

## **PROCES-VERBAL**

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

**du mercredi 17 juin 2015 - 14h00**

### **CPAM de Bobigny - salle de conférence**

*La liste des membres présents figure en annexe.*

L'ordre du jour est le suivant :

- Présentation du CLS2 de CLICHY (1)
- L'expérimentation du Projet Territorial de Santé (2)
- Le Plan ONDAM (*Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie*) (2)

*Quorum : 21/47*

**(1) Cf documentation adressée aux membres de la CT**

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

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

**Mr LAPORTE** Vice-président, entame la plénière par la présentation du CLS2 de la ville de Clichy.

#### **CLS<sub>2</sub> de CLICHY**

**Présentation Municipalité** : Michel FIKOJEVIC (**Responsable du service prévention, coordinateur ASV**) (1)

**Présentation DT/ARS** : **Docteur Agnès MALET-LONGCOTE** :

Ville de 30 077 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2011, Clichy-sous-Bois est caractérisée par un réel enclavement et un IDH2 très bas : 0,23 versus 0,39 au niveau départemental, les plus faibles du département avec La Courneuve.

Elle fait partie de la communauté d'agglomération de Clichy-sous-Bois/ Montfermeil.

Il s'agit d'une ville avec une politique de santé dynamique, inscrite en Politique de la Ville ayant une forte dimension santé. 75% du territoire est en zone géographique prioritaire. L'ASV<sup>1</sup> a été créé en 2002.

Le CLS1 a été signé le 20 mars 2012. Il repose sur 2 axes stratégiques :

- . Conforter l'ASV, mettre à jour et améliorer le diagnostic sur la situation locale.
- . Engager des actions nouvelles : renforcer et développer l'offre de soins sur la ville ; explorer de nouvelles stratégies de prévention.

<sup>1</sup> ASV Atelier Santé Ville

Le diagnostic local de santé partagé a été réalisé en 2013 avec le Cabinet LH Conseil, associant de nombreux acteurs présents. Il a été subventionné par l'Agence en 2011. Ce diagnostic a permis de faire un état des lieux des ressources en santé, des besoins de la population et des acteurs et, de les associer à la réflexion sur les axes stratégiques.

L'ingénierie CLS est cofinancée par l'Agence depuis 2011 à hauteur de 15 000 euros.

La ville gère un service de prévention, qui porte l'ASV, le Département, 3 centres de PMI et 2 CPEF<sup>2</sup>.

Une MSP<sup>3</sup> a été inaugurée en septembre 2014 ; une annexe du Centre d'Examens de santé de la CPAM93 début 2014.

Ce territoire est reconnu zone déficitaire en soins de 1<sup>er</sup> recours dans le cadre de la mise à jour du SROS en Mars 2015.

La présence du Centre Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil est un atout important pour la population de Clichy-sous-Bois et les partenaires. Le service municipal de prévention, les professionnels libéraux, les professionnels des centres de PMI, du CES de la CPAM93 et le centre hospitalier sont fortement complémentaires et peuvent davantage articuler leurs compétences respectives.

La coordination CLS de Clichy-sous-Bois et de Montfermeil est confiée au CHI afin de renforcer son rôle en terme d'articulation avec les dynamiques communales et partenariales engagées et, dans le cadre des CLS, être force de proposition pour développer un véritable continuum de santé, autour de l'accès aux soins, de l'éducation thérapeutique du patient, de thématiques de filières socio-sanitaires repérées pour améliorer la qualité des parcours de santé des patients.

Les quartiers du Bas Clichy et de Bois du Temple sont concernés par l'ANRU 2<sup>4</sup>. L'Agence est associée à l'Opération de Requalification des Copropriétés Dégradées qui concerne également le Bas Clichy.

La municipalité, ainsi que l'association ARIFA, bénéficient de subventions Prévention Promotion de la Santé (PPS) à hauteur de 39 000 euros en 2013 et 24 000 euros en 2014.

Une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité de Ville-Evrard intervient sur ce territoire. La mise en place d'un CLSM à Clichy-sous-Bois est en cours de réflexion, l'Agence en co-financera la coordination.

Les CLS1 et CLS2 signés ou en cours d'élaboration ont nourri la réflexion sur le volet santé du contrat de ville de la communauté d'agglomération Clichy-sous-Bois/ Montfermeil.

### Discussions:

***Pr PISSARRO*** aborde 2 interrogations :

- Comment s'assurer que les mesures prises pour lutter contre les inégalités de santé tendent à produire leurs effets ?
- 29% des enfants ne sont pas suivis en PMI. Quelles en sont les raisons et où sont-ils suivis ?

***Mr FIKOJEVIC*** précise que pour les inégalités sociales de santé, la ville de Clichy-sous-Bois a travaillé sur l'évaluation du contrat local de santé mais aussi sur l'évaluation des fiches actions. Néanmoins cette dernière reste à finaliser. La municipalité a étudié ces interrogations en partenariat entre autres avec l'ARS. Des groupes de travail se sont constitués au sein des communes de Clichy et Montfermeil, pour œuvrer avec l'aide du nouveau coordinateur sur ces questions.

<sup>2</sup> CPEF Centre de Planification et d'Education Familiale

<sup>3</sup> MSP Maison de Santé Pluridisciplinaire

<sup>4</sup> ANRU Agence Nationale de la Rénovation Urbaine

Pour la protection maternelle infantile, les enfants, qui ne bénéficient pas de ce système, sont suivis soit par des médecins généralistes ou certains services de l'hôpital. Actuellement il n'y a pas autre chose en place sur le territoire. C'est une des grandes interrogations dans le cadre de la fiche action de la périnatalité santé des femmes, savoir comment développer une offre de soins suffisante sachant qu'il existe 3 PMI sur le territoire, et avec les difficultés en termes de recrutement de personnels de plus en plus prégnant.

**Mme OLLIVET** revient sur l'absence de pédiatre sur la commune. Le suivi classique d'un enfant peut être assuré par un médecin généraliste parfaitement compétent dans ce domaine, sachant que les situations délicates ou spécifiques peuvent être prises en charge à l'hôpital. Ce sont des médecins dont nous avons besoin et pas obligatoirement des spécialistes.

**Mr FIKOJEVIC** précise que si Clichy-sous-Bois ne présentait pas une zone déficitaire en médecine générale, et une population de jeunes équivalente à une ville de 50 à 60000 habitants, il n'insisterait pas sur le manque de pédiatres. Ce que font remonter aujourd'hui les Clichois, les équipes de PMI et les services en charge de cette tranche d'âge auprès de l'hôpital, c'est le manque de professionnels permettant de mieux assumer les enfants, et notamment les bébés.

**Dr GOMBEAUD** aborde plusieurs points :

⇒ L'éducation thérapeutique.

C'est un sujet qui est posé pour la première fois dans un contrat local de santé. La question est de savoir comment y faire participer le maximum de professionnels, dans un contexte de difficultés démographiques.

⇒ Le soutien à la maison de santé pluridisciplinaire.

La commune a-t-elle engagé des fonds conséquents à cette cause ? Quelle en est sa part de financement ?

⇒ La participation des médecins de ville qui réalisent 90% des actes médicaux.

Bien qu'il soit difficile de faire travailler les médecins de ville sur des contrats de ce type, le problème ne sera pas solutionné sans leur participation.

⇒ La tuberculose.

La plupart des migrants atteints, déclarent leur maladie sur le pays du fait des difficultés dans lesquelles ils vivent et des problèmes liés à l'insalubrité etc. Or, dans un contexte de pénurie financière en matière de prévention et de dépistage de vaccination de la tuberculose, quelles sont les chances d'arriver à des solutions ?

⇒ L'évaluation de l'impact de vos actions.

On constate dans ces contrats locaux de santé, un manque en matière de perspectives au-delà même d'une énumération d'actions absolument indispensables sur lesquelles il y a un consensus.

⇒ Le centre de santé pluridisciplinaire de Clichy.

L'inquiétude face au vieillissement des professionnels qui y travaillent, et l'incertitude de leurs remplacements.

**Mme VAN WONTERGHEM** intervient sur le dernier point. L'Assurance maladie est consciente de la fragilité des maisons de santé pluri professionnelles, et la nécessité à trouver des remplacements aux professionnels qui partent à la retraite.

Il est à noter, le caractère exceptionnel de partenariat sur ce territoire regroupé Clichy/Montfermeil. Il y a une approche des problématiques plutôt pragmatique, une capacité des deux municipalités à s'accorder et des réalisations plutôt remarquables.

L'antenne du centre d'examen de santé est née de la volonté des deux maires, et d'une action concertée entre le préfet délégué à l'égalité des chances et l'ARS entre autres. Un ensemble de partenaires se sont mobilisés sur ce champ-là.

La maison des services publics est aussi insolite. Elle offre à la fois un accueil de la caisse d'allocation familiale et de la caisse primaire au bénéfice des populations. Une équipe très engagée y fait un travail extraordinaire sur l'accès aux droits.

Malgré les difficultés, c'est un territoire qui est capable d'appréhender les choses de manière positive grâce aux différents acteurs de ces 2 communes.

**Mme DELPHIS** souhaite connaître les acteurs envisagés pour travailler à la réflexion du CLSM<sup>5</sup>.

**Mme COUDE** demande si dans le domaine de la santé mentale, la commune a pu travailler avec les équipes de l'EPS de Ville-Evrard sur le secteur de Clichy ?

**Mr FIKOJEVIC** apporte des éléments de réponse aux différentes interrogations.

⇒ La maison de santé pluridisciplinaire.

Le projet de rénovation de cette maison a coûté 2,8 millions à la commune pour rénover 700 m<sup>2</sup> de locaux. Ce choix est politique, parce que la ville n'a pas les moyens d'ouvrir un centre municipal de santé. Cette maison regroupe aujourd'hui 20 professionnels, dont un ophtalmologiste et 2 dentistes.

⇒ La tuberculose.

Malgré un chiffre sensiblement en baisse, le problème subsiste. La ville essaie de trouver avec les différents partenaires, des solutions adaptées avec les moyens dont elle dispose. La consultation pour les primo-arrivants en est une preuve. Un travail est fait sur le parcours de santé des Clichois. L'individu qui passe par la « case » consultation primo-arrivant et qui après l'ouverture de ses droits est apte à un dépistage au cas prévention santé, est orienté par la suite vers la maison de santé, vers les autres professionnels de santé, vers l'hôpital pour une prise en charge s'il y a une pathologie. Si en plus de son hospitalisation, son retour à domicile a été travaillé, le résultat est positif.

⇒ Les CLSM.

Ce sont des réseaux qui sont mis en place depuis 2011. Ils sont créés autour de quelques partenaires principaux, dont l'UNAFAM faisait partie. Ils intègrent le CMP de Clichy/Montfermeil et l'EPS de Ville-Evrard. Un guide local sur la santé mentale a été mis en place, ainsi que les RESAD<sup>6</sup> dont les affiliés du CMP de l'EPS de Ville-Evrard sont membres permanents, au même titre que le service social départemental, la mission locale pour l'emploi ou la structure qui gère l'insertion de l'emploi sur Clichy/Montfermeil.

**Mr LAPORTE** expose deux remarques :

⇒ L'acheminement du courrier.

Lors de la réunion du GIP<sup>7</sup> du Comité départemental des cancers, une cartographie conçue au cycle du courrier sur les villes de la proche couronne, a démontré qu'il y avait un problème d'acheminement pour la ville de Clichy-sous-Bois. C'est la seule commune de ce secteur confrontée à cette difficulté, très peu de destinataires reçoivent les invitations au dépistage. C'est une énigme à résoudre.

<sup>5</sup> CLSM Conseils Locaux en Santé Mentale

<sup>6</sup> RESAD Réunions d'Evaluation de Situations d'adultes en difficultés

<sup>7</sup> GIP Groupe d'Intérêt Public

⇒ La coordination gérontologique.

Elle avait été mise en place autour du GHI de Montfermeil avec le conseil départemental sur le suivi des personnes âgées, les sorties d'hôpital, l'accompagnement etc. Qu'en est-il, est-ce pris en compte par le CLS ?

**Mr FIKOJEVIC** reprend les 2 points.

⇒ L'acheminement du courrier pour le dépistage du cancer du sein.

Clichy-sous-Bois travaille sur le dépistage du cancer du sein depuis 2 ans avec des partenaires, notamment les médiatrices socio-culturelles qui œuvrent sur l'accompagnement des messages de prévention et tentent d'étudier quartier par quartier ce problème d'adressage. Un accompagnement sur la compréhension des messages de prévention dans diverses langues, a été fait auprès des habitants qui parlent peu le français, et la façon dont ils font le relais de ces messages ensuite ainsi que l'accès au dépistage organisé.

⇒ La coordination gérontologique.

Ce travail et cette coordination gérontologique perdurent au sein du GHI de Montfermeil. Cette coordination a permis de mettre en place des actions très pertinentes pour les patients. Elle est renforcée maintenant avec l'arrivée de la MAIA<sup>8</sup> et le travail fait notamment par le docteur Kabirian.

**Mr LAPORTE** clôture cette présentation en s'excusant auprès des membres de la conférence de territoire de devoir quitter la séance, retenu pour une réunion dans le cadre du GIS COP<sup>9</sup>. Il fait lecture à l'assemblée de la note qui lui a été communiquée à ce titre :

*« Le conseil scientifique tient à tirer la sonnette d'alarme sur le devenir du GIS COP, la quasi-impossibilité de pérenniser une équipe d'enquêteurs et de chargés d'études, en raison de la limite maximum de 3 ans à poser contrat à durée déterminée des enquêteurs du GIS COP. En outre, la diminution réalisée ou annoncée des contributions et certains partenaires, fragilisent encore plus le GIS COP. Il n'apparaît pas possible de financer le dispositif d'enquêtes permanentes sur la base de contrats de recherches.*

*En conclusion, le conseil scientifique estime que la disparition du GIS COP probable si des mesures rapides ne sont pas prises pour remédier à la situation, serait une perte irrémédiable pour la connaissance sur les cancers professionnels, et sur les processus de reconnaissance et de réparation ».*

Enfin, il souhaite que soit communiqué aux membres de la conférence de territoire, copie de son interpellation en tant que Président de la conférence de territoire sur les moyens alloués à la politique de prévention santé en Seine-Saint-Denis, et la réponse que lui a adressée Monsieur EVIN, Directeur Général de l'ARS.

## L'expérimentation du Projet territorial de santé

Communauté d'agglomération Est-Ensemble et Rosny-sous-Bois (2)

Présentation DT/ARS : **Mr Jean-Philippe HORREARD**

Discussions:

**Mr LOCATELLI** revient sur le dernier point relatif aux travaux en cours, notamment le groupe 1 « Entrée à l'hôpital par le médecin traitant » et le groupe 2 « Process de sortie de l'hôpital ». Pourquoi ont-ils été séparés, sachant qu'il peut y avoir des difficultés à l'entrée comme à la sortie de l'établissement ?

<sup>8</sup> Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

<sup>9</sup> Groupement d'Intérêt Scientifique sur les Cancers d'Origine Professionnelle

**Mr BOUIS** aborde le groupe 4 « Accès aux droits ».

L'important c'est le respect par l'ensemble des intervenants des droits des usagers, notamment savoir non pas s'ils ont des droits, mais plutôt de quelles manières ils peuvent y prétendent.

L'interrogation est de savoir comment les usagers vont être partie prenante de ce groupe ?

**Mr HORREARD** revient sur l'accès aux droits. L'idée de ce projet territorial de santé expérimental est de repérer et de résoudre un certain nombre de problèmes locaux dans le but d'avancer progressivement, y compris dans la sortie ou l'entrée de l'hôpital.

L'objectif aujourd'hui, est que les acteurs principaux de prise en charge de la santé des personnes, puissent construire, améliorer, inventer des parcours mieux adaptés aux besoins des usagers.

Les usagers ont été conviés à participer au groupe de travail.

**Dr GOMBEAUD** aborde quelques interrogations quant à la méthodologie.

Ce n'est pas l'analyse réalisée par le cabinet d'audit Ernst & Young qui va apporter un changement au processus de ce projet territorial.

Il est effectivement nécessaire de mettre en avant un certain nombre de problématiques qui sont les éléments constitutifs des difficultés de la situation sanitaire dans le département. Néanmoins séparer dans la réflexion les entrées et les sorties, n'a pas grande signification. C'est un problème de l'ensemble de la relation ville/hôpital qui est posé, mais aussi de l'intervention des établissements privés dans ce processus d'entrée et de sortie. Quel rôle ont-ils dans le département ?

Il sera intéressant de connaître les résultats de ces 5 groupes de travail.

Concernant le groupe 5 « Les pathologies liées à l'habitat », il semble difficile de trouver des solutions favorables aux problèmes.

**Mr HORREARD** précise que ce dernier point se discute.

Il existe des signaux d'alerte de prévention par rapport à la pollution de l'habitat intérieur, sur lesquelles un travail concret est réalisé. Il consiste à mieux prévenir les gens et à les informer.

Sur la ville de Romainville en l'occurrence, des réunions se déroulent le soir en présence des habitants dont les logements sont pollués par les anciennes blanchisseries industrielles. C'est un exemple concret. Des diagnostics précis pour mieux se protéger chez soi des sources de pollutions de sols résiduelles peuvent permettre de résoudre au moins en partie un problème important d'exposition à des polluants, susceptibles de générer sur le long terme des cancers.

**Mme FESTA** revient sur l'interrogation consécutive à l'analyse réalisée par le cabinet d'audit Ernst & Young. Ce qui est intéressant, ce sont les regards extérieurs et neutres qui enlèvent le côté corporatisme.

Enfin, ces groupes de travail vont permettre de regarder ce qui est fait concrètement sur ce territoire, avec des ressources qui sont souvent inconnues, peu exploitées, peu mises en lien et finalement peu au service des usagers. C'est extrêmement modeste, néanmoins c'est ce qui peut permettre une amélioration et ne pas rester dans le concept et dans des discours.

**Mr HORREARD** évoque le problème soulevé lors du comité de pilotage opérationnel du Projet territorial de santé, d'un médecin généraliste classé en zone fragile, qui recevait tous les patients entre Montreuil et Bagnolet, et qui aurait dû, compte tenu de sa position frontalière bénéficier des aides par rapport à un secteur extrêmement déficitaire. Face à ce type de problème, peut-on changer la cartographie ?

C'est ce genre d'interrogation qui a été discutée au sein de ces comités et groupes de travail, et sur lequel il faut essayer d'avancer.

**Pr PISSARRO** s'interroge sur l'expérimentation à l'échelon du territoire de ce PTS. Comment va-t-on tirer des conclusions sur son intérêt ?

**Mr HORREARD** rappelle que cette expérimentation a vocation à démontrer que l'échelon intercommunal pourrait devenir l'échelon pertinent en matière de gouvernance santé. C'est à l'échéance de l'expérimentation que des réponses pourront être apportées.

**Pr PISSARRO** demande à quel niveau ces indicateurs vont être utilisés ?

**Mr HORREARD** précise qu'il peut s'agir entre autres du nombre d'actions réalisées. Si en termes d'indicateurs de résultats il y a peu de coordination et trop de juxtaposition, il n'y aura pas de cohérence du territoire.

## Le Plan ONDAM (2)

Présentation DT/ARS : **Mr Jean-Philippe HORREARD**

Discussions:

**Mr BOUIS** aborde 3 observations :

⇒ L'expression « ce que l'Etat a consenti », est souvent employée et mal appropriée. En réalité, l'Etat redistribue ce que l'utilisateur lui a donné en tant qu'assuré social.

⇒ Le problème des transports, lié au manque d'équipements d'un hôpital. Exemple : l'hôpital d'Avicenne qui ne réalise plus de Mammographie et qui oblige les patients à se diriger sur celui de Jean Verdier, où il est constaté que l'opératrice dépend de l'hôpital Avicenne ! Ne faut-il pas s'interroger sur la capacité de chaque établissement, à résoudre de façon plus correcte in situ un certain nombre d'opérations ?

⇒ De quelle manière les usagers auront connaissance des diagnostics issus de ce plan, transmis aux établissements ?

**Mr HORREARD** précise que les conseils de surveillance au sein des hôpitaux, sont les lieux adéquats permettant d'évoquer la gestion et les transformations éventuelles du plan ONDAM. Il existe par ailleurs un comité de pilotage régional auquel participent les responsables de l'assurance-maladie et l'agence régionale de santé.

**Pr PISSARRO** fait remarquer qu'il peut y avoir des interférences entre les différents blocs, notamment entre le développement de l'ambulatoire et les transports.

L'ambulatoire est un domaine où les inégalités en matière de santé sont minimales, néanmoins si une vigilance n'est pas respectée dans ce domaine pour les personnes mal logées, la situation peut être dramatique et accroître les inégalités. Dans certaines maternités, 1/3 des femmes qui y accouchent vivent dans des logements précaires, voire sont sans abri, notamment à St Denis. Le fait de raccourcir les hospitalisations et développer l'ambulatoire peut leur être tragique. Il faut être attentif à ces conditions.

Il fait part de son inquiétude sur l'absence de représentant des usagers dans les comités de pilotage.

**Mr HORREARD** précise que les comités de pilotage sont des instances de discussion et de validation d'un processus d'économies. Les instances de démocratie sanitaire sont naturellement informées des étapes de ce processus et des décisions prises.

**Dr ALBERT** médecin dans un centre de rééducation dans la spécialité du SSR<sup>10</sup>, souhaite savoir s'il existe des spécificités entre le domaine du MCO<sup>11</sup> et du SSR, ou si ce sont des mesures qui s'appliquent à tous les domaines ?

<sup>10</sup> SSR Soins de Suite et de Réadaptation

<sup>11</sup> MCO Médecine Chirurgie Obstétrique

**Mr HORREARD** rappelle que sur l'ensemble des blocs, les SSR n'échappent pas à un certain nombre de réflexions. Sur certains chantiers spécifiques, le passage entre MCO et SSR a été étudié dans une logique de pratique d'organisation et de parcours. Comment la sortie des SSR est assurée ? C'est ce type d'interrogation qui est au cœur des préoccupations. Il existe forcément une distinction MCO/SSR. La spécificité de chaque secteur est prise en compte.

**Mme COUDE** revient sur la chirurgie ambulatoire et le retour au domicile dans la journée. Certains cas ont démontré suite à des effets secondaires, des facteurs d'angoisses consécutives à ce retour. Pourquoi ne pas prévoir dans de telles situations une nuit sous surveillance ?

Au niveau de la masse salariale, ce procédé va entraîner des fermetures de service et une réduction des moyens de prise en charge.

**Mr HORREARD** précise que les problèmes de retour à domicile consécutifs à une intervention ambulatoire, ne peuvent être traités sur le même plan. Il y a d'un côté la justification médicale d'une intervention chirurgicale hospitalière ou ambulatoire ; il y a de l'autre les questions complexes de prise en charge et d'accompagnement qui n'incombent pas toujours à l'hôpital.

**Dr GOMBEAUD** ajoute qu'à ce titre il n'a pas connaissance qu'une quelconque étude ait démontré que cela constituait une économie absolument formelle, d'intégrer de telles situations pour les personnes qui présentent ces aspects d'anxiété. Ce virage ambulatoire mérite de faire l'objet d'une réunion spécifique en conférence de territoire.

**Mme KOUBA** (Clinique des Lilas) précise qu'elle a assisté la veille, à un colloque ouvert par Mr EVIN sur ce virage ambulatoire, avec la participation d'établissements qui ont été dans l'expérience et qui venaient présenter leur retour. Il a été constaté que ce procédé était difficile à mettre en place pour des tas de raisons notamment celui du retour à domicile, et qu'au niveau financier il n'y avait pas forcément d'économie.

**Mme DELPHIS** propose de s'inspirer des difficultés de la psychiatrie actuelle, dans laquelle le virage de l'ambulatoire a été pris.

Actuellement, les patients en rupture de soins viennent saturer les urgences ou se faire réhospitaliser. Avant de penser en termes d'économies demain, il faut penser en termes d'investissements aujourd'hui, ce qui n'a pas été le cas.

**Mr HORREARD** précise que la psychiatrie s'est externalisée dès les années 60, non dans un but d'économies mais dans l'intérêt des patients.

L'indicateur de « virage ambulatoire » pour un service de chirurgie hospitalier permet de le situer par rapport à d'autres services similaires. Si une marge de progression est possible, ce qui est le cas encore pour de nombreux services, cela permettra de réaliser des économies dans le cadre du plan ONDAM.

**Mme VAN WONTERGHEM** revient sur les problématiques de chirurgie ambulatoire et notamment sur l'inquiétude face au retour à domicile des personnes âgées. Le sujet était déjà dans les objectifs des établissements, du temps des agences régionales de l'hospitalisation. Il a été préconisé par toute une série de sociétés savantes et plébiscité par les patients. Un certain nombre de critères ont été mis en place pour ces patients dont le retour à domicile a été estimé possible par le médecin, et qui ont été au préalable correctement préparés à la gestion de l'anxiété et de la douleur. Un numéro de téléphone leur est communiqué par les équipes médicales en cas de petites crises d'angoisse ou autres. Toutes les précautions nécessaires sont prises, et les résultats sont très satisfaisants.

**Mr LAPIE** estime que pour les 10 milliards d'économies qu'il faudra trouver, il vaudrait mieux faire connaître dès le départ la situation, et annoncer la perspective de réduction des postes de santé, étudier les domaines dans lesquels cela peut se faire, et si besoin forcer les indicateurs.



---

---

---

**Pr PISSARRO** ajoute qu'il a été question de beaucoup d'indicateurs d'économie et de fonctionnement, et souhaite qu'ils y aient plus d'indicateurs de santé.

**Dr GOMBEAUD** conclut le sujet, en rappelant que 50% des coûts de la santé c'est 4% des patients, et qu'il sera difficile de faire 10 milliards d'économies sans toucher à ces derniers.

La séance est close.

Le prochain bureau de la CT, sera un bureau élargi aux membres de la conférence de territoire et se déroulera le mercredi 16 septembre 2015 à la DT93. Il n'y aura pas de plénière en septembre, la prochaine se déroulera le mercredi 14 octobre à la salle de conférence de la CPAM de Bobigny – 195 avenue Paul Vaillant Couturier, précédé d'un bureau le 7 octobre 2015.

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

Mr Jean-Louis FEUTRIE, Dr Thierry ALBERT, Mme Hélène DEWET, Mr Jean-Claude LOCATELLI, Mr Daniel LAPIE, Mr François HERVE, Dr Mardoche SEBBAG, Mme Joëlle MAURIN, Mr Lucien BOUIS, Mme Brigitte DELPHIS, Mme Catherine OLLIVET, Mme Catherine SOULIE, Dr Jean-Pierre SALA, Pr Bernard PISSARRO, Mme Fabienne GENTIL.

#### Membres suppléants :

Mme Françoise ELHUYAR, Mme Hayette BOUDJEMIA, Mme Anne FESTA, Mme Mireille MINCHIN, Mme Evelyne COUDE, Mme Marie-Blanche PIETRI

#### Invités permanents :

Mme Marion VAN WONTERGHEM

Mr Guillaume LEMAB (CD)

Mr Vincent BOISSONNAT (CD)

#### Invités :

##### Municipalité de Clichy :

Mr Michel FIKOJEVIC – (Responsable du service prévention, coordinateur ASV)