

COMPTE-RENDU SEANCE DU 22 SEPTEMBRE 2011

Le Jeudi 22 septembre 2011, la Conférence de territoire de l'Essonne s'est réunie en séance plénière avec 28 de ses membres présents. Ils ont débattu autour de l'ordre du jour ci-dessous :

Ordre du jour

- 1) Calendrier 2011-2012 des différents points soumis à la conférence de territoire,
- 2) Présentation des Contrats Locaux de Santé,
- 3) Avancement du SROS ambulatoire (synthèse réunion du 15 septembre),
- 4) Divers.

Le Président ouvre la séance par la présentation des nouveaux membres.

Le 14 septembre 2011, le Directeur Général de l'ARS a pris un nouvel arrêté nommant :

- pour le collège 4 représentant «les professionnels de santé libéraux et les internes en médecine» au titre des infirmiers en tant que titulaire : Mme Sylvie BARROS et en tant que suppléant : Mme Bernadette HERAULT,
- pour le collège 8 représentant «les usagers, au titre des associations de personnes handicapées» en tant que titulaire : Mme Josiane RAMEL de l'UNAFAM 91 et en tant que suppléant : Monsieur Jean-Claude COQUERELLE de l'ADAPEI 91.

Compte tenu de la proximité de la signature de l'arrêté et l'organisation de la conférence de territoire de ce jour, ces nouveaux membres n'ont pas pu être présents.

Après une brève présentation de l'ordre du jour, la parole est ensuite donnée à Monsieur Philippe BARGMAN (Responsable du Pôle offre de soins et Médico-social à la Délégation territoriale de l'Essonne) pour la présentation du premier point.

1 - Calendrier 2011-2012 des différents points soumis à la conférence de territoire

Le calendrier du PRS (Programme Régional de Santé), s'étale sur deux années (Voir annexe 1).

C'est un programme à trois étages :

- le PSRS (Plan Stratégique Régional de Santé),
- l'élaboration des schémas régionaux,
- les programmes.

Les conférences de territoire seront consultées à chacune de ces trois étapes. Une pré-concertation sur les schémas est en cours. Au 15 novembre prochain une grande partie des volets devront être rédigés.

Une présentation en séance plénière de certains schémas est programmée comme suit en fonction de l'avancement des travaux :

- 20/10/2011 : volet permanence des soins (PDS) - établissements de santé et volet ambulatoire,
- 17/11/2011 : SROS médico-social et volet biologie médicale,
- 15/12/2011 : volet bucco-dentaire et volet soins aux détenus.

Monsieur LARROQUE (Délégué Territorial Adjoint) rajoute que concernant le PSRS, il y a eu une concertation avec tous les partenaires (communes, conseils généraux, conseil régional...).

Actuellement, le PSRS est en cours de réécriture.

S'il faut faire un bilan pour cette première étape de concertation, le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) a eu un succès mitigé : une centaine de communes, dont Paris, ont répondu pour l'Île-de-France ce qui représente environ quatre millions d'habitants. Plusieurs communes n'ont pas été en mesure de répondre par manque de temps, d'autres ont émis un avis défavorable.

Les huit Conseils Généraux de la région ont donné un avis dont trois (Essonne, Paris et Seine et Marne) par une délibération formelle. Seul le département de la Seine et Marne a présenté des propositions d'amendements.

Monsieur PULIK souligne la présence de Mme Magali EYMERY qui est responsable adjointe de la Démocratie sanitaire à l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France après quoi la possibilité est offerte aux membres de réagir suite à la présentation du calendrier.

Mme RAUZE du Conseil Général de l'Essonne revient sur la large consultation des partenaires en ce qui concerne le PSRS, en estimant que le terme large n'est pas approprié compte tenu du temps très court accordé pour travailler. Par ailleurs d'autres communes vont bientôt se réunir pour donner un avis sur le plan. Au regard de l'enjeu, elle demande à ce qu'un laps de temps supplémentaire soit accordé pour l'émission des avis.

Le Conseil Général de l'Essonne a émis un avis défavorable.

M. MALHERBE de l'Union des Maires de l'Essonne va dans le même sens en précisant qu'il s'agit d'un sujet complexe, difficile à approcher et que le délai accordé est trop court pour se prononcer. Est-il possible que la période réservée aux avis soit prolongée jusqu'au 30/09/2011?

En réponse à ces deux réactions, le Président rappelle qu'un temps de réponse trop long n'est pas non plus favorable compte tenu des nombreuses échéances et des décisions qui continuent d'être prises dans l'intervalle. Il demande cependant à Mme EYMERY de relayer cette demande au siège de l'Agence.

3 – Avancement du SROS ambulatoire (synthèse de la réunion du 15 septembre)

Pour des raisons d'organisation, la présentation des points 2 et 3 de l'ordre du jour a été inversée.

Monsieur PULIK qui présente ce point précise qu'après un temps d'arrêt, les travaux portant sur le Schéma Régional d'Organisation Ambulatoire qui avaient été initiés par une réunion au mois de mars dernier ont repris. Le calendrier est quelque peu bouleversé. Un nouveau COPIL régional a été constitué avec trois groupes thématiques.

Une réunion de travail avec les membres du groupe SROS ambulatoire et les responsables du pôle ambulatoire de la Délégation territoriale s'est tenue le 15 septembre 2011. Le bureau de la CT s'est réuni sur ce thème le 8 septembre. Il a émis quelques propositions et/ou pistes de réflexion qui ont été présentées à la réunion du 15 septembre et qui sont synthétisées ce jour. Leurs échéances de réalisation devraient se situer entre deux à quatre ans.

- Cinq grands principes fondamentaux qu'il ne faut pas perdre de vue :
 - **S'appuyer sur l'existant.** Il ne faut pas recréer de nouvelles structures là où il n'y a pas de besoin. ..
 - **Améliorer la coordination**
 - **Favoriser le regroupement** des professionnels de santé :
 - Organiser des structures multi professionnelles en zones défavorisées,
 - Faire évoluer les groupes multi professionnels là où ils existent déjà (évoluer sur l'accessibilité).
 - S'articuler sur les **logiques de filière** plutôt que sur des limites géographiques. Il est nécessaire de s'appuyer sur les besoins de la population à partir de critères comme le lieu de vie, les transports, les flux patients déterminants...et non sur des découpages administratifs qui n'ont pas de sens réel quand il s'agit de trouver une logique de fonctionnement.
 - Renforcer la place de **la prévention** : il est impératif de l'intégrer dans les schémas ambulatoires car elle a été positionnée dans le PSRS comme une priorité. L'identification d'un **problème majeur** qui touche tous les secteurs (sanitaire, ambulatoire, social, médico-social) à savoir, la coordination des sorties d'hospitalisation.

Monsieur PULIK précise que c'est un problème qui dure depuis longtemps et que c'est l'occasion de trouver des solutions pour réussir ce projet.

La réflexion a permis de mettre en évidence trois points fondamentaux :

- le rôle des établissements (comptes-rendus d'hospitalisation, contenu, délais de transmission, mode de transmission, les sorties de week-end),

- le lien avec les médecins traitants: il est nécessaire de transmettre une information pertinente et brève tout de suite plutôt qu'une information exhaustive mais tardive.
- Le lien avec l'ensemble des structures ambulatoires : médecin généraliste rôle pivot central mais dans l'incapacité de gérer seul l'organisation globale qui comprend plusieurs acteurs indispensables notamment, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers diplômés d'Etat, les pharmacies, les aide-ménagères, l'adaptation domicile, le système d'alerte, etc.
- Favoriser des programmes décloisonnés expérimentaux

Ces programmes doivent :

- être décloisonnés : organisation unique, financement unique
- bénéficier aux usagers : résolution de problèmes touchant à la qualité, au parcours de santé, ou au remboursement des soins
- favoriser l'organisation et l'équipement sanitaire du territoire en impliquant de façon coordonnée :
 - les établissements hospitaliers
 - les professionnels de santé ambulatoires
 - les services médico-sociaux et sociaux des collectivités
- s'appuyer sur un parcours de soins formalisé : recommandations HAS
- s'appuyer sur les organisations et moyens existants sur le territoire, et en développer l'action.
- Quelques programmes envisageables :
 - La chirurgie métabolique
 - Le pied diabétique
 - L'asthme et la BPCO
 - Les AVC (dans un deuxième temps).

Chaque programme est une priorité de santé publique.

A titre d'exemple, une liste non exhaustive de quatre programmes est présentée mettant en évidence les différents acteurs concernés par chaque thème :

Exemple :

La chirurgie métabolique – Acteurs concernés

- Médecins généralistes
- Diabétologues libéraux et hospitaliers, nutritionnistes
- Diététiciens libéraux et hospitaliers
- Psychologues,
- Spécialistes d'organes: pneumologues, gastroentérologues, cardiologues,
- Réseaux de santé diabète et obésité : REVESDIAB et ROMDES,

- Etablissements de santé : CHSF, Hôpital Claude Gallien, Clinique de l'Yvette, Clinique des Mousseaux,
- SSR pour la prise en charge de l'obésité sévère : CH Manhès.

Les acteurs étant identifiés, il reste à constituer les filières.

Pour terminer sa présentation, M. PULIK remet fortement l'accent sur le besoin de parcours de soins découplés.

M. VARROUD-VIAL adhère au principe du SROS Ambulatoire pour répondre à l'accroissement des maladies chroniques, à l'identification des besoins et des moyens de prise en charge. Il ajoute que l'idée de travailler dans une logique de filières est un point positif.

Il souligne par ailleurs la nécessité de prendre en compte les maladies mentales dans le cadre du découplage pour faire des avancées dans cette filière.

L'accès aux soins palliatifs répond également à ce besoin. Son développement au niveau du département devrait être une priorité.

Mme LUBELSKI ajoute qu'en ce qui concerne les sorties d'hospitalisation, la transmission de documents au médecin traitant devrait précéder la sortie « physique » du patient. Il est donc impératif d'anticiper et d'organiser les sorties.

M. MALHERBE rappelle qu'il existe un réel besoin d'organisation pour les sorties des malades mentaux et de soutien des mairies dans ce domaine.

M. JOUTEAU explique qu'il ne faut pas oublier le secteur médico-social. Il souligne l'importance du découplage entre le social et le médico-social pour traiter les problèmes d'addictions car de nombreux territoires du département sont confrontés à ce problème.

Le schéma de prévention insiste sur les conditions financières pour le développement des actions et l'inscription sur les CPOM. La notion de pérennité de l'action est donc à prendre en compte.

M. PULIK acquiesce sur l'importance d'avoir une visibilité supérieure à un an, pérennité des financements, pour entreprendre des actions de prévention efficace.

Mme GAUSSENS donne un avis favorable sur les quatre programmes retenus. Cependant, la priorité devrait être l'élaboration d'un parcours coordonné de la personne âgée. Il existe à ce jour des textes uniquement pour le secteur sanitaire et non pour le médico-social d'où un découplage inexistant.

C'est un besoin pour ce secteur qui a le sentiment d'être abandonné. Il est impossible de créer un parcours coordonné si les acteurs de financement ne sont pas clairement identifiés. Pas de coordination entre le Conseil général et la Délégation Territoriale de l'ARS. Il lui semble qu'il existe même une régression par rapport à avant.

Elle insiste sur le besoin de dialogue entre les différents acteurs. Elle souligne qu'il ne faut pas recommencer la réflexion sans une prise en compte de l'existant, mais avancer à partir de l'existant.

M. PULIK répond que le bureau de la conférence a commencé un travail sur le secteur des personnes âgées. Ce travail porte sur deux axes : le maintien de la personne âgée à domicile. De même lors de la sortie du système sanitaire il faut favoriser le retour à domicile en s'appuyant sur des services d'aide à domicile.

Il rappelle en outre que malheureusement l'ARS détient un pouvoir très large d'organisation et non de financement (fixation des tarifs,...).

Mme ELLIEN explique pourquoi renforcer l'existant devrait être une priorité en prenant comme exemple le parcours de santé maillé existant dans le département. Une filière de soins palliatifs existe organisée autour de deux réseaux de soins palliatifs. Il est important de valoriser le travail en place dans l'Essonne comme étant un département pilote.

Mme MOUTTE interroge sur les critères de détermination des quatre programmes. Elle regrette que certains domaines n'aient pas été pris en compte dans le cadre de la prévention. Il existe un vrai besoin de travailler avec les villes dans ce domaine notamment concernant l'alimentation produite par les cantines et la qualité des repas distribués. Elle profite pour soulever un autre problème : la fermeture de services de maternité et le manque de préoccupation vis-à-vis de cette population.

A ces interrogations, Monsieur PULIK rappelle que la discussion du jour porte sur le schéma ambulatoire, et comme présenté en première partie, un schéma prévention est en cours de réalisation. Tous les points soulevés notamment concernant l'alimentation seront à prendre en considération dans ce cadre. C'est en outre, le premier schéma qui prend en compte la problématique de la prévention.

Mme LUBELSKI attire l'attention sur l'absence de la pédiatrie dans le cadre du volet de la prévention.

Monsieur PULIK rajoute que s'agissant de la première expérience de schéma prévention, il est probable que tous les champs n'ont pas été pris en compte.

2 - Présentation des Contrats Locaux de Santé

Présentation faite par M. Jean-Camille LARROQUE. Un document papier est remis à chaque membre présent.

Cadre législatif :

- La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé (CLS) conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social » (article L.1434-17 du Code de Santé Publique).
- «L'agence est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1^{er} de la loi n° 2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé».
- «La décision du Comité interministériel des villes du 18 février 2011 qui ...indique qu'il faut favoriser l'articulation entre les Ateliers Santé Ville (ASV) et les Contrats Locaux de Santé ».
- «Les contrats locaux de santé sont soumis pour avis aux conférences de territoires concernées» (article R1434-7 du Code de Santé Publique).

Définition du contrat local de santé :

Le Contrat local de santé est un outil d'articulation entre le PRS et les démarches locales de santé existantes.

Il vise à mettre en cohérence la politique régionale de santé.

Il participe à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé tant sur le volet de la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social que sur les déterminants de santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale...).

Il concerne exclusivement les territoires particulièrement vulnérables, volontaires pour un engagement contractuel.

Il doit répondre à des objectifs définis de manière partenariale et traduire sur un territoire restreint un certain nombre de priorités communes.

Il doit, une fois les priorités arrêtées, définir les moyens à mettre en œuvre, les outils méthodologiques nécessaires à l'évaluation et au suivi.

Le Contrat Local de Santé est signé par :

- le Maire,
- le Directeur Général de l'ARS,
- le Préfet au titre de la Cohésion sociale (politique de la Ville mais aussi des autres politiques publiques concourant à la santé).

...peut associer d'autres acteurs de la santé :

- autres collectivités territoriales,
- grandes associations présentes sur la commune,
- offreurs de soins,
- autres partenaires publics..., sans être pour autant signataires.

Le CLS n'est pas un canal de financement supplémentaire s'ajoutant à ceux déjà existant sur le territoire.

L'essentiel porte sur l'apport d'une méthodologie commune et partagée permettant de :

- mieux cibler les territoires sur lesquels les priorités de l'agence sont déployées,
- stabiliser les stratégies et les moyens des différents acteurs,
- améliorer l'organisation, la mutualisation pour plus d'efficacité des actions,
- identifier les leviers d'actions possibles, les blocages éventuels,
- mieux lutter contre les inégalités sociales de santé en travaillant sur les déterminants sociaux et environnementaux de ses inégalités en lien avec la politique de la ville,
- afficher la volonté d'une lisibilité pluriannuelle, notamment en PPS,
- mobiliser les outils de diagnostics (monographies).

Le Contrat Prévisionnel d'Objectifs et de Moyens de l'ARS fixe un objectif de 80 contrats en Ile-de-France pour l'année 2011. Cependant le PRS ne sera adopté qu'à la fin de l'année 2012.

En conséquence, l'ARS s'est fixée un objectif plus réaliste de signer un certain nombre de contrats dès 2011 en partant d'un effectif cible de 70 communes potentiellement susceptibles de répondre «aux critères» pour une contractualisation.

Les CLS signés en 2011 seront «révisés» après un an pour s'ajuster, dans un souci de cohérence, sur la durée du PRS.

Pour l'Essonne :

5 collectivités sont pré-identifiées dans la démarche de Contrat Local de Santé (CLS) :

- Corbeil-Essonnes,
- Courcouronnes,
- Evry,
- Grigny,
- Viry-Châtillon.

Pour quatre d'entre elles (Courcouronnes, Evry, Viry-Châtillon/Grigny), la dynamique santé communale s'appuie tout à la fois sur un engagement déjà ancien dans le champ de la santé, un Atelier Santé Ville, une thématique santé forte du CUCS et/ou une dynamique propre à la ville pour être reconnue comme un interlocuteur incontournable, légitime et efficace pour coordonner les actions de santé d'un territoire.

Au regard de son engagement déjà ancien sur le champ de la santé, des travaux menés au sein de sa conférence locale de santé et l'avancée de son projet de démarche globale de santé publique pour la ville, s'appuyant sur un pôle territorial de santé organisé regroupant et coordonnant tous les acteurs de santé œuvrant sur le territoire, la ville d'Evry souhaite une contractualisation pour la mi-décembre

La ville de Courcouronnes a fait part de son engagement en juillet. Elle souhaite poursuivre son action en matière de politique locale de santé publique au travers tant de la dynamique portée par son Atelier Santé Ville que par son engagement en matière de prévention, de promotion de la santé, d'accès aux droits et aux soins, de coordination des acteurs locaux et ce d'autant plus que des difficultés risquent de se faire jour dans le cadre de la fermeture de l'hôpital de Courcouronnes.

Réactions suites à la présentation : M. MALHERBE interroge sur le mode de pré-identification des 5 villes pour le département ? Un appel à candidature ne serait-il pas préférable car le nombre de communes potentiellement intéressé pourrait être plus nombreux. Il cite notamment la région d'Etampes qui devrait rentrer dans les critères de vulnérabilité.

Monsieur LARROQUE répond qu'il s'agit de l'ARS à partir de critères clés tel que l'indice IDH2¹ (Indice de Développement Humain 2) qui a permis de déterminer l'éligibilité potentielle d'une ville. Une monographie de chacune des villes a été faite. Cependant la liste n'est pas fermée, d'autres communes peuvent se porter candidates.

M. MALHERBE propose de lancer des appels à candidature : les communes sensibilisées pourront ainsi se porter candidates.

M. LEBOUBE poursuit en rappelant qu'il doit y avoir une volonté politique de la commune qui y adhère et que ce contrat se base sur des actions pérennes déjà menées.

Mme RAUZE fait part de son scepticisme, elle pense qu'une simple coordination ne suffit pas. Elle souligne le besoin de moyens et d'efforts plus importants tant sur le plan humain que financier pour une avancée.

M. VARROUD-VIAL se pose la question de l'intérêt de superposer les structures existantes ? Il propose une gouvernance territorialisée de la santé avec des contrats territoriaux de santé associant l'ensemble des acteurs avec des objectifs et des moyens correspondants pour une mise en œuvre efficace.

¹ Outil de mesure des inégalités sociales.

M. MALHERBE propose que tous les acteurs sociaux et médico-sociaux de chaque ville se mettent autour de la table pour échanger régulièrement.

4 - Divers

Lors de la présentation du calendrier du PRS (en première partie), la date du 15 octobre est annoncée concernant le schéma cible Permanence Des Soins (PDS) pour les établissements de santé. Madame HADDAD fait remarquer qu'un temps trop court est accordé pour réaliser le travail demandé.

M. PULIK répond que la date du 15 octobre est annoncée juste pour une présentation, après viendra le temps de la réflexion.

Pour conclure, le Président rappelle aux membres qu'un ordre du jour prévisionnel leur sera adressé en fonction de l'avancement des travaux.

La séance est levée à 12h20.