

COMPTE RENDU

Conseil Territorial de Santé de la Seine Saint Denis

du mercredi 20 septembre 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 28 juin 2017
- Point sur la modification des dotations favorisant l'installation des médecins dans le département
- Point sur la santé au travail
- Point sur le virage ambulatoire

Participants : 30 (23 titulaires/ 7 suppléants)

Quorum : 45/25

(1) Cf documentation adressée aux membres du CTS

(2) Cf documentation accessible sur le site dédié aux CTS : <http://ct.sante-iledefrance.fr/seine-st-denis/>

Le Président ouvre la séance. Il rappelle que le bureau réuni le 13 septembre, a validé une motion, relative à la non-publication de l'arrêté sur la modification des dotations, favorisant l'installation des médecins dans le département et sur toute l'Ile-de-France, avec la demande de transmission, à l'ARS, à la CRSA et à la DGOS. Il cède la place à M Jean-Philippe HORREARD, délégué départemental de la Seine-Saint-Denis, pour étayer les bases sur lesquelles ces modifications non encore publiées, ont été proposées.

Modification des dotations favorisant l'installation des médecins dans le département (1)

M Jean-Philippe HORREARD rappelle que la réforme consiste à déterminer un nouveau zonage à l'échelle nationale, dit ambulatoire, qui conditionne des aides à l'installation pour la médecine libérale.

Ces aides à l'installation sont identifiées de deux manières :

- ❶ L'une relative à l'application de la nouvelle convention assurance-maladie, en 2016, qui prévoit des aides versées par l'assurance-maladie, permettant l'installation dans des cabinets de ville, à hauteur de 50 000€.

② L'autre prévue par le FIR¹ de l'ARS, qui permet de bénéficier, notamment à des étudiants en médecine des rémunérations durant leurs études, sous condition d'aller s'installer dans des zones dites déficitaires en professionnels de santé.

Jusqu'à présent, ce régime était à la main des ARS, chacune ayant déterminé dans son SROS ou dans son PRS, une cartographie de toutes les communes de la région déficitaires ou fragiles éligibles à ces aides.

A ce jour, les communes déficitaires ou fragiles notamment en Seine-Saint-Denis étaient déterminées par un certain nombre de critères, entre autres la quotité de médecins par habitant dans une commune, et le niveau IDH₂ « indice de développement humain » qui partait du constat que plus les populations sont dans un niveau de vie insuffisant, plus l'accès aux soins est compliqué, d'où la nécessité d'inciter les médecins à s'y installer.

La loi santé 2016 a prévu un nouveau zonage à l'échelle nationale, à la main du Ministère, pour l'élaboration d'une méthodologie de détermination des zones fragiles éligibles aux nouvelles aides.

Celle-ci est plus complexe avec de nouveaux critères proposés. Elle est fondée sur une approche dite d'accessibilité à l'offre de soins, à savoir que plus vous êtes proche d'un hôpital, d'un service d'urgences ou d'un cabinet de ville, plus la fragilité est relative en termes d'accès aux soins.

L'état d'esprit de cette réforme, à l'échelle nationale, était plutôt de privilégier les zones semi-rurales présentant une densité de médecins insuffisante, mais pour lesquelles le temps d'accès en véhicule à un service hospitalier ou autres, est plus long.

En termes de méthodologie, on distingue 2 sélections :

- ① Une première liste de communes à l'échelle nationale sur lesquelles on ne peut déroger.
- ② Une autre catégorie à la main des ARS, en fonction de certains critères jugés localement comme étant nécessaires, et permettant de proposer des communes en installation.

Une subtilité s'ajoute, certaines communes sont proposées pour le zonage assurance-maladie, d'autres pour le zonage ARS. Cela distingue le niveau des aides, le zonage ARS étant moins intéressant que celui de l'assurance-maladie, pour des raisons d'incitation à l'aide, et les 2 pouvant se cumuler.

Il y a quelques mois, quasiment aucune commune du département ne faisait partie de la sélection nationale, les critères d'accessibilité en zone urbaine dense n'étant pas retenus dans cette sélection. L'ARS Ile-de-France, a fait un certain nombre de propositions compte tenu de la concentration médicale de la Seine-Saint-Denis, où l'on constate que certaines communes présentent une densité inférieure à 50 médecins pour 100 000 habitants, contre 250 sur certains arrondissements de la capitale. Face à ces inégalités territoriales, des indicateurs de densité ont été réintroduits, permettant de proposer des communes du département considérées comme particulièrement défavorisées en nombre de médecins.

Nous sommes aujourd'hui, sur un dispositif coexistant et sur une problématique d'équité à l'intérieur de la région et du territoire national.

La problématique aujourd'hui est posée, elle a été remontée à travers les motions évoquées et un certain nombre de courriers d'élus, afin que soit corrigé le système dans ses modalités d'appréciations locales.

L'ARS a obtenu quelques dérogations, notamment par rapport à certaines communes sensibles. Sa position actuelle est de tenter d'en obtenir une sur la sélection « dite nationale », qui pour l'instant est intangible. Les discussions sont en cours, et à ce jour l'arrêté de publication du zonage ministériel, n'est pas publié.

¹ FIR Fond d'Intervention Régionale

L'importance est de trouver les voies et moyens, pour mieux prendre en compte les critères de précarité, dans des quartiers où le recours aux urgences hospitalières, augmente de 15% par an, voire dans des quartiers où les effecteurs mobiles du SUR ou de SOS médecin, sont en constante difficulté pour pouvoir répondre à la demande. L'ARS poursuit le dialogue à limiter la désertification médicale. La motion du CTS exprime le point de vue du bureau, celle de la CRSA un peu plus distincte, va néanmoins dans le même sens.

Dr Thierry GOMBEAUD remercie M HORREARD pour sa présentation. Il insiste sur le fait, que l'Agence a tenté de limiter les préjudices que cet arrêté non encore publié pouvait engendrer. Les critères qui y sont énoncés sont totalement incompréhensibles, et se limitent aux aspects financiers de l'installation qui est loin d'être le seul élément du problème. Bien que l'installation des professionnels dépende des facteurs financiers, il est d'autant plus important qu'on se retrouve dans un désert médical, et beaucoup plus compliqué pour un jeune médecin de s'installer où il le souhaite.

Le sujet traité par la commission du Sénat, est différent. Il ouvre des aspects nettement plus larges que ces aspects financiers, et permet de démarrer une réflexion.

A ce titre, un commentaire un peu plus vaste va être proposé au CTS. Il s'agit d'une base de travail permettant d'avancer et de soumettre des propositions au-delà même de la motion dont l'objectif est de suspendre « sine die », pour reprendre la discussion, sachant que des solutions intermédiaires peuvent être apportées à ceux qui souhaitent s'installer en 2017.

Il est utopique de penser un virage ambulatoire sans professionnels de santé et sans médecins. Le débat doit être élargi au-delà même de l'aspect financier, qui ne fait pas partie du fonctionnement des médecins en matière d'installation.

Il invite l'assemblée à se prononcer sur la motion, que le bureau a souhaité transmettre en urgence avant la publication imminente de l'arrêté.

Mme Martine VIGNAUX (masseur kinésithérapeute) s'interroge sur ces aides à l'installation en zones déficitaires, qui ne semblent être octroyées qu'aux médecins. Or, ces derniers fonctionnent également avec toute une catégorie de professionnels de santé, tels que des infirmiers, des masseurs-kinés, des orthophonistes, des ambulanciers etc. Elle trouve stupéfiant que l'on réduise la difficulté de consultations des patients aux seuls médecins, en négligeant au passage quelques-uns des professionnels de santé !

Dr Thierry GOMBEAUD rappelle que c'est un aspect majeur qui n'est pas nouveau, et qui est chaque fois souligné, y compris au dernier bureau.

Mme Joëlle MAURIN ajoute que continuer à réfléchir sur un zonage de 2012 complètement désuet, n'engendrera a fortiori, rien de favorable pour les professionnels de santé.

Dr François WILTHIEN (URPS Ile-de-France des médecins libéraux) mentionne que plusieurs éléments ont rendu ce zonage totalement interpellant. Néanmoins, la démographie reste un élément essentiel à retenir dans l'analyse de toutes les professions. Il faut rappeler que beaucoup de professions paramédicales ne sont pas en danger démographique.

Dr Ludovic TORO (conseil régional) précise qu'en séance plénière du 21 septembre en coopération avec l'ARS, un dossier d'aides à l'installation devra être présenté, en faveur des infirmières, des kinésithérapeutes ou autres. Jugé plus dynamique que celui de l'ARS, le zonage URPS sera pris en compte. Plusieurs professions sont touchées, et le problème n'est pas que financier. Il faut impérativement que le Ministère s'approprie sérieusement le sujet qui perdure et s'amplifie depuis plus de 25 ans.

Les principaux acteurs, l'ARS, les collectivités, l'URPS, la CPAM, doivent se rencontrer pour discuter et travailler ensemble sur des objectifs précis, plutôt que de se disperser et arriver à une totale inefficacité.

Penser que la Seine-Saint-Denis n'aura pas d'aides, est insoutenable. Certains leviers qui ne sont pas maîtrisés, font que des départements sont mieux dotés que d'autres.

Le problème sera rappelé, à la plénière du 21 septembre, en tenant compte du zonage de l'URPS pour être plus efficient. Un budget de 3 millions d'euros va permettre d'octroyer des aides pour la modernisation des cabinets, et pour la sécurité qui impacte à ce jour en priorité, selon les derniers chiffres, le département des Hauts-de-Seine et non plus celui de la Seine-Saint-Denis.

Un dernier point qui n'a pas été abordé, c'est l'accessibilité. La loi oblige les cabinets qui reçoivent du public, à se mettre aux normes de sécurité pour l'accueil au handicap. Or la moitié des cabinets n'en auront pas les moyens, les coûts étant trop onéreux ou les dispositions du cabinet ne le permettant pas.

D'autres sujets restent à aborder, les autres professions n'ont pas été oubliées, mais il est évident qu'à un moment, tous les acteurs devront aller dans le même sens.

Mme Catherine OLLIVET ajoute qu'au niveau de la commission permanente à l'ARS région, tous les différents acteurs qui y siègent sont présents, ils sont partie prenante et s'expriment. Le problème vient du mode de calcul qui a été appliqué uniformément à toute la France, et rend les choses d'autant plus difficiles lorsque les décisions viennent d'en haut.

M Pierre LAPORTE précise qu'au niveau national, l'aide globale financière apportée, représente peu par rapport au nombre de médecins concernés, ce qui est contradictoire. Néanmoins, on ne peut rester indifférent à tout ce qui continue à affaiblir la démographie sur le département.

M Julien BORDRON rappelle que ça n'est pas à la CPAM au niveau départemental, que les choses se décident. Néanmoins, les dispositifs conventionnels, contribuent à ce que la situation soit moins difficile de ce qu'elle n'est sur le terrain, en Seine-Saint-Denis.

Bien qu'elle ne règle pas tout, la CPAM apporte une aide significative. Elle a contribué à ralentir des départs de médecins, à stabiliser des professionnels de santé, et concourt à l'attractivité du territoire. Son aide est incontestable au regard du coût du foncier, et pour faciliter l'installation des jeunes médecins qui rencontrent des difficultés.

En tant que citoyen et membre du CTS, il partage l'alerte faite dans la motion. De son point de vue, même si ce dispositif est insuffisant et que la réponse n'est pas que financière, il n'ose imaginer ne plus actionner les différents leviers d'aide à l'installation et au maintien en zone pluri professionnelle fragile, en Seine-Saint-Denis.

M Jean-Philippe HORREARD s'interroge de savoir si la CPAM applique aujourd'hui les textes de la convention de l'assurance maladie de juillet 2016, et si elle se base sur le zonage actuel pour le versement de ces aides.

M Julien BORDRON précise que la CPAM signe des CAIM², à hauteur de 50 000€ avec le zonage actuel.

M Jean-Philippe HORREARD souhaite obtenir un bilan du nombre d'aides à l'installation, qui ont été signées sur les zones des communes déficitaires. Ces éléments permettraient d'avoir une base sur les effets positifs de ces signatures CAIM, et d'avoir une logique de continuité au vu d'une inégalité accrue.

² CAIM Contrats d'Aides à l'Installation des Médecins

M Julien BORDRON ajoute que ce sont des données suivies, qui vont être présentées à la commission paritaire locale des médecins fin septembre, puisque cette commission a demandé un point sur la démographie médicale et sur les aides. Il propose de transmettre le bilan au secrétariat du CTS pour l'intégrer au compte rendu.

Dr François WILTHIEN s'exprime sous la casquette du CPR³. Ce qui ne va pas dans le système, c'est l'articulation. Bien que la CPAM fasse beaucoup pour l'installation, il n'en est pas moins que le référentiel absolu, reste la densité. Rappelons que ça n'est pas, comme il est souvent rapporté, la province qui est surtout impactée, mais bien l'Île-de-France qui est le 1^{er} grand désert médical, et particulièrement la Seine-Saint-Denis avec la plus faible densité. Force est de constater, que l'algorithme de base est fallacieux, et que le zonage actuel raconte des inepties. Il est impensable de pouvoir continuer à avoir de bons outils avec un référentiel de techniques architecturales, qui ne fonctionne pas. Ce système qui n'a pas de sens, doit être décrié par tous et à tous les niveaux.

Dr Ludovic TORO fait remarquer que la ville de Coubron dont il est le Maire, est la seule qui n'ait pas été citée parmi les 40 communes dans la sélection nationale, et souhaite qu'elle y soit intégrée. Cette anomalie démontre que la documentation transmise n'est pas crédible.

Dr Thierry GOMBEAUD rappelle la publication de la CRSA, qui se limite à proposer des modifications à la marge, et celle du CTS qui pose la barre un peu plus haute en demandant le report sine die de l'arrêté. Actuellement, cet arrêté n'est plus d'actualité. Il serait souhaitable de savoir si cela va entraîner une modification complète quant à l'installation et aux financements. Il aborde la contribution transmise aux membres du CTS, faite à l'issue de la réunion de bureau, qu'il souhaite voir intégrer au travail de concertation sur le PRS2. Il fait lecture du préambule et détaille les 6 propositions qui serviront de base de travail :

- ❶ Mise à disposition d'un état des lieux actualisé et périodiquement réévalué
- ❷ L'ARS doit poursuivre et approfondir les contacts
- ❸ Faciliter et augmenter dans leur durée les stages des étudiants en médecine de ville
- ❹ Faciliter les remplacements devenus rares
- ❺ Revaloriser le cumul emploi retraite
- ❻ Des aides spécifiques qui doivent être consacrées à des projets innovants

Ces questions sont beaucoup plus vastes qu'un problème financier. Elles touchent la totalité des âges de l'exercice et la totalité des professionnels de santé. Le CTS va devoir avancer sur ce sujet dans les 2 prochaines plénières afin d'enrichir le projet du PRS2.

Il propose un débat ouvert sur ces différents points.

Mme Martine VIGNAUX aborde le mode d'exercice des jeunes, qu'ils soient médecins ou paramédicaux. Le fait qu'ils se forment davantage, les cabinets médicaux subissent d'autant une désertification, sans oublier qu'ils ne pratiquent pas le même système d'horaires que leurs aînés, ce qui change la donne.

Elle alerte quant à la profession des masseurs-kinésithérapeutes qui n'existent que depuis 71 ans, qui vont subir d'ici quelques années des dommages, causés par les départs massifs à la retraite et qui ne devraient pas être compensés du fait du blocage du numérus-clausus⁴, même si les professionnels de l'Europe viennent suppléer l'absence de formations dans les écoles françaises.

Dr Ludovic TORO rebondit sur le numérus-clausus. Il précise que le pourcentage de 2017, annonce plus de 21% pour les Hauts-de-Seine, contre 9% en Seine-Saint-Denis pour Bobigny.

³ CPR Comité Paritaire Régional

⁴ Numérus-clausus (limite fixée chaque année du nombre d'étudiants ou de professionnels admis dans certains cursus et notamment dans les professions de santé)

Comment expliquer si ce n'est un problème politique, un tel différentiel entre les 2 départements !

Dr Denis SPINDLER (directeur de la santé à Livry Gargan) rappelle que dernièrement un travail a été fait sur la démographie médicale, qui a permis de constater la difficulté à obtenir des données fiables à propos de l'exercice. Pour une ville comme Livry-Gargan, on s'est aperçu que beaucoup de médecins étaient inscrits dans les répertoires en tant que médecin généraliste sans en avoir l'activité, étant phlébologue, médecin du sport, acuponcteur ou homéopathe. C'est un point important, car le nombre de médecins ne reflète pas la problématique du terrain en termes de soins primaires.

Dr François WILTHIEN renchérit en citant l'exemple des quartiers de Paris au sein desquels est installé le siège de SOS médecin, et qui sont répertoriés dans le zonage. Cela démontre une des aberrations de la réflexion générale.

Le filtrage n'est pas simple. Ayant participé au groupe MEP⁵ avec la CNAM, il rappelle les modalités qu'ils ont partagées, selon la méthodologie de réflexion. En tenant compte de tous les « vrais médecins traitants » qui ont une file active de patients qui ont choisi un médecin. Si celui-ci a plus de 400 patients, cela signifie qu'il suit en permanence du 1^{er} janvier au 31 décembre à peu près toute sa patientèle. Certains médecins sont dans des zones extrêmement complexes, avec des files actives de 3000 patients.

A ce titre, l'URPS produit un assez bon travail. Néanmoins, bien qu'elle fournisse des données géographiques un peu plus fiables, il subsiste encore des zones d'incertitudes notamment pour certains médecins, qui posent un problème soit parce qu'ils sont âgés, soit parce qu'ils ont une activité mixte ou à temps partiel, et qui ne sont pas totalement répertoriés. Les chiffres sont de plus en plus affinés. Les 3 organismes fournisseurs de données, sont le conseil de l'ordre, la CNAM, et la CARMF, mais sont aussi des sources d'erreurs manifestes. Sur 60 000 généralistes en France, à peu près 45 000 font de la médecine générale, par conséquent il y a un défaut de 15 à 25%, et pour certains territoires cela peut prendre des proportions importantes.

Dr Denis SPINDLER souhaite savoir si les centres de santé sont intégrés ?

Dr François WILTHIEN rappelle que sur toute l'activité de médecine générale, les centres de santé représentent 2 à 4% maximum de l'activité en France, ce qui est très important. Etant des salariés, leurs effectifs ne sont pas directement intégrés dans les chiffres de la CNAM.

Dr Thierry GOMBEAUD ajoute qu'en Seine-Saint-Denis, cela représente 10% de l'activité.

Dr François WILTHIEN précise qu'il est extrêmement difficile de se procurer des données. Certains chiffres sont publiés, néanmoins le débat doit être élargi. La Seine-Saint-Denis est probablement le département le plus compliqué d'Ile-de-France. Tout le monde s'accorde à penser, qu'il ne suffit pas d'organiser uniquement les professions médicales.

Il est de l'intérêt de tous de se donner les moyens de faire bouger les choses, afin de mettre en avant le département.

Pr Bernard PISSARRO indique qu'il ne faut pas oublier le problème de la formation et du monde universitaire. Il explique avoir eu l'occasion de côtoyer quelques étudiants en fin d'études, qui rapportaient à quel point leur formation ne les orientait pas vers la médecine générale. Un réel travail est à faire auprès de l'université, pour que la formation soit plus séduisante et plus pédagogique envers la médecine générale.

⁵ MEP

Il ajoute que les stages ne sont qu'une petite partie de la formation, les étudiants ne sont pas jugés sur cette partie, le problème concerne bien tout le contenu de la formation.

Dr Thierry GOMBEAUD rappelle les difficultés que la commission de répartition rencontre, pour imposer aux médecins spécialistes des stages en médecine libérale obligatoires au moins une fois. Ces difficultés sont en partie liées à la diminution du nombre d'internes. Or, malgré le fait qu'un hôpital ne soit pas fait pour les faire travailler, mais pour leur apprendre le métier, ces internes assurent un travail colossal dans les services. Leur disparition progressive rend les choses difficiles, sans oublier la réforme de l'internat qui va aggraver d'autant la situation. Cependant, l'Agence essaie dans la mesure du possible, de favoriser la mise en place de ces stages pour une vie différente de celle du milieu hospitalier.

Mme Annie DELMONT-KOROPOULIS suggère de s'appuyer sur les collectivités territoriales pour faire remonter au plus haut niveau les difficultés et de continuer les réunions avec les élus à la santé, afin qu'ils aient conscience des problématiques et qu'ils donnent aussi des retours intéressants. Enfin, de s'appuyer sur le texte du Sénat et pourquoi pas, convier et travailler avec les personnes qui ont contribué à cette note de synthèse.

Dr Thierry GOMBEAUD revient sur la production du Sénat qui est un document public. Une commission sénatoriale a dressé un bilan concret des nombreux dispositifs mis en place par les pouvoirs publics et les acteurs de terrain. Ce texte sur lequel il s'est inspiré pour la contribution de la Seine-Saint-Denis au PRS₂, est à enrichir à partir des discussions précédentes, notamment sur l'amélioration de l'état des lieux.

Concernant le mode d'exercice qui change, on considère qu'actuellement pour remplacer un médecin en exercice, il faut en former au moins 1,5. Les besoins ne sont pas assurés, même avec l'augmentation progressive, et le numéris-clausus qui n'est pas, bien entendu, de la responsabilité du CTS.

M Mustafa OUAICHA (UDAF₉₃) rappelle qu'outre le numéris-clausus et l'aide à l'installation des médecins, il existe peut-être un 3^{ème} levier, celui touchant aux internats.

Le concours de l'internat est un classement national qui permet au futur médecin, de faire à un moment donné le choix de la région, voire de la ville où il va s'installer. A ce titre, pourquoi ne pas obliger ce futur médecin, formé sur le territoire français, à s'engager à y servir un certain nombre d'années.

Deux-exemples :

❶ Un aide-soignant de l'APHP, pourrait demander une formation d'infirmier, tout en s'engageant à travailler quelques années pour l'APHP (ex. 5 ans).

❷ Un étudiant hébergé au sein des instituts de formation en soins infirmiers, sans faire partie de l'APHP, pourrait s'engager quelques années (ex. 5 ans), à travailler pour l'établissement, ou pour l'APHP.

La Belgique pratique notamment ce système pour les étudiants français en formation sur leur territoire, puisqu'il n'y a pas de concours.

Ces dispositifs existent déjà pour d'autres professions. Cela ne résoudra bien évidemment pas tous les problèmes, mais c'est un autre levier qui pourrait être envisageable.

Dr Thierry GOMBEAUD rebondit sur le nombre de postes d'internes ouverts à Bobigny. La faculté reçoit en première année, un certain nombre d'étudiants qui viennent de l'extérieur de la Seine-Saint-Denis. Or, dès l'obtention de leur cursus, on considère que la moitié d'entre eux, quel que soit le quartier d'où ils viennent, disparaît du département. C'est une des difficultés, qui rend d'autant plus nécessaire de renforcer l'attractivité du département à tous les niveaux.

La solution de s'engager pour une durée de 5 ans, semble difficile à proposer, et le CTS n'a pas vraiment de réponse à apporter à ce sujet.

M Mustafa OUAICHA insiste en rappelant que c'est une problématique sur laquelle la Belgique a statué. Il semblerait normal, d'informer l'étudiant avant même la première année d'accès aux études de santé, qu'il s'engage à suivre une formation en Seine-Saint-Denis, à l'issue de laquelle il devra travailler un certain nombre d'années. Ce n'est pas simple, mais cela pourrait être un levier supplémentaire.

M Jean-Philippe HORREARD précise qu'il existe le principe de libre installation. Certains éléments correctifs sont nécessaires, notamment à travers les aides à l'installation et plus particulièrement en ce qui concerne le contrat d'exercice de service public. 50 ont été signés l'année précédente. Il consiste à financer dès la troisième année de médecine, un revenu aux externes à hauteur de 1200 € par mois. Ce revenu est versé à travers des aides FIR ARS, et apporte aux étudiants une base de rémunération avec une contrepartie, s'installer dans les communes déficitaires. Ce mode d'incitation est une bonne chose et perdurera dans le nouveau zonage. Ce système répond à des demandes spécifiques d'étudiants.

Dr François WILTHIEN ajoute que c'est une piste tout à fait intéressante, mais qui ne doit pas avoir de mesures coercitives. C'est une réflexion nationale, sociologique et sociale. Pour les étudiants en médecins, c'est la préparation la plus courte, avec laquelle ils ont le plus rapidement accès à une rémunération. La piste est déjà connue, elle est à promouvoir et à développer.

D'autres éléments de réflexion existent. La faculté de Bobigny bien qu'elle soit un bijou, du fait des inscriptions qui proviennent à la fois de la Seine-Saint-Denis mais également de toute part quels que soient les quartiers, est aussi un paradoxe. Beaucoup d'étudiants n'étant pas stricto sensu du périmètre du 93, s'en éloignent. Plus de 40% quittent le département. La question est de savoir où ils partent ? Le numérus clausus est compliqué, les FAC en médecine sont actuellement saturées. C'est un réel problème, y compris pour l'Etat qui doit admettre les étudiants dans des conditions décentes pour étudier. La Seine-Saint-Denis doit être rendue plus attractive si l'on ne veut pas pérenniser ces départs.

Rappelons que tous les ans, 30 % de l'effectif et de l'apport en médecine générale, est perdu au niveau du classement national des internes. Les étudiants préfèrent perdre une année d'études, et en faire 11 au total pour faire médecine générale. La Seine-Saint-Denis est sous dotée, il faut réclamer d'autres moyens.

Mme Martine VIGNAUX revient sur le numérus clausus. Bien que la PACES⁶ ait été rendue obligatoire depuis septembre 2016, pour autant, l'Etat n'a pas prévu les places nécessaires pour les étudiants. Ceci démontre qu'il faut refondre tout le système, se pencher non seulement sur les moyens financiers, mais également sur les capacités à recevoir dignement ces étudiants avec des structures adaptées et des maîtres de stages.

M Pierre LAPORTE formule 2 remarques :

- ① **La motion du CTS93**. Cette information doit être diffusée auprès de tous les acteurs, réseaux, élus, associations etc, afin d'en partager le contenu. Poursuivre les réflexions et propositions qui ont été soumises dans le débat, notamment sur les statistiques en médecins généralistes, où les données sont erronées et sur lesquelles des corrections doivent être apportées.
- ② **Le texte du Sénat et la suggestion de convier des membres de cette instance au CTS**. La proposition est intéressante et à étudier.

⁶ PACES Première Année Commune aux Etudes de Santé

Il faut avoir une réflexion sur les relations internes du système CTS, CRSA, ARS et les autres institutions dans le département.

Dr Nathalie VICTOR (directeur de la santé pour la petite enfance à Bagnolet) reprend le slogan datant de 45 ans : « diminuons l'offre, ça diminuera la demande ». Elle précise que personne ne parle de la demande. De son point de vue, si on ne s'interroge pas sur ce que souhaite la population en matière de santé, on va passer à côté du débat et être dans une administration purement technocratique.

M Gérard PERRIER rebondit en précisant que la demande est exprimée. Les représentants des usagers sont tout ouïe et présents en tant qu'auditeurs, et non en tant qu'acteurs de la santé, ils savent également exprimer leurs remarques lorsqu'ils le jugent nécessaire.

Dr Nathalie VICTOR renchérit en précisant que les protagonistes de la santé sont acteurs avec les patients. De son point de vue, le rôle des patients et de leurs représentants est aussi de s'interroger.

M Gérard PERRIER précise qu'il entend acteur, en tant que professionnel de santé.

Dr Thierry GOMBEAUD fait remarquer que l'irruption des associations de patients dans le débat médical, est un acquis fondamental dans la pratique professionnelle. Elle doit perdurer et s'intensifier. Le débat d'aujourd'hui soulève des interrogations majeures, et les associations de patients y ont toute leur place.

Il propose que la motion du CTS93 validée par les membres, soit largement diffusée, et de s'appuyer sur la note de synthèse du Sénat ainsi que sur le document de la « contribution de la Seine-Saint-Denis au PRS2 ».

Mme Joëlle MAURIN réitère sa proposition du bureau de la semaine précédente, de convier d'autres invités au sein du CTS, notamment les 2 sénateurs une fois les sénatoriales passées, afin d'échanger sur l'étude qu'ils ont produite.

Dr Thierry GOMBEAUD approuve l'idée qui permettrait d'amplifier la communication de ce dossier.

Point sur la santé au travail (1) & (2)

Présentation : Professeur Bernard PISSARRO

Dr Thierry GOMBEAUD remercie pour cette présentation très complète de par les chiffres annoncés. Elle démontre également le problème de l'incompréhension, face aux difficultés que cela représente. Il s'interroge sur la manière dont le CTS pourrait intégrer ces réflexions au PRS2.

Mme Catherine OLLIVET ajoute qu'en l'état actuel du développement du PRS2, elle est dans l'impossibilité de dire, si la santé au travail en tant que telle, est clairement identifiée dans le projet prévention.

Pr Bernard PISSARRO précise qu'un regard plus détaillé avait été mené sur le lien entre le programme régional et le programme régional de santé au travail, pour lequel il n'y a eu que très peu de concertation. Le monde de la santé au travail est un sujet fermé. Il y a 35 ans, on tentait déjà de faire cesser cette scission, entre la médecine du travail et le reste du système de santé. Ce fut un combat perdu d'avance, tout le monde s'y étant opposé.

Néanmoins, au regard des répercussions des conditions de travail sur la santé en général, il serait temps de s'inquiéter.

Mme Catherine OLLIVET ajoute qu'il existe un ITEM sur le guichet unique de retour à l'emploi de personnes handicapées. Il serait souhaitable de croiser cette demande. Actuellement, la réponse de la MDPH à une demande de mise en invalidité, nécessite une année. On peut s'inquiéter dans ces conditions, de savoir comment s'organise le retour à l'emploi d'une personne handicapée, atteinte d'une maladie évolutive !

M Jean-Philippe HORREARD revient sur la non-transmission de données, entre la médecine du travail et l'administration de la santé. Il rappelle que l'on a opposé le secret médical aux médecins de l'ARS, par rapport à certaines données issues d'enquêtes sur la médecine du travail.

M Gorka NOIR (direction clinique de l'Estrée – représentant FHP Ile-de-France) formule 2 remarques :

- ❶ Les employeurs du secteur privé, devraient être plus vigilants aux conditions de travail de leurs salariés, face à des contraintes complexes, comme le travail de nuit, les jours fériés, les astreintes etc. Or, dans le cadre d'une restriction budgétaire de plus en plus résistante, il est extrêmement compliqué d'inculquer une culture de la qualité de vie au travail.
- ❷ La difficulté de recruter des médecins du travail, qui est une problématique dans le suivi des salariés, ajoutée à la réforme, qui fait que les visites d'un certain nombre de professionnels sont beaucoup plus espacées, et éventuellement pratiquées par des personnes autres que des médecins, va d'autant plus complexifier le suivi.

Pr Bernard PISSARRO rappelle que la surveillance de la santé individuelle, est un des axes principaux de la médecine du travail. Or, dans ses responsabilités, elle a la surveillance des conditions et des lieux de travail, qui sont souvent oubliés.

M Daniel GARNESSON (CODEPA) – Formateur en prévention des risques professionnels, à titre syndical.

Aborde 2 points :

- ❶ Le syndicat des formateurs en prévention des risques professionnels et la CRAMIF, forment des salariés le plus souvent représentant du personnel. Cette formation est dispensée avec les moyens mis à disposition, sur une population restreinte.
- ❷ Les facteurs de pénibilité. Ils sont définis par la loi dont les décrets ont du mal à être appliqués. Ils obligent les entreprises à compenser et prévenir la pénibilité, au travers de 10 facteurs, entre autres les nuisances aux produits chimiques, le travail de nuit, le travail en équipe, ou le travail répétitif etc. Il serait intéressant de les mettre en pratique. De son point de vue, une déclinaison départementale importante permettrait d'améliorer très sensiblement cette pénibilité.

Mme Martine VIGNAUX précise qu'à ce sujet, les employeurs cotisent pour les accidents de travail. Nombre de patients sont soignés, et reviennent très régulièrement pour des continuités de soins. Certaines professions sont plus exposées que d'autres aux accidents du travail, notamment l'hôtellerie ou le bâtiment. A ce titre, elle pose deux interrogations :

- ❶ Ne serait-il pas plus favorable d'instaurer un transfert de finances sur la prévention, qui permettrait de minimiser les coûts ?
- ❷ Au vu du nombre d'accidents, pourquoi ne pas cibler les professions, établir une hiérarchie, et prioriser l'aide en fonction des métiers ?

Enfin, elle souhaite avoir un éclairage sur les 43% d'accidents mortels.

Pr Bernard PISSARRO précise qu'il s'agit des accidents mortels qui concernent les seniors de plus de 50 ans.

Il revient sur la taxe relative aux accidents de travail. Elle est modulable par branche. Chacune d'elles paye des cotisations accident du travail, en fonction du risque de la branche. Plus il y a d'accidents dans une branche, plus la cotisation globale de la branche augmente, ce qui devrait avoir un effet incitatif, mais qui en réalité ne l'est pas, du fait des taux extrêmement bas.

Il retrace l'historique des accidents de travail. Ils ont été reconnus en 1904. A l'époque, il appartenait aux salariés de faire la preuve du lien, entre leurs conditions de travail et leur accident, ce qui était extrêmement difficile. Une proposition de loi a donc été soumise pour inverser ce procédé. L'employeur devait faire la preuve qu'il n'était pas responsable de l'accident du travail, ce qui était tout autant compliqué. Ces derniers ont protesté, à la suite de quoi, un fond de réparation a été mis en place de façon à ce qu'ils ne soient pas incriminés dans les accidents du travail. Il a fallu 70 ans, pour que la responsabilité d'un patron, soit reconnue à la suite d'un accident mortel.

Mme Martine VIGNAUX ajoute qu'il existe une extension de prise en charge des accidents du travail, notamment ceux du trajet, et une baisse de prise en charge pour les gros accidents touchant au bâtiment. Elle propose de séparer les accidents du travail et ceux du trajet, de sorte de voir la manne financière que créent les accidents de trajets et ce qui reste pour traiter les accidents au travail, pour lesquels les patients semblent être défavorisés.

Pr Bernard PISSARRO approuve la proposition qui selon lui, serait une bonne suggestion pour l'observatoire régional qui se met en place. Le département malheureusement n'a aucun pouvoir, il ne peut être qu'incitatif et éventuellement, rencontrer les gens de l'observatoire et leur demander une déclinaison départementale pour comprendre ce qui se passe.

Dr Ludovic TORO revient sur la médecine du travail, et déclare qu'il y a une absence totale de médecine du travail. La Seine-Saint-Denis est un des principaux départements victime de cette carence.

M Mustafa OUAICHA soumet 2 propositions :

① **La consultation du site de l'INRS**⁷, pour les intéressés en matière d'éducation à la santé au travail. Le site est riche en données chiffrées transmises par la CNAM, notamment sur les maladies professionnelles, les accidents du travail et de trajet, et par l'INRS où des chercheurs proposent quelques solutions adaptées dans différents domaines du travail, comme le bâtiment ou le tertiaire.

② **L'axe 2 : « Qualité de vie au travail »**. Envisager une consultation gratuite pour tous, chez un médecin qui servirait de prévention. Cela permettrait une détection précoce et des économies par la suite.

Dr Thierry GOMBEAUD précise que la prévention ne permet pas le remboursement de consultation et n'est pas d'actualité, en l'état actuel des choses.

Pr Bernard PISSARRO ajoute que repérer les prémices des problèmes liés au travail, nécessitent une formation que la plupart des médecins n'ont pas.

⁷ INRS Institut National de Recherche et de Sécurité au travail

Dr François WILTHIEN aborde le côté médical du sujet, avec 2 grands points, un négatif et un positif :

❶ Le négatif : les morts au travail. On constate l'échec total en France du nombre d'épouses décédées au travail sous les coups de leur conjoint, avec des chiffres qui ne sont pas en baisse.

❷ Le positif : en matière de sécurité publique, notamment la sécurité routière. Depuis quelques années, la France a fait d'énormes progrès en matière de morts sur la route, et a fait s'effondrer les chiffres.

Sur les accidents du travail, des progrès conséquents ont été réalisés. Une étude de 2012, démontre que nous sommes descendus à ce jour de 2500 morts en 1971, aux alentours de 550 par an, avec le constat que ces décès auraient pu être évités. Ces morts accidentelles, sont la conséquence de maladresses générales.

Une autre étude menée par la CNAM a démontré, que tous les accidents de travail, quelle que soit la gravité, survenaient quasiment à 100% sur un sujet médical sous-jacent. Il précise qu'il n'y a pour ainsi dire, plus aucune recommandation émanant d'un médecin du travail. La carence est telle, qu'il est de plus en plus demandé à des généralistes de simuler cette médecine du travail. Le sujet est extrêmement compliqué et devrait effectivement bénéficier d'un effet préventif massif, ce qui éviterait tous les ans l'ineptie des 60 morts par chute, dans les accidents du travail.

M Paul LAMBERT (UNAFAM) de son point de vue, le problème des aspects psychiques des difficultés au travail, n'est pas vraiment développé dans le sujet. Le stress, le burnout etc, surviennent bien souvent avant les 60 morts et plus encore, échoient par le suicide.

M Julien BORDRON précise que nous sommes actuellement encore dans le système assurance-maladie, et non dans le système assurance en santé. La CPAM prend en charge une consultation lorsque le patient est atteint d'une maladie, a contrario s'il est en bonne santé il vient à des fins de prévention, notamment dans le but de se procurer un certificat médical pour la pratique d'une activité sportive, c'est donc une consultation non remboursable.

Il existe quelques consultations de prévention, notamment pour la surveillance des enfants. Le système français est déséquilibré en la matière, trop penché vers le curatif et pas assez vers le préventif. La prévention c'est 200 milliards d'euros des dépenses de santé. 2,1% sont consacrés à la prévention. Beaucoup de progrès restent encore à faire.

Concernant les contrats d'aides à l'installation pour la Seine-Saint-Denis, c'est 87 contrats pour l'année 2016 et déjà 24 contrats au 31 août 2017, et ça devrait continuer.

M Gorka NOIR mentionne que la présentation est très axée sur le monde salarial et très peu sur les professions libérales. Dans le cadre du PRS, il serait souhaitable de porter un regard particulier sur les professionnels libéraux, en particulier les médecins. Un rapide sondage démontrerait le peu de médecins qui ont vu pour la dernière fois un médecin du travail, ce qui est un élément extrêmement important en termes de qualité de prise en charge.

M Pierre LAPORTE rapporte les résultats d'une enquête sur la santé, qui indiquait qu'il n'existait pratiquement pas d'arrêt de travail chez les médecins libéraux, les petits commerçants, les artisans etc.

Ça n'est pas la fusion des Comités Techniques et des CHSCT qui va améliorer les choses. Le rapport du GISCO⁸ souligne qu'au temps des grandes entreprises, souvent très polluantes sur le département, un système de surveillance et de suivi était mis en place. Or, à ce jour avec la disparition de ces entreprises, la surveillance des salariés n'existe plus malgré les problèmes de manipulation, de pollution d'air, de mauvaises positions articulaires etc, ce qui engendre une totale dégradation du suivi de la santé des salariés.

⁸ GISCO⁸ Groupement d'Intérêt Scientifique sur les Cancers d'Origine Professionnelle

Il ne s'agit pas simplement du suivi individuel de la personne, mais du suivi collectif. Tout ce qui touche l'environnement, les conditions de travail comme l'habitat indigne ou les sites industriels qui polluent, concernent une grande partie de la population et sont des problématiques, qui impactent la santé sur nos territoires.

Le GISCO est un groupement conçu pour détecter les cancers d'origine professionnelle, dont le 1^{er} est celui du poumon contracté par l'amiante. Un travail social de repérage et de prévention est effectué pour déceler les personnes touchées par ce problème, et les accompagner pour l'obtention d'indemnités. Or à ce jour, on constate un affaiblissement complet du système de protection de surveillance des problématiques de santé au travail.

Dr Thierry GOMBEAUD conclut en rappelant que dans le cadre de la préparation du PRS2, un texte mettant en exergue les spécificités du département, devra être rédigé et validé au bureau au titre du CTS93, afin de le faire remonter rapidement à l'ARS. Faute de temps, le point sur le virage ambulatoire est reporté à la prochaine plénière du mercredi 18 octobre.

Enfin, il soumet à la validation des membres du CTS, le compte rendu de la plénière du 28 juin. Aucune remarque n'ayant été formulée, le texte est approuvé.

La séance est close.

La prochaine plénière du CTS93 se déroulera le mercredi 18 octobre 2017 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),
M Gorka NOIR, Mme Chérifa TALEB, M Eddy CHENAF, M Serge WSEVOLOJSKY, M Daniel LAPIE, Dr Fabienne GENTIL, M Eric LEMERCIER, Dr Mardoche SEBBAG, Dr François WILTHIEN,
Mme Joëlle MAURIN, M Paul LAMBERT, Mme Catherine OLLIVET, Mme Catherine SOULIE,
M Jean-Claude LOCATELLI, M Daniel GARNESSON, M Gérard PERRIER, Dr Ludovic TORO,
Mme Annie DELMONT-KOROPOULIS, M Julien BORDRON, Pr Bernard PISSARRO, Mme Anne FESTA

Suppléants : Mme Martine VIGNAUX, M Mustafa OUAICHA, M Lucien PETOT, M Thomas CHASTAGNER, M Rémy CORNEC, Mme Evelyne COUDE, M Alexandre MARTINET

DD/ARS : M Jean-Philippe HORREARD

Invités extérieurs :

Mme Nathalie CHRISTOL-JEGOU (CD93 – BASPT – SPAS), Mme Myriam SZPEKER (CAF),
M Denis SPINDLER (Livry-Gargan), Mme Riva GHERCHANOC (Maire Adjointe à la Mairie de Montreuil,
en charge de la Santé, de l'Égalité Femmes-Hommes, de la lutte contre les violences faites aux femmes)

Coordinatrices/coordonateurs CLS-ASV/CLSM

Mme Céline CARLES (CLSM Rosny-sous-Bois),
Mme Nathalie VICTOR (Directrice santé petite enfance à Bagnolet)