

Compte-rendu de la Conférence de Territoire de Santé du Val-d'Oise du 18 Janvier 2011

Mot d'accueil - Claude Evin - Directeur Général de l'ARS Ile-de-France

Monsieur Evin excuse l'absence de Madame Babel.

L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipements des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours.

Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'Etat dans la région, de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, et du président des conseils généraux de la région pour les activités relevant de leurs compétences. Pour la région Ile-de-France, le territoire de santé est le département.

Le département est l'échelon d'intervention de l'agence, et notamment concernant l'opposabilité des autorisations, et le niveau pertinent de l'exercice de la démocratie sanitaire. C'est au niveau du départemental que l'on trouve un certain nombre d'acteurs institutionnels.

Ce choix de découpage ne résume pas les niveaux d'intervention de l'agence qui devront rester multiples pour être efficaces ; d'une part, la région pour un certain nombre d'activités que l'on a à traiter et d'autre part, des situations interterritoriales. Les frontières de département ne sont pas infranchissables pour les patients, ni pour les populations. Il doit y avoir une coopération avec des acteurs d'autres départements.

De plus, à l'intérieur même des territoires, on peut aussi avoir une démarche infra-territoriale ; avec le Conseil Général en matière d'offre médico-sociale, pour le schéma gérontologique et le schéma handicap. Les contrats locaux de santé correspondent aussi à un découpage à l'intérieur des territoires. La démocratie sanitaire doit être une « préoccupation » permanente pour notre Agence qui doit s'assurer de la mise en œuvre, des résultats au sein du comité exécutif et du suivi de l'animation du réseau.

Monsieur Nicolas Péju anime les instances de concertation, dynamise les liens entre les services de l'agence et les différents partenaires (usagers, associations).

Les conférences de territoires doivent s'organiser de manière autonome.

La délégation territoriale aidera les conférences de territoire.

Les Présidents des conférences de territoire seront réunis par Monsieur Claude Evin pour échanger sur la manière dont il voit l'organisation de leurs travaux dans l'organisation du PRS.

La conférence de territoire formulera des propositions au Directeur de l'ARS.

Un service minimum est à assurer, les concertations que la loi et les décrets ont prévus mais au-delà les conférences territoriales peuvent en toute autonomie et en toute liberté organiser leurs propres travaux.

Présentation du rôle des conférences de territoire - Monsieur Yves Manzini - Délégué Territorial

La conférence de territoire assure la continuité de la conférence sanitaire avec en complément un rôle participatif pour contribuer aux projets territoriaux sanitaires en cohérence avec le projet régional de santé. Elle organise ses travaux au sein d'un bureau. Elle rend des avis sur le SROS et sur les programmes territoriaux. Elle est destinataire des documents relatifs à l'élaboration, à l'évaluation et à la révision du projet régional de santé. Elle identifie les besoins et les propose à l'ARS dans le cadre de la mise en œuvre des priorités et des objectifs de santé.

Composition fixée par le décret 2010-347 du 31 mars 2010 : 50 membres au plus ayant voix délibérative, répartis en 11 collèges. :

Collège 1 : Etablissements de santé : au plus 10 représentants,

Collège 2 : Services et Etablissements de santé sociaux et médico-sociaux : au plus 8 représentants

Collège 3 : Organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité : au plus 3 représentants

Collège 4 : Professionnels de santé libéraux et internes en médecine : au plus 7 représentants

Collège 5 : Centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé : au plus 2 représentants

Collège 6 : Etablissements assurant des activités de soins à domicile : au plus 1 représentant

Collège 7 : Services de santé au travail : au plus 1 représentant

Collège 8 : Représentants des usagers : au plus 8 représentants

Collège 9 : Collectivités territoriales : au plus 7 représentants

Collège 10 : Ordre des médecins : 1 représentant

Collège 11 : Personnes qualifiées : 2 représentants

Organisation de l'Assemblée Plénière

Au moins deux réunions par an. Elle se réunit sur convocation de son Président, à la demande de la moitié au moins de ses membres et à la demande du Directeur Général de l'ARS.

Elle établit son règlement intérieur qui fixe notamment les modalités d'élection des membres du bureau, les conditions de transmission des propositions formulées et les avis adoptés au Directeur Général de l'ARS.

L'ordre du jour est fixé par le Président.

Organisation du bureau

Les modalités de désignation des membres sont prévues dans le règlement intérieur.

Il se compose d'un président, d'un vice-président et de 8 membres au plus élus dont au moins 2 représentants de chacune des catégories de membres du collège 8 « usagers ».

Il élabore des projets d'avis et de propositions et prépare des réunions de l'assemblée plénière.

Fonctionnement de la Conférence

Elle élit un président et un vice-président à la majorité des suffrages exprimés des membres présents (scrutin majoritaire à 2 tours).

Le siège de la conférence est fixé lors de la première séance.

Les délibérations sont prises lorsque plus de la moitié des membres sont présents. Lorsque le quorum n'est pas atteint, une convocation est envoyée dans les 8 jours et les délibérations sont prises quel que soit le nombre de membres présents. Les propositions et les avis formulés sont rendus publics. Les opinions minoritaires peuvent être exposées et annexées aux avis et propositions.

Elle peut entendre ou consulter toute personne ayant une compétence particulière. Ces personnes ne participent pas aux délibérations.

Le DGARS ou son représentant, sans prendre part aux votes, peut assister aux réunions de la conférence et peut se faire assister des personnes de son choix.

L'ordre du jour est fixé par le président et peut inviter le représentant de l'Etat compétent dans les départements, sans prendre part au vote.

Le secrétariat de la conférence est assuré par l'ARS selon les modalités définies par le DGARS.

Le mandat des membres est de 4 ans renouvelables une fois.

Les membres peuvent être remboursés des frais de transports et de séjour à l'occasion des déplacements effectués dans le cadre de leurs missions.

Les personnes désignées ne peuvent siéger au sein de la conférence de territoire à plus d'un titre.

Tout membre perdant la qualité pour laquelle il a été désigné cesse de faire partie de la conférence de territoire.

Lorsqu'un membre cesse de faire partie de la conférence de territoire, un nouveau membre est désigné, dans les deux mois, dans les mêmes conditions, pour la durée restant à courir du mandat.

Tout membre de la conférence de territoire qui n'a pas assisté à trois réunions consécutives peut être remplacé, sur décision du Président, par un titulaire désigné dans les mêmes conditions que celles prévues par le titulaire sortant.

Désignation du Doyen d'âge - Monsieur Yves Manzini - Délégué Territorial

- Monsieur Jean-Michel ANDREASSIAN

Approbation du règlement intérieur provisoire - Monsieur Jean Michel Andreassian - Doyen d'âge et Monsieur Yves Manzini - Délégué Territorial

Le règlement intérieur a été adressé avec les invitations, tous les membres doivent l'avoir lu.

Vote à mains levées :

a/ Qui est contre ? = 0

b/ Qui s'abstient ? = 1

c/ Qui est pour ? 37

Le règlement intérieur provisoire est adopté.

Elections du Président et Vice-président coordonnés Monsieur Jean Michel Andreassian - Doyen d'âge et Monsieur Yves Manzini - Délégué Territorial

Rappel sur les modalités d'élection du président

L'élection du président se fait au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (à bulletins secrets).

Est élu le candidat ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés.

Si aucun candidat n'a obtenu la majorité absolue, on procède à un deuxième vote.

Il est demandé aux votants (uniquement les membres titulaires ou les suppléants qui remplacent les titulaires) d'inscrire un candidat sur un bulletin de couleur blanche, de mettre le bulletin dans l'enveloppe et de se diriger vers une urne en fonction du collège auquel ils appartiennent.

Elections du Président - 1^{er} tour

Candidats

- Madame Dominique Gillot (Membre titulaire du Collège 9 - Collectivités territoriales et leurs groupements)
- Madame le Docteur Martine Rousseau (Membre titulaire du Collège 5 - Centres, maisons, pôles et réseaux de santé)
- Monsieur Philippe GROS (Membre titulaire du Collège 2 - Etablissements sociaux et médico-sociaux)

Dépouillement

➤ 39 votants

➤ 38 suffrages exprimés

Résultats

➤ Mme Gillot : 18

➤ Mme Rousseau : 15

➤ Mr Gros 5

Pas de président élu au 1^{er} tour

Elections du Président - 2ème tour

Candidats

- Madame Dominique Gillot (Membre titulaire du Collège 9 - Collectivités territoriales et leurs groupements)
- Madame le Docteur Martine Rousseau (Membre titulaire du Collège 5 - Centres, maisons, pôles et réseaux de santé)

Dépouillement

- 41 votants (il est à noter l'arrivée de deux membres de la Conférence de Territoire après le vote du premier tour)
- 40 suffrages exprimés

Résultats

- Mme Gillot : 19
- Mme Rousseau : 21

Monsieur Andreassian annonce le résultat : Mme le Docteur Martine Rousseau est élue Présidente de la Conférence de Territoire du Val-d'Oise.

Elections du Vice-président - 1^{er} tour

Candidats

- Monsieur Jean Pierre Burnier (Membre titulaire du Collège 1 - Etablissements de santé)
- Madame Marie-José CAYZAC (Membre titulaire du Collège 9 - Collectivités territoriales et leurs groupements)
- Monsieur Philippe GROS (Membre titulaire du Collège 2 - Etablissements sociaux et médico-sociaux)

Dépouillement

- 41 votants
- 40 suffrages exprimés

Résultats

- Mr Burnier : 21
- Mme Cayzac : 7
- Mr Gros : 12

Monsieur Andreassian annonce le résultat : Mr Jean Pierre Burnier est élu Vice-président de la Conférence de Territoire du Val-d'Oise au premier tour.

Fixation du siège de la Conférence - Président Mme Martine Rousseau

Siège de la délégation territoriale du Val-d'Oise - 2 Avenue de la Palette - 95011 Cergy-Pontoise cedex.

Calendrier du Projet Régional de Santé - Mr Claude Evin - Directeur Général de l'ARS Ile-de-France

Le seul document de la planification concernait uniquement les établissements publics et privés (SROS). Le législateur a souhaité que soit élaboré un Projet Régional de Santé (PRS).

Il y avait des schémas qui n'étaient pas nécessairement articulés les uns avec les autres.

C'est une démarche qui permettra d'une part d'articuler les schémas et les plans et, d'autre part d'assurer une transversalité de la politique conduite par l'agence.

Le projet régional de santé est composé de trois étages :

1^{ER} étage : le plan stratégique régional de santé (PSRS) fixe les orientations et objectifs de santé pour la région. Il sera mis en débat public (CRSA le 28 mars 2011) et arrêté au 18 juillet 2011.

2^{ème} étage : Les schémas régionaux

- Organisation des soins - Volets hospitalier et ambulatoire
- La prévention
- Médico-social

3^{ème} étage : Les programmes

- Le PRIAC (Programme régional interdépartemental d'accompagnement)
- Le PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins)
- Le PPRGDR (Programme régional de la gestion du risque)
- Le programme de la télémédecine
- Les programmes territoriaux

Le contenu du PSRS a été fixé par le décret du 18 mai 2010. Un document sera mis en ligne sur le site de l'agence qui sera plus détaillé et plus riche que celui présenté.

Le PSRS comporte :

- Une évaluation des besoins de santé et leur évolution,
- Une analyse de l'offre de santé et de son évolution,
- Des objectifs fixés en matière de prévention, d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé, de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, de qualité et d'efficacité des prises en charge et de respect des droits des usagers.
- Des mesures de coordination avec les autres politiques de santé, notamment dans les domaines de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Le PSRS organise la stratégie de l'Agence déclinée ensuite en actions ciblées et territorialisées dans les schémas et les programmes. Il doit permettre au PRS d'être piloté comme un tout.

Il doit constituer un outil mobilisateur et pédagogique en interne, pour nos partenaires et auprès du public (citoyens et usagers).

Le PSRS doit articuler la stratégie d'intervention sur les problèmes spécifiques de santé en Ile-de-France, les autres politiques publiques régionales liées à la santé et la cohérence avec le niveau national.

- Pour le 28 mars 2011 : diffusion du PSRS pour concertation.
- Le 6 juin 2011 : version du PSRS mise à jour des propositions des conférences de territoire diffusée à l'ensemble des instances.
- Arrêté du Directeur Général de l'ARS Ile-de-France pour le 18 juillet 2011.

L'objectif pour les schémas est de pouvoir élaborer et arrêter les schémas d'organisation pour le 31 décembre 2011 et les programmes pour le 31 mars 2011.

Diagnostic régional et territorial - Gilles Echardour - Chargé de mission, et Christine Lavail - Déléguée Territoriale Adjointe

Voir diaporamas présentés ci-joints

Interventions des membres

- Monsieur Burnier : la présentation est extrêmement intéressante, riche et actualisée de données qui sont connues. Deux gros enjeux vont être de notre ressort dans le futur PRS du Val-d'Oise et régional. Un qui n'a pas été mentionné c'est le cadre financier (moyens contraints) et le deuxième, c'est la question démographique médicale libérale ou institutionnelle avec maintenant des disciplines où l'on ne renouvelle plus les départs. Sur le département, une des thématiques est concernée. La question devra être traitée assez rapidement : réflexion départementale ou définition de niveaux d'intervention ?
- Les statistiques de l'ORS n'ont pas été montrées de façon très concrète.
- Madame Rousseau : le Val-d'Oise est un département très étendu. Il y a des différences importantes en fonction de la localité et de gros problèmes. On voit disparaître dans le domaine public certains services. C'est le cas de la radiothérapie de l'Hôpital d'Argenteuil qui est en grand danger. Dans cet établissement, on peut traiter du début à la fin un cancer. Pour le patient c'est un moindre coût de déplacement et plus facile d'aller dans le même endroit.

- Madame Seraphin veut faire une remarque sur l'offre (diaporama 42 du document « Eléments de diagnostic régional et local ») où l'on peut voir une offre pour les personnes handicapées globalement satisfaisante alors que le Val-d'Oise n'est pas du tout un département bien doté en ce qui concerne les structures pour les personnes handicapées (autismes et autres). Il y a également beaucoup de points d'interrogation sur les projets en question sur le département pour lesquels aucune réponse n'a été donnée.
- Mme Bru ou Mme Buridant (Association des familles de traumatisés crâniens) confirme le manque de places sur le Val-d'Oise notamment pour accueillir les personnes cérébraux-lésées. Les familles et les malades sont toujours en attente de places.
- Mr Trouillet : il y a un plan que l'on pourrait développer c'est la télémédecine, car il ya des secteurs qui sont très pauvres en radiologie.
- Représentant addictologie : la composition de la conférence est très limitée. On a eu accès au Collège 3 par les associations. Dommage qu'il n'y ait pas eu une place pour le médico-social. Les CSAPA sont rentrés dans le médico-social en 2002. Il faudrait que le souci des addictions soient prises en compte par les conférences de territoires car statistiquement le Val-d'Oise est le 85^{ème} département français pour les structures en addictologie.
- Annie Flochlay (personne invitée Inspection Académique) rejoint un peu la personne qui est intervenue avant elle. Trois représentants au titre de la prévention, c'est un peu omettre le travail qui a été fait par l'Education Nationale notamment par le personnel (médecins, infirmiers) qui est également à prendre en compte. C'est important de conserver les moyens qui sont attribués à ces services.
- Mme Ladoucette intervient en tant que Directrice d'Hôpital et veut revenir sur des questions pratico-pratiques sur les calendriers : la cohérence entre l'achèvement du projet territorial et la réactualisation des COM. Achèvement du programme télémédecine et du programme territorial.

Réponses de Mr Evin

- La demande de disposer d'un diagnostic sur les moyens financiers est en préparation. Il ne sera pas fait par territoire mais permettra de donner une visibilité régionale de l'ensemble des moyens mobilisés concernant la politique de la région, au moins celle identifiable par l'ARS. Document qui pourrait être diffusé fin janvier ou courant du mois de février.
- La démographie des professionnels de santé : sujet qui ne concerne pas que le Val-d'Oise. Il y a un travail à faire avec les universités afin de pouvoir assurer la formation de jeunes professionnels. Politique que l'on va devoir conduire. Les établissements de santé méritent aussi que l'on travaille avec les facultés de médecine, et peut être entre établissements.
- Les personnes handicapées : l'analyse des besoins est une observation générale. Nous disposons de moins de documents en matière de besoin médico-social pour les personnes handicapées que pour les personnes âgées. A partir du moment où nous sommes ARS, nous avons des actions à conduire pour renforcer l'information et les études.
- Handicap mental - autisme et traumatisés crâniens : nous avons un déficit en offre de soins pour les malades autistes, un sous équipement de foyers d'accueils médicalisés. Dans certains tableaux, on dispose de chiffres de fin 2008, or le PRIAC avait pour objectif d'équilibrer l'offre de soins. La situation est moins catastrophique que celle présentée sur les tableaux de 2008. Sur le secteur personnes handicapées et personnes âgées, nous sommes coresponsables avec le département pour pouvoir financer les projets. On va rester dans la procédure appel à projet avant que soit élaboré le schéma régional médico-social. La nouvelle procédure d'autorisation sera lancée au cours de cette année en fonction des financements que l'on dispose dans le cadre du PRIAC. Il faut que l'on se mette d'accord avec le Conseil Général.

- La disparition des services : compte-tenu d'un certain nombre d'éléments notamment la démographie des professionnels, on est dans un secteur qui ne peut qu'évoluer et dans lequel l'activité sera peut être confiée ailleurs. La préoccupation est de garantir à toute la population un bon accès aux soins, en termes géographique, financier, et de qualité.
La radiothérapie d'Argenteuil : un décret a fixé des seuils d'activité pour les services de radiothérapie. Ce seuil a été fixé pour des raisons d'objectifs de qualités de service à rendre aux patients. Une prise de conscience des acteurs, pouvoirs publics et professionnels. Il faut qu'il y ait un minimum d'activité pour garantir la présence d'un radio-physicien pendant les actes.
A ce jour, le centre de radiothérapie d'Argenteuil ne remplit plus les conditions en l'état actuel. Il les remplit de manière un peu artificielle depuis la fermeture de la radiothérapie de Saint-Germain qui rouvrira.
- Pourquoi les hôpitaux du Val-d'Oise orientent vers les cliniques privées pour la radiothérapie ? Est-ce que nous sommes pour le développement des services publics de santé où est-ce que l'offre de soins, et l'ARS de façon générale, doit se développer de n'importe quelle manière.
- Intervention de Mme Benhamou : peu importe que l'on soit public ou privé. La loi HPST nous offre cette possibilité. Il faut des critères d'accessibilité, géographiques et économiques. Il y a des autorisations qui répondent à des critères identiques que ce soit publics ou privés. Ce qui compte c'est d'avoir des critères objectifs.
- Claude Evin : c'est évident que l'on aborde des sujets qui fâchent. L'offre de soins doit s'organiser sur l'ensemble de la région. On a une offre de soins publics et une offre de soins privés payés par la sécurité sociale et les patients choisissent. Ma préoccupation sera de garantir que la prise en charge des patients se fasse dans des conditions de service public (conditions d'accessibilité, financiers, organisation, plages horaires, etc...). Cela implique de pratiquer le tarif opposable.
- La télémédecine et l'articulation avec le programme territorial. Les programmes devraient être adoptés en même temps donc une articulation à trouver sur le sujet.
- La renégociation des CPOM, les projets médicaux, la gouvernance interne avec les pôles se terminent en début d'année. Il vaut mieux connaître l'ensemble de l'environnement avant de renégocier (connaître les thématiques).
- L'absence de représentants en addictologie à la conférence : le décret a prévu qu'elle ne soit pas plus de 50 membres avec un certain nombre de collègues. J'entends bien que tout le monde n'a pas trouvé sa place mais vous y êtes comme suppléant.
- La santé scolaire et la PMI ne sont pas représentées au sein de la conférence.

Premières orientations du Projet Régional de Santé et conclusion - Claude Evin - DGARS

Un document reprenant les orientations du PRS sera mis en ligne à la fin du mois de janvier sur le site de l'Agence.

Les éléments de contexte

On ne peut pas aborder un projet stratégique régional sans se situer dans un contexte.

1^{er} élément : Il y a un contexte lié à la transition épidémiologique qui impacte les professionnels et les structures : augmentation de la prévalence des maladies chroniques, le vieillissement de la population, la croissance de la dépendance. On ne peut plus organiser l'offre de soins comme on le faisait hier.

2^{ème} élément : Ce sont les nouvelles attentes sociales (loi du 4 mars 2002) : la démographie sanitaire, le droit des usagers qui prend une place plus importante : révolution culturelle. Cela a naturellement un impact. Nécessité de l'information des l'ensemble des acteurs et plus particulièrement des usagers, des citoyens qui souhaitent être de plus en plus des acteurs face à leur santé.

3^{ème} élément : C'est le fait que les contraintes budgétaires doivent être à prendre en compte si on veut préserver la solidarité nationale. Nous sommes dans un pays qui au regard de l'OCDE a les dépenses de santé les plus importantes. Si on veut garder un système de solidarité nationale, il faut se poser la question de l'efficience de la dépense, du rapport entre la qualité de l'efficience et du service rendu.

4^{ème} élément : Nouvelle géopolitique de la santé : la mondialisation n'épargne pas le secteur de la santé (prise en charge des personnes handicapées vers la Belgique).

Ces quatre éléments de contexte seront pris en compte dans le cadre du développement du PRSP.

Les principes d'actions

1^{er} principe : approche intégrée de l'ensemble de la réponse

2^{ème} principe : la protection de la population face aux risques sanitaires - principe de précaution

3^{ème} principe : la structuration de l'offre de soins doit être subordonnée aux besoins de la population. (voir comment apprécier les besoins).

4^{ème} principe : la cohérence des parcours de santé. En ce qui concerne l'organisation des parcours de santé, il faut renforcer la présence sanitaire dans les établissements médico-sociaux, ce qui éviterait des hospitalisations.

5^{ème} principe : les conditions sont réunies pour améliorer notre qualité de service et l'efficacité de la prise en charge. La contrainte budgétaire est la question de plus en plus posée, c'est l'efficacité de la dépense.

6^{ème} principe : la démographie sanitaire effective passe par le développement de l'observation et de l'information en santé (portail d'info).

7^{ème} principe : moyens d'actions

1. organisation d'une gouvernance territoriale. Les territoires de proximité doivent être l'échelon pertinent pour mobiliser les acteurs autour de projets locaux (contrats de territoires)
2. une offre de service de premier recours : structure qui concerne l'ensemble des offres de premier recours y compris l'offre préventive.
3. un rééquilibrage entre prévention, soins et prise en charge médico-sociale.
4. mise en place de l'articulation de la santé au travail, santé scolaire pour réduire les inégalités de santé. L'agence doit jouer le rôle d'aiguillon dans la prise de conscience collective.
5. accompagnement renforcé des ressources humaines des professions de santé. Exemple : l'évolution d'offre de soins de la biologie médicale, regroupement nécessaire des laboratoires de biologie. Il y a toute une population qui nécessite d'être accompagnée dans des actions de formation. On est dans un secteur où les métiers doivent évoluer. L'objectif de l'ARS, c'est la création d'une plateforme régionale des ressources humaines.
Coopération entre les différents professionnels : protocole après avis de l'HAS. Il y a lieu d'accompagner cette évolution des ressources humaines.
6. Prise en compte résolue de la qualité des pratiques professionnelles. L'ARS a vocation de s'assurer de la qualité de service, d'accompagner des dispositifs dans un souci d'évaluation. Evaluation collective des procédures de service, de qualification médico-sociale. Diffusion de référentiels et de développement de formation continue.
7. Nécessité d'avoir un développement régional de technologies de l'information avec amélioration des systèmes d'informations décisionnelles.
8. La démographie sanitaire doit être nourrie par un débat public (enjeux de santé, déficit à venir).

Mot de la Présidente - Mme Martine Rousseau

C'est le mot démocratie sanitaire qui a pour moi une énorme valeur. J'espère que cela sera aussi ouvert à la décision.