

## PROCES-VERBAL

de la Conférence de Territoire du département de la Seine Saint Denis

du mercredi 20 novembre 2013 - 14h00

CPAM de Bobigny : salle de conférence

*La liste des membres présents figure en annexe.*

L'ordre du jour est le suivant :

- Election d'un membre du bureau en remplacement du docteur ZARKA
- Les éléments relatifs à la périnatalité dans le département
- Proposition d'une conférence 2014 autour de la prise en charge des cancers et précarité, par Mme Anne FESTA et Pr Laurent ZELEK
- Informations diverses et perspectives 2014

Quorum : 23/50

*Cf documentation adressée aux membres de la CT*

M. LAPORTE président de la conférence de territoire entame la séance.

L'ordre du jour reposera essentiellement sur les éléments relatifs à la périnatalité dans le département. Il sera présenté par la DT/ARS.

Puis une introduction relative à la prise en charge des cancers et précarité, sera commentée par Mme Anne FESTA du réseau Oncologie 93.

Il rappelle, la prochaine conférence de territoire du 11 décembre, qui se déroulera à Bobigny dans les locaux du conseil général, au 93 rue Carnot de l'immeuble Picasso.

Les thèmes présentés seront les suivants :

- Les pathologies vasculaires.
- Suite et fin du volet consacré à la pénurie des anesthésistes réanimateurs en Seine-Saint-Denis.
- Présentation d'un contrat local de santé, voire deux.

Il dresse un bref calendrier des différents thèmes proposés aux prochaines plénières 2014 :

- Le parcours des personnes âgées en hospitalisation de nuit.
- Retour du groupe prévention, conduit par le professeur PISSARRO, avec présentation de 3 structures qui travaillent précisément sur ces questions, et qui touchent plusieurs villes du département.

Il rajoute que :

- Mme SOULIE avait proposé une présentation sur l'ANI\*, plus exactement sur l'impact des mutuelles et complémentaires de santé.

*ANI (Accord National Interprofessionnel)*

- Le bureau de la conférence compose l'ordre du jour, néanmoins les membres de la CT peuvent y participer en proposant des thèmes à débattre en plénière.  
Des personnes non membres de droit, peuvent être invitées à venir commenter ces sujets.

## Election d'un membre du bureau en remplacement du docteur ZARKA

**Mr LAPORTE** : le docteur ZARKA, représentant de la Fédération Hospitalière de France, a quitté ses fonctions, en tant que membre de la conférence de territoire ainsi que membre du bureau.

Le docteur CHARESTAN, le remplacera désormais au collège I, des représentants des établissements de santé de la conférence de territoire.

Selon le Règlement Intérieur, le remplacement au bureau n'appelle aucune condition particulière, néanmoins il est important d'avoir un assemblage équitable dans la représentation des différents collèges.

Le docteur CHARESTAN se porte volontaire pour suppléer au bureau de la CT, aucun autre membre parmi l'assistance n'est intéressé.

Celui-ci est élu membre du bureau, à l'unanimité, en remplacement du docteur ZARKA.

Il se présente à l'assemblée :

- Chef de service des urgences, adultes et enfants, et du SMUR au CHI Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois, depuis bientôt 6 ans.
- Président de la Commission Médicale de l'Etablissement depuis novembre 2012.
- Secrétaire de la conférence régionale des présidents de CME et membre du bureau de la conférence nationale des présidents de CME.
- Membre du bureau de la Fédération Hospitalière de France en Ile-de-France.
- Président de la section départementale 93 de la FHF.

Il rappelle l'importance de la participation de l'hôpital public à la conférence de territoire.

Il est nécessaire que l'hôpital public s'affirme et affirme une position importante, sur le territoire et dans le département.

Il doit continuer à développer, tisser et renforcer les liens avec l'ensemble des acteurs de la santé du territoire, entre le public, le privé et la médecine libérale.

Sa situation aujourd'hui est complexe, on assiste à une réelle mutation dans le fonctionnement de l'hôpital, du fait d'une réorganisation complète et d'une modernisation de l'offre. On assiste à des impératifs budgétaires de plus en plus restreints et difficiles à gérer.

Des notions nouvelles dans les modes de fonctionnement nous ont été imposées, tels que la rentabilité, l'efficacité, l'optimisation, la concurrence, les parts de marché.

L'hôpital public ne peut pas ignorer ses voisins, il doit travailler, coopérer et collaborer avec l'ensemble des acteurs, mais il doit aussi être soutenu, entendu et aidé par les pouvoirs publics.

Mr LAPORTE remercie le docteur CHARESTAN pour sa présentation et propose de passer au point suivant, la périnatalité dans le département, plus particulièrement le projet REMI\*

## Les éléments relatifs à la périnatalité dans le département

Présentation Dr Laurence DESPLANQUES (DT93/ARS)

### Discussions :

**Mr LAPORTE** excuse la CRSA qui travaille également sur les inégalités de territoire en matière de santé, de n'avoir pu venir compléter l'exposé. Le groupe qui a ciblé son travail sur la mortalité périnatale et notamment sur la Seine-Saint-Denis, viendra à une autre occasion renforcer le sujet.

Il soulève 3 interrogations :

- La recollection des bases de données qui sont dispersées et incomplètes ?
- La coordination d'aujourd'hui qui n'a plus la même efficacité que dans les années 90, pourquoi ?
- Quand est-il de la PMI et de son suivi ?

**Dr DESPLANQUES** concernant les bases de données, il n'existe pas de bases exhaustives, elles ont différents objets et différents objectifs.

Par exemple, l'action qui est menée pour améliorer le recueil des données sur la mortalité par le travail piloté par l'INSERM\* sur le PMSI\*, sur l'amélioration de l'exhaustivité et de la qualité du recueil du PMSI, va permettre d'obtenir un certain nombre d'informations assez précises et complémentaires. C'est un enjeu important de la mise en place de cette démarche dans ce département, qui va être un pilote avant extension au niveau national.

Il n'y a pas de bases de données qui soient en mesure de répondre à tout, il y a des difficultés dans la coordination, les liens à faire entre les bases de données. Ce sont des discussions qui dépassent le cadre de la périnatalité.

**Dr BUCOURT (CG93)** rappelle qu'entre les années 89/92, une recherche action avait été menée, avec la participation du Pr PAPIERNIK.

A l'époque, le système de soins n'était pas le même, néanmoins l'enquête avait permis de découvrir des problèmes très importants, et des axes d'amélioration sur la prise en charge des femmes enceintes et des accouchements.

De nombreuses actions mises en place dans le département, sur la qualité des échographies ou encore, les transferts des mères avant la naissance de l'enfant dans une maternité adaptée, ont été suivies par la suite au plan national.

Tout ce travail de réseau, a permis une diminution importante du taux de mortalité périnatale. En effet, en 1993 celui-ci a diminué de moitié, et est passé en dessous de la moyenne nationale.

Puis autour des années 2000, la situation s'est de nouveau dégradée.

Il faut noter que la situation socio-économique du département ne s'est pas arrangée. Le système de soins a beaucoup évolué. Une des analyses a été de se comparer à 3 départements, l'Isère, la Savoie et la Haute-Savoie qui possèdent un registre sur les morts nés. Cette étude a démontré qu'il existe beaucoup plus de pathologies dans notre département qui sont aussi responsables de plus de morts.

La question est de savoir, pourquoi y a-t-il plus de pathologies et de morts en Seine-Saint-Denis ?

Notre système de soins est-il adapté à la population du département ?

Espérons que l'audit mené par l'INSERM pourra répondre à ces interrogations.

**Mme CUESTA** souligne que la Seine-Saint-Denis présente un taux de diabète et d'hypertension artérielle chez la femme enceinte, notamment chez les femmes africaines, nettement supérieur à d'autres départements.

**Mme BUCOURT** rajoute qu'il y a 2 fois plus d'hypertension artérielle en Seine-Saint-Denis par rapport aux autres départements alpins, et 4 fois plus de morts. Il est extrêmement important d'en connaître les raisons et de savoir comment y remédier.

**Dr DESPLANQUES** l'ensemble des analyses des bases de données actuelles, et les connaissances existantes, vont permettre d'orienter les champs de l'audit qui va être mené.

**Dr GOMBEAUD** 2 réflexions :

- Concernant l'analyse des causes, il apparaît que ce n'est pas qu'un problème médical.

La caractéristique du département, c'est le cumul de tous les facteurs exposés dans le diaporama (biologiques, environnementaux, comportementaux/habitudes de vie).

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
111 rue de Médecine - 75013 Paris - France - Tél. 01 42 76 20 00

C'est ce qui permettrait de comprendre les extraordinaires cassures de courbes qui arrivent dans les années 90, entre l'évolution sur l'ensemble de l'Île-de-France, et celle du département. Y'a-t-il eu des variations sur ces questions ?

- Les CLS n'ont pas intégré les problématiques de mortalité infantile. On ne les voit apparaître que de façon très indirecte dans les contrats.

**Dr MINCHIN** (médecin du travail) précise qu'en tant que médecin du travail, elle est surprise de ne pas trouver « le travail » dans les facteurs de risque avant la naissance.

Or, la médecine du travail, d'après ses propres statistiques, constate qu'il y a une dégradation des conditions de travail, pas seulement sur des conditions de travail physique, mais surtout sur des risques psychosociaux et des détresses psychologiques avec aussi, des détresses sociales derrière.

Depuis 2012/2013, c'est presque quasi systématique, la médecine du travail voit la femme enceinte avant le 4<sup>ème</sup> mois de grossesse pour des cas d'hypertension, de pertes de sang, de contractions, ou encore des décollements placentaires etc. Ces problématiques entraînent des inaptitudes temporaires en urgence, face à des conditions de travail extrêmement dégradées et pour lesquelles l'employeur n'aménage pas le poste.

La médecine du travail utilise le score de Papiernik\* justement pour évaluer ces risques et tenter de prévenir.

C'est un score de Papiernik élargi, puisque d'autres critères de recherche sont rajoutés, permettant dès le 1<sup>er</sup> voire 2<sup>ème</sup> mois de grossesse, de déclarer la personne inapte à continuer son emploi en l'état, et de la mettre en arrêt de travail.

**Mme SENANEDI (CG93)** souligne qu'il existe tout un volet dans l'enquête de l'INSERM, consacré aux conditions de travail, en fait ce sont tous les facteurs environnementaux et comportementaux qui sont intégrés.

**Mme BUCOURT** explique que ce qui ressort des résultats obtenus, c'est l'inquiétude de ces pertes de grossesses assez tôt, pendant la grossesse.

On se demande si le travail effectué dans les années 70/80, autour du programme de prévention de la prématurité avec le Pr PAPIERNIK, était étendu un peu plus tôt dans la grossesse, ne pourrait pas éviter ces pertes de grossesse très précoces.

**Mme CUESTA** un élément nouveau vient se rajouter, qui a été évoqué dans l'analyse des causes, c'est tout ce qui tourne autour de la violence pendant la grossesse.

Le docteur Emmanuelle PIET, médecin responsable de la planification familiale, a dirigé une thèse sur le sujet, qui a mis en évidence un taux de prématurités et de morts fœtales in utero beaucoup plus important, chez les femmes victimes de violences pendant la grossesse.

Il y a tout un travail que le réseau NEF\* a effectué, par rapport à la formation et à la sensibilisation des professionnels. Savoir poser les bonnes questions avec tout le doigté concernant ces problématiques de violence, et plus particulièrement de violence qui se déclenchent voire empirent pendant la grossesse.

**Dr DESPLANQUES** précise qu'effectivement la liste des causes n'est pas exhaustive, l'objectif ici, est de montrer les grands champs sur lesquels on souhaite travailler.

**Dr MALET-LONGCOTE** rappelle que lors de l'élaboration des contrats locaux de santé de préfiguration, ce champ de la périnatalité n'était pas aussi développé.

Dans l'élaboration des CLS renforcés, c'est un des axes sur lequel un certain nombre d'acteurs sur les villes, s'engagent. Des réflexions se mettent en place notamment avec les associations. Plusieurs villes vont l'afficher comme axe stratégique.

Score de Papiernik (coefficient de risque de complications prénatales)  
Plan. > NEF (réseau périnatal N°1 de l'Est-Français)

**Pr PISSARRO** revient sur la mortalité infantile dans son ensemble.

Le problème de la violence va retentir, bien évidemment sur la mortalité périnatale, mais vraisemblablement beaucoup plus sur l'ensemble d'un certain nombre de séquelles à la fois physiques, psychiques et un certain nombre de handicaps.

La focalisation sur la mortalité infantile précoce, risque d'avoir un effet réducteur sur la surveillance de tout ce qui peut se passer dans le département. Il faut se méfier des indicateurs.

Concernant la mortalité maternelle, que se passe-t-il dans le département ?

Retrouve-t-on le même type de conséquence ?

Dans les perspectives « d'Agir », les déterminants sociaux ne semblent pas très développés on est plus sur des actions immédiates que sur les logements par exemple, dont on sait que c'est un des facteurs importants de toutes les souffrances périnatales.

Quel serait l'intérêt et les difficultés, d'élargir un autre domaine ?

**Dr DESPLANQUES** répond :

L'indicateur qui est choisi est celui de la mortalité infantile mais il est bien évident que le travail porte sur l'ensemble des conditions de la grossesse, et des conditions de la naissance, que ce soit sur l'ensemble des facteurs d'organisation des soins, et de l'environnement général de la grossesse. On va s'attacher à regarder un indicateur facile à mesurer et à suivre, mais on attend des bénéfices de façon plus large sur d'autres aspects et sur d'autres éléments.

Le travail REMI\* sur la mortalité infantile ne résume pas l'ensemble des actions sur la périnatalité dans le département et dans la région.

Le travail qui est coordonné par le réseau Naître dans l'est Francilien, autour du suivi des enfants présentant des vulnérabilités en période néonatale, est un travail exhaustif et de qualité, sur la formation des différents acteurs de santé, sur le suivi des enfants, leur orientation et leur prise en charge dans les meilleures conditions.

Tout enfant qui pose un problème en période néonatale, ou en période périnatale, ou qui est victime d'un accident à la naissance ou dans les premiers jours de vie, rentre dans ces dispositifs de suivi, et d'accompagnements particulièrement renforcés. Ça ne rentre pas dans le cadre REMI, néanmoins c'est un dispositif qui existe en parallèle.

Concernant la mortalité maternelle : c'est un événement rare, et qui ne donne pas lieu à des calculs d'indicateurs au niveau départemental, de taux de suivis annuellement.

Ce n'est pas un point sur lequel il y a eu une focalisation particulière, mais ce sont avec des événements ponctuels un traitement individuel des situations, quand elles se produisent.

Enfin, le point sur Agir et les champs d'intervention, comme le logement : l'ARS n'a pas de compétence directe en matière de logement, néanmoins elle intervient auprès de nombreux acteurs à la fois sur le champ de l'hébergement, de la santé et de la prise en charge de la santé. L'ARS essaie d'encourager dans le cadre de REMI un certain nombre d'associations qui interviennent particulièrement auprès des publics, qui sont en centre d'hébergement ou sans hébergement, pour essayer de développer des actions et de repérer ce qui pourrait être fait de mieux. Cela nécessite des partenariats étroits, notamment avec la DRIHL\*, partenariats parfois complexes mais sur lesquels l'ARS travaille actuellement et qui font partie des priorités. L'accent a été mis sur ces actions de façon récente.

Elle souhaite pouvoir montrer en fin d'année 2014, l'évolution des actions autour de la problématique du logement.

**Mr BOUIS** souligne qu'il faut être attentif à toute cette catégorie de population d'origine française, qui se trouve en distorsion au niveau d'un certain nombre de situations. On voit apparaître aujourd'hui en Seine-Saint-Denis un nouveau prolétariat du travailleur pauvre. On a des populations qui sont tellement accrochées à leurs responsabilités dans leur travail, qu'elles en oublient d'autres éléments liés à leur vie personnelle ou celle qui les entoure. Cette notion de réflexion sur l'ensemble des situations est importante.

2 questions :

- assiste-t-on à une évolution de la mortalité de l'accouchement à domicile et quelle en est la tendance ?

- a-t-on pu mettre en évidence, le rang des enfants dans les analyses ?

**Mme DERMER** souligne qu'il faudrait se pencher sur les solutions à trouver, comme en cancérologie, plus précisément sur le plan des causes d'aggravation de la situation.

Dans les pays de Loire, des gens ont créé leur propre score. Il en existe d'autres. Pourquoi ne pas profiter de ce qui a été fait par d'autres pour endiguer le problème. Un score est un dispositif qui balaye la santé, le logement, les finances, le nombre d'enfants etc, pourquoi ne pas s'emparer de cet outil et le transposer à la périnatalité !

**Dr DESPLANQUES** partage ce point de vue.

Le calcul d'un score est un élément intéressant, mais on est à la fois sur la compréhension des facteurs liés à la précarité, ainsi que sur les interventions qui peuvent en découler.

Il ne faut pas se contenter de mesurer un score. On est convaincu du lien qui existe entre indicateurs défavorables et précarité, le score peut permettre de le documenter.

On est davantage sur un champ compréhension/action.

**Mme DERMER** précise qu'il faut bien commencer par quelque chose, on ne peut pas faire tout en même temps. Le score permet de s'attaquer à ceux qui sont le plus en difficulté, puis petit à petit aux autres.

**Dr DESPLANQUES** souligne que le calcul du score s'attache à une situation individuelle. En matière de périnatalité, on a besoin de voir le dispositif plus global. Il y a aussi les questions liées à l'organisation des soins, la disponibilité des acteurs, et qui ne seront pas forcément dans un score lié à la précarité.

Ce qui est proposé c'est une vision un peu plus décalée, un peu plus globale.

**Dr BUCOURT** un petit complément sur REMI :

Pourquoi avons-nous décidé de travailler sur la mortalité et le 1<sup>er</sup> mois de vie. Il faut faire des choix à des moments donnés.

65% de la mortalité infantile, correspond au 1<sup>er</sup> mois de vie.

La mortalité périnatale, ce sont les morts nés, et les morts néonatales.

Les morts nés sont beaucoup plus importants que les morts néonatales : 300 cas par an, contre 100 à 150 par an. Et lorsque l'on a regardé les causes de décès de morts néonatales, 66% sont d'origine périnatale, c'est-à-dire l'origine pendant la grossesse ou pendant l'accouchement. C'est la raison pour laquelle on a fait ce premier choix.

La mortalité post-néonatale sera peut-être nécessaire dans un 2<sup>ème</sup> temps, pour effectivement essayer d'éviter les décès de ces enfants.

On s'est aperçu pendant l'enquête que lorsque l'on travaille sur la mortalité on a des effets sur la morbidité.

Effectivement on ne mesure pas. Les outils d'évaluation sont très complexes à mettre en place, néanmoins on a montré qu'on avait des effets sur la morbidité.

**Dr DESPLANQUES** revient sur l'accouchement à domicile en Seine-Saint-Denis.

Il est peu fréquent, il relève de l'accouchement imprévu voire accidentel, contrairement à ce qui peut exister dans d'autres départements, avec un accouchement à domicile choisi par la famille avec une sage-femme, ce qui relève d'une situation extrêmement marginale en Seine-Saint-Denis.

**Mr LAPORTE** quelques interrogations concernant les courbes :

- pourquoi celles-ci baissent jusqu'aux années 95 et 96 pour remonter ensuite ?

- pourquoi à nouveau une baisse sur la mortalité infantile et la mortalité néonatale dans les années 2000 et 2003 ?

Quel est le dispositif aujourd'hui et que se passe-t-il ?

Le travail porte sur la mortalité, mais il y a aussi une autre sphère, plus large, celle du handicap. Le Dr LACOMBE a étudié le sujet. L'intérêt serait de poursuivre l'analyse des causes, afin d'éviter de refaire le même travail.

Enfin sur les CLS à venir, a-t-on des indicateurs sur le taux de mortalité dans les villes, qui nous donnerait une corrélation entre elles ?

Ça semble difficile, car les femmes n'accouchent pas forcément sur leur commune.

Cependant il faut attirer l'attention des CLS sur l'importance du suivi post-natal.

**Mme LEHMAN** (directrice d'établissement social)

Dans les recherches de causes, a-t-on tenu compte d'un nouveau phénomène, les grossesses des adolescentes en augmentation en Seine-Saint-Denis ?

Peut-on envisager une prévention sur cette problématique dans les perspectives de l'Agir ?

On constate une aggravation des grossesses précoces, avec des jeunes filles à risques.

Dans une grossesse, on voit les mères, mais on constate aussi l'absence des pères !

Quelles sont les solutions à ces facteurs ?

**Dr BUCOURT** effectivement, la mortalité est un peu plus élevée chez les femmes de moins de 20 ans, mais le chiffre reste néanmoins très faible, et ça n'est pas ce qui explique l'excès de surmortalité.

**Dr DESPLANQUES** la question de la place du père est importante. Dans le cadre de l'enquête menée par l'INSERM, c'est une dimension qui entre en ligne de compte. Pour la socio anthropologie c'est également important, de repérer la place du père et des autres membres proches de la femme pendant sa grossesse.

**Mme BUCOURT** revient sur l'interprétation des courbes au niveau des pics de mortalité.

On distingue 2 étapes :

A partir de 1994/1995, on constate en France une ascension de la mortalité néonatale et périnatale. En effet après la loi de janvier 1993, on a déclaré des enfants nés puis décédés avant leur déclaration de naissance à la mairie. Avant ces enfants n'étaient pas comptabilisés dans la mortalité néonatale.

Ensuite la courbe diminue de nouveau vers le début des années 2000/2001, c'est la circulaire du 30 novembre 2001 qui stipulait que l'on pouvait déclarer un enfant mort-né à l'état civil à partir de 22 semaines au lieu de le faire à partir de 28 semaines. Ces morts sont de nouveau comptabilisés. Les enfants qui avaient été déclarés faussement nés vivants et viables, n'étaient plus dans la mortalité néonatale mais passaient dans la mortalité.

**Dr DESPLANQUES** souligne que cela illustre globalement la forme des courbes à l'échelon régional ou national, mais ça n'explique pas complètement la position atypique de la Seine-Saint-Denis sur ces courbes, qui reste problématique, et qui justifie la mobilisation de la conférence de territoire pour tenter de comprendre les raisons et essayer d'avancer.

**Mme BUCOURT** répond qu'elle connaît le sujet pour en avoir suivi chaque année les courbes. A la parution de la circulaire, les enfants du département ont été déclarés massivement à l'état civil, contrairement au reste de la France. C'est seulement au bout de quelques années que l'inquiétude est venue face à l'abondance de ces déclarations, et qui a incité toutes ces démarches.

**Dr GOMBEAUD** les explications techniques développées n'ont pas lieu d'être. Ce que l'on attend c'est de comprendre la différence d'évolution des courbes entre la Seine-Saint-Denis et le reste de l'Ile-de-France.

Que se passe-t-il dans ce département, pour qu'on ne puisse pas avoir de réponse à cette cassure de courbes qui est inégale d'un département à l'autre ?

**Dr SENANEDJ** revient sur la morbidité.

La Seine-Saint-Denis présente un taux de prématurité bien plus élevé qu'en Ile-de-France.

Un groupe de travail s'est réuni à l'ARS, pour étudier le suivi des nouveau-nés vulnérables. La question de la vulnérabilité englobe la prématurité et toutes les autres problématiques survenues à terme.

Le réseau Naitre dans l'Est Francilien a pris part à ce travail, et met en place ce suivi dans le département.

**Mr LAPORTE** y-a-t-il une corrélation entre la ville et les taux de mortalité ?

**Mme BUCOURT** souligne que dans l'exposé présenté par Jennifer ZEITIN, par rapport aux liens qui existaient entre les villes, les chiffres étaient très petits.

L'INSERM va essayer de faire avec le géocodage, une identification dans le département des zones qui présentent le plus de précarité, et voir s'il y a un lien avec la mortalité.

**Mr LAPORTE** dans l'attente de ces chiffres, il faut encourager les CLS à faire la clarté sur cette question, et plus particulièrement sur les villes présentant le plus de précarité.

### Prise en charge des cancers et précarité

Présentation Anne FESTA (Directrice réseau Oncologie 93)

Elle excuse l'absence du Pr ZEJEK qui a participé au travail du réseau.

#### Discussions :

**Dr GOMBEAUD** souligne que tous les professionnels de santé, quelque soit leur mode d'activité sont inquiets par la gravité des cancers qu'ils rencontrent au quotidien.

Il est étonné de constater qu'il y a 300 nouvelles inclusions par an, soit 6000 nouveaux cas par an de cancers dans le département.

Un cancer est toujours une catastrophe quelque soit les milieux sociaux qu'il affecte, et le fait de resserrer les inclusions sur ces situations complexes est tout à fait intéressant.

C'est un problème qui semble spécifique au département, néanmoins il semble que la prise en charge du cancer va au-delà de ces questions.

La mortalité par cancer dans le département est supérieure à celle des autres départements, en termes de prise en charge, de concertation pluridisciplinaire etc, c'est pourquoi il faut continuer à étudier le problème.

**Mme FESTA** cela a été très difficile, c'est une demande des tutelles. Il a fallu savoir quels choix faire, et qui prendre en charge dans le réseau. En travaillant avec des médecins libéraux, le score EPICES et les cancérologues des différents 3C\*, il a fallu chercher des critères d'inclusion qui semblaient être le plus appropriés.

\* 3C = cancérologues, cardiologues, cancérologues



**Mr LOCRET** rajoute que c'est plutôt parce qu'il y a une réduction des financements au niveau du réseau, comme tous les réseaux en Ile-de-France, qu'il a été aussi nécessaire de cibler et de faire des choix.

Il est cohérent aujourd'hui qu'en Seine-Saint-Denis, le choix se fasse sur la précarité.

Tout le réseau d'oncologie, souhaite s'occuper de tous les cas possibles sur son secteur géographique, bien qu'il y ait eu une réduction il y a plus de 2 ans, de 15% sur un réseau, qui par rapport aux autres en Ile-de-France, avait un budget déjà très bas et limité.

**Dr MINCHIN** précise, que d'un point de vue purement médical, quelqu'un qui décède d'un cancer en situation précaire ou non, c'est néanmoins quelqu'un qui décède d'un cancer, donc malgré tout c'est un échec.

**Mme FESTA** rajoute qu'il y a des conditions de vie qui n'enlèvent en rien l'annonce, le choc, la complexité de la maladie, les traitements qu'on connaît, ou encore les effets secondaires. Quelque soit le milieu social, il faudra néanmoins passer par ces lourds traitements, toutefois c'est un handicap supplémentaire pour ceux qui n'ont pas de logement, de famille, qui n'ont pas les moyens de faire garder leurs enfants, ou bien d'autres problématiques encore. Il ne faut pas oublier non plus les familles monoparentales et tout ce que ça implique autour, lorsqu'il s'agit du décès d'une maman et qu'il n'y a pas de famille derrière. Certaines mères vont même jusqu'à abandonner leur traitement, parce qu'elles n'ont personne pour aller chercher les enfants à l'école.

L'annonce effroyable d'un cancer ne se discute même pas. Néanmoins face à la maladie, l'accompagnement de vie des gens en précarité, justifie sans doute qu'on se resserre davantage autour de ces situations.

**Mme MINCHIN** insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une question de précarisation.

La prise en charge n'est pas la même entre les différentes régions. Avoir un cancer à côté de Villejuif à Paris et en Seine-Saint-Denis n'est pas du tout pareil.

Or, si la prise en charge médicale, la détection ou encore l'accessibilité aux traitements à la base, avec accompagnement ou sans accompagnement, n'est pas correcte, ça pose problème.

On rencontre, certaines personnes avec des détections tardives ou des prises en charge pas forcément correctes, ce qui oblige en cours de parcours une nouvelle orientation, hors du département, pour un 2<sup>nd</sup> avis.

L'accessibilité en termes de prises en charge pour différentes raisons, n'est pas la même chose, il faut vraiment en tenir compte. C'est ce qui va aussi conditionner la sortie.

**Mme FESTA** entend bien les propos, mais ne peut laisser dire qu'on est mieux soigné à Villejuif qu'à Paris.

Aujourd'hui en Seine-Saint-Denis, les traitements proposés aux malades sont des traitements dits d'excellence. Ils sont identiques à ceux de l'institut Gustave Roussy pour la bonne raison que les traitements suivent des référentiels et des protocoles nationaux, et que les RCP\* s'appuient toutes sur ces protocoles.

Si vous allez à la RCP de Villejuif pour un type de cancer du sein, vous aurez exactement le même traitement à l'Estrée, à Avicenne, ou au Vert Galant, et ceci depuis 10 ans.

Néanmoins, on constate effectivement des dépistages tardifs, qui viennent probablement de l'histoire du citoyen avant la maladie, peut être sur son état, sa situation. Toutefois, les soins sont les mêmes. On ne peut pas laisser dire aujourd'hui qu'en Seine-Saint-Denis il y a une inégalité des soins.

**Mme MINCHIN** précise que ça n'est pas en termes de qualité des soins qu'elle intervient, mais en termes d'accessibilité et d'inégalité, tout simplement parce qu'une personne qui a un début de symptôme, ne va pas forcément vouloir spontanément dépenser de l'argent de façon précoce, pour consulter un médecin.

Nous sommes consternés d'observer que les gens ne vont pas facilement et encore moins naturellement chez le médecin, et qu'en tant que médecins du travail nous arrivons à détecter des

cancers. Or, même si c'est notre travail d'un point de vue professionnel et qui est un champ très large, nous ne sommes pas en 1<sup>ère</sup> ligne par rapport à ce genre de chose, sauf dans les cancers à caractère professionnel. A la base ce n'est pas notre créneau, néanmoins nous les prenons en charge financièrement au niveau de nos services.

**Mme DERMER** rappelle qu'avant oncologie 93, il n'y avait rien. Cette spécialité au fil des années c'est attelée à un certain nombre de choses.

La difficulté est apparue par le fait qu'on lui a demandé d'être un réseau multi thématique, c'est-à-dire qu'il se marie aussi avec le diabète, la gérontologie ou encore les soins palliatifs. Tout un tas de problématiques à intégrer, sans avoir nécessairement de financements supplémentaires.

Le fait d'avoir un réseau dans ce département est extrêmement précieux et sécurisant. Savoir qu'à la sortie de l'hôpital, le réseau prendra en charge le patient, est indéniablement rassurant pour l'établissement de santé.

Le lien hôpital/ville, se fait naturellement, le patient est libre d'y adhérer. Ce dispositif permet d'éviter qu'il retourne à ses soucis et sa précarité, et a fortiori limite l'aggravation de la maladie.

Dans cet environnement pour un professionnel de santé, avoir un tel réseau est extraordinaire.

Ceux qui le souhaitent, sont invités à venir réfléchir au comité directeur, tout autre point de vue serait très enrichissant.

**Mr DEBEUGNY** souligne que la Seine-Saint-Denis a la chance d'avoir 2 éléments très importants, que ce soit la réduction de la mortalité infantile et périnatale, ou le travail du réseau. Ils vont permettre de relever un certain nombre d'éléments très concrets par rapport à la précarité (la vulnérabilité sociale et les déterminants de santé au sens large). On a tout intérêt à approfondir, à être dans l'anticipation et à tirer le plus d'enseignement, pour savoir ensuite comment globalement aborder les publics en situation de précarité d'une façon beaucoup plus large.

La réduction des inégalités sociales et territoires de santé, sont des priorités.

Puis avec le PRAPS\*, il y a aussi une articulation à faire avec le schéma de prévention autour des personnes en situation de précarité.

**Mr LAPORTE** 2 remarques :

Alors que la Seine-Saint-Denis présente un taux des plus élevés en cancers, le financement du département qui est moins élevé que dans les autres départements aurait décré de 15% !

C'est une réflexion sur laquelle il faudra revenir.

Une prochaine étape de travail, et de réflexion a été soulevée.

Il propose que le bureau reprenne cette offre, et voie sous quelle forme la mieux adaptée, la poursuivre. Ces 2 sujets sont essentiels sur le département, c'est pourquoi il est nécessaire de poursuivre ensemble l'édifice. Toutes les propositions seront accueillies.

La séance est close.

La prochaine plénière se déroulera, le mercredi 11 décembre 2013 à la salle de conférence de l'immeuble Picasso au conseil général – 93, rue Carnot à Bobigny.

Le Président de la conférence de territoire

  
Pierre LAPORTE

## ANNEXE

### Liste des membres présents :

#### Membres titulaires :

Mr Pierre LAPORTE, président

Mr Thierry GOMBÉAUD, vice-président

Mr Stéphane LOCRET, Mme Christine DERMER, Mr Jean-Louis FEUTRIE, Mr Pierre CHARESTAN, Mr Eddy CHENAF, Mme Héléne DEWET, Mr Daniel LAPIE, Mr François HERVE, Mr Mardoche SEBHAG, Mme Joëlle MAURIN, Mme Karine DJEMIL, Mr Lucien BOUIS, Mr Georges OGER, Mr Jean-Pierre SALA, Mr Bernard PISSARRO, Mme Fabienne GENTIL.

#### Membres suppléants :

Mr Jean-Claude LOCATELLI, Mme Véronique LEHMAN, Mme Anna FESTA, Mme Mireille MINCHIN, Mme Evelyne COUDE

#### Invités permanents :

Mr Christophe DEBEUGNY, Melle Hédia AIT-KACI

#### Invités :

Conseil Général 93 :

- Mme Jeanne CUESTA (Médecin, chef de service PMI)
- Mme Martine BUCOURT (Médecin périnatalité PMI)
- Mme Pédoute SENANEJ (Médecin périnatalité PMI)

CPAM : Mme Marion VAN WONTERGHEM