

Affaire suivie par : Madame Aurélia COUTY-GIRARD

 Monsieur Clément NALLIER

**Compte rendu de la Conférence de Territoire des Hauts-de-Seine**

**Du Vendredi 18 novembre 2016**

Participants :

Mme Alexandra FOURCADE, Présidente de la Conférence de Territoire

M. Michel GIRARD, Vice-Président de la Conférence de Territoire

M. Christophe BORDIER, représentant de l’URPS des masseurs-kinésithérapeutes

M. Philippe BOUFFARTIGUE, représentant des usagers

M. François CHARLES, représentant l’Association France Alzheimer Hauts de Seine

M. Claude CHAVROT, représentant l’Association des Diabétiques

M. Arnaud CORVAISIER, Directeur par intérim de l’hôpital Louis Mourier

M. Nabil DERROUICHE, Directeur de l’Ehpad du parc

Mme Catherine HARPEY, représentant l’Association des boucles de la seine

M. Françoise KISSEL, représentant l’UFC Que Choisir

Mme Catherine LATGER, représentant la FHF

Mme Marion LESAGE,

M. Jean-Luc LEYMARIE, représentant de l’URPS des médecins

M. Patrick MARANDAS, représentant des usagers

Mme Lydia MARIE SCEMAMA, représentante des professionnels de santé libéraux et des internes en médecine

M. Odon MARTIN-MARTINIERE, Directeur par intérim d’Erasme

Mme Agnès METTON, Présidente de CME d’Erasme

M. Jean-Victor RAUST, représentant le CH 4 Villes - FHF

M. Armand SEMERCIYAN, représentant du CDOM au sein du CODAMUPS

Mme Alice TAISSON, Directeur de la gestion du risque et de la communication - CPAM 92

M. François VELAY, représentant CRP AUXILIA

M. Ioannis VOULDOUKIS, Conseiller délégué à la santé, aux sciences et à l'hygiène – Ville d’Antony

Mme Monique REVELLI, Déléguée départementale 92 ARS Ile-de-France

Mme Roxane BERJAOUI, Médecin « Etablissements de santé » à la DD 92 ARS Ile-de-France

Mme Aurélia COUTY-GIRARD, Chargée de mission « Etablissements de santé » à la DD 92 ARS Ile-de-France

M. Olivier DEJEAN, Responsable « Médico-social » à la DD 92 ARS Ile-de-France

Mme Véronique DUGAY, Responsable « Prévention Promotion de la Santé » à la DD 92 ARS Ile-de-France

M. Julien LEGRAND, Chargé de mission « Etablissements de santé » à la DD 92 ARS Ile-de-France

M. Clément NALLIER, Chargé de mission « Etablissements de santé » à la DD 92 ARS Ile-de-France

Mme Béatrice SERRECCHIA, Médecin « Ambulatoire » à la DD 92 ARS Ile-de-France

Mme Laurence WARIN, Chargée de mission « Prévention Promotion de la Santé » à la DD 92 ARS Ile-de-France

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Madame Fourcade ouvre la séance en informant qu’elle ne se présentera pas pour le mandat suivant. Le renouveau de l’instance avec les Conseils Territoriaux de Santé est l’opportunité de renouveler également les membres qui la composent.

Au terme de son mandat, elle souligne que 5 ans est un délai suffisant, il permet que les membres apprennent à se connaitre et travaillent main dans la main avec les élus locaux du territoire. Ce sont en effet des instances de concertation politique dont l’objectif est d’animer au niveau territorial la politique de santé définie au plan national.

Les instances de démocratie sanitaire doivent être une passerelle entre la tutelle (l’ARS), les élus et les offreurs de soin, notamment en termes de pédagogie. Elles doivent assurer un rôle d’animation territoriale, être force de proposition et permettre de faire accepter les diagnostics et avancer les travaux.

Mais pour cela, elles doivent bénéficier de davantage de visibilité et faire davantage l’objet de communication. Malheureusement, les Conférences de Territoire n’ont pas bénéficié de l’intégralité des moyens nécessaires pour mettre en œuvre et valoriser le travail réalisé.

Madame Fourcade salue le travail des membres du bureau de la Conférence de Territoire et les remercie pour leur investissement, et en particulier le Vice- Président, Monsieur Girard.

Elle regrette toutefois que la Conférence ait été peut-être un peu trop orientée sur le sanitaire et pas assez sur le médico-social. Elle note cependant tout le travail qui a d’ores et déjà été réalisé sur la santé mentale, la santé des jeunes et les personnes handicapées, notamment avec le groupe de travail mené par Madame Harpey ce qui montre bien que les choses se structurent progressivement et que les étapes sont construites. L’ensemble de ces travaux va être transmis à Madame Revelli pour qu’elle puisse s’en saisir et mettre en place les plans d’actions découlant de ces différents diagnostics.

Monsieur Girard revient à son tour sur l’importance pour les membres d’instance de démocratie sanitaire en général, et de la Conférence en particulier, d’apprendre à se connaitre pour travailler ensemble. Il insiste également sur la présence des élus qui est un élément fondateur et novateur sur lequel il est essentiel de s’appuyer. Mais pour les sensibiliser, il est important de pouvoir leur transmettre des éléments d’information rapidement, ce qui renvoie à la problématique de communication et de secrétariat précédemment soulignée par Madame Fourcade. M. Girard souligne également que certaines tâches ont été mal vécu notamment en ce qui concerne l’avis sur les CLS arrivant complètement bouclé, ce qui a donc poussé la CT à ne pas rendre d’avis, celui-ci devenant inutile. C’est pourquoi il souhaite que les Conseils Territoriaux de Santé soient animés par une approche davantage collaborative.

Enfin, il remercie les membres de la Conférence, au premier chef desquels Madame Fourcade, dont il souligne l’investissement, la participation active et les apports.

Madame Harpey dresse à son tour un bilan du travail mené par le groupe qu’elle animait sur les personnes handicapées vieillissantes. Elle pointe le sous-équipement du département en Foyer d’accueil médicalisé (FAM) et Maison d’accueil spécialisé (MAS), conduisant les personnes à être gardées plus longtemps que nécessaire en foyer de vie. Ainsi, faute de places en suffisance, certaines personnes sont accueillies en Belgique.

Elle souligne également le nombre important (70%) de personnes en Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT) contre seulement 30% à domicile. Pour elle, la mission médicosociale ESAT n’est pas suffisamment prise en compte. Un collectif des ESAT en Ile-de-France avec formation de référents retraite a été mis en place, de manière à pouvoir accompagner les néo-retraités handicapés travaillant en ESAT. Mais aujourd’hui ce travail de formation s’ajoute au quotidien des professionnels des ESAT et un certain nombre d’entre eux se montre réticent à s’impliquer.

Monsieur Bordier, représentant de l’URPS des masseurs-kinésithérapeutes, dresse également le bilan de la participation de son organisation à la Conférence de Territoire :

* Points positifs : les professionnels libéraux ont eu la parole et ils ont pu apprendre à connaître les différents partenaires qui y participent ;
* Point négatif : les propositions qui ont été formulées par le groupe de travail sur la santé des jeunes n’ont pas été mises en œuvre par l’ARS.

Madame Latger, représentante de la FHF, remercie la Présidente pour son riche mandat et les engagements qu’elle a pu prendre, et estime que les principaux sujets sanitaires ont été traités au sein de la Conférence de Territoire, y compris des sujets tels que la mise en place des GHT. Elle souligne la richesse et la diversité des établissements de santé dans le 92.

Elle pointe toutefois un problème à venir dans la désignation des représentants des établissements publics de santé dans le Conseil Territorial de Santé : celui de leur sous-représentation au sein de la future instance, les établissements de l’AP-HP réalisant une part importante de l’activité hospitalière sur le département.

Monsieur Chabrot, représentant de l’association des diabétiques, regrette à l’image du Vice-Président, « l’avalanche » de textes à avaliser dans un délai très court lors de la création de la Conférence de Territoire, empêchant une analyse approfondie des sujets soumis. Il souhaite que le futur Conseil Territorial de Santé ait un rôle plus décisionnel dans l’élaboration du Plan Régional de Santé, et que le travail du Conseil soit davantage orienté sur les inégalités de santé.

Madame Revelli se présente aux participants de la Conférence : Déléguée territoriale à la DD92 depuis le 3 octobre 2016, elle occupait la même fonction à la DD78 jusqu’ici, après avoir été directrice adjointe à la DDASS des Hauts-de-Seine.

Elle partage les constats qui ont été faits lors des allocutions précédentes :

* Difficulté pour la Conférence de Territoire de communiquer sur ses actions et ses travaux,
* Absence de moyen pour financer un poste de secrétaire de la Conférence de Territoire,
* Travail à marche forcée pendant les premières années, notamment pour donner des avis et/ou propositions sur les PRS et les contrats locaux de santé,
* Certaines propositions de la Conférence de Territoire ont été suivies au niveau de l’ARS mais n’ont pas suffisamment été mises en valeur.
1. **BILAN DU PROJET REGIONAL DE SANTE PRS 1**
	1. **Bilan du Projet Régional de Santé - PRS 1**

Madame Marseille, chef de projet PRS 2018-2022 à la direction de la Stratégie de l’ARS Ile-de-France, dresse un état des lieux des premiers éléments de bilan régional.

Elle souligne que le bilan régional du PRS 1 a été préparé dans la perspective de l’élaboration du prochain PRS ; l’objectif est d’identifier les chantiers à venir pour les mettre en œuvre dès 2017.

Il s’agit d’un « bilan » et non d’une «évaluation» car aucune démarche commune et homogène d’évaluation du PRS1 n’a été mise en place, ce qui reste à instaurer dans le PRS2.

Le bilan régional comprend lui-même 3 bilans :

* Un bilan transversal
* Un bilan par schéma ou programme
* Un bilan par délégation départementale

L’échéance pour la production de ces bilans est la CRSA plénière de fin d’année.

Le **bilan transversal** est structuré autour des 3 objectifs stratégiques du Plan stratégique du PRS1 et leur déclinaison en objectifs opérationnels :

* Garantir à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé :
	+ Développement des dispositifs d’aides à l’installation des professionnels de santé
	+ Développement d’aide à l’implantation et au maintien des structures d’exercices collectifs : création des maisons de santé pluri-professionnelles, accroissement de 160% en 5 ans du FIR consacré aux structures d’exercice collectif
	+ Consolidation du dispositif de permanence des soins non ambulatoires
	+ Maintien et consolidation d’une offre de proximité lisible et sécurisée d’établissements de santé, au travers de la gradation des soins et des opérations de recomposition
	+ Développement de l’offre médico-sociale en faveur des personnes âgées et personnes handicapées : création de 13400 places
	+ Les parcours prioritaires : périnatalité, santé mentale, gériatrie ; 88 actions et 45 opérateurs soutenus par l’ARS dans le champ de la très grande précarité en prévention et promotion de la santé
* Améliorer la qualité et l'efficience du système de santé dans la région :
	+ Développement des coopérations entre établissements pour garantir la qualité et l’efficience de l’offre de santé : création de 37 groupements de coopérations sanitaires, 15 GHT, 2 communautés hospitalières de territoires
	+ Appui à l’efficience des pratiques des systèmes de santé
	+ Développement d’une gouvernance de la qualité et de la sécurité des prises en charge
	+ Renforcement du dispositif de veille sanitaire
	+ Appui au développement de la recherche et de l’innovation en santé
* Conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité des territoires :
	+ Développement des partenariats avec les collectivités territoriales, les opérateurs de santé
	+ Développement de la coordination avec les autres politiques publiques : promouvoir la prise en compte des enjeux sanitaires dans les différentes politiques ayant un impact sur l’état de santé de la population, notamment en matière d’urbanisme, d’aménagement et d’environnement, avec par exemple la mise en place d’évaluations d’impacts en santé ou la signature d’une convention avec la société du Grand Paris.
	+ Mobilisation des acteurs dans la lutte contre les inégalités de santé : 65 contrats locaux de santé signés sur des territoires ciblés présentant le plus de besoin.
	+ Développement de la démocratie sanitaire : Implication de la CRSA sur 2 thématiques forte du PRS1 : les inégalités de santé et la santé mentale : création de 2 groupes de travail permanents.
	1. **Bilan territorialisé du PRS dans les Hauts-de-Seine**

Madame Revelli présente un bilan des partenariats et de l’animation territoriale de la DD92 de l’ARS IDF :

* Partenariats avec les collectivités territoriales :
	+ Les contrats locaux de santé : initiés depuis 2011 avec les communes afin de réduire les inégalités de santé, 9 contrats sont actuellement signés dans le département ;
	+ Coopérations avec les communes dans les domaines de l’hygiène, de la gestion du bruit, de la salubrité de l’habitat… ;
	+ Concertations avec les villes pour répondre à la baisse de la démographie médicale financement ARS de 3 assistants de médecine générale, de centres de santé et de maisons de santé pluri professionnelles…).
* Partenariats avec le conseil départemental du 92 dans le domaine sanitaire et médico-social :
	+ Mise en œuvre du pacte territorial d’insertion (PTI) en vue d’améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge des addictions des bénéficiaires du RSA ;
	+ Gestion des pénuries de vaccins ;
	+ Co-pilotage Conseil Départemental/ARS pour répondre aux besoins des personnes âgées et handicapées.
* Partenariats avec les professionnels de santé et les usagers :
	+ Dispositif de Permanence des Soins Ambulatoires (prise en charge des patients en dehors des heures d’ouverture des cabinets libéraux) ;
	+ Travail sur l’offre de soins en périnatalité pour sécuriser et améliorer le parcours des parturientes ;
	+ Travaux en cours sur certaines filières de prise en charge en chirurgie (pédiatrie et gériatrie) ;
	+ Organisation de la psychiatrie : réflexion sur la relocalisation des secteurs implantés en Picardie, participation à la création de CLSM (12 actifs et 4 en projet) ;
	+ Constitution du groupement de coopération sociale et médico-sociale « PASAPAH » réunissant les 12 établissements publics autonomes médico-sociaux du 92 ;
	+ Renforcement de la sensibilisation des ES et EMS aux problématiques de santé environnement.
* Coordination locale des politiques publiques :
	+ Participation au pôle départemental de lutte contre l’habitat indigne (PDLHI) ;
	+ Développement du partenariat ville-hôpital dans le cadre de la lutte antituberculeuse départementale ;
	+ Coopération spécifique en matière de lutte contre les violences faites aux femmes ;
	+ Coopération avec le service public de la justice ;
	+ Coopération avec l’éducation nationale ;
	+ Dépistages organisés du cancer.
* Problématiques de l’urbanisme, d’aménagement et d’environnement

Monsieur Charles aurait souhaité qu’un point soit présenté quant aux partenariats menés avec les représentants d’usagers.

Il demande également quelques développements sur le GCSMS « PASAPAH ». Madame Revelli apporte des précisions quant aux membres constituant le GCSMS et évoque le beau projet de plateforme de services incluant un FAM pour personnes adultes handicapées avec handicap psychique ou avec spectre autistique. Ce projet est co porté par les CD 78 et 92 et par l’ARS.

**Focus santé des jeunes** :

Madame Dugay rappelle qu’un débat public sur la santé des adolescents a eu lieu le 11 décembre 2013 dans les Hauts de Seine.

3 préconisations sont issues du débat :

* Renforcer la citoyenneté et développer la proactivité des jeunes sur les questions de santé ;
* Concevoir et mettre en œuvre les actions de prévention autrement ;
* Faire évoluer les modes de collaboration entre les institutions et les professionnels.

Parallèlement à ce débat et aux orientations locales, un plan stratégique « santé des jeunes » est mis en place avec comme axes de travail :

* La connaissance de la santé des jeunes : l’objectif est de produire une base de données partagée, de développer des diagnostics et de faciliter le pilotage des actions et la mise en place de programmes ;
* L’optimisation de l’offre en santé : la coordination des acteurs à travers les CLS. Ce point concerne 5 CLS pluriannuels ou 2ème génération (Asnières, Bagneux, Colombes, Gennevilliers et Nanterre) ;
* Le développement de la place de la prévention et promotion de la santé : à titre d’exemple, en 2016, 52 % des crédits FIR « Prévention et Promotion de la Santé » ont été consacrés à des programmes d’actions en direction d’un public jeune, ce qui représente 488 000 € ;
* Le renforcement de la proactivité des jeunes par rapport à leur santé : Le financement de l’Agence est prioritairement orienté vers des modes d’interventions jugés probants ou prometteurs (Prévention par les pairs, Développement des compétences psychosociales).

Le 9 octobre 2016, a été lancée la Mission « Bien-Être et Santé des Jeunes en Ile-de-France  » en présence du Directeur général de l’ARS et du Recteur de l’Académie de Versailles ; cette expérience au niveau local est en charge de l’identification de territoires prioritaires menant des actions pertinentes, pouvant ensuite être déployées sur d’autres territoires.

A travers cette présentation, Madame Dugay souligne la transversalité du sujet de la santé des jeunes qui fait intervenir une multiplicité d’acteurs au-delà du champ sanitaire seul.

Madame Latger souligne qu’un lien doit être fait entre promotion de la santé, prévention et curatif ; elle évoque le sous-dimensionnement de la chirurgie pédiatrique dans les Hauts-de-Seine, de la pédopsychiatrie et de façon plus large, sur les différents volets relevant de la compétence des CAMSP.

Madame Fourcade remercie Madame Dugay pour ce retour, avouant ne pas avoir eu de visibilité sur le déploiement du plan « santé des jeunes ». Elle confirme qu’il s’agit d’un plan gouvernemental à déclinaisons régionales, et l’absence d’information des acteurs territoire illustre bien le manque de communication évoqué en introduction.

Madame Dugay précise qu’il s’agit d’actions qui se sont prolongées depuis 3 ans et que les différents acteurs ont bien été impliqués, notamment dernièrement sur la mission « Bien-Être et Santé des Jeunes en Ile-de-France  ».

**Focus Accès aux soins des précaires** :

Madame Dugay rappelle que la question de la santé des personnes en situation de précarité est traitée dans le cadre du PRAPS, programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes précaires, qui n’est autre qu’un volet obligatoire du PRS.

Il est décliné dans le cadre d’une politique partenariale :

* Autour du plan gouvernemental de lutte contre la pauvreté
* Avec la DRHIL pour les personnes hébergées
* Avec la délégation aux droits des femmes

Toutefois, des axes de travail sont développés pour renforcer la prise en compte de la dimension précarité dans le système de droit commun : mise en place d’espaces d’accueil pluridisciplinaires, à la fois santé et social, d’actions de médiation culturelle, d'ateliers sociaux linguistiques.

Monsieur Leymarie se dit agréablement surpris par l’ensemble des actions mises en place, et revient à son tour sur l’importance de communiquer largement sur toutes ces réalisations.

Madame Dugay précise que l’Agence publie chaque année un guide d’intervention à l’intention des porteurs de projets d'actions de prévention, guide auquel les promoteurs peuvent participer et dans lequel l’ARS recense l’ensemble des actions qu’elle souhaite développer et les financements accordés. L’ARS réaffirme ainsi sa volonté de déployer les actions au plus près des populations auxquelles elles sont destinées, au regard de besoins clairement identifiés à l’échelle communale voire infra-communale, et tirant parti d’une bonne coordination des acteurs locaux.

Pour la Présidente, Madame Fourcade, il serait souhaitable de résumer des exemples concrets d’actions réalisées pour les associer à l’appel à projet pour la future instance de territoire.

Au rappel de Monsieur Girard sur l’existence des travaux sur la psychiatrie, ainsi que sur les classes moyennes qui n’ont pas accès aux soins, Madame Fourcade confirme qu’il est important de capitaliser ces études pour que les futurs Conseils territoriaux de santé n’aient pas à repartir de rien.

1. **ACTUALITE DU TERRITOIRE**
	1. **Point sur les trois GHT des Hauts-de-Seine**

Monsieur Legrand présente le périmètre des 15 GHT franciliens, en faisant un focus sur les 3 GHT incluant des établissements du 92 :

* Le GHT 95/92 Sud Val d’Oise-Nord Hauts-de-Seine est constitué d’un seul hôpital du 92 (CASH de Nanterre) et de 4 établissements du Val d’Oise (CH Victor Dupouy d’Argenteuil, GH Simone Veil d’Eaubonne-Montmorency, SSR Le Parc à Taverny, EPS Roger Prévot de Moisselles) ;
* Le GHT 92 centre Hauts-de-Seine regroupe uniquement des établissements du 92 (CH Quatre Villes, CH Rives des Seine, CHD Stell, Centre de gérontologie Les Abondances, Fondation Roguet) ;
* Le GHT Psy sud Paris est un GHT exclusivement dédié à la psychiatrie (adulte et infanto-juvénile), constitué de 2 établissements du Val de Marne (GH Paul Guiraud, Fondation Vallée) et d’un EPS du 92 (EPS Erasme).

Monsieur Legrand rappelle les objectifs de ces GHT qui sont de :

* Garantir une égalité d’accès à des soins sécurisés et de qualité,
* Mettre en place une gradation des soins hospitaliers en renforçant le lien ville-hôpital,
* Développer des stratégies médicales et soignantes de territoire,
* Développer des mutualisations sur les fonctions médicotechniques et support.

Cette nouvelle organisation ne vise pas à se substituer aux coopérations déjà existantes mais au contraire vient les soutenir.

* 1. **Présentation du Projet Médical Partagé (PMP)**

Le Dr Berjaoui détaille le contenu et les objectifs du PMP.

Le PMP établit un diagnostic stratégique de GHT (territorial et organisationnel) et définit des objectifs médicaux en matière de :

* Gradation des soins,
* Attractivité et démographie médicale,
* Qualité et sécurité des soins,
* Coopérations existantes ou à développer.
* Association au CHU,
* Alternative à l’hospitalisation et virage ambulatoire,
* Aval à l’hospitalisation et médico-social ….

L’élaboration du PMP suit le calendrier suivant :

* le 1er juillet 2016, les GHT devaient présenter les objectifs médicaux de leurs PMP ;
* pour le 1er janvier 2017, ils devront préciser l’organisation par filière d’une offre de soin graduée ;
* pour le 1er juillet 2017, le PMP devra être finalisé avec l’incorporation du projet de soins.

Madame Fourcade interroge l’ARS sur la méthodologie de la construction des GHT : quelle gouvernance ? Quelle place pour les élus et les usagers dans ces GHT et dans la définition des axes prioritaires du PMP ?

Madame Revelli explique que les PMP sont élaborés par concertation entre les membres associés du GHT. Les étapes de construction de chaque groupement se font selon les évolutions de chacun, le rythme de l’un ne pouvant se calquer sur le rythme de l’autre, et chacun conservant sa liberté en matière de choix des axes de travail stratégiques.

Concernant les autres partenaires, notamment les privés et établissements médico-sociaux, ils vont être associés très rapidement, mais compte tenu de la parution tardive du décret, il a fallu travailler à marche forcée sur un temps assez court.

Madame Latger précise qu’il y a eu un appel à candidature pour créer les Commissions des Usagers, émanation des Commissions de Relations avec les Usages et de Qualité de la Prise en Charge qui siègeront au sein des GHT. Les élus seront également représentés au sein du Comité territorial des élus locaux, émanation des Conseils de surveillance.

Le Dr Metton rappelle le calendrier contraint des instances pour le GHT Psy sud Paris : comité territorial des élus locaux le 19 décembre 2016, commission des usagers en janvier 2017.

Elle souligne également l’importance de la question du rapprochement des lieux d’hospitalisation des lieux d’habitation, sujet sur lequel des groupes de travail réfléchissent.

Monsieur Bordier s’interroge sur la place des libéraux dans les GHT.

Madame Revelli répond que l’attente des GHT est de structurer en premier lieu les hôpitaux publics, mais que les projets territoriaux peuvent d’ores et déjà se mettre en place avec des interlocuteurs de la ville et des libéraux ; la loi a également prévu, dans ce cadre, la mise en place de communautés de professionnels de santé de territoire et de plateformes territoriales d’appui.

Et Madame Fourcade ajoute qu’il appartient également aux libéraux de s’organiser entre eux pour devenir force de propositions ; les GHT doivent être ouverts à l’ensemble du tissu de l’offre de soins.

Madame Harpey regrette pour sa part que la question des personnes handicapées soit absente des axes prioritaires retenus dans les PMP des 3 GHT.

Un moyen de les associer sera peut-être de les inclure dans le travail réalisé sur la prise en charge des personnes âgées aux urgences.

Monsieur Girard exprime le désaccord de l’UNAFAM avec la constitution des GHT dans les Hauts-de-Seine : la volonté de relocaliser la psychiatrie au nord du département est contredite par la constitution du GHT 92/95 Sud Val d’Oise-Nord Hauts-de-Seine,  prioritairement axé sur le territoire du Val d’Oise, alors que les secteurs du sud 92 restent rattachés à l’établissement Paul Guiraud dans le 94. Il regrette que les GHT soient des dispositifs hospitalo-centrés qui n’intègrent pas tous les acteurs. Les futures Communautés Psychiatriques de Territoire seront en revanche des instances qui réuniront tous les intervenants du champ de la santé mentale.

* 1. **Point d’actualité sur la santé mentale**

Monsieur Legrand fait un rappel sur la sectorisation psychiatrique du 92, qui a la particularité d’avoir des sites d’hospitalisation hors département (EPS Paul Guiraud, EPS Roger Prévot), voire hors région (CHI Clermont de l’Oise).

La relocalisation des secteurs basés à Clermont de l’Oise est déjà engagée : ainsi, le secteur de Neuilly sera relocalisé sur la MGEN à Rueil-Malmaison, et le secteur de Courbevoie intégrera des locaux au sein du CASH de Nanterre. Le rapatriement de ces 2 secteurs sera effectif au 1er janvier 2018 avec montée en charge progressive dès l’automne 2017.

La MGEN créera à l’occasion de cette relocalisation un hôpital de jour sur la commune de Neuilly.

Le chantier prioritaire est la relocalisation des lits des 4 secteurs actuellement situés à l’EPS Roger Prévot de Moisselles (95). Le nouveau site d’hospitalisation sera construit sur une ZAC de la commune de Gennevilliers. Le projet est soutenu par le maire.

Madame Fourcade se félicite qu’une solution pérenne aboutisse enfin pour les personnes hospitalisées hors du département.

Toutefois, elle signale que la Conférence de Territoire a déjà alerté l’Agence sur la question du statut des personnels impliqués par la relocalisation du secteur de Neuilly, le CHI Clermont de l’Oise étant un établissement public alors que l’ESM de Rueil-Malmaison est un ESPIC. Elle souligne également l’importance d’impliquer les élus locaux et les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) dans ce projet.

1. **PERSPECTIVES D’EVOLUTION DE LA CONFERENCE DE TERRITOIRE**

Monsieur Bodin présente un point d’étape sur les futurs Conseils Territoriaux de Santé (CTS) et les principales évolutions avec les Conférences de Territoire, rappelant que ces CTS devront être mis en place pour le 31 décembre 2016 au plus tard.

* En termes de missions, les textes décrivent de façon plus complète celles des CTS ;
* En termes de fonctionnement, les CTS pourront faire au Directeur général de l’agence régionale de santé toute proposition pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire, notamment sur l’organisation des parcours de santé.

Elles pourront également être saisies par le DG ARS sur toute question relevant de ses missions prévues dans la loi ;

* En termes de composition, à l’image de leur ainée, les CTS disposeront au plus de 50 membres (50 titulaires, 50 suppléants), répartis en 5 collèges (et non plus 11). Ils seront également assistés de 2 sous-commissions, l’une spécialisée en santé mentale, l’autre organisant l’expression des usagers et intégrant la participation des personnes en situation de pauvreté ou de précarité.

Ces 2 sous-commissions seront sollicitées dès le premier trimestre 2017 pour nourrir le PRS avec un projet territorial de santé mentale.

La composition au sein des collèges est également modifiée :

* + notamment, au sein du Collège n°1 concernant les Professionnels et des offreurs des services de santé, 5 représentants sont issus de « Modes d’exercices coordonnés » (centres de santé, réseaux de santé, communautés professionnelles de territoire…) ;
	+ le Collège n°5 des Personnalités Qualifiées ne comporte aucun suppléant ;
* En termes de durée des mandats, on passe de 4 à 5 ans ;
* En termes de désignation : il s’agit d’un enjeu fort de démocratie sanitaire, qui doit se faire selon une procédure complexe faisant intervenir le ministère, le DGARS, des appels à candidatures, les différents partenaires (fédérations, unions…) et dans des délais contraints dans la mesure où 800 membres sont à désigner sur un délai d’un mois.

Sur la question de la désignation des représentants des établissements de santé, Madame Latger souligne l’absence d’adéquation du texte à la double spécificité francilienne qui est, d’une part concernant les établissements publics, d’avoir la représentation de la FHF et de l’AP-HP, d’autre part, que la FHF représente à la fois le volet sanitaire et le volet médico-social.

Monsieur Bodin répond sur ce point que l’AP-HP a proposé un poste de suppléant et que soient systématiquement conviés aux réunions le titulaire et le suppléant.

Monsieur Bordier s’interroge sur la représentation des URPS non médicales ; il lui est précisé qu’au sein du Collège n°1, doivent siéger 6 représentants des professionnels de santé libéraux, s’entendant 3 médecins et 3 représentants des autres professionnels de santé sur proposition conjointe des URPS. A ce titre, chaque inter-URPS pourra désigner un représentant de sa discipline, les sièges étant à répartir entre titulaires et suppléants.

Puis Monsieur Bodin rappelle quelques éléments de cadrage du PRS 2018-2022. Ce PRS est structuré autour de 5 axes de transformation qui contribuent tous à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé :

* Améliorer l’organisation des parcours sur les territoires
* Améliorer la réponse aux besoins de la population
* Favoriser un accès égal et précoce à l’innovation
* Rendre chaque francilien acteur de sa santé
* Mobiliser les politiques publiques au service de la santé

Ces 5 axes font partie d’un cadre d’orientations stratégiques établi pour 10 ans ; le schéma régional de santé reste lui définit pour 5 ans.

Ainsi, le PRS étant la résultante de consultations et diagnostics issus de différents acteurs, l’objectif pour les CTS est d’entamer leur travail dès le début de l’année 2017, et ce jusqu’au mois d’août 2017, pour se réserver le dernier trimestre de l’année pour les consultations officielles.

Monsieur Girard rappelle que la Conférence Régionale de Santé avait voté à l’unanimité une réserve quant au calendrier du PRS très contraint.

Madame Fourcade précise qu’elle a relayé cette décision de la Conférence auprès des élus de proximité dès la publication des appels à candidature.

Et dans la mesure où il s’agit de délais réglementaires, l’instance doit être renouvelée conformément à ce calendrier, et il nous appartient dès lors de nous organiser pour opérer au mieux le transfert de compétences et ne pas perdre les bénéfices des travaux déjà réalisés.