

## **COMPTE RENDU**

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

**du mercredi 28 juin 2017 - 14h00**

### **CPAM de Bobigny - salle de conférences**

*La liste des membres présents figure en annexe.*

L'ordre du jour est le suivant :

- Approbation du compte rendu de la plénière du 24 mai 2017
- Avis du CTS sur le PRS, dans l'état actuel des connaissances sur son contenu

*Participants : 25 (15 titulaires/10 suppléants)*

*Quorum : 46/22*

**Site dédié aux CTS :** <http://ct.sante-iledefrance.fr/seine-st-denis/>

Le Président ouvre la séance. Il invite l'assemblée à approuver le compte-rendu du 24 mai dernier, pour lequel aucune remarque n'est apportée.

### **Avis du CTS sur le PRS, dans l'état actuel des connaissances sur son contenu**

Le Président dresse les grandes lignes de la feuille de route, prévue par la ministre des solidarités et de la santé, Mme Agnès BUZYN, notamment la publication du PRS à avril 2018 et l'objectif principal d'articuler les plans régionaux de santé à la stratégie nationale de santé.

Il énumère quelques éléments qu'elle a soulignés :

- Enrichir l'ancienne version, notamment dans le champ de la prévention, avec un renforcement des actions et l'implication de tous les acteurs de terrain. Parmi les thèmes choisis, celui de l'obésité de l'enfant et toutes les maladies chroniques qui en découlent.
- Travailler dans le cadre de l'orientation stratégique avec comme date butoir, la fin de l'année.
- Remplacer les 4 schémas régionaux par un schéma régional unique, qui devrait proposer une vision unifiée des parcours des citoyens et des usagers par territoire.

Sa vision est que chaque territoire propose un schéma régional qui couvre l'ensemble de l'offre de soins, qu'elle soit hospitalière et ambulatoire de l'offre médico-sociale, intégrant la prévention et la promotion de la santé.

L'objectif principal, c'est la réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, et l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins. Une obligation pour les acteurs de terrain, de s'interroger sur les indicateurs de qualité et sur les résultats, et le souhait qu'ils travaillent sur les objectifs partagés. Dans ce contexte, la position du CTS est d'avancer sur les axes stratégiques en soumettant des propositions, puis de transmettre les orientations jugées prioritaires au niveau territorial.

Le Président, propose cette méthodologie pour le territoire de la Seine-Saint-Denis, avec la mise en place d'un calendrier, et en commençant par l'étude des thèmes prioritaires qui avaient été dégagés au cours du dernier bureau. Il invite l'assemblée à se prononcer sur cette ouverture, avant la mise en place définitive de ce PRS.

**M Pierre LAPORTE** approuve cette méthode. Il précise toutefois qu'avant de se positionner il faudrait comprendre l'articulation entre les orientations nationales et les axes stratégiques du PRS.

**Mme Anne FESTA** rappelle que lors de la mise en place du CTS, il avait été proposé de convier des « experts » du terrain, pour qu'ils présentent leurs actions et s'expriment sur les thématiques de ce PRS. Cette initiative donnerait une vision différente de celle du CTS.

**Dr Thierry GOMBEAUD** adhère à cette initiative. Il rapporte qu'une réunion est programmée avec les élus à la santé des communes, à l'initiative du docteur DELMONT-KOROPOULIS, élue à la santé à la ville d'Aulnay-sous-Bois. Une intervention qui va permettre d'aborder les sujets, puis une seconde initiative, qui est l'envoi d'une contribution de la fédération « Addiction ». Ces différentes actions pourront être commentées au bureau élargi du 12 juillet, et permettre de dégager quelques pistes.

Quelques pistes sont proposées, notamment l'obésité de l'enfant pour laquelle les activités associatives au niveau des écoles, sont tout à fait intéressantes pour faire émerger des priorités. Elle souligne l'intérêt d'intégrer l'ensemble des activités, la prévention d'une part, mais également les activités hospitalières et les activités de soins ambulatoires. Tout cela mérite d'être discuté au regard des spécificités que présente la Seine-Saint-Denis sur ces domaines hospitaliers, entre les GHT, les établissements privés et les CHU.

**M Jean-Philippe HORREARD** apporte quelques éléments de réponse, sur l'articulation entre le PRS et la stratégie nationale de santé. Cette stratégie nationale qui date de 2013, nécessite d'être réajustée par rapport aux nouvelles problématiques qui émergent. Sa publication prévue en novembre, décale d'autant celle des PRS à avril 2018. Elle va permettre un temps d'analyse et de concertation supplémentaires avec la CRSA et les CTS, y compris pour les annexes du PRS qui détaillent l'évolution des autorisations..

**Mme Marion AUBRY** (association Toupi) mentionne la sortie récente d'un document, « la Stratégie du Conseil de l'Europe sur le Handicap pour 2017/2023 », dont les éléments de stratégie selon elle, devraient être intégrés par la stratégie nationale.

Elle précise que les lieux de résidence dans lesquels vivent les personnes handicapées à l'écart de la société, ne sont pas seulement contraires aux droits de vie dans la société (article 19 de la convention de l'ONU), mais donnent souvent lieu à des violations des droits de l'homme parmi les plus graves commises en Europe.

Ces faits sont largement établis dans ce type d'hébergement, et sont les raisons pour lesquelles il est indispensable de les remplacer progressivement par des services de proximité. Il est fondamental que ce soit intégré dans le PRS et la stratégie nationale, ce qui n'est pas la démarche de l'ARS et des départements, puisqu'un appel à projet est en cours pour un FAM de 116 places, dont 50 places pour autistes et 66 places pour troubles psychiques.

**M Jean-Philippe HORREARD** rappelle que le plan handicap 93 plus élaboré, répond en partie aux injonctions, ou aux recommandations de la commission européenne sur ces sujets. La Seine-Saint-Denis a une problématique d'offre médico-sociale qui est reconnue, et qui a déjà été diagnostiquée à travers le précédent PRS. Néanmoins, cette problématique, sera un des axes prépondérant en termes de réflexions et d'accompagnements de moyens supplémentaires, dans le prochain PRS. Des efforts conséquents ont été faits à ce sujet pour accroître l'offre en Seine Saint Denis.

**Mme Catherine OLLIVET** rappelle qu'un bilan avait été réalisé pour le PRS<sub>1</sub>, dans lequel les chiffres des « sans solution » en Seine-Saint-Denis, avait été communiqués par l'équipe du handicap. Le PRS<sub>1</sub> avait déjà pour première intention la réduction de ces inégalités, et le nombre d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes sans solution.

Dans le cadre du PRS<sub>2</sub>, elle souhaiterait que le CTS obtienne des indicateurs, en particulier pour les « sans solution » identifiés sur le département.

**M Jean-Philippe HORREARD** précise qu'il existe environ 300 enfants dans le département, sans prise en charge conforme à leurs orientations par la MDPH.

La Seine-Saint-Denis connaît un taux d'équipements inférieur à la moyenne régionale en matière de structures médico-sociales, et une croissance démographique forte, notamment dans les tranches d'âge des jeunes.

Des efforts restent à faire au travers des réalités humaines et des trajectoires complexes. Il existe de nombreuses problématiques sur les prises en charge, des passerelles entre le sanitaire et le médico-social qui nécessitent d'être construites, des problématiques tarifaires toujours difficiles à contourner, pour lesquelles le PRS<sub>2</sub> apportera peut-être des réponses différentes.

Le 26 juin dernier, un débat sur la réponse accompagnée pour tous, a été organisé par la MDPH et le Conseil Départemental, à la Bourse du travail. Ce sont les suites du rapport Piveteau dit, « Zéro sans solution » publié en juin 2014. Il préconise un mode de prise en charge, qui est une méthode un peu similaire à celle de la MAIA. Ce procédé consiste à élaborer de façon très concrète des propositions de prises en charge à travers des plans d'accompagnement globaux et à travers des réunions de synthèse entre établissements et financeurs, afin de trouver impérativement des solutions pour des enfants ou des personnes handicapées qui sont aujourd'hui à domicile ou mal prise en charge

Il existe des centaines de cas concrets à traiter, à travers des modes de financements supplémentaires et des modes d'organisation qu'il va falloir revoir. C'est tout l'enjeu du débat du 26 juin, d'essayer de travailler avec les professionnels et les administrations. Il y a une réorganisation à revoir, pour sortir de ces prises en charge, qui aujourd'hui ne sont pas effectuées. C'est la réponse au conseil de l'Europe.

**Dr Thierry GOMBEAUD** revient sur la manière de faire remonter les préoccupations. La Ministre dans son intervention, propose que les travaux internes à l'administration utilisent les priorités de la feuille de route, ce qui veut dire qu'elles seront définies en dehors des territoires. Le résultat, est que l'impact de la remontée des territoires, risque d'être limité au travail préalable qui aura été déterminé. L'absence de diffusions des résultats issus des axes de travail, même s'ils ne sont pas finalisés, ne permet pas au CTS de connaître la direction dans laquelle il doit s'engager sur ces axes. Il propose, en deuxième partie de débat, de revenir sur les priorités et sur les axes de travail qui ont été dégagés au bureau précédent.

**Mme Sophie ALBERT** de son point de vue, ce qui pourrait être fait avant toute chose, c'est de produire des indicateurs qualitatifs et quantitatifs, et donner un argumentaire collectif sur le sous-équipement global de ce département. Il faut être simple, basique et synthétique, partager quelques chiffres clés qui seront répétés en boucle, partout où il le faut pour se faire entendre.

**M Paul LAMBERT** revient sur les chiffres qui sont fournis par la MDPH. Selon lui, le chiffre des 300 personnes « sans solution » est minimisé. Tout dépend comment sont faits les calculs. Néanmoins, les éléments de base pour la réflexion et les chiffres, sont connus.

**M Stéphane JUNG** (coordinateur du CLSM de St Denis) rebondit sur les données quantitatives dont on dispose, et insiste sur les dimensions qualitatives propres à la Seine-Saint-Denis. Ces mesures sont mises en évidence dans le document transmis aux membres du CTS, notamment la prévention et tout ce qui concerne les actions engagées à des échelons locaux. Elles touchent la santé sans être forcément portées par des acteurs du champ sanitaire, voire même du champ médico-social.

De son point de vue, il y a toute une richesse d'activités, d'actions, de projets, de réseaux qui sont d'ores-et-déjà plus larges que de simples réseaux sanitaires et médico-sociaux. Il y a un grand intérêt à pouvoir mettre en avant toutes ces dimensions beaucoup plus qualitatives, que toutes les interventions qui existent déjà. Elles seront nécessairement amenées à se développer compte tenu de ce qui a été dit, notamment sur la démographie médicale et la démographie de la population, c'est-à-dire penser des modèles de santé indépendamment des interventions sanitaires et médico-sociales, telles qu'ils sont pensés encore aujourd'hui.

**Mme Joëlle MAURIN** précise que la conférence de territoire à laquelle elle a participé durant les 5 années, est une véritable mine d'or à travers les CLS, au niveau des indicateurs spécifiques et ce qui se fait sur le département. C'est un travail qu'il serait intéressant de ressortir.

**Mme Nathalie JEGOU-CRISTOL** (coordinatrice ASV et CLS Montreuil) dresse quelques mots clés issus de la présentation, que l'on retrouve également dans les CLS et dans les évaluations, notamment les inégalités sociales et territoriales de santé, la prévention, le parcours de santé. Ce sont les approches par lesquelles l'évaluation des contrats locaux de santé est faite, que ce soient celles du processus et celles des effets.

Enfin, à propos des indicateurs et la remontée des problématiques, commençons d'abord par faire remonter les expériences déjà existantes en termes de coordination, telles qu'Alizée, les CLS, les CLSM, ainsi que l'approche qualitative sur l'aspect ascendant.

**M Pierre LAPORTE** revient sur les indicateurs. Ce sont des données qui sont intéressantes et pas toujours simples à obtenir. Elles peuvent provenir de plusieurs sources, les CLS entre autres qui délivrent beaucoup d'éléments, notamment des indicateurs sociaux et de santé. L'ORS, l'ARS ou la CPAM peuvent également fournir des données intéressantes. Il faut utiliser ces indicateurs, pour avoir une idée synthétique des problématiques fortes sur le département. Le tout, est de savoir comment faire.

**Mme Régine BECIS** (CPAM 93) précise que l'assurance-maladie a réactualisé toutes ses fiches villes, dans l'optique des CLS3. Elle a travaillé territoire par territoire, jusque dans le détail de la consommation de soins, de l'implantation démographique et de la démographie médicale.

Ces fiches sont diffusables soit à la demande des communes qui construisent leurs CLS3, soit dans le cadre des réunions de professionnels de santé ou avec les municipalités. Bien qu'elles ne soient pas toutes terminées, elles sont détaillées et permettent d'avoir une analyse très fine de la problématique par territoire, dans les communes. Elles devraient être émises avant la fin de l'année pour toutes les villes.

Concernant la participation de la CPAM, dans le cadre du PRAPS<sup>1</sup>. L'assurance maladie y est très impliquée, notamment pour le recensement sur les actions existantes, et sur toutes celles qui sont définies dans le cadre du PRAPS.

<sup>1</sup> PRAPS Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

**Dr Thierry GOMBEAUD** revient sur le document relatif aux 7 points proposés pour le PRS93, transmis aux membres du CTS et discutés lors du précédent bureau.

Le document proposait 7 points principaux, dont en dernier le budget pour lequel M HORREARD a précisé qu'il serait a priori constant, sur la base d'une allocation de ressources votée chaque année par les lois de financement de la sécurité sociale.

Le bureau a évoqué, qu'il fallait partir des éléments connus sur une réflexion transversale. L'obésité de l'enfant et, la prise en charge des aspects nutritionnels qui doit débiter à l'école, ont été pris en exemple. Il a semblé nécessaire de déterminer au niveau du territoire quelques objectifs prioritaires en ce sens. Cette question fait partie intégrante d'un grand nombre de CLS, le problème étant directement lié au niveau social de la population. Il propose de lancer le débat sur ce point, qui semble être considéré comme prioritaire par la Ministre.

### **● Une réflexion d'emblée transversale**

**M Pierre LAPORTE** précise qu'une réunion conduite par le CODES93 s'est tenue à l'Université Paris XIII, le 27 juin, au cours de laquelle ont été évoquées les problématiques Nutrition/Activités physiques en rapport avec le plan national nutrition. Des résultats de travaux « recherches actions » ont été présentés, sur les comportements des familles les plus précaires et les plus aisées, par rapport à la nourriture, côté culturel et côté social.

Plusieurs sujets se croisent, certains rejoignent les capacités psychiques des personnes à se reprendre en main, ou les compétences psychosociales des personnes sur lesquelles on travaille. Cela rappelle le débat sur les pathologies cardio-vasculaires de novembre 2014. Ces travaux pourraient être retravaillés et présentés au CTS.

**Mme Anne FESTA** ajoute que tout ceci, se croise avec des programmes d'éducation thérapeutiques sur l'obésité de l'enfant mais aussi l'obésité de l'adulte, c'est-à-dire, comment intégrer les croyances, la culture culinaire, l'activité physique adaptée et l'activité physique régulière. Ceci est en lien avec beaucoup de CLS, et une masse de travail où chacun peut apporter une contribution.

**M Stéphane JUNG** précise que ces expérimentations ont fait l'objet depuis plusieurs années d'évaluations, en particulier toutes les actions sport et santé qui ont été menées dans un quartier politique de la ville de St Denis, le quartier Floréal/Courtille, et d'évaluations sur l'impact de reprises d'activités physiques mobilisées à partir des acteurs de terrain, tels que des maisons de quartiers ou des parcours de santé installés dans le quartier.

**Dr Thierry GOMBEAUD** rappelle que l'objet de cette plénière, est d'enrichir les 7 éléments issus du document sur les propositions du PRS93 qui ont été travaillées par le bureau, et faire participer les réflexions du CTS93 au niveau régional.

**Mme Joëlle MAURIN** précise que durant les 5 années de la conférence de territoire, très peu d'élus y ont participé, hormis pour la présentation de leur CLS. Compte tenu de la mine d'or qui émane de ces CLS, il est fondamental de les amener à s'investir avec le CTS.

**Mme Annie DELMONT-KOROPOULIS** mentionne qu'en tant qu'élue à la santé et représentante des communes, elle a convié tous les élus du département à la santé, au handicap et à la dépendance, le 6 juillet à la mairie d'Aulnay-sous-Bois, pour constituer un groupe de réflexions sur les problématiques de santé, émettre des pistes de travail et trouver des solutions pérennes. La première étude sera la démographie médicale. La mise en commun de toutes les expériences, devrait permettre d'avoir une vision différente de ce que propose l'ARS.

**M Jean-Philippe HORREARD** renchérit en précisant que la loi santé propose un certain nombre d'outils, dont peuvent s'emparer les acteurs locaux, les élus etc. L'ARS est présente dans une logique d'animation territoriale, pour accompagner, faire émerger et comparer des initiatives utiles ou non, expertiser certaines situations, mais n'est pas force de propositions.

**M Paul LAMBERT** s'interroge pour les personnes dont les revenus ne sont pas constants, et pour lesquelles la nourriture est en relation avec ces revenus !

**Dr Thierry GOMBEAUD** rappelle que cet aspect nutritionnel avait déjà été évoqué en conférence de territoire. Les milieux favorisés sont certes moins impactés, le problème va au-delà des moyens financiers, d'autres configurations interviennent comme l'aspect culturel.

## ● **Le virage ambulatoire**

**Dr Thierry GOMBEAUD** rapporte que le virage ambulatoire est une réalité déjà existante, pour laquelle l'ensemble des tutelles semblent favorables à son développement. Néanmoins il subsiste plusieurs interrogations notamment :

- a-t-on les moyens techniques humains d'assurer sa mise en place ?
- a-t-on les moyens d'assurer sa pérennité, voire sa justesse à l'intérieur même des habitats inadaptés et, ou insalubres, compte tenu du problème démographique ? Comment la population va-t-elle assumer cette évolution ?

Il est regrettable que ce genre de thèmes ne soit pas explicitement verbalisé dans le PRS. Dans ce contexte, comment ce plan va-t-il participer à la résolution des problèmes que posera l'évolution hospitalière dans les années à venir !

**M Stéphane JUNG** revient sur les points prioritaires. Comme l'obésité, la question de la santé mentale est une dimension pour laquelle il est essentiel de mettre une focale, compte tenu de l'intrication des déterminants sociaux et socio-économiques sur l'arrivée des pathologies mentales, et sur les parcours de vie des personnes qui en sont atteintes.

**Dr Thierry GOMBEAUD** rappelle qu'il existe un groupe spécifique sur la psychiatrie au sein même du CTS, dont les travaux devront être présentés prochainement.

**Mme Catherine OLLIVET** revient sur le virage ambulatoire. Elle précise que l'ARS a organisé le 27 juin, un colloque sur la chirurgie ambulatoire.

Les progrès en chirurgie et en anesthésie, ont considérablement évolué. La problématique ce sont les 48 heures qui suivent une chirurgie, et qui souvent nécessitent une simple surveillance qui ne relève pas du cadre du budget sanitaire. Il s'agit du jeu entre un budget sanitaire resserré à sa stricte conception sanitaire, et les suites d'une chirurgie ambulatoire, sociale ou médico-sociale, et de savoir qui paye ?

**Mme Sophie ALBERT** enchérit sur la commission spécialisée en santé mentale, et précise qu'une réunion est prévue pour la rentrée.

Concernant le virage ambulatoire, outre les besoins humains et démographiques, il serait souhaitable de rajouter aussi la sécurité, qui est une problématique particulière dans le département. Ce sujet a déjà été évoqué au CTS. L'ambulatoire a des limites et n'est pas miraculeux. On en compte déjà 82% pour la santé mentale. Avec la pression démographique, nous ne pourrons pas baisser l'hospitalisation, pour augmenter l'ambulatoire.

Un autre malentendu, la tarification ambulatoire qui n'est pas suffisamment financée à hauteur de ce que cela rapporte. La chirurgie ambulatoire est complexe, dense à mettre en place et très mal subventionnée.

**M Jean-Philippe HORREARD** confirme qu'il existe bien une problématique de conséquences générée par l'ambulatoire qui n'est pas toujours financée. Pour le médico-social il existe des passerelles. En revanche, il n'est pas dans les missions de l'hôpital d'assumer les conséquences sociales du virage ambulatoire. Il importe en revanche de faire beaucoup mieux le lien avec ceux qui ont en charge des problématiques d'hébergement ou d'aides à domicile pour éviter le cas échéant des réhospitalisations. On peut aussi s'interroger, sur le fait qu'en Seine Saint Denis, le virage ambulatoire est moins important dans certains hôpitaux que par rapport à la moyenne des hôpitaux franciliens.

**Mme Joëlle MAURIN** rebondit sur l'intervention de Mme OLLIVET, et confirme que le transfert va être d'autant plus difficile, que les infirmières ou paramédicaux, n'ont pas d'actes de surveillance, dans leur nomenclature générale des actes professionnels. Ces actes, sont trop rarement obtenus par le biais du PRADO, qui se met très difficilement en place. Or, s'il n'y a pas d'évolution en la matière, il va y avoir rapidement un problème par rapport à l'ambulatoire, qui touche probablement aussi les médecins de ville.

**M Gorka NOIR** considère qu'il existe des disparités fortes entre les établissements en matière de virage ambulatoire, et qu'il est complexe dans le département qui présente une problématique sociale forte.

Certains établissements ont été pénalisés sur l'ambulatoire par des baisses massives de leur GHS<sup>2</sup>, alors même qu'ils avaient réalisé des efforts en termes de prises en charge. Il énumère quelques chiffres :

- › Chirurgie orthopédie, moins 10% en 2015.
- › Chirurgie viscérale (hernies inguinales et cholécystectomies) moins 15% au 1<sup>er</sup> mars 2016.
- › Chirurgie ORL moins de 8 % en 2017.
- › Chirurgie de l'obésité, moins de 8% pour les GHS au 1<sup>er</sup> mars 2017.

**Dr François WILTHIEN** confirme les 2 interventions précédentes, notamment le transfert de l'ambulatoire sur des actes de surveillance non inscrits dans la nomenclature. Il faut interpeller les professionnels, mais avant tout, faire un toilettage de ce qui va être maintenant de l'imputation des soins ambulatoires pour les pathologies chroniques. Ceci étant valable pour les paramédicaux, comme pour les médecins.

Les résultats pour la chirurgie ambulatoire sont plus que tangibles, il faut des résultats et des marges dégagées, et là encore il faut nettoyer les nomenclatures et développer des budgets.

**Mme Marion AUBRY** revient sur le financement d'une auxiliaire de vie pour la surveillance post-opératoire. Son inquiétude ne porte pas que sur le financement, mais sur la dispersion des responsabilités, et la surcharge administrative pour l'usager. C'est un constat qui est relevé dans le domaine du handicap, ou rien n'est intégré. Tout est cloisonné, le dossier MDPH est de plus en plus lourd à remplir, les certificats médicaux plus importants pour les médecins, et les délais d'instruction également plus longs. Tous ces paramètres font s'interroger.

**Dr Nathalie NISENBAUM** indique le paradoxe observé entre la diminution des 6 jours en MCO<sup>3</sup>, sans anticipation du retour à domicile, et le passage en SSR<sup>4</sup>. Elle a le sentiment d'un coût supérieur induit par le long passage en SSR qui suit un MCO, et se demande si cela est vraiment raisonnable !

Elle fait remarquer, que dans le domaine des soins palliatifs, on observe vraiment à quel point le passage en SSR est devenu quasiment systématique.

---

<sup>2</sup> GHS Groupe Homogène de Séjours  
<sup>3</sup> MCO Médecine, Chirurgie, Obstétrique  
<sup>4</sup> SSR Soins de Suite et de Réadaptation

**Mme Sophie ALBERT** précise qu'il faut avoir les moyens de regarder le taux de ré-hospitalisation. Si un passage en SSR finit par un retour à domicile, une EHPAD<sup>5</sup> ou un SLD<sup>6</sup>, il s'agit dans ce cas d'un parcours logique sur le plan de la charge financière. A contrario, si le patient est sorti trop vite de MCO et qu'il est prouvé qu'il y a une ré-hospitalisation dans une unité gériatrique aiguë ou du MCO, cela démontre l'échec. De son point de vue, on ne regarde pas assez souvent le taux de ré-hospitalisation, dans le parcours de soins.

**M Gorka NOIR** selon lui, il n'y a pas de passage systématique en SSR, la CPAM y est très vigilante, et les établissements sont mis sous accord préalable de manière assez régulière, lorsqu'il y a des abus de filière. En revanche, les séjours de SSR sont peut-être un peu plus longs qu'ailleurs pour des problématiques d'ordre social du fait qu'il n'y a pas la capacité derrière, à accueillir notamment en gériatrie, les patients sur des EHPAD ou dans d'autres structures.

**M Paul LAMBERT** insiste sur l'aide fondamentale à apporter aux aidants, qui est actuellement la grande problématique pour les familles.

**Mme Catherine OLLIVET** précise que pour ce problème de sortie de SSR, l'ARS va financer une expérimentation, pour octroyer une prise en charge totale d'un mois en EHPAD, afin de redonner de la fluidité aux SSR et permettre cette transition.

## ☉ **L'accès aux droits**

**Dr Thierry GOMBEAUD** indique que le bureau a évoqué que ce thème serait présenté dans le cadre du PRAPS, et déplorait le manque de documents concernant son évolution. Quid de la Tutelle à ce sujet ? Pour les professionnels de santé, l'accès aux droits est plus préoccupant que l'accès aux soins qui relève d'un problème de démographie médicale. Sur ce troisième point, il avait été également souligné, l'absence de la CPAM dans cette réflexion.

**Mme Régine BECIS** coordonnatrice régionale de l'assurance-maladie, précise que le document a été validé au matin en comité, et devrait être mis en ligne prochainement par l'ARS. Beaucoup de pistes ont déjà été définies sur les thèmes abordés en CTS, et particulièrement sur les publics en situation de précarité. Un état des lieux régional va déjà être effectué, poursuivi par une harmonisation des pratiques, afin que chaque usager soit traité de façon identique quel que soit son département d'appartenance, avec une simplification des modalités d'accès aux droits, tout en restant dans le cadre juridique.

Par ailleurs, des actions vont également être mises en place par rapport à certains publics, ça peut être de « l'aller vers » ou de la mise en commun des outils, qui peuvent aider les aidants. Pour exemple, la mise en place d'une plateforme d'appui, la PFIDASS<sup>7</sup>, qui va permettre à des personnes de repérer tout individu sans droits et de le signaler à cette plateforme, afin que sa situation soit réglée dans les 3 jours. Ce système est en place sur 20 caisses d'assurance maladie, dont le Val d'Oise depuis un an, et devrait se généraliser courant 2018, y compris en Seine-Saint-Denis.

D'autres actions sont menées, notamment la ligne urgence précarité, qui pour l'instant est ouverte aux médecins généralistes et aux pharmaciens, à ne pas confondre avec la plateforme 3646. Cette ligne permet aux professionnels de santé qui repèrent une personne sans droits, d'appeler l'assurance-maladie pour une prise en charge immédiate n'excédant pas 3 jours.

Des solutions au niveau régional sont envisagées, qui existent déjà pour la Seine-Saint-Denis. Elle propose si le CTS le souhaite, d'alimenter une réflexion sur l'état des lieux des partenariats et des dispositifs mis en place sur le département.

<sup>5</sup> EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

<sup>6</sup> SLD Soins Longues Durées

<sup>7</sup> PFIDASS Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé

**Dr François WILTHIEN** précise qu'il siège à la CPAM93, et qu'il a demandé que soit réactivé le 3646 et d'en informer tous les médecins. La CPAM a organisé une présentation dans laquelle elle indiquait qu'il y avait 2 réunions par mois pour une quinzaine de dossiers.

**M Mustafa OUAICHA** (Administrateur à l'union départementale des associations familiales), soulève 2 interrogations :

→ **L'adaptation des logements**. Trop de personnes sont envoyées de l'hôpital vers leur domicile, alors qu'il n'est pas vraiment adapté à une prise en charge en ambulatoire. C'est un véritable problème. Il faut prendre le temps si le logement n'est pas adapté, avant de décider la mise en place d'un suivi ambulatoire.

→ **La présence des aidants familiaux**. Sortir rapidement de l'hôpital, implique une disponibilité pour les aidants, ce qui n'est pas toujours le cas. Il faut par conséquent en avoir conscience et s'assurer avant tout, qu'ils puissent le faire, et qu'ils le souhaitent. Se dire que l'ambulatoire reviendrait moins cher, et placer rapidement les personnes chez eux sous prétexte qu'on a besoin d'une surveillance et pas forcément de soins, soulève d'autres problématiques. Ce sont 2 points fondamentaux à prendre en compte.

**Pr Bernard PISSARRO** revient sur l'ouverture des droits, issue du PRAPS. Le système est extrêmement compliqué et nécessite des investissements considérables. Une étude économique sur le coût de la facilitation d'ouvertures des droits, démontrerait probablement le montant important qui serait économisé. De son point de vue, une simplification des droits serait plus bénéfique.

**Mme Régine BECIS** précise qu'il y a quand même eu un progrès avec la mise en place en janvier 2016, de la couverture PUMa<sup>8</sup> qui a simplifié les formulaires et les conditions d'accès qui n'ont pas été limités dans le temps. Ce qui est complexe, c'est tout ce qui est complémentaire, et qui ne dépend pas que du domaine de l'assurance maladie.

## ④ **La prévention**

**Dr Thierry GOMBEAUD** rappelle que le bureau du CTS s'interroge sur l'absence du caractère transversal du PRS en l'état actuel de ses travaux. Les âges de la vie, les pathologies ne sont pas mis en évidence, tous comme les éléments sociaux qui sont touchés par ces questions. Quels sont donc, les éléments qui mettront une spécificité Seine-Saint-Denis, sur l'abord de ce sujet ?

**Mme Marion AUBRY** aborde la prévention, dans le domaine du handicap et de l'autisme en particulier. Le fait de laisser trop longtemps se développer les troubles du comportement, finit par aboutir à un recours à la psychiatrie. L'idée aujourd'hui de l'ARS, est de développer les unités renforcées pour accueillir les personnes qui présentent des comportements « problèmes ». Il existe l'USIDATU<sup>9</sup>, qui n'est qu'une solution temporaire.

Le problème est de savoir vers qui renvoyer la personne, d'où l'idée de créer des unités renforcées pour l'accueillir ensuite. Or, on constate une forte demande des associations gestionnaires d'établissements, pour l'obtention de moyens renforcés, et permettre d'accompagner durablement la personne sur son lieu de vie, lorsque surviennent des comportements « problèmes ». Les budgets supplémentaires ne sont accordés que de façon temporaire. Plutôt que de se renvoyer les uns les autres le problème, il faudrait peut-être réfléchir à des renforcements ponctuels des moyens.

<sup>8</sup> PUMa Protection Universelle Maladie

<sup>9</sup> USIDATU Unité Sanitaire Interdépartementale d'Accueil Temporaire d'Urgence

**Mme Sophie ALBERT** aborde 3 points :

♦ **La radicalisation.** Ce processus est d'ordre sociétal. Il est fondamental de savoir où commence la prévention, afin d'éviter de rejeter la faute de ne pas avoir su prévenir le mal, sur les docteurs, les travailleurs sociaux, les psychiatres, les psychologues etc. Néanmoins, il y a d'autres déterminants.

♦ **Les migrants.** Il s'agit d'un sujet de prévention propre à la Seine-Saint-Denis. Des personnes arrivent dans des états sanitaires psychologiques, voire psychiatriques très délétères. Face à ce problème pour lequel nous sommes démunis, il existe des appels d'offres et des moyens qui proviennent du Ministère de l'intérieur, vers lequel il faut s'orienter pour obtenir des moyens d'accueil ou des techniques d'interprétariat. Le problème d'une prévention assez large, va se poser pour ces populations qui arrivent.

♦ **Le dépistage et la prévention.** L'interrogation est de savoir si l'on a les moyens de faire très tôt du dépistage et de la prévention. Nous n'avons pas tout à fait les ressources pour avoir des équipes mobiles, notamment en santé mentale, même en travaillant avec les CLSM<sup>10</sup> etc. Tout est fait pour ne pas avoir des listes d'attente dans les CMP ou CMPP, mais cela n'est pas suffisant. C'est un vrai problème de prévention primaire, notamment pour la santé mentale. Puis ensuite, après le dépistage, il faut éventuellement des moyens médico-sociaux pluridisciplinaires de maintien à domicile etc, que nous ne maîtrisons pas non plus. Ces sujets sont importants.

L'interrogation est de savoir, où commence et où s'arrête la prévention, et avec quels moyens et maillages nous pouvons intervenir.

**M Daniel GARNESSON** du comité départemental des personnes âgées, évoque l'annonce du Ministère pour l'obligation de 11 vaccins. On a pu constater depuis de nombreuses années les effets bénéfiques des vaccinations, et des vaccins en général, néanmoins il a une limite à cette obligation et à cette généralisation, c'est la massification. C'est un domaine sur lequel il faut garder un certain recul, et préserver le principe fondamental de la liberté de chacun. Tous les vaccins ne pourront pas être imposés, à toute la population.

**M Stéphane JUNG** revient sur la santé mentale et les questions de prévention. De son point de vue il est important pour la prévention primaire, que le conseil spécialisé en santé mentale, et les travaux qu'il engage au travers de ses groupes de travail, reconnaisse aussi toutes les actions qui sont menées par le corps social ou par les associations de quartier, ainsi que tout ce qui attire aux compétences psychosociales chez le jeune enfant, l'adolescent etc. Ce sont des déterminants importants pour la bonne santé mentale, et des actions qui sont menées par des professionnels hors des champs sanitaires, médico-sociaux et médicaux.

Il y a un enjeu très grand à ce que ce conseil spécialisé, donne une forme de légitimité à ces actions, par la prééminence symbolique que ces professions continuent à avoir sur les questions de santé, et un pas très important à faire à partir de tout ce qui est expérimenté dans le département.

**Mme Anne FESTA** précise qu'au-delà des initiatives souvent associatives, il existe depuis 7 ans sur l'université Paris VIII, le diplôme des pairs-aidants en santé mentale, qui devrait arriver en FAC de médecine à Paris XIII. L'université a également tout un aspect « actions recherches » sur l'insertion et la création de nouveaux métiers en santé mentale dans le département. Ce sont des actions qui méritent d'être valorisées avec les 2 doyens.

---

<sup>10</sup> CLSM Conseils Locaux en Santé Mentale

**M Paul LAMBERT** rappelle que la prévention commence déjà à la naissance, et à l'école. Il s'interroge à ce titre, si l'éducation nationale est présente au CTS, car il est fondamental qu'elle participe à l'établissement de ce PRS.

**Mme Martine ROCHE** infirmière et conseillère technique auprès de la direction académique, rappelle que l'éducation nationale participe au CTS, et précise qu'il y a 260 infirmières scolaires, qui font que le département est le 1<sup>er</sup> de France (ratio élèves/infirmières), et le 2<sup>ème</sup> au niveau du nombre d'infirmières.

**Dr Thierry GOMBEAUD** relève 2 points qui ressortent, la santé mentale, et la prévention de la santé au travail qui n'a pas encore été abordée, et qui va devoir être développée dans le document qui sera transmis à l'Agence

**M Pierre LAPORTE** rappelle qu'avant les écoles, il y a les réseaux de médecins généralistes, les pédiatres, et la PMI qui est un des secteurs sensibles. Concernant les vaccinations, avant d'en arriver aux 11 vaccins obligatoires, il faudrait déjà arriver à faire celles qui sont indispensables. Il n'y a plus de vaccins pour la tuberculose, la rougeole, la rubéole, du fait que les laboratoires pharmaceutiques ne fournissent plus. Plusieurs raisons sont à l'origine de ce problème, soit que la production est effectuée à l'étrangers, soit que les chaînes ne fournissent pas assez, soit qu'il y a des anomalies sur les productions etc. Le département n'effectue que 50% des vaccinations, alors que 80% sont indispensables. Nous sommes dans une situation à risques, par conséquent avant de parler des 11 vaccins, faisons déjà ce qui est nécessaire aujourd'hui.

**Mme Joëlle LAUGIER** rappelle qu'elle a fait parvenir une contribution sur les addictions, et précise que la prévention s'intègre totalement sur ces questions.

**Dr Thierry GOMBEAUD** ajoute que les maladies infectieuses sont un fléau mondial qui a été en partie vaincu, mais qui de façon totalement aberrante n'est pas pris en considération, en France, à cause de réticences non fondées scientifiquement. Cela constitue un problème de santé publique majeur. Ces concepts ne peuvent être maîtrisés que par l'éducation pour la santé auprès de l'ensemble de la population. Pour rappel, à Formose en république de Chine, le cancer du foie a disparu, alors qu'en France il touche 4000 personnes par an.

**Mme Nathalie JEGOU-CRISTOL** rappelle que sur la question de la prévention et la problématique de la santé mentale, ont été aussi abordées les questions d'habitat et de logement, les déterminants de la santé, l'approche globale, la santé dans toutes les politiques publiques, et lorsque l'on parle du renforcement de la place des acteurs de terrain, il faut aussi savoir comment élargir cette notion, sur les acteurs autres que socio-sanitaires de l'urbanisme et du logement, et la question des transports.

**Dr François WILTHIEN** rapporte quelques informations sur la vaccination. Actuellement en Europe, en Allemagne, en Autriche, en Angleterre, aux Pays-Bas, en Suisse, en Espagne, en Finlande, en Islande, au Luxembourg, en Norvège et en Suède, l'obligation vaccinale a été levée. Néanmoins, dans ces pays, les gens se vaccinent.

Les laboratoires producteurs se plaignent de la complexité du sujet vaccinal en France. Ils proclament qu'ils serviront lorsqu'ils en auront, en priorisant ceux qui se vaccinent. Dernièrement encore, à l'ARS il a été tenté de trouver notamment pour le 93, une solution pour le BCG. Bien que l'on sache ce que l'on doit à ce vaccin, il subsiste encore des zones de non vaccination. Respecter la liberté de chacun est une chose, mais respectons avons tout, le droit de vivre.

**Mme Sophie ALBERT** ajoute qu'il existe un autre vaccin dont on parle peu, celui contre le papillomavirus. Une étude sur le sujet a été faite en Australie. Ce vaccin a maintenant énormément de recul, et le cancer du col de l'utérus est en train de régresser de façon spectaculaire. Que cette immunisation laisse encore dubitatifs un certain nombre de parents, est incompréhensible quand on sait à quel point le papillomavirus est répandu.

Ce problème se répercute aussi sur la santé au travail. Il est impensable de voir aujourd'hui certains personnels refuser le vaccin contre la grippe, quand on connaît les risques encourus vis-à-vis des patients. Même chose en pédiatrie. Il y a quelques années encore on se vaccinait contre l'hépatite B, or aujourd'hui, des médecins du travail se retrouvent en difficultés, parce que certains personnels exposés au sang, refusent les vaccins. Ces situations sont gravissimes face au problème majeur de santé publique que représente la vaccination.

**M Mustafa OUAICHA** aborde la question des déterminants de santé. La santé a des dimensions individuelles, collectives, psychosociales, environnementales, écologiques, liées à l'emploi et aux risques psychosociaux. Par rapport à cela, aborder la prévention en Seine-Saint-Denis, c'est aborder aussi le fait que la prévention, c'est 4 dimensions :

♦ **Une dimension primaire**, qui s'adresse à des personnes qui n'ont jamais été confrontées à des facteurs de risque. Ça marche très bien auprès des enfants.

♦ **Une dimension secondaire** par rapport à des personnes qui ont déjà été confrontées aux différents déterminants, aux différents facteurs de risques, et qui ont présenté les premiers signes d'une pathologie.

♦ **Une prévention tertiaire** pour des personnes déjà malades, afin d'éviter l'aggravation de la pathologie, éviter des conséquences néfastes, et stabiliser éventuellement son état.

♦ **Une prévention quaternaire** qui concerne l'accompagnement de fin de vie, et les soins palliatifs.

Ces 4 dimensions doivent être abordées dans leur globalité par rapport à notre département. Penser prévention, c'est penser sur chacune des étapes avant la confrontation aux facteurs de risques, une fois qu'on y est confronté, une fois qu'on est malade, et également lorsque les soins ne permettent plus de guérir, mais qu'il faut accompagner jusqu'au bout.

## 🕒 **Le soutien aux aidants**

**Dr Thierry GOMBEAUD** rappelle qu'il y a 2 façons d'aborder le sujet, les familles et les associations, les 2 pouvant se mélanger. Ce sujet est d'autant plus crucial avec les problèmes linguistiques, d'habitat etc. Le bureau a souligné l'obligation de ce qu'on appelle « le droit au répit », le soutien aux familles en termes financiers et en termes de formation, et l'adaptation des locaux. Ces éléments cruciaux rejoignent la problématique du virage ambulatoire. L'interrogation est de savoir comment mettre en évidence l'obligation de ce soutien, et son développement sur notre département.

**Mme Marion AUBRY** précise qu'il s'agit de problématiques plutôt nationales. Payer 5€ en PCH<sup>11</sup> à un aidant familial, plutôt que 17€ à un service d'accompagnement, revient évidemment moins cher. En France, c'est un parent qui fait le travail de 6 assistants de vie, alors qu'en Suède où ils sont également confrontés à des problèmes de budgets, le système des assistants de vie est beaucoup plus développé. Néanmoins, sur la PCH, le département fait des efforts et essaie au maximum d'accompagner les personnes, mais on reste néanmoins dans un cadre réglementaire extrêmement restreint. Une étude sur le sujet a été menée par l'IGAS, dont les résultats n'ont pas été communiqués. La CADA a été saisi pour en obtenir les conclusions.

<sup>11</sup> PCH Prestation de Compensation du Handicap

## ⑥ Les critères d'évaluation

**Dr Thierry GOMBEAUD** rappelle que les indicateurs ont été abordés sur chacune des étapes, ils vont être un élément fondamental de l'évaluation du PRS. Il va falloir les proposer, en s'appuyant notamment sur le travail des contrats locaux de santé. Un avis affiné, va pouvoir être communiqué à l'Agence sur la base de ce qui a déjà été défini au bureau précédent, et au CTS de ce jour. Les aspects santé au travail et santé mentale, doivent y être additionnés. Les problèmes sur la démographie, n'ont pas été évoqués dans le document, c'est une décision volontaire. Cela semble difficile pour l'Agence d'envisager des réponses régionales, c'est beaucoup plus complexe. Néanmoins, il faudra le citer à un moment ou à un autre.

**Mme Nathalie JEGOU-CRISTOL** revient sur la question des problématiques de démographie. Sur Montreuil notamment, beaucoup de coordinateurs ASV et CLS se mobilisent pour apporter un soutien, soit en effectuant des remplacements de médecins partant à la retraite, soit du maintien de professionnels de santé dans des quartiers politiques de la ville démunis. Il y a un enjeu d'évolution du cadre légal et réglementaire à apporter. Par ailleurs, quid des aides apportées, pour 3 ou 4 médecins qui souhaitent rester dans un quartier, en se regroupant dans une structure qui n'est pas une maison de santé ? A ce jour, il y a un vide total et pas de financements à la clé. Dans ce contexte, comment les communes peuvent accompagner ces médecins qui souhaitent rester dans des quartiers où il n'y a personne ? Il y a un problème immobilier par rapport à la mise en place de ces structures.

**M Stéphane JUNG** intervient sur 2 point :

♦ La question immobilière. Elle recoupe la question de l'attractivité des territoires. C'est un marché. Il existe aujourd'hui un déséquilibre important entre l'offre et la demande, et de fait, un grand risque de voir nos territoires rentrer en compétition les uns avec les autres, en termes d'attractivité. Le travail que les élus à la santé sont susceptibles d'engager sur ce département, est très important, parce qu'il y a un enjeu majeur à pouvoir réguler ces mécanismes de marché qui sont d'ores et déjà défavorables à la Seine-Saint-Denis. Si de surcroît, il y a des compétitions qui s'organisent entre villes, le tableau risque d'être très sombre.

♦ L'aide aux aidants. Les modèles familiaux ont évolué considérablement. Nous sommes actuellement dans des modèles de familles recomposées, ce qui rend la question d'autant plus aigüe. Ces recompositions fragilisent d'autant plus la possibilité d'être soutenant tout au long de la vie, quand cela est nécessaire. Il y a un enjeu majeur, à pouvoir valoriser toutes les actions collectives, notamment celles d'associations, de collectifs, de groupes, ou des personnes elles-mêmes qui s'auto-organisent pour faciliter leurs accès aux droits. Il existe aussi le modèle des GEM<sup>12</sup>. Il est fondamental que le CTS, et les professions des champs de la santé, reconnaissent ces démarches comme essentielles au bien-être des personnes. Il faut penser ces nouveaux modes d'intervention d'accompagnement, de soutien des personnes, et de renforcement du mieux-être des personnes malgré la maladie.

**Pr Bernard PISSARRO** revient sur l'évaluation. Il souhaite que le CTS plaide sur des évaluations qualitatives, qui sur bien des points sont beaucoup plus supérieures. Pour exemple l'évaluation qui a été faite sur la mortalité infantile, dans le département, issue du projet RÉMI qui présente 2 volets, un épidémiologique très qualitatif, et l'autre socio-anthropologique qui a apporté des éléments incontournables et irremplaçables.

---

<sup>12</sup> GEM Groupe d'Entraide Mutuelle



Il souhaite que l'on ne se borne pas à accumuler des indicateurs, mais plutôt essayer d'aller plus en profondeur sur un certain nombre de sujets, afin de mieux comprendre ce qui se passe, et surveiller les évolutions qui sont nécessaires.

La séance est close.

La prochaine réunion sera un bureau élargi à tous les membres du CTS93, le mercredi 12 juillet 2017 à la DD93 – 5-7 Promenade Jean-Rostand à Bobigny

## **►ANNEXE**

### **Liste des membres présents :**

#### *Titulaires :*

Dr Thierry GOMBEAUD (Président),  
M Pierre LAPORTE (Vice-président),  
M Gorka NOIR, Mme Chérifa TALEB, Mme Joëlle LAUGIER, Dr Mardoche SEBBAG,  
Dr François WILTHIEN, Mme Joëlle MAURIN, M Paul LAMBERT, Mme Catherine OLLIVET,  
M Daniel GARNESSON, M Gérard PERRIER, Mme Annie DELMONT-KOROPOULIS,  
Pr Bernard PISSARRO, Mme Anne FESTA

*Suppléants :* Mme Sophie ALBERT, Mme Martine ROCHE, Dr Nathalie NISENBAUM,  
Mme Evelyne MARCHAS, M Mustafa OUAICHA, M Lucien PETOT, Mme Marion AUBRY,  
M Thomas CHASTAGNER, M Rémy CORNEC, Mme Evelyne COUDE

*DD/ARS :* M Jean-Philippe HORREARD, M Cédric LAPERTEAUX

#### *Invités extérieurs :*

Mme Manuela CHEVIOT (Cheffe de service adjointe PMI93), Mme Régine BECIS (CPAM 93),  
Mme Myriam SZPEKER (CAF93)

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

Mme Nathalie JEGOU-CHRISTOL (CLS-ASV Montreuil), M Stéphane JUNG (CLSM Saint-Denis)