

PROCES-VERBAL

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

du mercredi 23 mars 2016 - 14h00

CPAM de Bobigny - salle de conférence

La liste des membres présents figure en annexe.

L'ordre du jour est le suivant :

- HAD :
 - Missions et réflexions autour du processus de sortie d'hospitalisation (2)
- CLS2 Dugny (1)
- CLS2 Bagnolet (1)

Quorum : 13/48

(1) Cf documentation adressée aux membres de la CT

(2) Cf documentation accessible sur le site dédié aux CT et le site de l'Agence :

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

Dr Thierry GOMBEAUD, Vice-président, entame la séance et énonce l'ordre du jour.

HAD - Missions et réflexions autour du processus de sortie d'hospitalisation (2)

Présentation : -Docteur Vincent VACELET – HAD APHP

-M Jean-Luc MEREUX - HAD APHP

-Mme Lucie MANKARIOUS-BARBIER - HAD Fondation la Croix Saint-Simon

Introduction : docteur Vincent VACELET

Il s'agit d'une présentation de l'HAD à 2 voix, l'Assistance Publique et la fondation de la Croix Saint-Simon, sur les travaux conduits par un groupe de travail autour des sorties d'hospitalisation, sur le territoire de la Seine-Saint-Denis.

Le projet de base a été mené par l'ARS et, porté par le réseau de soins palliatifs « Océane ».

La présentation repose sur les modalités d'indication et d'organisation de prises en charge des patients qui viennent en hospitalisation à domicile.

Discussions:

Dr Thierry GOMBEAUD énonce quelques remarques :

➔ Le regret de ne pas avoir eu au préalable la communication des éléments, qui aurait permis de travailler en amont quelques interrogations sur le sujet.

➔ L'absence de commentaires sur les perspectives de l'HAD dans le cadre du virage ambulatoire, qui est présenté aujourd'hui comme la solution à de nombreux problèmes.

2 interrogations se posent :

- la position de l'HAD dans ce contexte,
- la vision des choses avec les établissements privés du département.

Mme Lucie MANKARIOUS-BARBIER intervient sur le virage ambulatoire.

C'est un mode de prise en charge qui est programmé et programmable. Les bénéficiaires de l'HAD pourraient être sortis et pris en charge rapidement, malheureusement la problématique est financière.

Dr Vincent VACELET ajoute que dans le guide méthodologique de tarification à l'activité 2016, un nouveau mode de prise en charge a été mis en place. Il concerne les prises en charge post-chirurgicales à courte distance dans le cadre de partenariats avec des services ciblés, comme l'orthopédie, la chirurgie et la gynécologie.

La certitude, c'est que l'on ne peut pas faire de chirurgie ambulatoire avec de l'HAD.

Au-delà de ça pour l'APHP, quelques partenariats ont été demandés à être mis en place par certains urologues qui pratiquent de la chirurgie ambulatoire en utilisant l'HAD. Par rapport à la province, ils justifient que les réseaux territoriaux d'infirmiers libéraux sont beaucoup trop disparates, et souhaitent qu'il y ait un regard sur le patient durant 24h. Cela concerne vraiment de la chirurgie prostatique.

Cette pratique se fait en partenariat avec l'ARS d'Ile-de-France, qui connaît cette activité à la marge.

Au niveau national, certains services d'orthopédie ont souhaité travailler sur la douleur en postopératoire, dans le cadre notamment de prothèses d'épaules, avec des cathéters périmerveux pour soulager le patient. Ce dispositif a été mis en place dans certaines cliniques privées où le patient était opéré et sortait en HAD. Ce procédé reste néanmoins assez spécifique pour qu'il soit délégué à des libéraux.

Concernant les relations avec les établissements privés de la Seine-Saint-Denis, l'HAD de l'AP prend en charge certains patients, qui sortent d'un SSR¹ ou d'un hôpital qui pratique du MPR² sur la Seine-Saint-Denis, et avec lequel elle peut travailler.

L'HAD de l'APHP comme la fondation de la Croix Saint-Simon, prennent des patients « tout venant », aussi bien du service public que des hôpitaux privés ou militaires, et autres. L'ARS se positionne aussi sur l'augmentation de l'activité des prises en charge de patients âgés, hébergés en EHPAD, en sachant qu'il y a des indications plus limitées dans les structures d'hébergement. Il y a une réelle intention de développer l'HAD depuis la ville, pour éviter l'hospitalisation.

Dr Mardoche SEBBAG demande un complément d'informations sur l'orientation de l'HAD.

Dr Vincent VACELET précise, que la demande peut émaner d'un médecin hospitalier comme d'un médecin libéral. Les services de l'HAD sont soutenus pour intervenir rapidement, car souvent le généraliste est en difficulté et le patient déjà au domicile, avec une possibilité de ré-hospitalisation derrière.

¹ SSR Soins de Suite et de Réadaptation
² MPR Médecine Physique et de Réadaptation

M Jean-Luc MEREUX ajoute que la décision de l'HAD dépend des éléments, et de la demande. Elle est fonction au départ du projet thérapeutique. Si le patient ne rentre pas dans les critères, il sera réorienté vers un système adapté, notamment un SSIAD³ voire une hospitalisation de courte durée.

Mme Lucie MANKARIOUS-BARBIER en complément, signale que souvent les médecins traitants font appel à l'HAD, sur des situations palliatives pour lesquelles ils sont en difficulté, et où il y a de la douleur ou de l'anxiété majeure à domicile.

Lorsque le médecin traitant appelle, c'est qu'il est dépassé et qu'il a tenté beaucoup de choses auparavant. Souvent il y a déjà des infirmiers libéraux à domicile, il est vraiment très rare que cela ne rentre pas dans les critères de l'HAD.

Elle souligne ne pas être certaine que les médecins traitants aient connaissance qu'ils peuvent avoir recours à l'HAD, et souhaite que cela se développe.

Mme Catherine OLLIVET ajoute quelques remarques sur la présentation du document :

➔ L'écriture bleue sur fond blanc qui est inappropriée et handicapante pour certaines personnes à la lecture.

➔ Les commentaires sur les types de prise en charge qui manquent de chiffres, notamment le nombre de patients de file active⁴ qui sont réellement concernés par ce listing.

➔ Le manque de cartes de la Seine-Saint-Denis sur lesquelles apparaissent les territoires d'intervention.

➔ La coordination sur le terrain entre les équipes mobiles, les réseaux, les MAIA⁵ et les CCAS⁶. Comment est-ce que tout cela s'accorde, pour qu'il y ait une présence auprès du patient ?

➔ Un manque de données chiffrées, notamment le nombre de demandes d'HAD ou le nombre réalisés sur les contraintes évoquées, telles que la nécessité d'un environnement, la présence d'une personne pour ouvrir la porte, l'insalubrité etc.

Pr Bernard PISSARRO souhaite également des chiffres sur les refus ou sur les non-possibilités de la mise en place d'une HAD, en particulier sur la précarité affectant les patients isolés ou sans famille.

Mme Lucie MANKARIOUS-BARBIER revient sur le manque de cartes où apparaissent les territoires d'intervention. L'actuelle présentation est neutre, du fait que ce sont 2 HAD concurrentes, une privée à but non lucratif, et l'autre publique. Une seule carte aurait été compliquée, du fait que ce sont 2 structures différentes et que la présentation se fait à 2 voix. Néanmoins, l'intervention est quasi totale sur tout le département.

Accompagnée du délégué de la police qui est en lien avec les soignants, elle a parcouru des zones sensibles, notamment la nuit. Elle retrace ses déplacements lorsqu'elle intervenait sur Stains. Un système de numéros d'appels dédiés aux soignants, avait été mis en place en cas de difficultés, lors des tournées dans certains quartiers ou certaines villes réputées sensibles. Le soignant communiquait l'adresse et le temps approximatif nécessaire à son intervention, au délégué de la police qui donnait ou non son accord. Si le soignant n'était pas sorti dans les temps, cela permettait de faire intervenir les services de police si nécessaire.

Les soignants interviennent dans toutes les villes, sauf dans certains quartiers jugés trop sensibles.

³ SSIAD Service de Soins Infirmiers A Domicile

⁴ File active (nombre de patients ayant eu recours aux soins de l'établissement au moins une fois dans l'année)

⁵ MAIA Méthode 'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

⁶ CCAS Centre Communal d'Action Sociale

M Jean-Luc MEREUX ajoute qu'à défaut de ne pas intervenir, l'HAD n'intervient pas la nuit ou sur des moments à risque.

L'Assistance Publique, intercéde sur tout le territoire même dans les quartiers sensibles, et plutôt dans la journée.

En totalité 3 HAD interviennent pour toute l'Ile-de-France, et couvrent entièrement le département : la Croix Saint-Simon, l'Assistance Publique et Santé Service. Il en existe 3 autres plus petites rattachées à des hôpitaux.

A la demande de l'ARS, la Croix Saint-Simon et l'AP vont tenter de se déployer sur les communes qu'elles ne couvrent pas actuellement.

M Jean-Philippe HORREARD informe que le site de l'ARS contient une cartographie régionale, qui définit le taux de recours à l'HAD selon les communes. Les zones dites déficitaires qui correspondent à moins de 10 patients/jour pour 100000 habitants, y sont précisées. L'objectif du SROS HAD est aujourd'hui de 30 à 35 patients/jour pour 100000 habitants.

M Pierre LAPORTE formule des remarques sur la présentation :

➔ En dehors des principes, des limites et, des conditions qui sont exposées sur le sujet, le nombre de personnes concernées n'est pas indiqué et, la cartographie qui définit les villes sur lesquelles l'HAD intervient, est absente. On s'interroge aussi sur l'évolution de l'HAD et les moyens mis en place.

➔ Concernant les limites en dehors des risques qui ont été exposés, il en existe d'autres tels que les difficultés sociales, les personnes isolées ou les problèmes de logement. Face à une volonté de l'ARS et du Ministère de développer l'ambulatoire et l'HAD, l'interrogation est de savoir quels moyens et, quelles capacités a-t-on de le faire, dans un département comme la Seine-Saint-Denis.

Mme Lucie MANKARIOUS-BARBIER précise qu'il n'y a pas de chiffres précis pour le département. Pour l'Ile-de-France, plus ou moins 2000 patients/jour sont pris en charge, répartis de la façon suivante :

- ➔ 200/jour la Croix Saint-Simon
- ➔ 800/jour l'Assistance Publique
- ➔ 1000/jour Santé Service

M Jean-Philippe HORREARD ajoute et précise que pour la Seine-Saint-Denis, 315 patients en 2014 ont été pris en charge en HAD, dont 200 pour la Croix Saint-Simon.

Dr Vincent VACELET énonce quelques éléments de réponse :

➔ Les taux de refus des patients pour lesquels la demande d'HAD n'aboutit pas, seraient de l'ordre des 10 à 20%.

➔ L'organisation et la coordination entre les différents systèmes, pour le patient qui est au domicile. Concrètement, ce dernier est vu par les infirmiers de l'HAD, ou des libéraux rémunérés par l'HAD à laquelle ils font un retour, et il est suivi conjointement par le médecin traitant. Or, actuellement ces derniers ne se déplacent plus, ce qui pose la question du rôle du médecin coordonnateur.

De son point de vue, le médecin qui a vocation à prendre position sur du suivi de patient en tant que médecin coordonnateur en HAD, doit avoir une position ou laisser la place au généraliste et, en son absence il doit être capable de se substituer.

Les médecins coordonnateurs en HAD ne sont pas prescripteurs, mais sont amenés à le faire, notamment dans le cadre des astreintes où ils assimilent cela à des situations d'urgence, pour lesquelles en tant que médecin d'établissements de santé ils peuvent le faire.

Le rôle du médecin coordonnateur de l'HAD, reste à la base du point de vue médical, un généraliste pivot dans la prise en charge avec l'aide d'un coordonnateur. Pour un patient pris en charge en HAD depuis son domicile, il doit pouvoir aider le généraliste dans le projet de soins que ce dernier a mis en place.

➤ Le rôle de la MAIA.

La MAIA ne coordonne pas, elle réunit autour de la table des intervenants du système, qui apportent des réponses pour les patients.

Quelle que soit la structure sollicitée, l'HAD doit être capable d'orienter le malade. Le guichet intégré est prévu à cet effet, il constitue un ensemble coordonné des lieux d'accueil, d'informations et d'orientations pour les personnes âgées sur le territoire.

Si l'HAD est refusée, une autre structure le prend en charge, sinon elle doit néanmoins pouvoir mettre en place autre chose, dans l'attente d'une nouvelle orientation.

De son point de vue, dans ce maillage créé par les MAIA et, dans l'objectif de pouvoir orienter le patient vers le bon interlocuteur, le rôle de l'HAD c'est aussi de dire que le patient doit être connu par un CLIC⁷, qui assurera au domicile le parcours de santé du patient qui relève plutôt d'infirmières de ville, avec un suivi social de la commune. L'idée, c'est que si ce malade a été refusé à un temps « T », on puisse l'admettre à un temps « T » plus 2 mois, s'il relève toujours de l'HAD.

L'ARS réfléchit à des « dossiers dormants » de patients. Il s'agit par exemple, de patients en EHPAD qui ne relèvent pas d'HAD, du fait qu'ils ne sont pas dans un contexte de fin de vie nécessitant une médicalisation de l'HAD, mais qui peut se mettre en place le week-end par exemple, sur simple appel de la structure signalant à l'HAD que le patient commence à décompenser et, qu'il va être envoyé à l'hôpital.

Le dossier pré-signalé à l'HAD, dispense la mise en place de l'HAD avec un patient « balisé », permettant à l'HAD d'intervenir et éviter une hospitalisation.

En tant que médiateur et représentant médical à la CRUQPC⁸, il signale que les représentants des usagers ont été conviés à suivre le staff médical lors d'une tournée avec le médecin de l'HAD, pour vivre au quotidien les complexités de terrain. Les difficultés rencontrées sont différentes de celles des hôpitaux qui tournent autour du circuit du médicament, des horaires de passage ou des problématiques de prestataires pour récupérer le matériel.

Le vivre dans le cadre d'une tournée d'un soignant, leur a permis de mieux comprendre les problématiques à explorer.

Mme Brigitte DELPHIS (représentante des usagers) s'interroge sur la façon dont est négocié l'accord du patient et de l'entourage, dans le contexte d'une fin de vie notamment. Certains événements qui se passent la nuit ou en dehors des heures dites programmées peuvent être difficiles. L'accord du patient ou de l'entourage donné sans connaître réellement le devenir de l'engagement, peut engendrer des traumatismes, ou des situations que l'on ne contrôle pas, et créer de la culpabilité. Il est dommage qu'il n'y ait pas un travail d'étayage fait en amont sur l'évolution de ces situations, pour épauler l'entourage et le patient.

Sur l'aspect de la coordination, c'est un rôle qui est dévolu à la famille, et qui peut être extrêmement chronophage, voire stressant.

Dr Vincent VACELET précise, qu'en cas de prise en charge d'une situation palliative avec un objectif de décès à domicile, le but pour l'HAD c'est l'anticipation de l'aggravation. Un travail a été fait en lien avec les SAMU d'Ile-de-France, en partenariat avec toutes les HAD et les réseaux de soins palliatifs, dont le résultat a été la mise en place d'une fiche de soins raisonnables.

Son but est de savoir ce qu'il faut faire, et jusqu'où aller en cas d'appel d'un urgentiste en situation d'évaluation d'un patient au domicile. Elle liste également, s'il est réanimatoire ou pas, et s'il doit aller dans un service de réanimation en cas d'aggravation.

C'est une discussion qui doit être faite par un médecin au domicile, de préférence le médecin traitant, ou le médecin coordonnateur voire le médecin d'un réseau.

⁷ CLIC Centre Local d'Information et de Coordination

⁸ CRUQPC Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

Sur la fiche, sont portés les numéros de téléphone des astreintes de l' HAD, des réseaux et des médecins correspondants à l'hôpital, ainsi que des USP⁹ qui ont été anticipées, même si l'objectif était de rester au domicile. C'est une réévaluation quotidienne

Mme Lucie MANKARIOUS-BARBIER ajoute que ce travail est fait en amont de la sortie. L'HAD travaille de façon à se garder une porte de sortie, en cas de problème une fois le patient au domicile. A la demande du médecin, une infirmière ou un infirmier va rencontrer le patient. Pour 95% du temps il rencontre la famille, jusqu'à l'entourage proche dans le cas de soins palliatifs. L'accord de tous est attendu.

Toutes les facettes de l'HAD, son déroulement, sa mise en place, les interrogations que peuvent se poser le patient et l'entourage, sont expliquées au cours de cet entretien et, à nouveau réexpliquées, au moment où le patient arrive à son domicile. Néanmoins, la situation n'est pas irréversible, le patient peut aussi retourner à l'hôpital pour sa fin de vie, ou dans une USP.

M Pierre LAPORTE remercie pour la présentation qui a permis d'apporter une vision plus nette sur le fonctionnement, les degrés de gravité, la prise en charge, ou encore les intervenants dans les décisions. A contrario sur la deuxième partie, l'exposé manque réellement de données chiffrées. Il serait intéressant d'avoir une idée du nombre de personnes concernées aujourd'hui, par rapport aux enjeux et aux objectifs.

M Jean-Philippe HORREARD précise que sur les perspectives de besoins à l'échelle régionale, un appel à projet a été lancé à l'automne dernier, avec un objectif de plus de 1500 places pour la région Ile-de-France d'ici 2018.

Cet appel à projet cible les zones déficitaires. La Seine-Saint-Denis n'en fait pas partie. Aujourd'hui ce sont, la Seine-et-Marne, le sud de l'Essonne, et toute la périphérie externe des départements de la grande couronne, qui apparaissent comme les zones les plus fragiles.

M Pierre LAPORTE ajoute que cela peut être un progrès pour beaucoup de patients, sauf si on dépasse les limites, ce qui dans ce cas devient un inconvénient pour les familles. Il faut rester attentif à ce qui se passe, notamment sur les territoires à faible densité médicale, où il existe également des questions sociales importantes et des problèmes de logements.

Une dernière annotation, le financement dans les hôpitaux qui n'a pas été abordé, et un manque d'informations sur la question de la carence du personnel dans les hôpitaux ou dans les structures, et la façon d'y remédier.

Mme Lucie MANKARIOUS-BARBIER précise que le prix moyen de la journée, le plus onéreux en HAD, est d'environ 212 euros.

Pour les données manquantes, elle propose de les faire parvenir aux membres de la conférence de territoire.

CLS2 Dugny et Bagnolet (1)

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

Dugny : Ville d'environ 18 800 habitants, Dugny est caractérisée par un IDH2¹⁰ équivalent à celui du département 0,38 versus 0,39, et inférieur à l'IDH2 régional.

Elle fait partie du territoire T7 de Dugny à Tremblay-en-France.

46% du territoire est en zone géographique prioritaire (moyenne départementale 13%).

Le contrat de ville Aéroport Le Bourget a été signé le 6 novembre 2015 avec un volet santé construit à partir des CLS de ce territoire.

⁹ USP Unité de Soins Palliatifs
¹⁰ IDH2 Indice de Développement Humain

Le CLS1 a été signé le 13 septembre 2012. Il repose sur 2 axes thématiques : la réalisation d'un diagnostic local de santé partagé, et la confortation de l'ASV.

L'ingénierie CLS est cofinancée par l'Agence depuis 2011 : 10 000 euros de 2011 à 2013- 30 000 euros en 2014 dont 20 000 euros pour la réalisation du diagnostic local de santé partagé, 10 000 euros depuis 2013 dans le cadre d'une convention 2013- 2015.

Le diagnostic local de santé partagé a été mis à jour à l'arrivée de la coordinatrice CLS- ASV en 2014.

La municipalité bénéficie de subventions Prévention Promotion de la Santé (PPS) à hauteur de 14 000 euros depuis 2013 sur les thèmes de la prévention de l'obésité infantile et de la santé des séniors.

Une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité est en cours de mise en place sur ce territoire en lien avec l'établissement de santé de Ville-Evrard.

Le CLS2 repose sur 5 axes stratégiques et 20 fiches-actions.

Bagnolet : *Ville d'environ 34 800 habitants, Bagnolet est caractérisée par un IDH2 équivalent à celui du département 0,38 versus 0,39, et inférieur à l'IDH2 régional.*

Elle fait partie du territoire Est'Ensemble.

Il s'agit d'une ville avec une politique de santé dynamique, inscrite en Politique de la Ville ayant une forte dimension santé, accompagnée par l'ASV.

40% du territoire est en zone géographique prioritaire.

Le contrat de ville d'Est'Ensemble a été signé le 28 mai 2015 ; son volet santé a été construit à partir des CLS de ce territoire.

La ville s'est inscrite dans une démarche CLS en Août 2014.

L'ingénierie CLS est cofinancée par l'Agence depuis 2015 : 20 000 euros dans le cadre d'une convention 2015- 2017.

Le territoire est reconnu Zone Déficitaire en soins de 1^{er} recours dans le cadre du SROS. L'offre de soins ambulatoire représente un réel enjeu de santé à Bagnolet.

La municipalité bénéficie de subventions Prévention Promotion de la Santé (PPS) à hauteur de 59 000 euros en 2013, de 53 500 euros en 2014 et de 73 000 euros en 2015, concernant les thématiques : lutte contre le saturnisme, les comportements à risque sexuels, la santé et le vieillissement, la consommation d'alcool.

Le contrat de Praticien Territorial en Médecine Générale a été signé en 2015.

Le CMS a bénéficié de financements ARS 2014-2015 dans le cadre d'un appel à projet. Développement, soutien et pérennisation des centres de santé en Ile de France (33 950 euros).

Le financement de 2 missions de santé publique est sollicité en 2016 au titre du règlement arbitral (2x 2 500 euros).

L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité « La Boussole » de l'établissement de santé Ville-Evrard intervient sur ce territoire. La mise en place d'un CLSM est prévue dans le CLS.

Le CLS pluriannuel 2015-2017 de Bagnolet repose sur 10 axes stratégiques et 41 fiches-actions.

Dugny : Présentation de la municipalité :

- **Mme Séverine LEVE – Maire adjointe à la politique de la ville et de l'habitat, Centre Social famille, - Atelier Santé Ville**
- **Dr Samia TAHRAOUI - médecin-directeur des services de santé et de la petite enfance**
- **Mme Fatima AKKOUCHE - coordinatrice ASV et CLS**

Introduction : docteur Samia TAHRAOUI

Les services de santé et de la petite enfance, comprennent notamment le centre de santé, et l'Atelier Santé Ville. Pour donner une vue d'ensemble de la coordination qui a lieu dans ces services, le fait de pouvoir à la fois avoir un bras armé en santé publique, une activité de soins, coordonner les centres de santé, la PMI et la petite enfance, ont permis de faciliter la réalisation de ce CLS grâce à l'investissement de tous les services, et des différents partenaires internes à la municipalité et externes de ces différents services.

Dugny est une petite commune. L'autorité territoriale de la municipalité, a fait le choix de réaliser elle-même le diagnostic, ce qui a permis d'avoir une approche plus fine et assez analytique des problématiques

Mme Fatima AKKOUCHE : excuse la maire adjointe à la santé, Mme PEREIRA, de n'avoir pu être présente.

Elle remercie :

➔ M Moïse MANUEL, stagiaire en géographie de la santé, pour sa participation aux recueils de données.

➔ Dr Samia TAHRAOUI et Mme Séverine LEVE pour leur soutien et leur accompagnement

➔ Dr Agnès MALET-LONGCOTE pour son appui.

Discussions:

M Pierre LAPORTE remercie pour cet exposé. Il allègue une suggestion, celle de condenser l'exposé sur la situation sociale de la ville.

Dr Thierry GOMBEAUD remercie également pour cette présentation, notamment le travail sur l'épidémiologie, et la connaissance notable du terrain qui ressort du document. Les aspects transversaux des axes avec les recoupements, sont intéressants. Une remarque éventuelle, celle d'insister davantage sur les aspects sociaux, les problèmes de santé et les aspects de logement, même si ça n'est pas dans les moyens de la commune de les résoudre.

Pr Bernard PISSARRO revient sur plusieurs points :

➔ La réduction des inégalités. Aucun élément sur les moyens d'évaluation n'a été cité. En finalité, on ne sait pas si les actions qui seront menées vont diminuer ou aggraver les inégalités. Rappelons que pour l'école, l'expérience montre, que ce sont les enfants qui en ont le moins besoin qui en profitent le plus, ce qui provoque un accroissement des inégalités. Il faut être vigilant. C'est le problème des indicateurs de toutes les fiches actions

➔ Le travail. La plupart des actions de prévention sont axées sur des comportements individuels, et comme la plupart du temps il n'y a rien sur le travail, alors que c'est un facteur important.

➔ Les transports. Il a été signalé que les jeunes étaient confrontés à la carence des transports sur la commune. Il y a également un manque de fiches actions sur l'amélioration des transports.

➔ Les habitants. Ils ont montré leur capacité au moment du diagnostic, il serait souhaitable d'exploiter leur potentialité dans les actions.

➔ La périnatalité. Une enquête à ce titre, a été menée sur le département et, a démontré que le problème ne venait pas des femmes, mais plutôt des professionnels qui méconnaissent complètement la précarité. Il y a un énorme travail à faire auprès des professionnels sur ce sujet.

Dr Samia TAHRAOUI apporte des éléments de réponse sur les points précédents :

➔ Les indicateurs : il existe effectivement une évaluation des indicateurs mêmes, avec laquelle nous travaillons. Or, la mise en place d'une action de santé publique, demande souvent plusieurs années pour en mesurer l'impact.

➔ Le travail : la dimension de la santé dans le travail, ressort largement dans une action qui correspond au réseau insertion santé. Il ne s'agit pas simplement de consultations avec une délivrance de médicaments, c'est aussi une prise en charge globale médico-psychosociale de la personne, avec des réunions de concertation pluri-professionnelles et pluridisciplinaires. Elle incorpore également des travailleurs sociaux, qui intègrent les nouvelles dispositions d'insertion à l'emploi proposé par le centre social. Cette mesure est prise en compte.

Elle cite l'exemple d'un patient atteint de multiples difficultés de handicap psychologique, qui a trouvé récemment un emploi pour 2 jours par semaine, et qui a vu son état de santé s'améliorer. Nous travaillons ensemble de manière globale et coordonnée, autour du patient.

➔ Les jeunes et les transports : les fiches actions qui paraissent les plus pertinentes en termes d'impact, ont été sélectionnées. On peut toujours faire plus, moins ou différemment, néanmoins nous sommes confrontés à la réalité du terrain et ses contingences matérielles. De fait, nous avons orienté ces fiches actions vers ce qui paraissait avoir le plus d'impact, en termes de santé publique et en termes d'amélioration des déterminants de santé.

➔ Le potentiel des habitants : une idée de Fatima AKKOUCHE, a été la restitution du diagnostic local de santé par les habitants, pour les habitants, avec les habitants, sous forme d'expositions d'œuvres d'art. Un concept intéressant, de les voir s'approprier leur propre contrat local de santé, et qu'ils en soient acteurs. Grâce à la constitution de comités d'usagers, Dugny va tenter d'intégrer de plus en plus la participation des habitants de manière naturelle aux actions de santé publique, avec à l'avenir la création de groupes de prévention par les pairs, notamment pour les personnes qui ont été atteintes de pathologies chroniques.

➔ La périnatalité : ce volet ne ressort pas dans le diagnostic de santé, néanmoins le rapport RéMi démontre que nous devons travailler de manière plus coordonnée et plus efficiente pour éviter ces morts périnatales. C'est aussi un axe prioritaire du CLS. Un protocole pluri professionnel est en cours d'élaboration avec la PMI et les médecins du centre, pour améliorer l'accès aux soins de ces parturientes, qui souvent ne parlent pas le français et, qui sont les plus à risque dans le cadre de mortalités périnatales.

Mme Séverine LEVE (maire-adjointe à la politique de la ville et de l'habitat de Dugny et de l'Atelier Santé Ville) remercie le docteur TAHRAOUI et Mme AKKOUCHE, pour le travail et l'investissement, puis félicite et remercie au nom de Monsieur le maire, la municipalité et les Dugnysiens, le docteur MALET-LONGCOTE pour son concours et son accompagnement dans l'élaboration de ce CLS.

Dr Samia TAHRAOUI remercie à nouveau le docteur MALET-LONGCOTE pour sa bienveillance, son soutien et ses conseils méthodologiques.

M Pierre LAPORTE précise que dans l'ensemble, la présentation est satisfaisante. Quelques points à éclaircir sur la fréquentation des hôpitaux voisins, notamment celui de René Muret, ainsi que le rôle du médecin de ville et le nombre de consultations dans ce CLS.

Dr Thierry GOMBEAUD s'interroge sur les 73% de Dugnysiens, qui fréquentent le Centre Municipal de santé.

Dr Samia TAHRAOUI précise que ce pourcentage reflète la population venue consulter au CMS, en médecine générale et en spécialité. Le CMS de la ville, est le seul recours pour la spécialité, les infirmières y sont sollicitées de façon permanente, et pas toujours par des patients suivis au centre.

M Pierre LAPORTE achève la présentation de ce CLS en rappelant que la conférence de territoire ne peut émettre qu'un avis et, que la mise en œuvre avec les partenaires, comme pour tous les contrats locaux, va être délicate.

Bagnolet : Présentation de la municipalité :

- Mme Claude WOHRER – maire-adjointe à la santé et à la petite enfance
- Dr Nathalie VICTOR – directrice de la santé, de la petite enfance et des PMI
- M Aissa AMRAOUI - coordinateur CLS-ASV
- Mme Nina LEMAHIEU – stagiaire en alternance master2, développement urbain intégré, option « ville et santé »

Introduction : Mme Claude WOHRER

La ville de Bagnolet est engagée dans une politique volontariste de santé depuis de nombreuses années.

Promouvoir la santé de proximité et diminuer les inégalités territoriales de santé sont des priorités de la politique municipale. Le premier dispensaire bagnoletais a vu le jour en 1934. Par la suite, la ville s'est dotée d'un volet santé « Accès aux soins des plus démunis », dès la création du contrat de ville en 1994 et d'un Atelier Santé Ville depuis 2005.

La signature d'un Contrat Local de Santé avec nos partenaires, est l'opportunité de conforter et de promouvoir les actions que la ville souhaite et mène sur son territoire.

Nous souhaitons développer le partenariat avec les professionnels de santé du secteur libéral et associatif. En effet, la santé à Bagnolet nécessite toute l'énergie et la volonté des acteurs publics et privés pour réussir à construire un véritable parcours de soins, de santé, et de vie.

Nos citoyens sont associés, consultés à travers le comité des usagers du Centre Municipal de Santé, des conseils de quartiers, du bulletin municipal qui a annoncé le lancement il y a quelques mois, de l'élaboration du CLS.

L'engagement des élus de la nouvelle majorité de la ville est important. Ils collaborent avec enthousiasme aux différentes réunions de travail en fonction de leurs délégations.

C'est notre responsabilité d'élus de tout mettre en œuvre pour améliorer le parcours de soin à Bagnolet. Nous avons relancé une dynamique, à nous de la poursuivre pour répondre aux besoins de notre population.

Elle remercie :

➤ M Aissa AMRAOUI, remplaçant de Mme Amélie ROUXHET (coordinatrice de l'Atelier Santé Ville). Il a été choisi comme "bagnoletais professionnel". Il œuvre dans tous les quartiers, et les préoccupations des bagnoletais lui sont bien connues.

➤ Mme Nina LEMAHIEU et le docteur Nathalie VICTOR, pour leur implication et tout le travail effectué.

Elle ajoute que ce n'est qu'un début puisqu'il va falloir développer les actions, les mettre en œuvre et les faire évoluer tout le temps du Contrat Local de santé.

La municipalité remercie également le docteur Agnès MALET LONGCOTE pour son accompagnement et ses conseils.

Discussions:

Dr Thierry GOMBEAUD remercie pour la présentation originale.

La ville de Bagnolet est pionnière en matière de santé, avec un centre de santé qui date de 1934. C'est le premier cabinet de groupe en France, c'est aussi la naissance du programme de dépistage du cancer colorectale dans les années 80 qui est devenu un gigantesque programme national, et enfin la première commune à avoir eu un médecin ayant exercé jusqu'à plus de 90 ans.

Docteur Agnès MALET-LONGCOTE ajoute que les villes qui ont mis en place des conventions avec l'Assurance Maladie, indépendamment de la formation de professionnels ressources et posant la question du personnel municipal assurant des missions de l'Assurance Maladie, ont des traitements de dossiers complexes plus rapides. Faire un point en cours d'année 2016 sur les éléments de 2015, serait très intéressant.

Dr Mardoche SEBBAG interroge Mme WOHRER sur le travail effectué autour de l'installation des libéraux sur la commune.

Mme Claude WOHRER rappelle que le problème est national et plus accru encore sur le département. Sur la commune de Bagnolet, chaque fois qu'un médecin libéral part, c'est le CMS qui récupère les patients.

Sur le territoire d'Est Ensemble, il y a aussi de gros problèmes d'installations au niveau des nouveaux médecins qui ne souhaitent pas s'établir sur le département. La commune a travaillé sur la manière de les inciter à venir voir comment se pratiquait la médecine en Seine-Saint-Denis. Il y a notamment le rapprochement avec les facultés de médecine, et la possibilité de stages pour les internes dans les CMS. Bien que l'on essaie de se mobiliser, les moyens d'action sont faibles. Néanmoins il faut démontrer que la médecine peut se faire et qu'elle peut être valorisante aussi dans nos territoires.

La ville de Pierrefitte aussi est confrontée à des difficultés, et ce malgré l'installation d'une maison de santé et l'aide de la municipalité pour les locaux.

D'autres problèmes s'ajoutent, notamment celui des médecins libéraux qui ne souhaitent plus s'installer seuls, et veulent être soutenus sur la logistique dont ils ont besoin. Pour ce faire, la commune a mis en place un guide, à la disposition des jeunes généralistes qui s'installeraient pour leur faciliter la communication, et leur donner un accès plus rapide aux réseaux existants.

Avec le groupe de travail, les différentes relations et à travers le CLS, la municipalité a rencontré les jeunes médecins libéraux pour discuter sur des solutions à apporter.

M Daniel LAPIE aborde la question du handicap, notamment celui de l'enfant. Bien que ce soit encore peu développé, beaucoup de choses se font autour de cette question. Il existe une politique d'accueil des enfants handicapés dans les écoles de Bagnolet, qui est assez développée puisqu'il y a d'une part une CLIS¹¹, et d'autre part une ULIS¹² notamment au collège Georges Politzer qui scolarise ces enfants. Il existe aussi sur la commune un SESSAD¹³ du GEIST, qui est l'un des premiers SESSAD ouvert, et qui travaille avec une CLIS dans une école primaire.

La politique d'accueil de scolarisation des enfants handicapés de Bagnolet, est extrêmement intriquée avec la plupart des établissements de Montreuil qui les accueillent.

L'interrogation est de savoir, comment la municipalité inclut cette question dans le contrat local de santé.

Dr Nathalie VICTOR précise que cette question n'a pu être développée, faute de temps. Elle rappelle les 35000 habitants de la ville de Bagnolet qui paraissent petits à l'échelle de l'agglomération parisienne, mais qui sont énormes en province où déjà les villes moyennes sont beaucoup mieux dotées en établissements spécialisés, en plus de SESSAD, SAMSAH¹⁴ et autres services d'accompagnement.

La municipalité de Bagnolet, consciente des difficultés d'accueil en crèche, a travaillé sur un axe handicap afin de faciliter l'accueil en centre de loisir sans hébergement. La demande est importante, et la transition entre un temps plein en crèche et un petit mi-temps à l'école maternelle, n'est pas sans poser de problèmes aux parents.

¹¹ CLIS Classe d'Intégration Scolaire

¹² ULIS Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

¹³ SESSAD Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

¹⁴ SAMSAH Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

L'idée à approfondir concerne la formation des personnels de la ville. Faciliter l'accompagnement de l'enfant à l'école maternelle par un adulte formé, le temps de la mise en place du dossier MDPH¹⁵, et l'arrivée de l'AVS¹⁶ notifiée par la MDPH.

Dans l'attente de l'AVS, les enfants peuvent rester au domicile jusqu'à 6 mois et plus. Il faut trouver les aides nécessaires à la fois pour l'école, les enfants de la classe, la maîtresse et l'accueil de l'enfant.

Ce sont sur ces pistes que la municipalité travaille, avec l'idée de faire disposer les établissements scolaires d'AVS collectives, à l'attention des enseignants et des enfants le temps que les dossiers institutionnels se fassent. Le travail est difficile, il nécessite la recherche de personnels intéressés et de les former.

M Aïssa AMRAOUI ajoute qu'il s'agit du vide entre le traitement du dossier MDPH, et le début de la scolarité en maternelle ou en primaire. Bien que cela fonctionne sur la commune, cela reste insuffisant. Les pistes de travail avancées sur Bagnolet, consistent à dire que pour occuper ce vide dans le traitement du dossier MDPH, on va former des personnels de la ville pour avoir une proposition la plus large possible qui intègre l'école, et ceci, même au moment des temps de loisirs.

M Daniel LAPIE réitère son interrogation de savoir si le handicap doit figurer dans les CLS, et en quoi les CLS peuvent servir à soutenir cette politique.

Dr Nathalie VICTOR précise que le CLS soutient dans sa dimension médicosociale et pas seulement dans l'accès aux soins. L'accès aux soins occupe une grande partie des CLS, laissant un peu de côté la prévention, la promotion de la santé, et la partie médico-sociale qui est fondamentale dans la vie des personnes.

Pr Bernard PISSARRO souligne quelques remarques sur les inégalités de santé :

➔ Dans chaque action, les inégalités de santé sont censées être réduites. Il ne s'agit pas d'avoir des indicateurs de diminution des inégalités, mais au moins avoir une vision plus éclairée dans les analyses de processus, notamment sur les activités physiques. Comment savoir si les actions menées dans ce champ vont inclure les gens les plus nécessiteux, et que ce sont eux qui en ont profité. De même sur l'école, où dans les fiches action autour de l'école, on ne retrouve pas d'éléments concernant les compétences en qualification, la culture générale, et la capacité d'insertion et de socialisation qui ont été citées en introduction. On sait que l'école française a la particularité d'aggraver les inégalités plutôt que de les réduire. Il y a un effort à faire sur des déterminants de santé, qu'ils soient en dehors des comportements individuels.

➔ La prise en compte des compétences des habitants qu'on ne perçoit pas dans les actions d'éducation pour la santé.

➔ La périnatalité et l'alimentation pendant la grossesse. Les principaux problèmes relevés dans le rapport RéMi qui tournent autour de l'alimentation, l'accès aux droits, l'accès aux soins et la prise en compte par les professionnels de la précarité, devraient être associés un peu plus.

➔ Quelques différences sur les données chiffrées. Les chiffres énoncés, ne sont pas toujours faciles à interpréter lorsque les effectifs sont petits. La population Bagnoletaise est trop réduite pour que les chiffres soient significatifs. Il faut essayer d'avoir une appréciation de la signification des données statistiques en cause.

¹⁵ MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées
¹⁶ AVS Auxiliaire de Vie Scolaire

Dr Nathalie VICTOR fait remarquer qu'il existe une fiche action de renforcement de la prévention à l'école. La municipalité connaît les effets secondaires induits par le fait d'aider l'école, y compris en matière de santé. Le meilleur indicateur sera lorsque l'IDH2 item « éducation », s'ajustera vers quelque chose proche de la communauté nationale.

Actuellement, l'IDH2 Bagnoletais est effondré, comme celui du 93 à cause de l'item « éducation », la commune en est consciente, d'où la réalisation d'une fiche action sur le sujet.

M Pierre LAPORTE conclut le débat et remercie les intervenants pour leur présentation.

Il rappelle la prolongation du mandat des membres de la conférence de territoire, jusqu'au 30 décembre 2016, selon le décret n°2016-278 du 8 mars 2016, et la prochaine plénière du 13 avril qui se déroulera dans les locaux de la préfecture, où il sera question des territoires de démocratie sanitaire.

La séance est close.

Le prochain bureau de la CT se déroulera le mercredi 6 avril 2016 à la DT93, précédant la plénière du mercredi 13 avril 2016 à la Préfecture de Bobigny - salle des assemblées du conseil départemental RDC – 3, esplanade Jean Moulin.

Le Président de la conférence de territoire


Pierre LAPORTE

ANNEXE

Liste des membres présents :

Membres titulaires :

M Pierre LAPORTE, Président

Dr Thierry GOMBEAUD, vice-président

M Jean-Claude LOCATELLI, M Daniel LAPIE, Dr Mardoche SEBBAG, Mme Brigitte DELPHIS, Mme Catherine OLLIVET, Mme Catherine SOULIE, Mme Claude WOHRER, Dr Jean-Pierre SALA, Pr Bernard PISSARRO, Mme Fabienne GENTIL

Membres suppléants : Mme Anne FESTA

Invité permanent : M Vincent BOISSONNAT

Invités :

- Mme Lucie MANKARIOUS-BARBIER (Cadre de santé - HAD Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon)
- Dr Vincent VACELET (HAD APHP)
- M Jean-Luc MEREUX (HAD APHP)

Municipalité de Dugny

- Mme Séverine LEVE (Maire-adjointe à la Politique de la ville et de l'habitat, Centre Social Famille, Atelier Santé Ville)
- Dr Samia TAHRAOUI (Médecin-directeur des services de santé et de la petite enfance)
- Mme Fatima AKKOUICHE (Coordinatrice ASV et CLS)

Municipalité de Bagnolet

- Mme Claude WOHRER (Maire-adjointe à la santé et à la petite enfance)
- Dr Nathalie VICTOR (Directrice de la santé et de la petite enfance)
- M Aissa AMRAOUI (Coordinateur CLS/ASV)
- Mme Nina LEMAHIEU (Stagiaire à la direction santé)