annoncées.

M Jean MALIBERT: A Pantin, dans le cadre de la CPTS, la première discussion a porté sur la diminution de l'offre de santé à domicile. Il a été demandé lors de la création de cette CPTS de faire un minimum de visites à domicile et la question de la répartition des demandes sur le territoire. Une grille d'analyses de certaines situations a été établie et sur les difficultés rencontrées.

Ensuite, une base de données a été établie sur l'ensemble de la population nécessitant des soins à domicile, en mettant en place une meilleure répartition et une coordination entre les professionnels. Il s'agirait de mieux se répartir collectivement les visites à domiciles entre ceux qui en font régulièrement et ceux qui n'en font peu ou pas du tout. C'est un des premiers outils portés par la CPTS de Pantin.

M Jean-Philippe HORREARD: La visite à domicile s'inscrit dans une démarche d'évaluation des besoins. Le financement des CPTS via les conventions Assurance Maladie inclut dans le cahier des charges ce type de services rendus. La coordination des acteurs qui interviennent à domicile au sein d'une CPTS est un enjeu important.

Lorsque le SUR 93 contacte l'ARS afin de les prévenir qu'une personne âgée et handicapée est en danger à son domicile faute d'avoir un médecin traitant, les MAIA sont potentiellement sollicitées. Il est question ici de gestion de cas complexes et la nécessité de pourvoir à l'amélioration d'un parcours.

L'enjeu pour une CPTS est d'agir à l'échelle d'une commune ou intercommunalité. Pour le moment, en termes de CPTS, Pantin est une ville « pionnière ». Il serait intéressant d'exposer cet exemple lors d'une prochaine séance en automne. C'est de cette manière que les besoins seront identifiés.

Depuis 2011, les CLS ont fait le diagnostic territorial à travers des fiches actions, des feuilles de route, des bilans.

Par ailleurs, le Préfet anime en ce moment un groupe de travail santé dans le cadre du rapport Cornut-Gentille. Il s'agit de la remise à niveau des moyens et de l'offre en santé sur la Seine-Saint-Denis. Les élus participant à ce groupe ont fait valoir les besoins sur le champ du domicile. Pour eux, les structures telles que les CPTS ou MSP ont vocation à être incitées et financées si elles contiennent dans leur cahier des charges une réponse sur le domicile.

Mme Catherine OLLIVET: L'ophtalmologie est un champ médical particulièrement ambulatoire de nos jours. Elle expose le cas d'une personne âgée dépendante qui ne trouve aucune solution pour trouver une personne afin de lui administrer des gouttes dans les yeux. Le développement de la chirurgie ambulatoire va faire exploser ce genre de situation. Or, l'objectif est de 70% d'ambulatoire prévu dans le plan Ma santé 2022.

M Julien BORDRON: La CPAM sera toujours impliquée dans la préparation et signature des CLS 3. Ils seront en mesure d'apporter les aides financières pour les CPTS permettant d'améliorer la coordination, l'accès aux soins non-programmés et fluidifier les parcours patients.

La CPAM aura la main avec les promoteurs en Seine-Saint-Denis afin de fixer un certains nombres d'indicateurs locaux pouvant conditionner une partie du financement. Pour définir ces indicateurs des besoins dans le territoire, il serait intéressant de s'appuyer sur les diagnostics des CLS. Il faudrait des critères sur les visites à domicile et la prise en charge des soins à domicile. Aujourd'hui, ils ne sont pas correctement pris en charge et reconnus.

La liste des actes infirmiers s'étend. Le suivi de l'observance médicamenteuse (constitution d'un pilulier par exemple) pour les personnes démentes est possible. L'avenant 6 signé et publié au Journal Officiel, contient une extension du suivi de l'observance à domicile, qui n'est pas exclusivement réservée aux personnes démentes. Cette observance comprend également la pose des bas de contention, l'administration des gouttes...Toute une série d'actes pas forcément techniques mais qui restent nécessaires compte tenu de la fréquence et du soin. Il ne s'agit pas d'une consultation infirmière mais il y a une logique d'approche clinique globale de l'infirmière. Elle est prise en compte dans cet avenant 6. L'accord cadre CPTS à partir des diagnostics territoriaux réalisés dans le cadre des CLS mais aussi des projets de santé réalisés par les promoteurs, permettront de répondre de manière plus fines et avec de nouveaux financements plus significatifs. Les financements sont compris entre 120 000 et 300 000 euros en fonction de la taille de la CPTS. Plus la CPTS couvre une population importante plus les financements sont importants, tant pour un travail de coordination que de nouvelles activités.

Dr Thierry GOMBEAUD: Le débat est intéressant car il commence par les contrats locaux de santé et se termine sur la coordination des soins. Est-ce que cette coordination va résoudre les problèmes tels que la désertification médicale, l'aggravation de la pauvreté, les difficultés géographiques....? Ces questions de coordination reviendront régulièrement dans les débats des prochaines plénières.

2. Présentation de la PTA (Plateforme territoriale d'appui) par Olivier Marcou (APTA93)

(Voir document en PJ)

Mme Catherine OLLIVET: Représentante des usagers au sein de Terr-esanté au siège de l'ARS, elle reconnaît l'importance de l'inter-opérabilité des différents logiciels. Néanmoins, au niveau éthique, un dossier ne peut être ouvert sans l'accord du patient. Elle travaille actuellement au document d'informations de l'utilisateur sur Terr-esanté afin de renseigner l'utilisateur et obtenir son accord.

En Seine-Saint-Denis se pose le problème du niveau socio-culturel, les problèmes linguistiques, l'illettrisme, "l'illectronisme" (non accès à Internet). En effet, il ne faut pas oublier que c'est l'utilisateur qui détermine son cercle de soin et qui l'autorise à avoir accès à son dossier. C'est bien dans l'intérêt du patient mais pas à n'importe quel prix.

M Olivier MARCOU: Cette notion du consentement du patient est évidemment prise en compte dans la PTA.

Mme Joëlle MAURIN: En plein déploiement du DMP (Dossier Médical Partagé), comment est-il rattaché à Terr-esanté ? Dans la présentation, il est question de saisie des dossiers patients mais il est demandé également aux professionnels de santé de saisir dans le DMP. Il y a une incompréhension entre les deux.

M Julien BORDRON: Les deux sont compatibles et complémentaires mais l'ambition n'est pas la même. Terr-esanté est un outil pour les professionnels de santé afin de faciliter un exercice coordonné. On parle de la création d'un millier de dossiers.

Pour le DMP, c'est un outil appartenant aux patients. C'est le carnet de santé du patient informatisé. Via l'application DMP, le patient peut mettre ses propres informations et donne l'accès s'il le souhaite aux professionnels de santé. Son médecin traitant a accès automatiquement à son DMP. Le patient a totalement la maîtrise sur l'accès et l'enrichissement de son DMP.

Actuellement, en Seine-Saint-Denis, on compte 1000 DMP, 90 000 sont visés pour la fin d'année.

Pour l'Ile-de-France, on s'approche du million, et on compte 6 millions pour la France. L'objectif est d'atteindre 40 millions de DMP pour 2022. La même année, la carte vitale sera dématérialisée et accessible sur son smartphone.

Mme Bao Hoa DANG (Pilote MAIA 93 sur le territoire Nord): MAIA est un projet pour les personnes âgées. Ils sont dans la perspective de 2022, de fusionner avec les réseaux de santé dans un esprit de dispositif d'appui à la coordination. Ils devront alors disposer d'un numéro unique. Ils devront s'appuyer également sur la PTA et Terr-esanté avec un volet au niveau du dispositif de la coordination complémentaire.

Dr François WILTHIEN: Aux réunions de l'APTA, l'évocation a déjà été faite sur la confusion entre DMP et Terr-esanté. Un troisième numéro devrait arriver: les soins non programmés. Il va y avoir un vrai problème de réflexion et de communication. Avec l'arrivée de ces numéros, il semble important de ne pas ajouter de confusion.

3. Résumé des contributions des questionnaires

4. Bénéfices de la population sur la mise en place des CPTS, PTA

Dr Thierry GOMBEAUD : Dans un premier temps, il remercie les membres ayant pris le temps de répondre aux questionnaires. Les sujets soulevés sont :

- Les difficultés de prendre en charge des couples malades.
- Les délais d'accès aux professionnels de santé particulièrement en santé mentale et les médecins dans les EPHAD.
- Les problèmes de coordination entre les différentes structures
- Une concentration de spécialités sur des hôpitaux parfois très éloignés (la cardiologie à Avicenne et pneumologie à Aulnay-sous-Bois avec les difficultés de transport)
- Difficultés sur l'aspect économique et culturel
- Mise en place de la CMU et de l'AME
- Diminution du nombre d'antennes de la CPAM
- Difficulté d'obtenir une couverture, une mutuelle complémentaire suffisante.

Il regrette le peu d'intervention du médico-social sur ces questionnaires.

L'objectif est de s'assurer que les futurs dispositifs (CPTS, PTA...) vont pouvoir résoudre ces difficultés. Est-ce que la coordination entre ces structures est la solution?

M Jean-Claude LOCATELLI: Ils ont la chance de disposer d'un service nommé Crystale. Ils prennent alors attache avec des médecins locaux. Les pharmaciens s'occupent des piluliers. Ils fonctionnent "en autosuffisance avec des circuits pragmatiques" afin de palier à la baisse du nombre de professionnels.

Mme Bao Hoa DANG : Au sein de la MAIA, il y a des gestionnaires de cas, chargés de traiter des situations dites complexes. Ces personnes suivies doivent répondre à un certains nombres de critères fixés au niveau national, réduisant le champ d'intervention.

Parmi les difficultés ou complexités ressenties par les professionnels de santé en charge de ces personnes:

- Un tiers de ces personnes ont été à un moment donné en rupture de suivi médical (pas ou plus de médecin traitant)
- Plus de 40% ont refusé ces soins soit en raison d'un contexte familial ou liés à des difficultés d'autonomie fonctionnelle.
- Plus de la moitié de ces personnes ne sortent plus de leur domicile (généralement plus de 60 ans)
- 40 % présentent des situations de négligences au niveau hygiène (logement ou corporel)

Difficultés au niveau des aides ou de l'accès aux droits: 20% rencontrent des freins financiers.

Plus de la moitié d'entre elles vivent seules à domicile, jusqu'à un tiers d'entre eux n'a pas du tout d'entourage.

En raison des critères nationaux, ils doivent refuser une personne sur deux. Le dispositif d'appui à la coordination pourrait permettre d'outrepasser ces critères et pouvoir élargir leur champ d'intervention. Pour cela, il faudrait des moyens supplémentaires.

M Jean-Philippe HORREARD: Il y a quelques années, les dispositifs de réponse aux parcours complexes ont été mis en place de façon très ciblée. Les critères de gestion des cas complexes pour les MAIA sont particulièrement sélectifs. Une démarche méthodologique a été pensée pour les personnes

âgées en situation de dépendance mais aussi pour les personnes handicapées avec la MDPH et avec le dispositif zéro sans solution.

Le dispositif PAG (Plan d'accompagnement Global) a été créé pour les situations les plus complexes, pour enfants ou adultes handicapés sans solution. Il s'agit d'une démarche visant à trouver des solutions pour les parcours les plus complexes et de traiter les cas qui ne rentrent pas dans les critères. Les DAC, CPTS, PTA peuvent apporter une solution. C'est toute l'ambition du dispositif Ma santé 2022.

M Ababacar BA (Directeur adjoint à la santé Pierrefitte / coordinateur ASV/CLS): La ville de Pierrefitte est engagée dans une dynamique de réflexion pour la mise en place d'une CPTS. La problématique la plus fréquemment rencontrée est la déclaration de médecin traitant ainsi que le non-remplacement des médecins partant à la retraite. Sa patientèle est donc réorientée vers le CMS et allonge donc considérablement les délais de rendez-vous.

De plus, l'EPHAD de la ville *les Peupleraies* demande des temps de consultation d'un médecin traitant. Il y a une problématique de temps plein, de recrutement de médecin et sur la prise en charge des soins à domicile.

Dr Thierry GOMBEAUD : Terr-esanté sera de nouveau au cœur des échanges dans les prochaines séances.

La séance est close.

La prochaine plénière du CTS93 se déroulera le **mercredi 18 septembre 2019** à la CPAM de Bobigny – 195 avenue Paul Vaillant Couturier, à 14 heures.

ANNEXE

Liste des membres présents :

Titulaires :

Dr Thierry GOMBEAUD (Président),
M Pierre LAPORTE (Vice-président),
Dr Mardoche SEBBAG, Dr François WILTHIEN, Mme Joëlle MAURIN, M Jean-Claude LOCATELLI,
M Lucien BOUIS, Mme Catherine OLLIVET, M. Eric LEMERCIER, M Julien BORDRON.

Suppléants : M Lucien PETOT, M Mustafa OUAICHA, M Thomas CHASTAGNER, M Rémy CORNEC.

DD/ARS : M Jean-Philippe HORREARD

Invités :

M Olivier MARCOU
M Vincent BOISSONNAT
Mme Nathalie CHRISTOL-JEGOU
Mme Bao Hoa DANG

Coordinatrices/coordonateurs CLS-ASV/CLSM

M Jean MALIBERT (Directeur santé Pantin)
Mme Coralie CHANEL (Livry-Gargan)
M Ababacar BA (Pierrefitte-sur-Seine)
Mme Corinne LENORMAND (Epinay-sur-Seine)
Mme Déborah TOUATI (Epinay-sur-Seine)
Mme Frédéric NADOLNY (Stains)