

PROCES-VERBAL

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

du mercredi 15 avril 2015 - 14h00

CPAM de Bobigny - salle de conférence

La liste des membres présents figure en annexe.

L'ordre du jour est le suivant :

- L'U.R.C. Unité Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard (1)
- Bilan des dispositions de la loi de 2005 en matière d'accessibilité des personnes handicapées en Seine-Saint-Denis (1)
- Dispositions de la nouvelle loi de santé en cours de discussion parlementaire

Quorum : 16/50

(1) Cf documentation accessible sur le site dédié aux CT :

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

Dr GOMBEAUD Vice-président, propose d'entamer la plénière, dans l'attente de l'arrivée de Monsieur Pierre LAPORTE, Président de la conférence de territoire.

L'U.R.C. Unité Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard (1)

Présentation : Docteur Dr JANUEL (Psychiatre, responsable de l'URC, EPS Ville-Evrard)

Discussions:

Dr GOMBEAUD considère que ce travail, est une expérience tout à fait originale et porteuse d'avenir. Ces nouvelles techniques se développent sur des terrains où les méthodes classiques n'ont pas fonctionné. Néanmoins on ne peut que constater la faible diffusion de ce type de travail auprès de la population, y compris auprès des professionnels de santé dans le département ou ailleurs. Hormis le cercle relativement étroit de la psychiatrie, très peu de revues médicales semblent connaître ces techniques, ce qui limite leurs capacités d'extensions au-delà du simple programme de recherches.

Il s'adresse au docteur JANUEL :

- Ce savoir-faire a-t-il été développé au-delà du cercle restreint des hôpitaux du département et notamment de Ville-Evrard ?
- Ces informations vont-elles être diffusées auprès des professionnels de santé dans leur ensemble ?
- Comment sont perçues les choses ?

Dr JANUEL précise que la TMS¹ existe pour la psychiatrie, la neurologie et l'ORL. Cette technique reste toutefois assez restreinte. Il semblerait que les psychiatres français émettent encore un peu de résistance devant ces nouvelles méthodes.

Mme OLLIVET ajoute que ce type d'expérience n'a fait son apparition que depuis quelques années. Les CPP² sont confrontés à des études concernant des personnes extrêmement vulnérables, par conséquent ils ne peuvent se prononcer qu'en imposant une rigueur aux programmes de recherches. La psychiatrie est un champ où ceux qui siègent dans ces comités, ne sont pas compétents. Le programme de recherche nécessite quelques acteurs volontaristes pour y plaider, et la validation derrière par les sociétés savantes. Cela nécessite du temps et de la conviction.

Avant d'interpeller les médecins, c'est aux sociétés savantes d'aller de l'avant et d'agir.

Dr JANUEL précise qu'effectivement, avant d'être mis en place, tous les protocoles de l'URC passent par les CPP, l'ANSM³ etc. L'URC peut par ailleurs être confrontée au refus de la famille. Il subsiste quel que soit le protocole une peur par rapport à la recherche.

Bien que la TMS soit mal connue des professionnels de santé, ils ont néanmoins une opinion sur le sujet. Les sociétés savantes notamment STEP⁴, se battent pour qu'elle soit reconnue et trouvent encore aujourd'hui porte close !

Elle passe la parole à Clémence ISAAC qui a mis en place un outil au bénéfice de patients bipolaires. C'est une technique peu onéreuse qui nécessite une certaine intelligence de réflexion, et qui a un impact sur l'insertion des patients.

Présentation : Clémence ISAAC (Psychologue EPS Ville-Evrard) expose la remédiation cognitive :

Cette thérapie est le plus souvent menée par des infirmiers ou des psychologues.

Elle consiste à entraîner de façon basique, les fonctions cognitives, c'est-à-dire aider les patients à trouver des stratégies pour mieux mémoriser et mieux se concentrer.

Ces stratégies sont testées sur des exercices qui augmentent en complexité au fur et à mesure que le patient avance dans ce suivi, afin qu'il maîtrise ces méthodes et puisse les utiliser dans la vie quotidienne.

Cette thérapie a montré ses preuves au niveau cérébral.

En effet, des études ont prouvé que cela entraînait une plasticité cérébrale, engendrant une amélioration au niveau neuronale, et se traduisant au niveau clinique avec une meilleure estime de soi, une diminution des symptômes cognitifs, voire pour certains patients une diminution de la symptomatologie.

Cette thérapie est menée en groupe ou en individuel.

L'URC possède des protocoles de recherches avec de la remédiation cognitive en individuel principalement. Ce sont des séances qui se déroulent en général 2 fois par semaine entre un thérapeute et un patient.

Dr ARCELLA-GIRAUX s'interroge sur le nombre de séances.

Mme ISAAC précise que cela dépend du protocole. Actuellement celui pratiqué auprès des patients bipolaires, est un protocole de 28 séances, pendant à peu près 3 mois.

En entraînant les fonctions cognitives pendant 3 mois, des automatismes se mettent vraiment en place dans la vie quotidienne.

Mme VAN WONTERGHEM demande si cette thérapie a un impact sur la consommation médicamenteuse des patients.

¹ TMS Transcrânienne Magnétique Stimulation

² CPP Comité de Protection des Personnes

³ ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament

⁴ STEP (Association de Stimulations Transcrâniennes en Psychiatrie)

Mme ISAAC précise que cela peut avoir un impact sur l'observance. Le fait que certains patients aient en mémoire la prise régulière de leurs médicaments, peut résulter de la mise en place des stratégies pour mémoriser la prise de ces traitements à des moments réguliers.

Dr JANUEL ajoute que cela a surtout un impact sur la qualité de vie. Les difficultés sont moins ressenties chez un patient qui travaille et qui n'est pas hospitalisé. Des résultats extraordinaires ont été obtenus avec la remédiation cognitive, et l'URC souhaite décliner cette théorie pour d'autres pathologies.

Mme OLLIVET rappelle que dans le cadre de la remédiation, un protocole de recherche en psychiatrie tout à fait intéressant est récemment apparu. Il s'agissait d'équiper les patients d'une petite caméra automatique permettant de filmer leurs journées. Ils pouvaient à tout moment l'interrompre et à l'issue de leur journée ils pouvaient en re-visionner le déroulement avec l'aide d'un thérapeute. Or les interrogations du CPP autour de l'utilisation et du coût de cet outil, ont été psychologiquement un frein.

Présentation : Palmyre SCHENIN-KING (Infirmière) relate son parcours tout à fait atypique au sein de l'EPS de Ville-Evrard, différent des autres infirmières en psychiatrie :

Titulaire d'un Diplôme d'Etat Infirmier, en arrivant à l'URC elle a suivi des formations pour utiliser la TMS. Elle conduit aussi des séances de remédiation cognitive et travaille avec des patients schizophrènes, non avec des patients bipolaires.

La prise en charge est individuelle et sur une période de 3 mois. Avant la thérapie, le patient bénéficie d'une évaluation clinique et neuropsychologique, puis est évalué en fin de thérapie.

Elle évoque l'exemple d'un patient ayant bénéficié de cette thérapie et qui est allé au bout de la remédiation cognitive. Il travaille depuis 2 ans dans un établissement fréquenté par des personnes ne présentant pas de pathologie psychiatrique. Son traitement n'a pas été interrompu, il continue son suivi psychiatrique et n'a pas eu de nouvelle hospitalisation. Cette thérapie lui a apporté une qualité de vie puisqu'il conduit et a son appartement.

Elle pratique également des soins infirmiers basés sur des protocoles de recherche, notamment des bilans standards, des bilans sanguins ou encore l'enregistrement d'électroencéphalogrammes. Puis a participé à l'élaboration d'un protocole de recherche en soins infirmiers, qui a reçu l'avis du CPP et de l'ANSM⁵. Ce protocole consistait à voir l'impact de l'hospitalisation sur les familles des patients hospitalisés pour la première fois en psychiatrie.

Mme COUDE ancienne infirmière de psychiatrie, évoque brièvement son parcours de l'époque. Elle a débuté à la maison de santé, puis continué en sectorisation sur les communes de Drancy/le Bourget au secteur 5 chez les adultes, pour terminer durant 11 ans à Aubervilliers chez le docteur STAVY en inter-secteur enfants. En 1965 l'année où elle a intégré l'EPS de Ville-Evrard, chaque patient avait un référent qui l'accompagnait de l'entrée à la sortie ainsi que dans les familles. Il existait également tout un réseau. Bien que les termes aient changé, elle se reconnaît néanmoins dans une pratique similaire.

Mr GAUTIER aborde 3 interrogations :

- Pour la TMS, existe-t-il des zones spécifiques du cerveau sur lesquelles agir ?
- Dans la prise en charge des 3 mois, combien de stimulations sont nécessaires pour obtenir un résultat ?
- 2 techniques semblent être associées, l'une magnétique et l'autre qui nécessite plus de contact. Comment sont travaillées ces 2 approches ?

⁵ ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament

Dr JANUEL précise que contrairement à la sismothérapie ou tout le cerveau est choqué, la TMS est un champ magnétique qui est focalisé en fonction de la zone qui paraît la plus intéressante à l'imagerie, pour abréger le symptôme.

Pour la dépression, on stimulera au niveau du cortex frontal, alors que pour les TOC⁶, on agira au niveau du cortex orbitofrontal...

Le point de départ a été l'imagerie. Actuellement la plupart des centres possédant la TMS travaillent avec un système de neuro-navigation, c'est-à-dire que l'IRM du patient est reconstruite en 3 dimensions. Ce qui permet de positionner la sonde exactement à l'endroit souhaité.

La durée varie, elle peut aller de 15 jours de séances suivies du TMS d'entretien. On peut aussi voir revenir le patient à l'URC à l'issue de son traitement, au bout d'un mois et demi pour simplement être surveillé sans séance de TMS, comme on peut en voir qui se portent bien après une année et que d'autres rechutent au bout de 2 mois. Cela dépend du patient et de sa pathologie.

La durée des séances varient également en fonction des techniques utilisées, entre 3 et 20 minutes.

Il y a 40% de réponses positives pour les dépressions résistantes et un peu plus pour les hallucinations résistantes.

Dr ARCELLA-GIRAUX demande quels sont les moyens pour les médecins traitants de faire entrer ces patients résistants aux traitements classiques, dans un protocole de recherche.

Dr JANUEL ajoute qu'il existe plusieurs cas de figure, les patients peuvent être envoyés soit par des médecins du service, soit par des médecins de proximité qui connaissent plus ou moins l'unité, ou tout simplement par des médecins qui connaissent aussi la TMS. Certains patients documentés sur cette technique peuvent également solliciter par eux-mêmes ce suivi, comme certaines familles ayant un parent sur la région parisienne qui souhaitent le tenter pour un de leurs proches. Dans tous les cas, l'URC reçoit les patients pour les évaluer et leur préciser si cette méthode est adaptable à leur pathologie. Quel que soit le protocole proposé, ils bénéficient d'une semaine de réflexion.

Mme DELPHIS revient sur la remédiation cognitive. Même si la méthode intéresse les familles, au sein de l'UNAFAM⁷ il a été constaté la crainte du conflit avec le psychiatre, ou le CMP en charge du suivi. Comment cette appréhension est-elle négociée ?

Mme ISAAC précise que chaque patient qui entre dans un protocole de remédiation cognitive, est accompagné d'une lettre de son médecin traitant assurant qu'il n'y a pas d'opposition.

La remédiation cognitive est une thérapie de réhabilitation. Le principe est que le patient ne soit pas trop stressé et que ce soit progressif. Des heures et des jours lui sont proposés. Tout est fait de sorte que ça ne modifie pas la prise en charge, qu'il ne manque pas les activités en hôpital de jour ainsi que les séances avec son médecin, et que ce soit en complément des médicaments.

L'URC essaie d'être la plus souple possible.

La liaison se fait avec un courrier adressé au médecin qui est tenu informé au moment du bilan cognitif de fin, dans lequel l'URC donne son avis clinique, ainsi que des résultats de comptes rendus, pour éventuellement orienter par la suite l'intéressé vers une prise en charge.

Mme DELPHIS demande s'il existe des patients qui reviennent à l'unité après un suivi.

Dr JANUEL précise que certains ont du mal à quitter l'unité, c'est la raison pour laquelle l'URC s'assure qu'ils ont un médecin. Tout est fait pour les amener progressivement à retourner vers leur lieu de soins. Que ce soit pour la remédiation ou tout autre protocole thérapeutique, il est essentiel de travailler avec une équipe. Le psychiatre exerce un rôle très important vis-à-vis de son patient dans son pouvoir d'adhésion au traitement.

⁶ TOC Trouble Obsessionnel Compulsif

⁷ UNAFAM Union Nationale des Familles et Amis de Personnes Malades et Handicapées Psychiques

Dr GOMBEAUD conclut par le fait que l'on observe après 35 ans, un rapprochement entre la neurologie et la psychiatrie, et qu'il est possible de faire à la fois de la recherche et de la prise en charge dans ce domaine.

Bilan des dispositions de la loi de 2005 en matière d'accessibilité des personnes handicapées en Seine-Saint-Denis

Présentation : Mme Christine SOULIE

Discussions:

Mr GAUTIER précise que la loi retrace bien l'idée de rendre plus facile la vie aux gens atteints de handicap. Néanmoins sur le plan matériel, il faut considérer qu'il y a des disparités en fonction de l'importance de l'établissement dans les différentes catégories énoncées.

Si le musée du Louvre est un des rares établissements à avoir effectué des travaux d'aménagement, on constate malheureusement qu'au niveau des gares ou des stations de métro, il n'en est rien. Ces institutions ont tendance à trouver que les coûts sont beaucoup trop élevés pour engager des travaux.

En ce qui concerne les cabinets de libéraux qui sont de petites structures, et dans la grande majorité inaccessibles du fait qu'ils sont en sous-sols, ou en étage avec ou sans ascenseur, heureusement qu'il existe des dérogations permettant d'éviter des travaux.

Les sociétés de diagnostics demandent 600€ pour une évaluation.

Pour certains cabinets tels qu'ils sont conçus, les travaux seront irréalisables.

Mme SOULIE ajoute que cela fait partie des dérogations.

Mr GAUTIER trouve dommageable de faire déplacer systématiquement les personnes handicapées jusqu'aux cabinets, alors que beaucoup de professionnels de santé se rendent ou peuvent se rendre au domicile du patient pour effectuer les soins.

Mme SOULIE précise qu'en cas de difficultés dans l'aménagement du cabinet, le professionnel de santé doit indiquer dans le CERFA⁸ les solutions proposées, notamment qu'il se déplacera au domicile du patient en cas d'inaccessibilité au cabinet.

A partir du moment où une aide est proposée, la dérogation est acceptée.

En ce qui concerne le transport et les bâtiments publics, notamment pour les établissements scolaires, il existe des schémas départementaux. Celui du transport régional a été refait. Un certain délai peut être également donné pour remettre en conformité le transport.

Ce qui serait intéressant, c'est que l'ensemble des professionnels de santé ou des établissements médico-sociaux, se réunisse pour constituer un guide indiquant ou trouver une table d'auscultation accessible, et permettant d'avoir des repères adaptés quel que soit le handicap.

Le conseil général a fait un gros travail sur le département par rapport à tout ce qui est accessible à la culture, au cinéma, ou au théâtre, pourquoi ne pas l'appliquer au niveau de l'accès aux soins infirmiers, dentaires etc.

Mme OLLIVET ajoute que bon nombre de personnes enfants, adolescents ou adultes handicapés physiques ou en situation de handicap, sont légitimement très attachées à pouvoir se rapprocher le plus possible d'une vie normale, et sont en demande de pouvoir accéder comme tout un chacun au cabinet du médecin ou du spécialiste.

⁸ CERFA Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs

Mme SOULIE précise à juste titre l'intérêt d'un guide.

Prenons l'exemple de l'accès aux soins dentaires, qui est une grosse difficulté. Beaucoup de personnes ne se font plus soigner du fait que le dentiste n'a pas l'approche ou ne sait pas quelle attitude avoir face à une personne perturbée. Or, par méconnaissance du handicap ou du mode de prise en charge, le praticien refuse le patient, ce qui engendre entre autre, une multitude de jeunes édentés pour lesquels la seule réponse aux soins a été l'arrachage des dents.

Le problème du soin et de l'accompagnement de la personne en situation de handicap, passe notamment par de la formation du personnel au niveau du secrétariat, simplement dans la compréhension de l'interlocuteur, mais également dans l'accompagnement, car si le patient est accompagné les marches sont un faux problème.

Mr LAPORTE ajoute que le conseil général a essayé d'ouvrir plus largement la notion d'accessibilité. C'est un vrai problème pour une catégorie de personnes handicapées, et qui n'est pas du tout soluble dans certains établissements. La notion d'accessibilité est extrêmement vaste et importante.

Voter une loi en annonçant toutes les restrictions possibles au départ n'est pas possible, mais y mettre une dimension absolue en demandant que tout soit réalisé en 2015, est utopique.

Dr GOMBEAUD précise que l'intérêt principal de la loi, dans ce qu'on peut en comprendre aujourd'hui, c'est la prise de conscience par l'ensemble des professionnels de santé de leur responsabilité.

Il rappelle que les médecins entre autre, sont favorables à toute explication, aide, logistique, débat ou travaux sur ces questions. L'URPS a toujours accepté de discuter, et a aussi proposé entre autre des diagnostics à tarif réduit.

Néanmoins une question subsiste sur la dérogation. Combien de temps est-elle valable, a-t-elle un intérêt autre, que de gagner du temps pour les professionnels de santé lors de l'association avec un jeune confrère ?

Mme SOULIE rappelle que celle-ci une fois accordée, est définitive.

Dr GOMBEAUD demande pour qui est-elle définitive, le professionnel ou le local ?

On peut se poser la question sur le devenir des structures médicales situées en zone fragile, en cas de départ à la retraite, sachant qu'aujourd'hui la moyenne d'âge du médecin est de 54 ans.

Mme SOULIE précise que cela fait partie d'une dérogation. Tous les immeubles ne peuvent pas être refaits. Les patients de certains médecins dont le cabinet n'est pas aux normes, vont consulter le confrère d'à côté dont le local est accessible, et qui a probablement demandé une dérogation.

Dr GOMBEAUD s'interroge néanmoins sur le fait de savoir si la dérogation est transmissible ?

Mme SOULIE rappelle qu'elle l'est puisqu'elle est liée au bâti. Si le cabinet du médecin se situe dans le pavillon dont il est le propriétaire c'est autre chose, mais lorsque cela touche à du collectif comme les immeubles, c'est lié au bâti.

Mr GAUTIER ajoute qu'il y a eu des interprétations dans les deux sens. Or la loi évoque le bâti, a fortiori c'est le bâtiment qui doit être accessible et non le praticien.

Mme SOULIE précise que la responsabilité pénale est portée par celui qui détient le bail.

Dr GOMBEAUD ajoute que cette interrogation explique le faible nombre de demandes de dérogations reçues en préfecture. Seule une cinquantaine de demandes officielles sur 2000 cabinets de médecins, et au moins autant de paramédicaux ont été faites. Il semblerait que les textes ne soient pas assez explicites.

Mme SOULIE propose de se renseigner pour la prochaine plénière, sur la transmission de la dérogation d'un cabinet médical au nouvel occupant, en cas de départ à la retraite de son ancien propriétaire.

Mme DELPHIS revient sur le handicap psychique. Il existe au niveau de la commune dans les commissions d'accessibilité, des bénévoles qui sont parfois désorientés face à cette problématique. Cela touche à la formation des personnes d'accueil, à la nécessité d'accompagnement, mais aussi à des interrogations qui vont au-delà de la loi.

Comment gérer et prendre en charge le stress dans un lieu public ?

Quel est le lien entre la psychiatrie et la médecine générale ?

Comment sont formés les professionnels à l'accueil de ces personnes en difficulté ?

Actuellement les commissions d'accessibilité n'offrent pas le lieu pour évoquer toutes ces problématiques.

Mme SOULIE ajoute qu'effectivement c'est très restreint. Le livret d'accueil des salariés dans les entreprises, devrait être doté d'une page réservée à la définition du handicap, et à la manière de recevoir chaque personne atteinte de difficultés particulières. Cela permettrait au salarié d'avoir la bonne posture au moment de sa prise de service.

Mr LAPORTE précise que l'accueil public de ces personnes dans tous les domaines y compris celui des services sociaux communaux, est un domaine complexe. Il existe des formations.

Mme DELPHIS ajoute que Ville-Evrard a créé un outil très intéressant et utile, il s'agit d'une formation handicap psychique de travailleurs sociaux.

Mr LAPORTE rappelle que dans les secteurs sociaux, un tiers voire la moitié des personnes sont absentes, dû à la plainte sociale qui est constante surtout aujourd'hui, et qui se traduit par une très forte agressivité. Il existe des formations spécifiques à ce type de problème. Or la mouvance du personnel implique de reformer chaque fois les nouveaux arrivants. Il semble difficile dans ce contexte de délivrer des formations sérieuses dans tous les lieux d'accueils publics. L'effet concret paraît utopique. Néanmoins dans certains secteurs en contact avec le public, ces formations seraient intéressantes. Ça n'est pas une question de stigmatisation, globalement c'est une bonne attention mais qui n'aura aucun effet réel.

Mme OLLIVET ajoute qu'il est indispensable que sur chaque lieu de soins soit dispensée à tout le personnel, une formation à la pointe du handicap.

Mr LOCATELLI rappelle une démarche à l'initiative de l'UNAPEI⁹. Devant le problème des personnels d'accueil qui est tourmenté dans tous les ERP¹⁰ importants, cette fédération d'associations propose de former des personnes ressources. Des personnes travaillant éventuellement dans un bureau et sensibilisées au handicap psychique ou au handicap mental. Celles-ci auront une approche, elles serviront de guide et d'intermédiaire. Dans une mairie cela nécessite seulement 3 ou 4 personnes. Ce serait une solution provisoire, l'idéal étant que dans un monde utopique tout le monde ait cette formation.

Dr GOMBEAUD conclut par le fait que la discussion autour du sujet a pu démontrer que le handicap dépassait de loin celui lié simplement à un fauteuil. Le problème de l'accessibilité physique va bien au-delà, surtout dans ce département.

⁹ UNAPEI Union Nationale des Associations de Parents, des Personnes handicapées mentales et de leurs amis

¹⁰ ERP Etablissement Recevant du Public

Dispositions de la nouvelle loi de santé en cours de discussion parlementaire

Présentation : Docteur Thierry GOMBEAUD

Cette loi de santé revêt un aspect un peu particulier, voire partielle. Elle a pour objectif, 3 priorités :

- *La prévention,*
- *La facilitation de la santé au quotidien,*
- *L'innovation.*

3 axes principaux sur lesquels il y a un consensus d'accord.

Elle comporte 57 articles, auxquels d'autres devraient s'y ajouter après le vote majoritaire à l'assemblée nationale.

Il propose d'aborder quelques thèmes parmi lesquels :

- *La prévention,*
- *Le tiers payant,*
- *L'ex service territorial de santé, devenu une communauté professionnelle,*
- *Le service public hospitalier,*
- *Les nouveaux droits pour les patients.*

➤La prévention.

➤ Le tabac : sans vouloir revenir sur les articles de presse, évoquant le paquet neutre ou l'interdiction de fumer en présence d'un enfant dans un véhicule, on peut se demander comment ces annonces vont être appliquées et respectées.

➤ Les addictions : la solution principale va être l'introduction des « salles de shoot ». Dans la loi, il est clair qu'elles seront plus faciles à mettre en place y compris dans les quartiers réticents à cette installation.

➤ La prévention de l'alcoolisme. Certains éléments sont des petites avancées mais il n'y a pas de réels progrès sur la prise en charge, cela reste néanmoins une des lacunes majeures du système hospitalier ou extrahospitalier.

Un institut national de prévention va être créé, quel va en être l'intérêt en dehors du fait qu'il existe déjà un certain nombre d'institut !

➤Le tiers payant.

➤ Faciliter la santé au quotidien. L'élément le plus important en termes d'audience, a été le tiers payant obligatoire et généralisé. Il faut rappeler qu'un tiers payant généralisé implique au professionnel de santé, de pouvoir vérifier que le patient bénéficie de ses droits en termes de sécurité sociale, qu'il a respecté le parcours de soins, qu'il possède des droits en termes de complémentaires, et qu'il a autorisé le prélèvement automatique des forfaits (1/2 euro par boîte de médicaments et 1 euro par consultation). Après vérification de l'ensemble de ces éléments, la consultation pourra commencer. Ce système va mettre le professionnel dans une situation instable, car il y aura indubitablement des contradictions. Les débats entre complémentaires, assurances sociales et assurances maladies sur qui va gérer les flux, témoignent de l'enjeu financier considérable de cette bataille. Les échéances du 1^{er} janvier 2017 semblent être un minimum, pour obtenir du substantiel.

Bien entendu le tiers payant généralisé et obligatoire ne change rien à l'accès aux droits, néanmoins il va être compliqué à gérer.

Il est à noter également que rien n'est changé pour ceux qui nécessiteraient un appareil dentaire ou des lunettes. Cette loi ne prévoit pas d'éléments favorisant le paiement de tels outils. Cela n'est pas un obstacle pour le département où la CMU¹¹, l'ACS¹² et l'ALD¹³ sont couramment pratiqués en tiers payant, c'est plutôt pour la généralisation à la fin de l'année 2016 que ce sera problématique.

¹¹ CMU Couverture Médicale Universelle

¹² ACS Aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire

¹³ ALD Affection Longue Durée

➤ Concernant l'accès aux soins, il faut noter la mise en place d'un numéro national de garde. La question est de savoir quel en est l'intérêt par rapport au 15 qui répartit sur les gardes locales, les urgences.

➤ Enfin le dossier partagé qui circulera dans un réseau internet sécurisé. Il permettra à chaque praticien et éventuellement au patient qui le demandera, de disposer des éléments de son dossier.

➤ La communauté professionnelle de santé

L'ancien service territorial de santé est devenu une communauté professionnelle territoriale de santé. Des changements sont intervenus à la suite des réunions de travail avec la Ministre et les syndicats de professionnels.

Dans la première mouture, l'ARS définissait les priorités et les zones dans lesquelles il allait falloir travailler de façon préférentielle, donc financées de façon préférentielle.

Aujourd'hui c'est un peu différent même si le libre choix des professionnels en matière d'installation n'est pas remis en cause verbalement, le système ancien semble-t-il, va perdurer.

Une communauté territoriale de santé dans la loi s'articule autour du médecin généraliste. Celui-ci à l'aide de personnes avec lesquelles il travaille, va déterminer pour quelques-uns leur activité sur la base d'un projet de santé. Les médecins, les paramédicaux etc, vont donc se rassembler et déterminer un projet de santé locale. Il est difficile de voir la profession mettre en place un tel processus qui semble être d'une bureaucratie ahurissante.

Ces dossiers colossaux existent déjà sous la forme des contrats locaux de santé. On constate le travail que cela demande actuellement à l'ARS et notamment à la DT93. Il est très difficile d'y voir la part des libéraux quel que soit leur type d'activité médicale ou paramédicale. On part sur des projets dont la perspective semble extrêmement complexe à mettre en place, néanmoins cela offre aux quelques groupes désireux de s'impliquer dans le processus, cette possibilité. Ces communautés dans le cadre de projets, seront financées par le FIR¹⁴.

➤ Le service public hospitalier

Contrairement à ce qu'a dit la Ministre, le service public hospitalier de santé est une sorte de label. C'est-à-dire que pour aller dans une clinique privée, le praticien devra ne pas dépasser les tarifs. Quel va être celui qui acceptera de respecter les tarifs en chirurgie esthétique, en orthopédie ou en urologie ! Cela sous-entend que ce label ne sera acquis qu'aux établissements publics, où les plus gros dépassements d'honoraires se font déjà. Ce système hospitalier l'obtient automatiquement, exception faite pour les cliniques qui disposent d'un SAU¹⁵ qui en bénéficieront strictement pour les urgences.

Ce label s'applique sur la base d'un choix en termes de matériels innovants, et de matériels lourds. En cas de refus du respect du tarif opposable sur un scanner, le problème est qu'il n'y aura pas de scanner. Sachant que le caractère innovant d'un scanner est dépassé au bout de 5 ans, cela sous-entend qu'un certain nombre de structures départementales perdront cette possibilité. L'aberration étant, que ce label sera distribué sans aucune difficulté aux systèmes hospitaliers qui pratiquent le dépassement d'honoraires.

Pour l'hôpital public où il s'agit de développer la relation ville/hôpital, la réponse sera un courrier automatique de sortie, ce qui est impossible. Cela va se répercuter sur beaucoup d'autres choses. Or, l'élément principal aujourd'hui entre la ville et l'hôpital reste la porte des urgences.

➤ Nouveaux droits pour les patients

➤ Le service public d'informations en santé. Cela laisse sous-entendre probablement qu'il y aura un numéro de téléphone à disposition de la population, lui permettant d'obtenir certaines réponses à ses interrogations...

¹⁴ FIR Fond d'Intervention Régional

¹⁵ SAU Service d'Accueil des Urgences

➤ Trouver un professionnel et renseigner sur son accessibilité. Le texte précise que les ARS veilleront à garantir des délais de rendez-vous raisonnables. Or, un rendez-vous urgent pour une proctologie un peu lourde demande 6 à 8 mois à l'hôpital spécialisé, c'est donc à fortiori impossible.

Dans la mesure où il n'y a plus de professionnels dans quasiment toutes les spécialités, personne ne peut assumer cela. La seule réponse va être les urgences.

➤ Ouvrir l'accès aux données. Les problèmes de sécurisation des données sont énormes, néanmoins c'est un point positif si les moyens informatiques sont donnés.

➤ Ouvrir l'action de groupe pour que les usagers puissent se défendre. Les plaintes augmentent, c'est un vrai problème en termes d'assurance pour les professionnels de santé. La juridisation du processus que va permettre ce texte semble risquée.

En conclusion, les professionnels de santé ne sont pas très favorables à ce texte qui ne donne rien entre autre sur l'accès aux droits, sur les associations de patients, sur les médecins spécialistes de proximité, sur la démographie... De plus l'augmentation du caractère bureaucratique de l'activité médicale ou paramédicale, va rendre les remplaçants extrêmement réticents à s'installer.

Enfin, la caisse d'assurance maladie qui est un élément fondamental du contrat social dans ce pays, voit aujourd'hui ses responsabilités mises en jeu par l'irruption assez fracassante des complémentaires dans la répartition des flux financiers, et dans la prise en compte des objectifs de ces complémentaires, sur l'activité des professionnels.

Discussions:

Mr LAPORTE revient sur le rôle de la sécurité sociale. Il y a quelques années, les entreprises avaient l'obligation de payer une part de la mutuelle aux salariés. Actuellement pour être remboursé convenablement, il est nécessaire d'être affilié à une complémentaire, encore faut-il en avoir les moyens. Le système se dégrade.

Dr GOMBEAUD ajoute que la liste des lois votées et non appliquées, est très vaste. Il est possible que celle-ci se dilue progressivement, néanmoins l'application du tiers payant pour tous, reste une mystification qui ne change rien à l'accès réel de la population aux droits de se soigner.

Mr LAPORTE revient sur la durée de 5 ans du caractère innovant d'un scanner, et le renouvellement de l'autorisation beaucoup plus difficile pour le privé. Comment cela se passe-t-il lorsqu'il y a un contrat sur l'utilisation du matériel de radiologie par exemple, entre un hôpital ou une clinique privée, et un hôpital public?

Mme VAN WONTERGHEM rappelle que dans les autorisations des équipements en imagerie, la question de l'accès financier aux soins est prise en compte. Il semble normal de limiter aussi le reste à charge pour le patient qui a besoin d'imagerie.

Dr GOMBEAUD ajoute, qu'effectivement ça ne changera rien et ne facilitera pas les autorisations. Il faut rappeler que les structures qui pratiquent le dépassement d'honoraires, acceptent aussi la CMU, c'est une obligation légale.

Mr GAUTIER revient sur le tiers payant généralisé. Une partie de la population actuelle qui vit dans la précarité est couverte par la CMU, par l'AME etc. Or, une tranche de la population ne bénéficie pas de la CMU et est en difficulté, notamment celle des étudiants. Etait-ce la peine de généraliser le système ! On a confondu idéologie avec les besoins réels de la population. Le problème principal de l'accessibilité aux soins, reste l'accès aux praticiens. S'il y avait des fonds à débloquer pour résoudre le problème, ce serait dans la formation, voire dans la modification où les élus ont un rôle important.

Sur les infra territoires, une réunion avec la communauté d'agglomération « Est ensemble » pour le 93, doit se dérouler le 15 avril au soir, sur 4 indicateurs.

Un cabinet d'experts s'est chargé d'auditionner la population, les professionnels des hôpitaux, les libéraux etc, donc une étendue avec un ensemble de données très importantes sur les actions qui sont faites, pour faciliter l'accès aux soins et la continuité des soins.

Dans les 4 indicateurs on peut considérer qu'il y en a 3 qui sont communs, notamment les maladies chroniques, la relation ville/hôpital, et le rôle et l'implication des élus dans le système. Néanmoins il y en a un qui est caractéristique du département et de cette zone territoriale « Est ensemble », c'est celui de la précarité. C'est ce qui ressort en premier de l'enquête. Que faire par rapport à cela.

On cherche à créer des liens un peu partout, mais sur cette notion de territoire où on rassemble tous les indices, notamment celui du développement humain qui est le plus bas de l'Île-de-France, on rassemble ces populations en difficulté sur un même territoire, plutôt que de les partager et de les répartir un peu mieux sur l'Île-de-France. Il existe un listing d'actions qui retrace un effort de la part des associations, des instituts, et même des élus, mais au niveau local, régional ou national, cette volonté de répartir les difficultés sur un ensemble de territoires beaucoup plus large que celui de l'Île-de-France, n'apparaît pas.

Mr LAPORTE précise que répartir les gens sur le territoire, ne lui semble pas la solution adaptée. Il faut avant tout résoudre la question du chômage et des salaires pour permettre de vivre plus dignement et avoir moins de difficultés.

Des OIN¹⁶ vont avoir lieu sur la Seine-Saint-Denis, 67 000 logements nouveaux vont être absorbés, notamment 5000 sur Sevran et 24 000 pour la Courmeuve. Cela veut dire, que sur l'essentiel des 200 000 nouveaux logements de l'Île-de-France prévus, la grosse part sera réservée à la Seine-Saint-Denis. En fait, on assiste à une aggravation des inégalités territoriales, dans un secteur où l'on annonce aux municipalités, une diminution de leurs budgets!

Il ajoute 2 informations :

- Le conseil général va émettre le 28 mai un avis sur le SROS 2 « nouvelle génération ». Néanmoins sans évaluation du premier, il sera difficile de se prononcer sur les inégalités de santé territoriales.
- Concernant les 6 centres de dépistage. Il avait été question d'une restructuration en 3. Or les financements qui avaient été supprimés l'année dernière, le sont à nouveau.

Enfin, suite aux élections départementales auxquelles il a participé, il s'excuse pour son absence lors de la conférence de territoire du 11 mars et des 2 derniers bureaux, et ajoute qu'il continuera à présider cette instance.

Dr SEBBAG précise qu'il est étonnant que les associations de patients ne se soient pas plus manifestées face à toutes ces incertitudes. Les médecins ne seront pas les seuls contre la loi, les patients aussi vont être désabusés par le TPG¹⁷ en premier, par le secret médical, par le Big Data¹⁸ de toutes les informations médicales, et par la puissance des mutuelles.

Mme CINALLI-BOUCHE rappelle qu'il a été souhaité, à l'occasion de l'analyse réalisée par le cabinet d'audit Ernst & Young, dans le cadre du projet territorial expérimental de santé sur Est ensemble, une place plus importante pour les élus sur le territoire séquanodionysien, qui est le département où il y a le plus de contrats locaux de santé. C'est un atout majeur d'avoir ces municipalités qui sont fortement engagées dans les politiques de santé, bien que ça ne soit pas leur compétence régaliennne obligatoire. Cela n'apparaît pas dans les autres départements, notamment dans les Yvelines et le Val d'Oise. Ce marqueur était pour la DT93, incontournable dans l'analyse de ce diagnostic territorial sur l'ensemble du département. Le projet expérimental, et les actions qui sont à mettre en œuvre, notamment dans la lutte contre la précarité, ne pourra être monté qu'avec l'implication des équipes municipales et des élus.

¹⁶ OIN Opérations d'Intérêts Nationaux

¹⁷ TPG Tiers Payant Généralisé

¹⁸ Big data Mégadonnées

Dr GOMBEAUD ajoute qu'il est navrant de constater que cette analyse ait été réalisée par des personnes qui n'ont aucune perspective de travail derrière, alors que l'agence fait un travail important en matière de CLS.

Mme CINALLI-BOUCHE précise que lors de la présentation, il a été exposé un abrégé synthétique de ce qui avait été réalisé. Effectivement le diagnostic était beaucoup plus important et pertinent. Seuls les marqueurs avec la synthèse ont été évoqués. Toutes les actions, les acteurs qui ont été cités et le travail qu'a mené la délégation territoriale n'ont pas été relevés.

Si la conférence de territoire le souhaite, un exposé du dispositif plus détaillé pourra être présenté.

La séance est close.

Le prochain bureau de la CT se déroulera le mercredi 20 mai 2015 à la DT93, précédant la plénière du mercredi 27 mai 2015 à la salle de conférence de la CPAM de Bobigny – 195 avenue Paul Vaillant Couturier.

Le Président de la conférence de territoire


Pierre LAPORTE

ANNEXE

Liste des membres présents :

Membres titulaires :

Mr Pierre LAPORTE, président

Dr Thierry GOMBEAUD, vice-président

Mme DEWET, Dr Mardoche SEBBAG, Mr Bernard GAUTIER, Mme Joëlle MAURIN, Mme OLLIVET,

Mme Catherine SOULIE, Dr Jean-Pierre SALA, Pr Bernard PISSARRO, Mme Fabienne GENTIL

Membres suppléants :

Mme Françoise ELHUYAR, Mr Jean-Claude LOCATELLI, Dr Joëlle LAUGIER, Mme Brigitte DELPHIS,

Mme Evelyne COUDE

Invités permanents :

Mme Marion VAN WONTERGHEM,

Invités :

Dr Dominique JANUEL (EPS Ville-Evrard) Psychiatre responsable de l'unité

Mme Clémence ISAAC (EPS Ville-Evrard) Psychologue

Mme Palmyre SCHENIN-KING (EPS Ville-Evrard) Infirmière

