

## COMPTE RENDU

### Conseil Territorial de Santé de la Seine Saint Denis

du mercredi 17 avril 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 :

- Les CPTS : état des lieux et perspectives départementales (M. Horrérard)
- Etat des lieux du projet santé mentale (Mme Albert)

***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/>***

## 1. Les CPTS : état des lieux et perspectives départementales (M. Horr ard)

**Mme Martine VIGNAUX** : Le coordinateur sera-t-il un professionnel de santé ou un administratif? Elle a assisté à la création de la CPTS de Pantin. Elle n'a pas compris la différence entre une intention d'une CPTS et les projets de la CPTS. Elle a été gênée par l'absence de projet alors que les statuts ont été signés. Comment différencier la création d'une CPTS sans mettre des projets clairs? Elle est troubl e par l'absence de cadre juridique. Même une association a un cadre juridique.

**M Jean-Philippe HORREARD** : C'est dans l'esprit de la loi, dans le cas contraire, on aurait reproché au législateur d'avoir une approche trop cadr e. Rien n'est imposé, on laisse une certaine liberté aux professionnels de santé de s'organiser comme ils le souhaitent. Concernant Pantin, c'est en cours de discussion, son périmètre est évolutif.

**M Jean MALIBERT** : La CPTS de Pantin est portée par les professionnels eux-mêmes, la ville se dégage de toute responsabilité. Ils ont tenté il y a plusieurs années, de monter un local de santé car la ville tentait d'imposer un cadre, d'imposer une forme juridique aux professionnels qui n'en voulaient pas. Au contraire, pour la CPTS les professionnels ont pu décider des statuts.

Elle n'a pas encore de lieu. La ville n'est là que pour s'emparer des demandes éventuelles des professionnels de santé, leur donner un écho particulier, résoudre avec eux, l'ensemble des questions posées. L'idée est de ne pas figer une structure et laisser une certaine liberté. A l'inverse, la ville a besoin d'un partenaire. Il vient du monde hospitalier où le comité médical d'établissement constituait un vrai partenaire dans les décisions. Pour la première fois dans une ville, il y a un ou des vrai (s) r f rent (s) sur l'ensemble des professionnels de santé médico-sociaux de la ville avec lesquels ils peuvent travailler.

Actuellement, ils travaillent sur l'ensemble des problématiques du futur contrat local de santé. Il sera signé par la CPTS. Il s'engagera dans une partie des axes retenus par ce contrat local de santé. Ces axes feront partis du projet de santé. Ce dernier se constitue au gré des rencontres avec les professionnels de santé partenaires. L'ensemble de ce projet sera présenté à la prochaine réunion de la CPTS. A présent, il y a un réel équilibre entre les professionnels de santé libéraux ou salariés et l'administration de la ville. Les professionnels de santé sont très sollicités et ont peu de temps pour animer ce type de structure. Ils ont besoin d'une logistique pour les souder.

Lors de leur rencontre avec l'ARS, il a été question de crédits de lancement et donc le poste de coordinateur a été mis en avant pour une période initiale de lancement. Celui-ci a-t-il vocation à être pérennisé ? La structure risque de ne pas tenir si on ne lui donne pas les moyens de se réunir, de coordonner les prises en charge, d'assurer les suivis, l'évaluation...

**M Jean-Philippe HORREARD** : Les coordinateurs ASV ont un savoir-faire qui pourrait être étendu sur ce type d'exercice. Il faudrait s'appuyer sur le savoir-faire du coordinateur de la CPTS de Paris 13, connaître son profil. Sur la question de la pérennisation de ces postes de coordinateur, tout dépendra des discussions en cours avec l'Assurance Maladie afin de faciliter les financements.

L'ARS est présente à travers le fond d'intervention régional pour financer le démarrage des CPTS dans leur mode d'exercice coordonnée. Cependant, la pérennisation du fonctionnement des CPTS ne pourra fonctionner qu'à travers un dispositif convention Assurance Maladie. C'est la seule manière pour que les CPTS disposent d'un poste de coordinateur ou plus, surtout à l'échelle d'une ville à 250 000 habitants.

**Dr Thierry GOMBEAUD** : Le coordinateur de Paris 13 est un kinésithérapeute. C'est le fondateur depuis 10 ans d'une telle opération qui à présent fonctionne.

**Mme Sophie ALBERT**: Cette absence de cadre semble être une nouvelle tendance notamment dans les CPT, les PTSM. Concernant la psychiatrie, ils doivent composer avec les maillages. Ils sont sectorisés, donc ils sont en face de GHT, par exemple. Ils ont alors des logiques de territoires différentes. Les différents acteurs ont des difficultés à tisser des liens en raison des logiques des divers acteurs, des couvertures territoriales, géographiques, de populations différentes. Les problèmes de cloisonnement et de financement persistent.

**Mme Manuela CHEVIOT**: Ces structures sont à l'initiative de professionnels de santé de ville. S'agit-il uniquement des libéraux ? Est-ce que des PMI peuvent être à l'initiative de ce type de dispositif ? Ils ont comme projet de mettre en place des parcours pour les femmes enceintes. Ils aimeraient coordonner des parcours avec des hôpitaux, des professionnels libéraux...

**M Jean-Philippe HORREARD**: Il est tout à fait possible pour une PMI ou un centre de santé municipal de participer à une CPTS voire d'en être à l'initiative. Tout dépend du projet autour de cette CPTS. Pourquoi pas une CPTS avec un projet de soins très axé sur la périnatalité. Néanmoins, il faut être vigilant sur les autres structures déjà présentes sur le même territoire afin de ne pas rendre illisibles les organisations sur le territoire. L'idée est d'avoir une cohérence populationnelle et territoriale. Il faut réfléchir ensemble à des modalités opérationnelles. Face à des contraintes populationnelles et territoriales, il faut éviter des microstructures.

**Pr Bernard PISSARRO** : De quelle manière les CPTS vont-elles être contributives du Projet Régional de Santé ? En particulier sur deux points: la réduction des inégalités et l'axe mettant les habitants au cœur des projets de santé. Or, dans ce projet, ils ne sont pas mentionnés.

**Mme Catherine OLLIVET** : Il est prévu des représentants des usagers dans les CPTS.

**M Jean-Philippe HORREARD**: En effet, dans les projets constitutifs des CPTS, il n'est pas précisé que ces structures doivent concourir à la réduction des inégalités. C'est un mode d'organisation dont l'objectif final est d'améliorer les parcours et de coordonner les professionnels de santé. L'objectif du PRS est effectivement de réduire les inégalités. La mise en œuvre du PRS à l'échelle locale prend la forme des contrats locaux de santé (CLS). L'articulation entre CPTS et CLS doit in fine contribuer à cette réduction des inégalités.

**Mme Nathalie NISENBAUM**: L'articulation avec les DAC (Dispositif d'appui à coordination) a bien été souligné, au niveau régional. Au sein des acteurs des futurs DAC, ils s'interrogent sur les modalités de cette articulation, notamment sur la coordination des parcours. Les émergences locales sur des problématiques de santé, l'accès aux soins, la prévention sont des enjeux importants notamment car ils ne sont pas "le cœur de métier" des futurs DAC. Néanmoins, sur la facilitation des parcours et les fonctions appuis, il faut faire attention à ne pas alourdir les procédures. Il faut mettre un point de vigilance extrême sur l'articulation, les fonctions d'appui au sein de la CPTS.

**M Jean-Philippe HORREARD**: PTA et CPTS n'ont pas les mêmes finalités. La PTA se définit par la coordination des parcours, au cœur des problématiques de l'utilisateur. La CPTS est au cœur de la problématique des professionnels de santé. Evidemment, ils vont coexister. Le coordinateur pourra être une porte d'entrée entre la CPTS et la PTA. C'est un dispositif au service des professionnels de santé.

**Mme Catherine OLLIVET** : Ayant assisté à la présentation du Directeur Général de l'ARS sur ce sujet, en CRSA, elle regrette l'absence de mention de la dimension populationnelle planchée. Il n'y aura pas selon elle 12 CPTS en Seine-Saint-Denis. Les CPTS ont intérêt à s'appuyer sur les CLS, qui ont une dimension habitant. Les CPTS ont une dimension professionnelle et donc avec des représentants des usagers et non pas des représentants des habitants. Il est prévu des limites de territoire. Le projet suggère fortement de faire des partenariats, organisés en structures. La CRSA s'interroge sur ces projets hétéroclites. Le DG a parlé d'une évaluation des intermédiaires, une expérimentation sur les soixante projets de la première année.

**M Lucien BOUIS** : Il met en garde sur une possibilité de dériver sur une carte médicale. Il faut se mettre d'accord sur les termes parcours de soins et parcours de santé. Une organisation des soins n'est pas forcément en lien avec l'état de santé d'une population. Il s'inquiète de la sectorisation des professionnels. Est-ce que cette coordination va servir?

**Mme Nathalie VICTOR** : Quelle sera la place des actions collectives ? Doit-il y avoir plus de prévention? Il y a aussi une vraie interrogation en matière de santé globale. Les CLS sont faits aussi pour agir sur les déterminants de la santé qui ne sont pas que l'accès aux soins.

**M Jean-Philippe HORREARD**: Le besoin d'une assistante sociale, d'une coordination avec le secteur social du département ou la Pass hospitalière peuvent se faire, tout dépend du projet de soins. C'est une question de cohérence de projet de soins. Les acteurs existent, il faut trouver les modalités d'articulation entre eux. Par exemple, les microstructures à Pierrefitte sont un projet de soins préventifs pour des personnes souffrant d'addictions. On y adjoint du temps de travail social pour que des médecins généralistes puissent mieux traiter la question de l'accès aux droits et aux structures de soins spécialisées. Cet exemple peut se décliner à l'infini selon la cohérence du projet et les populations. Beaucoup de professionnels de santé ne connaissent pas ou peu les réseaux MAIA par exemple. L'enjeu est de faciliter l'accès aux dispositifs d'appui à la coordination, aux réseaux existant.

**Mme Anne FESTA** : Dans le cadre de l'article 51, ils avaient répondu à plusieurs partenaires par l'IPECP (Incitation à une prise en charge partagée). Soutenus par le Ministère, pour pouvoir mener cette expérimentation partagée entre des acteurs: la Maison de Santé Pluridisciplinaire Myriam Makeba (Bobigny-Bondy), le CMS de Bondy, le Réseau territorial ACSanté 93 (cancer, maladies chroniques graves, précarité, accès aux soins), la Maia sud-ouest et les représentants des usagers UNAFAM 93. Ils sont partis sur cette expérimentation et au fur et à mesure que le cahier des charges s'est écrit, il a été fortement encouragé de donner une existence juridique à cette incitation à la prise en charge partagée ville-hôpital.

Pour y aboutir, 8 groupes de travail ont été mis en place, réunissant deux cents participants depuis le mois de janvier. Ensemble et avec l'aide de la MSP Myriam Makeba, ils ont co-construit un projet et de l'inscrire en tant qu'expérimentation pendant cinq ans, en créant une communauté professionnelle de territoire de santé. Les statuts ont été déposés très récemment à la Préfecture. Ils attendent leur reconnaissance officielle en tant qu'association. Le Président est un médecin libéral, la vice-présidente est le CMS de Bondy. Les professionnels de la ville de Bondy et de Bobigny ont travaillé ensemble.

**Mme Laure WALLON** : Il y a désormais un espace de travail en commun qui manquait au début des réflexions des transformations du site de Jean Verdier. Ils sont relativement optimistes car cela représente un outil qui devrait permettre d'avancer collectivement.

**M Pierre LAPORTE** : N'est-ce pas trop tard? Car certains professionnels de santé n'ont pas le temps de s'impliquer dans ces types de projet.

---

Est-ce que les CLS sont suffisamment porteur des préoccupations de la parole des habitants?  
Les CPTS seront créés par tranches d'habitants, (environ 250000), on arrive alors à un autre échelon territorial, les EPT (Etablissements publics territoriaux) qui n'ont aucune compétence en santé et sur lesquels il n'y a pas de CLS partout. Ils ne pourront pas s'appuyer sur un CLS, à moins d'en créer.  
Il y a 24 CLS sur 40 villes. Les CLS ont été construits à partir des questions de la politique de la ville, donc certaines villes ne sont pas concernées.

**Dr François WILTHIEN**: Une CPTS va s'occuper des parcours de soins et obligatoirement des parcours de santé. Jusqu'à présent, il n'y avait pas de résultat collectif, chacun travaillant de son côté. Les CPTS sont un outil pour les professionnels.

Une étude vient d'être publiée aux Etats-Unis, malgré l'augmentation du nombre de médecins traitants, la population s'accroît simultanément, les chiffres de la santé sont donc catastrophiques parce que les soins primaires ne sont pas assumés. Il ne suffit donc pas de mettre de l'argent, il faut trouver des outils permettant de décroiser. Or, l'âge moyen des professionnels de santé en Île-de-France est particulièrement élevé. Il faut faire un recueil des besoins par territoires.

## 2. Etat des lieux du projet santé mentale (Mme Sophie Albert)

**Mme Martine VIGNAUX**: Lors de la présentation, il a été fait mention de 20% d'augmentation de placements involontaires. Cela veut dire qu'auparavant, les patients étaient plus conscients de leur dérive psychiatrique et prenaient en compte leur désordre de manière précoce ? Pouvez-vous apporter des précisions ?

**Mme Sophie ALBERT**: Il y a tout d'abord un phénomène sociétal avec beaucoup plus de violences et donc les SDRE c'est-à-dire les placements à la demande du représentant de l'Etat augmentent également. C'est aussi une des conséquences de la stigmatisation de la représentation du fou très violent. Or, ils représentent moins de 2% des malades.

De plus, dans le 93, nous avons une population migrante qui a échappé pendant longtemps aux soins. Il n'y a pas d'autre solution que de placer ces personnes.

Par ailleurs, il y a une dérive liée à l'engorgement des urgences. Quand on ne sait plus comment faire avec des gens qui occupent, on fait alors un péril imminent. N'ayant pas réussi à joindre la famille, il n'y a pas de demande par le préfet, ni par la famille, la personne semble agitée donc on fait un placement d'office. C'est un des effets pervers de l'engorgement des urgences. Ils le dénoncent régulièrement.

Il y a une population au sein de Ville Evrard qui a changé et également une tension capacitaire qui amène des situations involontaires.

**M Pierre LAPORTE** : Il invite à prendre contact avec lui ou les services sociaux du Département afin de discuter de modalités d'action.

Pour la commune de Bondy, il y a en moyenne 100 rendez-vous et 120 appels par jours pour les assistantes sociales. Il y a des institutions qui ne répondent plus. Il faut que les hôpitaux ou les CPTS soient des portes d'entrée afin de faciliter les échanges et les démarches pour ces services.

Ils vont voter le schéma pour la protection de l'enfance, pour les enfants confiés à l'ASE. On s'aperçoit qu'un tiers de ces enfants ont un problème psychiatrique et il est difficile d'obtenir un rendez-vous dans l'année, contrairement à Paris, où ils ont 6 ou 7 rendez-vous. Il y a une pénurie totale.

Un tiers des jeunes majeurs qui sortent de la protection de l'enfance se retrouve sans domicile fixe. Il faut y ajouter les mineurs non accompagnés environ 2000 dans le département.

Il y a également les problèmes de toxicomanie où on ne trouve pas de solution, la police ne voulant pas s'en occuper malgré le suivi des CSAPA, interpellé l'hôpital pour les accueillir est compliqué.

**Mme Sophie ALBERT**: Il y a des liens de plus en plus étroits avec le Département grâce notamment aux groupes de travail dans lesquels ils ont participé. La MDPH est un peu plus accessible dorénavant.

Concernant la toxicomanie, c'est un véritable sujet. Ils vont essayer de monter un hôpital de jour d'addictologie. Néanmoins, l'addictologie et la psychiatrie ne sont pas forcément une même thématique même s'il peut y avoir des épisodes de décompensation psychotique à cause de la prise de substances.

Dans le 93, il y a le problème de la consommation de substances par les malades ou bien par les familles. Ce sont alors de véritables proies pour les trafiquants.

**M Daniel LAPIE** : La MDPH tente de rationaliser les places en IME, afin de mieux identifier les enfants sans solution. L'hôpital ne peut pas rentrer dans le même mode de fonctionnement que le médico-social. Il y a beaucoup de travail à faire au niveau de la coordination, d'ajustement entre l'offre hospitalière et l'offre médico-sociale pour ces enfants.

---

**Mme Sophie ALBERT**: Si les délais sont respectés, elle viendra à la rentrée présenter le diagnostic partagé. Par contre, les fiches actions ne seront prêtes pas avant juin 2020.

**Dr Thierry GOMBEAUD**: A la demande d'un membre du bureau, il y aura à la prochaine plénière un travail sur les EPHAD, présentation sur l'état des lieux, les principes de sécurité. Les membres sont invités à communiquer des interventions sur ce sujet pour le prochain bureau.

La séance est close.

La prochaine plénière du CTS93 se déroulera le mercredi 19 juin 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, Pr Bernard PISSARRO, M Jean-Claude LOCATELLI, M Gérard PERRIER, M Daniel LAPIE, M Lucien BOUIS, Mme Catherine OLLIVET, Mme Anne FESTA.

Suppléants : Mme Martine VIGNAUX, M Lucien PETOT, Mme Laure WALLON, Mme Sophie ALBERT, Mme Claudine PANNETIER, Mme Nathalie NISEMBAUM.

DD/ARS : M Jean-Philippe HORREARD

#### Invités :

Mme Manuela CHEVIOT  
Mme Nadia MECHEARD  
M Olivier MARCOU  
Mme Frédérique MOREAU (Clinique de l'Estrée)

#### Coordinatrices/coordonateurs CLS-ASV/CLSM

Mme Nathalie VICTOR (Directrice de santé Bagnolet)  
M Karim KHELADI (CLS-ASV-CLSM La Courneuve)  
M Jean MALIBERT (Directeur santé Pantin)