

## COMPTE RENDU

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

du vendredi 26 avril 2017 - 14h00

### CPAM de Bobigny - salle de conférences

*La liste des membres présents figure en annexe.*

L'ordre du jour est le suivant :

- Adoption du règlement intérieur
- Election → des membres du bureau
  - de la commission spécialisée en santé mentale
  - de la formation spécifique organisant l'expression des usagers
- Plan Régional de Santé : discussions autour des priorités pour la Seine-Saint-Denis

*Participants : 38 (27 titulaires/11 suppléants)*

*Quorum : 46/32*

**(1) Cf documentation accessible sur le site du CTS:**

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

Le docteur GOMBEAUD ouvre la plénière et présente l'ordre du jour.

### Adoption du Règlement Intérieur

Une seule demande de modification a été sollicitée par Madame OLLIVET, absente ce jour. Sa requête est essentiellement fondée sur certains articles relatifs à des règles d'absences, notamment celle de ne pouvoir participer au CTS pour certains membres.

Il rappelle que lors de la conférence de territoire, le choix avait été adopté de pouvoir modifier le règlement intérieur à la demande, et la possibilité au cas où le quorum n'était pas atteint, de commencer la séance 30 minutes plus tard. C'est en ce sens qu'il propose à l'assemblée de voter le projet du règlement intérieur tel qu'il est présenté, avec le choix de le modifier au moment où les problèmes se présenteront.

Madame Karine DIDI s'étonne de constater que l'on ne tienne pas compte des propositions de Madame OLLIVET, et qu'elles ne soient pas intégrées au RI.

**Dr Thierry GOMBEAUD** rappelle que le règlement intérieur peut être modifié à chaque séance du CTS. Bien que les remarques de Madame OLLIVET soient justifiées, il propose de les inclure le jour de sa présence, si elle l'estime nécessaire.

Le règlement intérieur est adopté dans les formes proposées.

## Election des membres du bureau, de la commission spécialisée en santé mentale et de la formation spécifique organisant l'expression des usagers

Le CTS est composé d'un bureau présidé par un Président et un Vice-président, d'une commission spécialisée en santé mentale et d'une formation spécifique des usagers, présidée chacune par un Président.

Pour ces 2 formations : chaque membre du CTS (titulaire et/ou suppléant) peut être membre d'une ou plusieurs commissions spécialisées et formations (Article 3 – Annexe du RI).

### Commission spécialisée en santé mentale

Les membres qui ont candidaté sont invités à se présenter :

#### Collège 1 : (12 postes à pourvoir) 4 membres se sont proposés :

- ➔ Mme Karine DIDI, représentante du réseau Océane, au titre des réseaux de santé.
- ➔ Mme Joëlle LAUGIER, présidente du réseau d'addictologie 93.
- ➔ M Daniel LAPIE, représentant de l'URIOPSS (Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux), directeur d'un IME (Institut Médico Educatif) situé à Montreuil qui travaille avec l'inter secteur. La question de la santé mentale notamment celle des enfants, est de plus en plus envisagée dans le cadre d'un partenariat entre les structures hospitalières de l'inter secteur, et celles entre les établissements médico-éducatifs.

- ➔ Mme Sophie ALBERT, directrice de l'EPS de Ville-Evrard précise que l'établissement s'est proposé d'être le coordonnateur de la Communauté Psychiatrique de Territoire, afin d'essayer de rassembler autour du parcours de soins dans un projet médical, tous les opérateurs en santé mentale. Un Président et Vice-président ont été élus à la tête de cette CPT. Elle propose en conséquence la candidature du docteur Toufik SELMA, médecin psychiatre de l'hôpital Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois, au sein de cette commission.

#### Collège 2 : (4 postes à pourvoir) 2 membres se sont proposés :

- ➔ M Paul LAMBERT, président de l'UNAFAM 93 (Union Nationale des Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques), et membre de la Commission des Usagers de Ville-Evrard.

- ➔ M Jean-Claude LOCATELLI, président de l'ARPEI (Association Régionale de Parents d'Enfants Inadaptés). Située à proximité de l'EPS de Ville-Evrard, cette cellule s'est élargie au handicap mental, qui est de plus en plus élevé.

#### Collège 3 : (3 postes à pourvoir) Aucune proposition

Un appel à candidature est fait.

- ➔ Mme Roselyne MASSON chef de service de PMI de la Seine-Saint-Denis, candidate au poste.

#### Collège 4 : (2 postes à pourvoir) 1 membre s'est proposé :

- ➔ Mme Anne FESTA, directrice AcSanté 93.

Elue en tant que personne qualifiée au CTS, elle ne peut candidater qu'au bureau.

### Discussions :

**M Cédric LAPERTEAUX** délégué départemental adjoint de l'ARS revient sur la proposition de Madame ALBERT concernant la candidature du docteur SELMA. Il rappelle que les postulants aux 2 commissions, sont de facto des personnes membres du conseil territorial de santé. Le docteur SELMA ne peut donc pas être membre de la commission spécialisée en santé mentale.

**Dr Thierry GOMBEAUD** renchérit en rappelant qu'il est néanmoins possible qu'il soit systématiquement invité à cette commission.

**Résultats :** les membres qui ont candidaté précédemment sont élus à la commission spécialisée en santé mentale, avec le système d'invitation permanente pour Madame Anne FESTA personne qualifiée, et le docteur Toufik SELMA.

Appelés à se réunir, les nouveaux membres de la commission ont élu **Madame Sophie ALBERT en tant que Présidente.**

### Formation spécifique des usagers

Les membres qui ont candidaté sont invités à se présenter :

### **Collège 1 : (3 postes à pourvoir) Aucune proposition**

➔ Dr Mardoche SEBBAG, URPS médecin propose sa candidature pour représenter les professionnels de santé.

### **Collège 2 : (6 postes à pourvoir) 6 membres se sont proposés :**

➔ M Lucien BOUIS, représentant de l'UDAF (Union Départementale des Associations Familiales), membre du conseil de direction de gestion de l'hôpital de Montreuil, représentant des usagers sur le territoire dans 2 endroits, participant au CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé) en Ile-de-France et au plan national.

➔ Mme Marion AUBRY, représentante de l'association Toupi (Tous pour l'Inclusion). Il s'agit d'une association agréée, en charge de l'entraide pour les familles ayant des enfants en situation de handicap cognitif ou mental.

➔ Mme Catherine SOULIE, directrice générale et représentante de l'association « Vivre Autrement ». L'association accueille sur le département près de 500 adultes handicapés.

➔ M Daniel GARNESSON, représentant du CODERPA (Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées).

➔ Evelyne COUDE, représentante du CODERPA

➔ Gérard PERRIER, absent. Vice-président du CODERPA.

### **Collège 3 : (2 postes à pourvoir sauf si absence de candidature au collège 4, dans ce cas ce sont 3 postes qui sont à pourvoir) Aucune proposition.**

### **Collège 4 : (1 poste à pourvoir) 1 membre s'est proposé :**

➔ M Julien BORDRON directeur général adjoint CPAM, rappelle qu'il avait fait état de la mission qui était dévolue au conciliateur de la CPAM, d'améliorer les relations avec les usagers et de veiller à faciliter l'accès aux soins. Cette compétence donnée au CTS, pouvait avoir un intérêt à prendre en compte le travail réalisé par la CPAM, que ce ne soit pas des dispositifs concurrents mais des dispositifs complémentaires. C'est en ce sens que la participation de la CPAM est présentée.

Il propose sa candidature, au même titre que celle de Madame Esther CADY chef de cabinet du directeur général, absente ce jour, afin que soit toujours présent un représentant de l'assurance maladie.

**Résultats :** les membres qui ont candidaté précédemment sont élus à la formation spécifique des usagers, avec le système d'invitation permanente pour Monsieur Gérard PERRIER du collège 2, et Madame Esther CADY du collège 4.

Appelés à se réunir, les nouveaux membres de la formation ont élu **Madame Catherine SOULIE en tant que Présidente.**

### **Discussions :**

**M Pierre LAPORTE** expose quelques remarques, qui découlent des dernières réunions de la conférence de territoire, sur le fonctionnement et l'utilité de la formation.

Il semblerait que l'ARS proposerait une formation pour accompagner les personnes qui travailleront au sein de cette formation. Qu'en est-il ?

Au vu du nombre de réunions auxquelles tout le monde ne pourra pas participer, il serait souhaitable tout en respectant le règlement intérieur, de convier quelques personnes extérieures au CTS ayant des connaissances sur les thèmes à aborder, ce qui permettra une plus grande participation.

**Mme Martine VIGNAUX** s'interroge sur l'acceptation des plaintes dans la commission des usagers. Lorsque celles-ci sont trop prégnantes, il y a le commissariat. Comment cela va-t-il se structurer entre les 2 organismes ?

**M Cédric LAPERTEAUX** précise qu'une réunion va se tenir prochainement à l'ARS à laquelle le délégué départemental M Jean-Philippe HORREARD participera, ainsi que d'autres responsables, afin de réfléchir sur ces problématiques issues de l'installation naissantes des CTS, et dont les réponses seront portées ultérieurement.

**Dr Edgard FELLOUS** (médecin généraliste et Président du Conseil de l'Ordre des médecins 93) rappelle que le conseil de l'ordre est compétent essentiellement sur les problèmes médicaux qui impliquent un médecin, avec un cheminement spécifique sur le plan professionnel, néanmoins il peut également recevoir les interrogations d'autres personnes. Les professionnels de santé soignants ou non soignants, ainsi que les usagers, ont la possibilité de contacter le conseil de l'ordre en fonction de l'évolution et du type de situation dans laquelle ils se trouvent.

## **Bureau :**

Le bureau comprend 12 membres en plus des 4 sièges (Président, Vice-président du CTS, et des présidents des 2 formations citées précédemment), soit au total 16 répartis de la façon suivante :

- 5 sièges pour le collège des professionnels et offreurs des services de santé (collège 1),
- 3 sièges pour le collège des usagers et associations d'usagers (collège 2),
- 2 sièges pour les collectivités territoriales (collège 3),
- 2 sièges pour les représentants des services de l'Etat ou les organismes de sécurité sociale et les personnes qualifiées (collège 4).

Les membres qui ont candidaté sont invités à se présenter :

### **Collège 1 :(5 postes à pourvoir) 5 membres se sont proposés :**

- ➔ M Gorka NOIR, absent, directeur de la clinique de l'Estrée à Stains.
- ➔ Mme Yolande DI NATALE, absente, directrice de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis.
- ➔ M Serge WSEVOLOJSKY, représentant de la FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne). Responsable de 2 EHPAD associatifs à Drancy et à Tremblay-en-France.
- ➔ Mme Joëlle MAURIN, infirmière libérale sur la Courneuve depuis plus de 30 ans. Elue au collège infirmiers URPS, membre de la conférence de territoire durant les 5 années.
- ➔ Dr Edgard FELLOUS, médecin généraliste depuis 30 ans et Président du Conseil de l'Ordre 93. Il souhaite apporter l'expérience de ses rencontres avec les patients, participer et enrichir le débat par un élément d'éthique supplémentaire.

### **Collège 2 : (3 postes à pourvoir) 5 membres se sont proposés :**

- ➔ M Lucien BOUIS, représentant UDAF 93 (Union Départementale des Associations Familiales).
- ➔ M Jean-Claude LOCATELLI, représentant ARPEI (Association Régionale de Parents d'Enfants Inadaptés).
- ➔ M Daniel GARNESON, CODERPA (Coordination Régionale pour les Personnes Agées).
- ➔ M Gérard PERRIER, absent, Vice-président du CODERPA.
- ➔ Mme Catherine OLLIVET, absente, représentante association France Alzheimer.

### **Collège 3 : (2 postes à pourvoir) 1 membre s'est proposé :**

- ➔ Dr Annie DELMONT-KOROPOULIS, maire adjointe à la santé et au handicap à Aulnay-sous-Bois.

### **Collège 4 : (2 postes à pourvoir) Aucun membre ne s'est proposé**

### **Personne qualifiée 1 membre s'est proposé :**

➔ Pr Bernard PISSARRO, ancien membre de la conférence de territoire en tant que personne qualifiée. Invité permanent du bureau. Ancien enseignant de santé publique. Il s'intéresse plus particulièrement à la place des usagers dans les problèmes de santé.

**Résultats :** les membres qui ont candidaté précédemment sont élus, avec le système d'invitation permanente pour M Gérard PERRIER (collège 2) et Mme Catherine OLLIVET (collège 2).

### **Discussions :**

Dr Thierry GOMBEAUD propose aux participants de conserver la même fréquence de réunions qui avait été adoptée à la conférence de territoire pour le bureau et la plénière, notamment une réunion de bureau le mercredi de 12h à 14h, précédant la plénière du mercredi suivant de 14h à 17h.

En accord avec les membres du CTS, le calendrier pour les mois de mai et juin est arrêté :

<b>Mai</b>	-Bureau : mercredi 17 mai (12h/14h)
	-Plénière : mercredi 24 mai (14h/17h)
<b>Juin</b>	-Bureau : mercredi 21 juin (12h/14h)
	-Plénière : mercredi 28 juin (14h/17h)

**Mme Karine DIDI** s'interroge sur la transmission aux membres du CTS, des décisions émises par le bureau et des comptes rendus de plénière.

**M William DAVID** reprend les termes du règlement intérieur :

« Les avis, rapports, études et autres travaux produits par le conseil territorial, le bureau ou les commissions et formations sont validés par le président. Ils sont émis au nom du conseil ».

« Ce compte-rendu est envoyé par voie électronique à tous les titulaires et suppléants ».

**M Daniel LAPIE** s'interroge sur l'initiative des réunions des 2 commissions. Qui en est l'instigateur ?

**Dr Thierry GOMBEAUD** précise que cette décision appartient aux membres de la commission et de la formation. Les travaux qui découleront de ces rencontres seront exposés en plénière.

**M Pierre LAPORTE** ajoute qu'il faudra réfléchir au lien qui existe entre la commission en santé mentale et les Conseils Locaux de Santé Mentale, car on constate une absence totale des remontés et des échanges de la part des villes où sont installés ces lieux de concertation.

**Mme Annie DELMONT-KOROPOULIS** précise qu'en tant que représentante du territoire et présidente du CLSM d'Aulnay-sous-Bois, elle fera un retour par rapport à cette observation.

## Plan Régional de Santé : discussions autour des priorités pour la Seine-Saint-Denis

**Dr Thierry GOMBEAUD** rappelle qu'il a été demandé à l'Agence un exposé de l'avancée de ses travaux, car à ce jour bien qu'un certain nombre de choses aient progressé, très peu d'informations ont été transmises. Or les délais sont proches, et le CTS va devoir donner un avis territorialisé. Le directeur adjoint de l'ARS, a fait savoir que cet état des lieux serait communiqué prochainement.

Le CTS devra décider pour les 2 prochaines plénières, les priorités concernant le territoire de la Seine-Saint-Denis.

**M Cédric LAPERTEAUX** souligne qu'un séminaire est organisé le 5 mai, auquel sont conviés les Présidents et Vice-présidents de chaque CTS des 8 départements de l'Ile-de-France, ainsi que les membres de la commission permanente de la CRSA. Cette rencontre a pour objectif d'aborder les différentes problématiques évoquées précédemment, notamment la question du territoire opérationnel de proximité, les objectifs recherchés, l'organisation, la gouvernance, et comment amener du lien avec les délégations départementales.

**Dr Thierry GOMBEAUD** confirme cette information. Il rappelle que la date est proche et la préparation d'autant plus difficile du fait qu'aucun document n'a encore été transmis. D'autres problèmes subsistent, tel que l'évaluation du PRS<sub>1</sub> et son mode opératoire. La transmission d'informations sur le devenir de ce PRS dans le département est fondamentale.

**Pr Bernard PISSARRO** ajoute qu'il y a eu un premier séminaire de la commission permanente de la CRSA, avec un document à l'issue qu'il serait intéressant de diffuser aux membres du CTS.

**M Cédric LAPERTEAUX** complète en mentionnant qu'il s'agit du COS<sup>1</sup> qui a été présenté à la CRSA du 28 mars.

**M Pierre LAPORTE** précise qu'en tant que participant de la CRSA, il détient quelques documents. Il rapporte quelques éléments issus de cette rencontre, notamment le temps imparti très court pour la réflexion, et le fait qu'il n'y avait pas d'évaluation prévue au départ dans le PRS<sub>1</sub>. Il a également été fait mention, que le PRS<sub>2</sub> n'était pas une rupture par rapport au PRS<sub>1</sub>, à l'inverse de ce qu'a connu la conférence de territoire, notamment avec la présentation d'un PRS et, des schémas dont plus de 2000 pages à étudier et des avis à émettre. Un travail titanesque et un schéma prévention inapproprié, qui a évolué au fil du temps.

Il subsiste un réel problème, entre la mise en place de ce CTS prévue en janvier et installé en mars, la transmission d'informations de l'ARS aux membres, et le manque de représentant du CTS au sein de la CRSA pour faire fonctionner la démocratie en santé, contrairement à ce qui existait pour la conférence de territoire. Sans représentants du CTS, on peut s'interroger sur la traduction des échanges avec l'ARS et la CRSA, sans oublier les propositions et avis qui ont été donnés avec très peu de réponses, ce qui a valu la démobilisation de la plupart des membres de la conférence de territoire.

C'est un combat qu'il va falloir mener, avec des propositions à soumettre sur les problématiques de santé pour le département, au regard du PRS déjà avancé, de son orientation stratégique, et de ses 8 priorités telles que la petite enfance, la périnatalité ou le SIDA.

**Mme Joëlle MAURIN** revient sur la nécessité d'un nouveau zonage pour les professionnels de santé. Ce sujet avait déjà été abordé auprès de Monsieur Julien GALLI de l'ARS, lors d'une conférence de territoire l'année passée où il avait précisé qu'il serait revu au cours du PRS<sub>2</sub>. Y a-t-il eu une avancée dans ce domaine notamment pour le collège des infirmiers sur le département ?

<sup>1</sup> COS Conseil d'Orientation Stratégique

**Dr Thierry GOMBEAUD** précise que la question est intéressante d'autant qu'à la réunion du matin à l'Agence, il n'a pas été fait état du problème de la démographie médicale. Néanmoins, un nouveau rappel a été fait à l'Agence de transmettre les informations qui y circulent.

Le but de la plénière de ce jour est d'essayer de cibler des priorités pour le département, qui puissent être développées aux prochaines séances. A l'issue du CTS du 26 avril, un certain nombre de personnes se sont prononcées sur différents thèmes à aborder. Il propose de définir les plus importants, afin de pouvoir établir à la plénière de mai les priorités qui s'en dégagent, et de finaliser le tout à celle de juin par courriers à l'attention de l'ARS, dans l'espoir d'avoir un retour. La discussion est ouverte à ceux qui souhaitent s'exprimer sur les sujets proposés, ou donner de nouvelles idées.

**M Jean-Marc BITHOUN** présente la requête de son association « Actions traitement SIDA », il s'agit d'une association qui possède un agrément, pour représenter les usagers qui sont porteurs du VIH. La Seine-Saint-Denis a un taux de prévalence des plus importants dans ce domaine. Pour l'association, des actions en termes de prévention, de sensibilisation, d'informations et en particulier d'accompagnement à la fois des jeunes et des migrants, doivent être promotionnées.

**Mme Martine VIGNAUX** URPS Masseurs Kinésithérapeutes à Pantin. De son point de vue, la priorité est la coordination entre le virage ambulatoire et les libéraux. La profession est confrontée aux problèmes des patients qui sortent sans prescription ou sans indications écrites, quelle que soit la lourdeur de leur pathologie, et qui sont totalement désorientés. Ces patients ne sont pas forcément dans le cadre d'un PRADO<sup>2</sup>, ou d'un autre programme pour lequel un intermédiaire se charge de trouver une aide, avec toutes les difficultés que cela comporte, d'autant que les cabinets sont déjà saturés. La réussite du virage ambulatoire ne pourra aboutir qu'avec la réelle prise en compte des acteurs de terrain qui reçoivent ces publics.

Elle revient sur le zonage et la quantification des professionnels de santé, pour lesquels les données chiffrées ne sont jamais les mêmes quels que soient les niveaux et les commissions. Qui va être décisionnaire du calcul réel du pourcentage des professionnels de santé ?

**Mme Karine DIDI** (médecin, représentante du réseau Océane, directrice d'un réseau de soins palliatifs et de gériatrie) rebondit sur le manque total de kinésithérapeutes en ville, et confirme ces dires.

Une autre interrogation, celle des actes infirmiers, notamment le travail en soins palliatifs et l'accompagnement ultra-complexe auprès des personnes vulnérables, et plus particulièrement auprès des personnes âgées démentes pour lesquelles la surveillance des traitements, la préparation du pilulier sont des actes infirmiers que la CPAM ne prend pas en charge.

Enfin, travailler sur la santé mentale et le vieillissement, et faire le distinguo entre les personnes âgées atteintes de psychose gériatrique, ou de gérontopsychiatrie, sont des situations extrêmement préoccupantes qui demandent une attention.

**Mme Joëlle MAURIN** rebondit sur la distribution des médicaments aux personnes âgées, et rappelle que le syndicat des infirmiers se bat depuis des années, sur le fait que cet acte n'a jamais été inscrit à la nomenclature générale des actes professionnels. Ce point doit se régler au niveau ministériel.

**Mme Corinne FARGES** représentante de l'URPS orthophonistes Ile-de-France, renchérit sur le virage ambulatoire qui devient un problème majeur pour les paramédicaux sur le département, dont la charge de travail est énorme, avec des taux de déplacements à domicile qui s'effondrent au vu de la saturation des cabinets. Elle s'interroge sur le devenir de ce virage ambulatoire, et la place des libéraux au sein de ce dispositif inquiétant.

**Mme Martine VIGNAUX** revient sur les masseurs kinésithérapeutes qui ne se déplacent plus au domicile. La profession est très mal représentée en Seine-Saint-Denis. Ces professionnels mènent depuis toujours un combat syndical drastique, mais sans aucun résultat sur la revalorisation de l'indemnité de déplacement.

Les soins pour les ALD<sup>3</sup>, les déplacements en VSL ou en ambulances, sont pris en charge à des coûts faramineux par rapport aux indemnités qui sont allouées aux libéraux qui se déplacent, et par rapport à la prise en charge des patients dans les centres, dont les coûts sont 5 fois plus élevés que dans un cabinet libéral pour des soins équivalents. Une revalorisation importante de l'indemnité, serait une solution au problème.

**M Julien BORDRON** directeur général adjoint CPAM clarifie quelques points :

➤ **Les actes de surveillance.**

Il a été constaté une dérive dans la facturation qui pouvait par la suite générer des indus. Dans une logique de prévention, la CPAM a rappelé l'été dernier, que la nomenclature générale des actes professionnels, ne couvrait pas les actes de surveillance courante, ainsi qu'un certain nombre d'actes normalement simples, comme la constitution d'un pilulier ou la pose de chaussettes de contention.

<sup>2</sup> PRADO Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation

<sup>3</sup> ALD Affection Longue Durée

Toutefois, dans la prescription pour les personnes « démentes » qui sont à surveiller, lorsqu'elles ne sont pas autonomes pour la prise de leurs médicaments, l'acte infirmier est pris en charge. Pour cela, le prescripteur doit évaluer si la présence régulière d'un infirmier est requise, et la prescrire. L'infirmier précise par la suite les conditions dans lesquelles la prise en charge doit se faire dans le temps. Le rappel à la réglementation prévoyait ces cas particuliers. La CPAM souhaite éviter les ruptures de prise en charge ou d'hospitalisations.

Le PRADO intervient aussi pour les pathologies chroniques qui se développent, notamment les insuffisances cardiaques chroniques, ou les actes de surveillance, tels que le poids ou l'alimentation, qui sont pris en charge pour l'infirmier de façon forfaitaire, hors nomenclature générale des actes professionnels.

Tout ceci requiert des conditions réglementaires, dans la prescription et dans la facturation de ces actes.

➔ Les masseurs-kinésithérapeutes.

Le dispositif de rééquilibrage a plutôt correctement fonctionné. Il n'a pas été observé de diminution du nombre de kinés sur le département. Néanmoins, leur surcharge de travail, l'absence de déplacement au domicile, les indemnités anormalement faibles ont été constatées dans le département. Ces revendications légitimes ont été relayées pour permettre à ces professionnels de se déplacer davantage à domicile.

Ce sont 2 professions qui réagissent très différemment, les infirmiers font 95% de leurs actes à domicile, alors que les kinés font le même pourcentage à leur cabinet. Un rééquilibrage est de fait nécessaire, en fonction de la situation des patients et pour accompagner davantage les personnes à leur domicile.

➔ La prévention de l'obésité infantile et la prévention du diabète.

L'ARS et l'assurance-maladie sont en charge du portage de ces programmes. Elles ont besoin des professionnels de santé pour les relayer, des usagers pour les faire connaître, et des réseaux pour servir de relais. Il serait opportun, en fonction du calendrier de travail, de présenter ces projets en cours de déploiement, à partir de l'été 2017.

➔ Le zonage

Tous les zonages sont frappés d'obsolescence lorsqu'ils ont fonctionné 3 ou 4 années, et qu'ils ont produit leurs effets. C'est à partir des données de l'assurance-maladie que les zonages sont faits, avec une consultation des formations URPS. Les procédures consultatives et décisionnaires sont un peu lourdes, et on ne sait pas toujours qui est le bon interlocuteur. Le PRS2 est une occasion d'avoir un calendrier d'actualisation claire et partagée sur 2017. Sur le plan technique la CPAM prend en charge cette demande.

**Mme Roselyne MASSON** chef de service de PMI aborde le volet périnatalité et santé des enfants de moins de 6 ans. Des études démontrent combien investir cette période est prioritaire. Elle détermine non seulement des problématiques de santé chez l'adulte, mais est également à l'origine de surcoûts importants de prises en charge, dans le champ notamment du handicap.

Bien que le projet RÉMI, ait fait avancer un certain nombre de choses sur le territoire départemental, il reste 2 points majeurs :

**Le volet périnatalité :**

➔ **L'accès aux droits des femmes enceintes.**

C'est une problématique majeure sur ce département. De multiples dispositifs intra hospitaliers existent aujourd'hui dans les villes, et le département y contribue aussi en finançant notamment des postes de travailleurs sociaux dans les maternités publiques. Aujourd'hui que ce soit en ville ou dans les hôpitaux, cela reste un parcours du combattant pour les femmes enceintes.

Plus de 30% des grossesses sont suivies dans les centres de PMI de quartier sur le département, et plus encore si on inclut les centres de PMI qui sont financés dans les hôpitaux. Or, aujourd'hui il y a au moins 20% de femmes enceintes, qui sont sans couverture sociale. Pour ces femmes cela engendre derrière une incidence, qui peut aller jusqu'à la mortalité.

Aujourd'hui le département a la possibilité de mobiliser des bons de gratuité. Cela représente un coût d'un million d'euros, pour financer principalement les examens complémentaires des grossesses en Seine-Saint-Denis. Chacun doit s'impliquer et prendre en compte ses responsabilités. Tant que le dispositif ne sera pas mieux régulé, avec une meilleure organisation, on continuera à avoir un bon nombre de femmes qui n'ont pas accès à l'ouverture de ces droits.

➔ **L'accueil des femmes pour l'accouchement.**

On constate aujourd'hui la montée en puissance du nombre d'accouchements d'un certain nombre de maternités : 4800 naissances pour Saint-Denis, et plus de 4000 pour Montreuil. Après discussion auprès des chefs de service des maternités, il a été évoqué que le volet psycho-social autour de la grossesse avait beaucoup de mal à suivre. Les problèmes liés aux femmes enceintes avec des pathologies psychiatriques, la relation du dépistage parent/enfant etc., ne sont pas traités aujourd'hui comme ils le devraient. Des placements précoces d'enfants auraient pu être évités si on s'était donné véritablement les moyens en amont.

Un partage est à effectuer. Sur la périnatalité, la PMI va travailler sur un projet de santé publique et voir comment prendre sa part, par rapport au constat de RéMI. Tant que ces deux problèmes ne seront pas réglés, il sera difficile de travailler, sans parler des questions en lien avec les politiques de logement. Le système avec le SIAO<sup>4</sup> fonctionne plutôt bien, mais est totalement saturé.

#### **Le volet santé des enfants de 0 à 6 ans :**

➔ La démographie médicale va impacter tout le monde, hôpitaux et services de PMI. Dans les 5 prochaines années, 40 postes vont être supprimés dans les PMI, du fait des départs à la retraite des libéraux. Pour assurer le suivi de prévention de base de ces enfants, il va falloir réfléchir collectivement et construire un modèle partagé.

➔ Des dépistages sont organisés dans les consultations et dans le cadre des bilans des enfants de 3 et 4 ans au sein des PMI. Or, actuellement l'aval n'est pas garanti. Si on ne peut pas faire accéder les enfants à des séances d'orthophonistes, à des consultations de dépistages des troubles du langage etc, on va se retrouver pour ceux qui vont entrer à l'école, avec des problématiques d'apprentissage qui vont impacter le champ du handicap, et que l'on retrouvera à la MDPH avec des coûts extrêmement conséquents.

**Mme Sophie ALBERT** revient sur les transversales à toutes les thématiques. Une question fondamentale subsiste, l'augmentation de la population d'ici les 10 prochaines années, qui est de l'ordre des 9% pour le département, d'après les publications de l'INSEE. Aujourd'hui, un certain nombre d'éléments statistiques permettent de savoir quels sont les besoins en santé mentale, en certaines maladies chroniques etc. Il serait souhaitable d'effectuer une sorte de diagnostic de base et d'arriver à déterminer les foyers d'augmentation, les prévalences de maladies chroniques etc. Une projection et une visibilité assez précise des besoins dans les 10 prochaines années permettraient d'avancer.

**Mme Joëlle LAUGIER** partage cet avis. Parmi les sujets à traiter, elle souhaite que soit abordée la question des addictions en termes d'offres de soins, de prévention et de réduction des risques, la précarité et l'accès aux soins au sens large. Praticien hospitalier à l'hôpital Delafontaine, elle signale l'énorme diminution du nombre d'internes qui s'est produit dans les hôpitaux hors APHP voire même APHP, dont il faudra se soucier.

**Dr François WILTHIEN** médecin généraliste à l'hôpital d'Aubervilliers depuis 40 ans, vice-président URPS médecins libéraux Ile-de-France, et vice-président de l'union nationale des professionnels de santé. Il rappelle la signature en août 2016 d'une convention, qui comprenait quelques éléments permettant de faire avancer le maintien à domicile, néanmoins largement insuffisant. Il y a des déficiences conventionnelles, certains outils manquent cruellement. Le virage ambulatoire ne pourra pas être assuré, tant que ne seront pas attribués les moyens nécessaires aux libéraux, et la Seine-Saint-Denis est particulièrement impactée par ce problème, au vu de la précarité, des inégalités sociales de santé, et des conditions d'exercice actuelles.

Il rapporte le problème du pilulier qu'il a évoqué en tant que maître de stage universitaire à la CPL<sup>5</sup> 93, à la CPR<sup>6</sup> Ile-de-France, et à la CPN<sup>7</sup> nationale, concernant des personnes âgées délirantes ou non, et qui est une pagaille absolue entre la définition des ALD ou celle des actes. Il est grand temps de surmonter ce problème. Il ne faut pas mélanger visite à domicile avec maintien à domicile pour des personnes non autonomes. Ces actes sont à redéfinir. La convention médicale, prévoit, une visite particulière 3 fois par an, pour les maladies neurodégénératives.

Sur les accords interprofessionnels, les différents syndicats ont signé une convention en ce sens, uniquement pour les maisons de santé, puisque les autres professions n'ont pas réussi à s'articuler pour déployer aussi cette action interprofessionnelle à domicile ou ailleurs. Il en va également de la responsabilité des professionnels libéraux de partir sur des projets intelligents, performants et efficaces, qui ne pourront se faire qu'avec des déclinaisons conventionnelles, et avec des avancées sur ce que l'on souhaite dans le virage ambulatoire.

On doit pouvoir soigner correctement les séquanodionysiens dans le département comme ailleurs, encore faut-il en donner les moyens aux professionnels de santé.

**M Lucien BOUIS** revient sur 2 points :

➔ La préoccupation des usagers, notamment tout ce qui tourne autour du retour à domicile des populations plus ou moins en situation de perte d'autonomie, qui n'est pas forcément liée à la vieillesse. Il faut véritablement dans un département comme la Seine-Saint-Denis avec sa diversité culturelle, qu'il y ait une approche très précise du retour à domicile, qui permette à l'individu et à son entourage familial ou professionnel, avec les médecins traitants ou les pharmaciens, d'avoir le bon usage du médicament à la sortie d'une hospitalisation.

<sup>4</sup> SIAO Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

<sup>5</sup> CPL Commission Paritaire Locale

<sup>6</sup> CPR Commission Paritaire Régionale

<sup>7</sup> CPN Commission Paritaire Nationale



Il faut aussi penser à une échéance plus longue, et avoir le souci de savoir si ce que l'on met à disposition des séquanodyonisiens au niveau de l'habitat, va leur permettre dans les prochaines années, d'être mieux installés au retour à domicile après une hospitalisation. On continue encore à délivrer des permis de construire qui ne permettront pas à une personne à mobilité réduite dans le futur, de se déplacer correctement au sein du domicile.

➤ Une réflexion, sur l'intérêt des GHT vu par l'usager serait souhaitable. Tout ce qui tourne autour des projets médicaux partagés, sans trop se préoccuper de l'usager et de son environnement, va dans les prochaines années être dramatique. On constate aujourd'hui un vrai parcours du combattant pour certaines populations entre l'hospitalisation, le soin de suite, le retour à domicile, le placement en structure d'accueil etc.

***M William DAVID*** représentant des internes en médecine, administrateur du syndicat représentatif parisien des internes de médecine générale de Paris, actuellement en 2<sup>ème</sup> année de formation de médecine générale.

Il rappelle qu'un interne est un étudiant en 3<sup>ème</sup> cycle de formation universitaire en médecine, et aborde en 2 points, le parcours d'un interne :

➤ **La formation :**

Un cursus découpé en 3 cycles :

1/ Une formation générale.

2/ Une formation approfondie, partagée entre l'hôpital et les cours.

3/ Un cycle d'études spécialisées.

Il rappelle qu'il a été décidé dans les années 90 de former 3500 médecins par an en France, d'où la répercussion des conséquences sur le manque de médecins. Aujourd'hui, la question est de répartir la pénurie.

La notion du virage ambulatoire est un concept évident pour les médecins généralistes enseignants depuis les années 70. A titre de rappel, le Carré de White précise que sur une population de 1000 personnes confrontées à un problème de santé, 7 à 8 iront dans un centre hospitalier, et 1 à 2 iront ensuite dans un centre hospitalo-universitaire. Il est important de penser aux 990 autres personnes qui restent derrière, confrontées à ce problème de santé. Or, les facultés de médecine françaises ne forment pas complètement à la médecine ambulatoire à la médecine de ville, mais plutôt à la médecine hospitalière et à avoir des médecins chercheurs.

Au cours du 2<sup>ème</sup> cycle de 36 mois de stages, 3 mois sont consacrés obligatoirement à la médecine générale. Toutes les facultés ne le proposent pas, faute de manque de maîtres de stages. De ce fait, certains externes font 6 années, sans jamais sortir de l'hôpital.

Le 3<sup>ème</sup> cycle, est consacré à l'apprentissage de la médecine générale et à son diplôme. L'interne est sensé apprendre à travailler en ville et à faire de la médecine ambulatoire, avec un stage obligatoire en médecine générale sur les 36 mois de stage.

La personne qui a un problème de santé consulte directement un généraliste, et non en premier lieu, l'hôpital ou le centre hospitalo-universitaire. La formation n'est pas axée sur cela, et de fait la médecine générale est la dernière spécialité qui est choisie à l'issue du concours de l'internat de 6<sup>ème</sup> année. Tous les postes d'ophtalmologie, de néphrologie, de radiologie, de chirurgie sont complets, alors qu'il y a une vacance de postes en médecine générale, en psychiatrie et en médecine du travail.

➤ **L'exercice en ville :**

Depuis une dizaine d'années, on constate une baisse des médecins libéraux. Les anciens praticiens partent à la retraite faute de jeunes remplaçants qui préfèrent exercer en tant que salariés, plutôt qu'en tant que médecin libéral pour un travail de 55 à 60 heures par semaine, contre un travail de 35 heures pour un salarié. Pour le virage ambulatoire, c'est un problème.

Des pistes de travail ont été apportées par l'InterSyndicat National des Internes de médecine générale. Le conseil de l'ordre a fait de son côté un livre blanc sur le développement de l'offre de soins dans les territoires, qui est une jolie métaphore pour parler des zones peu fréquentées. Un élément incitatif, est de faire des stages en milieu ambulatoire. Pour les internes de médecine générale qui ont fait des stages dans des zones semi-rurales voire rurales, on constate qu'ils ont une probabilité plus importante pour s'installer par la suite dans ces mêmes zones, plutôt que d'autres internes qui n'ont pas suivi ce parcours.

Il liste quelques propositions :

➤ Se rapprocher de la faculté de médecine de Bobigny, et de l'Ordre des médecins de Bobigny, et relever les médecins qui sont installés sur le département pour les motiver à accueillir des internes et des externes, en communiquant avec eux, éventuellement en trouvant quelques dispositifs peut-être financiers, et faire la même chose avec les internes et externes.

➤ Pour les territoires isolés en Seine-Saint-Denis, motiver en finançant un logement, ou en allouant une bourse sur certains stages, afin d'inciter la découverte de certaines zones jugées déficitaires, et favoriser ensuite l'installation dans d'autres départements.

➔ Pour le secteur hospitalier, les hôpitaux pourraient construire des internats. Ce serait un élément très motivant pour l'interne logé directement dans l'hôpital au sein duquel il serait amené à faire son stage. Bon nombre d'hôpitaux en Ile-de-France n'ont pas ce type de structure.

La problématique des hôpitaux périphériques, est liée d'une part au manque d'internes de médecine générale dans la région et pour le département, et d'autre part au fait que les enseignants de médecine générale veulent développer les stages en milieu ambulatoire qui ne sont pas des stages en milieu hospitalier. A fortiori, les hôpitaux, vont être amenés à manquer d'internes en diplôme d'études spécialisées en médecine générale.

**Mme Joëlle LAUGIER** complète en précisant qu'il faut ajouter aux professionnels libéraux, les centres de santé et les professionnels de ville en général, qu'ils soient municipaux ou associatifs.

**Dr Thierry GOMBEAUD** ajoute que les centres de santé assurent 10% de l'activité de soins dans le département, et à peu-près 1,5% au niveau national, l'essentiel étant quand même dévolu aux médecins libéraux.

**Pr Bernard PISSARRO** signale qu'une dominante commune se dégage dans tous les thèmes qui ont été abordés, celle des difficultés rencontrées qui sont aggravées par les problèmes sociaux des individus. Une grille de lecture permettrait de faire avancer les priorités du département.

**Mme Marion AUBRY** association Toupi, intervient sur le volet du médico-social et du handicap, et sur le taux d'équipements nettement plus faible en Seine-Saint-Denis qu'ailleurs, sujet qui a été soulevé lors de la séance inaugurale. On constate une attente des usagers sur des solutions réellement inclusives. La réponse du département a été surtout sur de l'institutionnel pur, notamment des IME pour des enfants, avec des projets de MAS ou de FAM. Il y a aujourd'hui une demande de solutions favorisant l'intégration, éventuellement des SESSAD, voire des SESSAD renforcés. Il est fondamental de garder des solutions plus inclusives, et de s'interroger sur un accompagnement sur tous les temps de la vie, avec des services prestataires comme l'intégration de temps de loisirs aux activités dans les écoles, afin de répondre à une demande sociétale, le suivi des personnes handicapées.

**Mme Martine VIGNAUX** revient sur la possibilité des stages pour les étudiants dans les cabinets libéraux, quelle que soit la spécialité. Elle estime que le rôle incombe plus aux URPS de chaque profession plutôt qu'à l'Ordre. Il faut avoir la capacité et les aptitudes pour recevoir ces étudiants.

**M Daniel LAPIE** intervient sur le handicap mental, et notamment celui des enfants. L'inclusion est abordée depuis un moment dans le 93. Depuis les dernières années, seules des places de SESSAD ont été créées, et en accueil de jour uniquement pour des enfants autistes. Ce constat de dégradation a amené la DDARS93 à l'ouverture de places pour des adolescents âgés de 12 à 16 ans. Ces créations de places en IME donnent une relative souplesse dans cette nécessité. L'inclusion concerne aussi les ruptures de prise en charge, notamment pour des enfants en classe de CLIS<sup>8</sup> qui après 12 ans dans le primaire, se retrouvent en difficultés pour continuer dans les collèges. Il faudrait mesurer le degré d'inclusion pour certains enfants, qui se traduit par un temps extrêmement partiel à l'école et complètement soumis à la présence de l'AVS<sup>9</sup>, qui en cas d'absence met les familles à contribution de façon très problématique, notamment lorsque les 2 parents travaillent.

Si on veut progresser sur cette question, il ne faut surtout pas opposer la notion d'inclusion à la notion de prise en charge en IME, et si on parvient à mettre en place quelque chose de complémentaire, ce sera un grand progrès.

**M Paul LAMBERT** renchérit sur le sujet. Confronté au problème, il confirme qu'un appui aux familles est nécessaire. Il se réjouit de l'évolution en santé mentale à l'hôpital de Ville-Evrard, et notamment de la progression de la communication. Selon lui, il faut développer la solidarité, l'addictologie, et particulièrement fortifier l'application des lettres de suite, afin de permettre la continuité des soins au retour du patient à son domicile.

**Dr Fabienne GENTIL** Education Nationale clarifie quelques points :

- ➔ Les CLIS sont maintenant des ULIS<sup>10</sup>, il en existe en collège et en lycée.
- ➔ L'Education Nationale accueille également des internes. Cela mérite d'être cité.
- ➔ Les SESSAD qui travaillent avec l'Education Nationale sont très utiles. Ils orientent la tâche des enseignants qui ne sont pas des spécialistes du handicap ni du dépistage.
- ➔ Le manque crucial d'orthophonistes.

<sup>8</sup> CLIS Classe d'Intégration Scolaire

<sup>9</sup> AVS Auxiliaire de Vie Scolaire

<sup>10</sup> ULIS Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

Elle souhaite que l'Education Nationale qui est beaucoup décriée au travers des diverses réflexions émises, ne soit pas oubliée.

**Mme Joëlle LAUGIER** revient sur l'intervention du représentant des internes, et partage l'intérêt de former les jeunes dans les cabinets. Néanmoins cela démontre que les hôpitaux fonctionnent d'une certaine façon par rapport à ces internes, ce qui est absolument anormale. Le manque d'effectifs de soignants oblige les hôpitaux à puiser dans leurs réserves, et bien que cela fasse faire des économies, cela engendre un déséquilibre du système.

**Mme Evelyne COUDE** rappelle qu'elle a travaillé sur l'hôpital de Ville-Evrard, et qu'elle a participé à l'intégration scolaire dans les années 90. Selon elle, « intégration scolaire » est plus lisible « qu'inclusion ».

**M Daniel LAPIE** revient sur le handicap mental et le travail méconnu de l'Education Nationale. Il signale que depuis un certain temps, l'Education Nationale n'est plus décisionnaire des enfants handicapés qui sont accueillis dans les classes avec AVS. Peu d'institutions accepteraient cette décision, même pas les IME pour lesquels la MDPH n'impose pas d'admissions, alors qu'elle le fait pour l'Education Nationale. De gros efforts ont été faits concernant l'accueil de ces enfants à l'école. Le partenariat avec le médico-social est vital. C'est un point qui mérite d'être éclairci compte tenu de ce qui est demandé à l'Education Nationale et des moyens dont elle dispose.

**Mme Joëlle MAURIN** précise que l'année dernière en partenariat avec l'ARS, l'URPS infirmiers a mis sur pied le tutorat infirmier. Désormais Les cabinets libéraux, peuvent accueillir des infirmiers stagiaires.

Elle conclut son intervention en déclarant qu'après avoir participé à la conférence de territoire durant les 5 années et au travers de tout ce qui a été dit, elle constate qu'il y a eu très peu d'avancée voire même un recul sur certains points. Les difficultés du département n'ont fait qu'empirer pour la population, comme pour les professionnels de santé hospitaliers et libéraux. Dans ce contexte comment faire remonter les difficultés ?

**Dr Thierry GOMBEAUD** dresse quelques priorités :

- Les inégalités de santé qui sont l'interface de l'ensemble des problématiques évoquées ce jour.
- La démographie médicale.
- L'impact engendré par la création des GHT, en matière d'accès aux soins ou de circulation des patients et de leur famille.
- L'impact de l'analyse populationnelle. L'Agence a annoncé le nombre de cancers, sans pour autant évoquer la prise en charge de ces malades à la sortie de l'hôpital, ni celui de la vaccination etc.
- La précarité dans l'addiction et la réduction des risques.
- L'aide aux aidants en matière de handicap, quels que soient les moyens utilisés, et comment favoriser le maintien à domicile au-delà des aspects purement médicaux.

Il propose de rédiger un document, qui sera soumis au bureau, et transmis aux membres du CTS lors de la prochaine plénière. Ce document sera enrichi des différentes discussions avant d'être présenté à l'Agence et avant la publication du PRS.

**Pr Bernard PISSARRO** suggère de faire à l'issue des premières réflexions du bureau, un ou deux groupes de travail en fonction des thématiques.

**Dr Thierry GOMBEAUD** conclut le débat en rappelant que l'aval est un facteur crucial dans le cadre du virage ambulatoire, et la façon de le soutenir serait de le mettre comme élément d'évaluation du PRS.

La séance est close.

Le prochain bureau de la CTS93 se déroulera le mercredi 17 mai 2017 à la DD93, précédant la plénière du mercredi 24 mai 2017 à la salle de conférence de la CPAM de Bobigny – 195 avenue Paul Vaillant Couturier.

Le Président du conseil territorial de santé

Thierry GOMBEAUD



## ANNEXE

### Liste des membres présents :

#### Titulaires :

Dr Thierry GOMBEAUD, Président  
M Pierre LAPORTE, Vice-président  
M Eric PERTHEGELLA, M Eddy CHENAF, M Serge WSEVOLOJSKY, Mme Catherine HOURIEZ,  
M Daniel LAPIE, Mme Fabienne GENTIL, M Eric LEMERCIER, Mme Joëlle LAUGIER,  
Dr Mardoche SEBBAG, M François WILTHIEN, Mme Joëlle MAURIN, M William DAVID,  
Dr Fabrice GIRAUX, Dr Karine DIDI, Dr Edgard FELLOUS, M Lucien BOUIS,  
M Paul LAMBERT, M Jean-Marc BITHOUN, Mme Catherine SOULIE, M Jean-Claude LOCATELLI,  
M Daniel GARNESSON, Mme Roselyne MASSON, Mme Annie DELMONT-KOROPOULIS,  
M Julien BORDRON, Pr Bernard PISSARRO

#### Suppléants :

Mme Sophie ALBERT, Mme Martine VIGNAUX, Mme Corinne FARGES, M Arnaud DUBEDAT,  
Mme Evelyne MARCHAS, M Lucien PETOT, Mme Marion AUBRY, M Thomas CHASTAGNER,  
M Rémy CORNEC, Mme Evelyne COUDE, Mme Martine ISCACHE

#### Invité permanent :

M Vincent BOISSONNAT