

Conférence de territoire du département de la Seine Saint Denis

Le mercredi 24 avril 2013

14h00

CPAM de Bobigny : salle de conférence

L'ordre du jour est le suivant :

- Poursuite des travaux du groupe de travail relatif aux problématiques de santé dans notre département.
- Présentation du Schéma Directeur de la Démocratie Sanitaire

Quorum : 20/50

Cf documentation adressée aux membres de la CT

M. LAPORTE, président de la conférence de territoire énonce l'ordre du jour puis, il propose d'entamer la plénière par la poursuite des travaux du groupe de travail, de revenir sur la partie hôpital qui n'a pas été résolue, d'en aborder les parties modifiées et d'en discuter.

L'idée est de relever les points de vue consensuels et divergents, de retravailler ces questions tout en respectant les avis et propositions de chacun.

1) Poursuite des travaux du groupe de travail relatif aux problématiques de santé en Seine-Saint-Denis

Présentation : Mr LAPORTE fait lecture du texte, et lance le débat.

Discussions

Mme OLLIVET concernant les urgences, il s'agit de l'accès « aux soins d'urgence », et non de l'accès « aux urgences ». La difficulté commence dès le seuil des urgences franchies.

Elle revient brièvement sur le plan sociologique du paragraphe « handicaps et indicateurs de santé », alinéa :

« les familles se retrouvent bien souvent sans réponse adaptée »

Le thème des enfants « sans solution » a été abordé dernièrement dans une commission spécialisée médico-sociale de la CRSA à l'ARS.

Le nombre d'enfants concernés n'est pas assez précis.

Il y a une énorme divergence entre les chiffres annoncés à l'ARS régionale par la DT 93, et ceux des regroupements des associations et de la MDPH.

Mr LAPORTE la problématique touchant les enfants, en dehors des questions « sans réponse », reste essentiellement l'inadaptation des réponses face aux situations. Les enfants sont placés dans des structures non adaptées à leurs besoins.

Mr BOUHAFS précise que face à ces écarts de chiffres entre ceux de la DT et ceux des associations, un médecin de la Délégation Territoriale a été mandaté pour travailler sur ces dossiers individuels au sein de la MDPH, afin d'identifier l'ampleur du problème et de définir cette notion « d'enfant sans solution ».

Mr LAPIÉ c'est une problématique qui combine la question de l'éducation nationale et du médico-éducatif. On constate de plus en plus d'enfants théoriquement scolarisés dans des classes spécialisées ou des classes ordinaires avec AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire), et pour lesquels la scolarisation représente ½ journée de temps en temps.

Malheureusement ces enfants échappent à la question des solutions. On est donc dans une difficulté d'orientation. En fait ce sont 2 filières un peu différentes. Ces enfants vont échapper aux chiffres du médico-éducatif.

Mme BEAU revient sur le chapitre hôpital. Ce chapitre méconnaît en réalité la situation particulière du 93. Les difficultés propres à la Seine-Saint-Denis ne sont abordées que sous l'angle de la réduction possible du nombre de maternités.

Ce qu'il fallait développer, c'était les problématiques et les contraintes qui entravent le fonctionnement des établissements, plutôt que de traiter des sujets généraux propres aux hôpitaux et cliniques du pays.

Il y a suffisamment des problèmes graves et sérieux à traiter dans le département, au côté de l'agence sans pour autant se concentrer sur des sujets qui suscitent des polémiques entre les professionnels, les associations et l'ensemble des usagers.

En tant que représentante de la FHF, elle n'adoptera pas le texte s'il reste en l'état.

Mr MALHERBE (directeur hôpital René Muret – APHP) concernant les sorties précoces des hôpitaux. À l'inverse, il existe des prolongations de patients à l'hôpital alors que sur le plan médical leur séjour n'est plus justifié. Ces patients demeurent dans l'établissement du fait qu'il n'y ait pas de solution sur le plan médico-social. Pour les mêmes raisons que Mme BEAU, il ne votera pas le texte.

Mme OLLIVET précise que les 2 situations sont bonnes.

En effet, il existe des hôpitaux qui font sortir des patients trop tôt, alors qu'il n'y a pas de relais mis en place en ville pour assurer la continuité à la sortie, et d'autres qui se voient dans l'obligation de garder leurs patients pour lesquels la situation sociale ne permet pas la poursuite des soins à la sortie de l'hôpital.

En fait, la particularité de la Seine-Saint-Denis se situe dans l'un et l'autre des 2 cas et non dans l'un ou l'autre.

Mme BEAU souligne que la situation des sorties précoces des hôpitaux, existe sur tout le territoire.

Une des particularités de la Seine-Saint-Denis ce sont quand même les séjours, qui quelquefois se prolongent plus d'une année, parce qu'il n'y a pas de structure sociale d'accueil du patient, ou qu'il ne possède pas de papiers, ou de titre de séjour, voire de pièces d'identité.

Or, l'objectif de ce texte était destiné à relever les problématiques de la Seine-Saint-Denis, sur lesquelles la conférence de territoire était plus particulièrement amenée à travailler, afin de trouver des propositions plus innovantes, accompagner des actions etc...

Mr GAUTIER (URPS kinésithérapeute) bien que les situations soient très différentes d'un établissement à l'autre, il existe un programme national qui se met en place, appelé le PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile), 5 départements l'ont déjà expérimenté.

Ce programme qui a été conçu dans le but de faciliter les relations entre l'hôpital et la médecine de ville, doit se généraliser sur tout le territoire national.

Dr GOMBEAUD regrette qu'il n'y ait pas eu dans le groupe de travail des représentants des hôpitaux qui soient intervenus pour orienter le débat, ce qui aurait permis de démontrer, que ce texte ne visait pas l'hôpital public mais plutôt, mettait en évidence une difficulté pour l'ensemble des structures hospitalières en termes d'accès aux soins, pour les populations et les professionnels.

Prochainement, il va y avoir un débat entre la médecine de ville, l'hôpital et l'ARS sur : « comment gérer la sortie des patients ». C'est un problème national, qui n'est pas spécifique à la Seine-Saint-Denis. Ce thème est abordé dans le texte.

La tendance actuelle est de savoir, comment accélérer les sorties des patients pour libérer des lits, suite aux contraintes financières.

C'était ce qui devait se dégager de ce texte et qui manifestement n'a pas obtenu de consensus.

Mr BOUIS regrette que rien ne soit mis en place en matière d'informations à la sortie des patients. C'est une problématique qui touche tous les départements.

Mr LAPIE fait une parenthèse et une proposition d'amendement dans le chapitre « handicaps et indicateurs de santé » sur la question de l'articulation entre scolarisation et prise en charge.

En effet, on constate qu'un certain nombre d'enfants sont réputés ne pas avoir besoin de prise en charge médico-éducative, du fait qu'ils sont scolarisés par l'éducation nationale, alors que dans la réalité ils n'ont quasiment rien en termes de prises en charge.

Il propose que soit rajouté dans la partie « médico-social », en 2^{ème} alinéa :

« Problématique de l'articulation entre scolarisation par l'éducation nationale et prise en charge médico-éducative des enfants handicapés »

Mme FRANÇOIS (chef de service à l'hôpital René Muret) propose dans le chapitre « hôpital » à l'alinéa : « les délais de rendez-vous et plus généralement les conséquences des contraintes », il soit précisé que l'intrication importante plus particulièrement dans le 93, des problèmes sociaux et des problèmes médicaux, gêne la gestion des entrées et des sorties au sein des hôpitaux.

Mr BOUIS effectivement il y a intrication, elle doit être prise en considération par tous les acteurs du milieu hospitalier

Mr LAPORTE ce n'est pas évident à mettre en place. Il est très difficile d'obtenir des sorties rapides, dans de bonnes conditions, pour des personnes âgées ou handicapées. Cela nécessite des réseaux qui n'existent pas, des moyens qui sont souvent absents etc...,

Au final, on se retrouve avec des patients qui réintègrent leur domicile dans les pires conditions. Ce n'est pas simplement le volet hôpital, c'est aussi le regard du médico-social.

Il en est de même pour les maternités, où l'on se retrouve avec des problématiques sociales qui pèsent sur le retour à domicile. Une patiente après son accouchement peut rejoindre son domicile, puis revenir à l'hôpital parce qu'il y a d'autres considérants, qui la mettent en difficulté !

Mr DEBEUGNY il y a effectivement dans le département de grandes difficultés d'hébergements et de logements. Il est évident qu'après un accouchement, le retour dans un domicile pernicieux, aura un impact sur la santé de la mère et de l'enfant. Il y a de véritables problématiques, et ça rejoint l'aspect du médico-social,

Ce sont des réalités que rencontrent au quotidien les travailleurs sociaux, au sein du Conseil Général.

Mme FESTA (directrice réseau ONCO 93) depuis 2 ans, il a été instauré une expérimentation avec la DT93 sur : « comment prévenir l'aggravation de la précarité au moment de l'annonce de la maladie ».

La mise en place du score EPICES (indicateur de mesures de précarité) dans le département, a permis d'établir un recensement des malades signalés par les différents établissements, au moment de l'annonce de leur maladie.

Sur une file active de 540 malades, 70% des patients sont déjà en précarité au moment de l'annonce de la maladie, et lorsque l'on consulte les dossiers, on retrouve des problématiques de logements, d'environnements, de maltraitances, d'isolement et de précarité.

On n'a jamais vu autant de personnes dans de telles difficultés, avec l'intrication immense des problématiques sociales et médicales, ce qui impacte tout, y compris l'observance, les traitements voire les pronostics.

Mr LAPORTE en résumé, ce qui est souhaité c'est d'insister sur l'intrication très importante en Seine-Saint-Denis des problèmes sociaux et médicaux.

Mme FRANÇOIS précise que l'hôpital ne peut être la seule solution pour les professionnels de santé en ville. Il faut trouver d'autres dérivés pour répondre aux problèmes sociaux.

Dr DEBEUGNY pour compléter l'allocation de Mme FESTA souligne 2 choses, d'une part les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, et d'autre part les limites du système de soins sur des problématiques santé, ce qui n'est pas la même chose.

Les conditions de vie et les facteurs environnementaux, aggravent l'état de santé sur lequel le système de soins est lui-même en difficulté et qu'il ne peut résoudre seul.

Or, si on veut solutionner des problèmes, la priorité est de commencer par faire du logement et de l'hébergement de qualité, et faciliter l'accès aux droits fondamentaux.

Après le système de soins pourra répondre aux problématiques de santé en sachant qu'avant, en amont et en aval, il y a les conditions nécessaires à la guérison.

Mme FESTA précise qu'il est inscrit dans le Programme Régional de Santé qu'en Seine-Saint-Denis, territoire dit défavorisé, il n'existe aucun réseau d'accès aux soins, ni de réseau de précarité.

Il en existe 3 dans les Hauts-de-Seine et 4 dans Paris.

C'est inscrit dans le PRS, c'est bien que quelque part ça n'est pas forcément la peine d'en créer un. Les compétences existent, on connaît les associations, on sait où sont les ressources, c'est une organisation à penser de mise en commun, de mutualisation de compétences, d'idées de plateformes de parcours de santé, autour de la précarité d'accès aux soins, sur des maladies chroniques et importantes.

Dr GOMBEAUD souligne que ce débat démontre bien qu'il est nécessaire de continuer les échanges. Il faut cibler les discussions sur des thèmes beaucoup plus précis et produire des textes. Pour faciliter la poursuite des travaux ultérieurs, il propose que le bureau de la conférence, se charge de définir des sujets plus précis.

Mr LAPORTE propose de ne pas adopter le volet « hôpital », que ce thème soit retravaillé par le groupe de travail mis en place sur les sorties d'hôpitaux, afin de clarifier les points de divergence et d'en finaliser le texte.

Mme DERMER le logement et la précarité sont effectivement des problèmes de société, monstrueux, qui restent difficiles à résoudre. Bien qu'une quantité de choses existent, notamment les plateformes mutualisées, il subsiste manifestement un problème de lisibilité. Que pourrait-on faire dans le département comme propositions qui pourraient se décliner d'emblée, en quelque chose de palpable pour les patients ?

Mme FESTA souligne, qu'aujourd'hui l'ARS demande une lisibilité, une traçabilité, en quelque sorte un « guichet unique », tant pour les professionnels que pour les patients, sur des problématiques de prises en charge médicales alliées à la précarité et à la difficulté sociale.

Mme BEAU il existe néanmoins des dispositifs d'accès aux droits dans les hôpitaux. En 2012 l'hôpital de St Denis a organisé l'accès aux droits de 5000 familles. Ce sont des dispositifs qui existent et qui sont connus des patients.

Les sujets qui pourraient être travaillés pourraient être, l'impact de tous ces problèmes sur l'organisation et les modalités particulières des hôpitaux et des cliniques. L'attention authentique que les pouvoirs publics devraient porter à leur organisation, à leur fonctionnement notamment financier.

L'ARS pourrait, sans intervenir dans la question globale du logement, des ressources, du travail etc, soutenir les efforts des établissements, mais aussi des professionnels qui y sont engagés, pour que le travail supplémentaire qu'ils font soit pris en compte et soutenu.

D'autres ouvertures pourraient être proposées par rapport, à l'allongement des séjours, à la jonction entre les établissements ou aux plateformes d'accès aux droits qui doivent exister et qu'il faut renforcer.

Ce sont quelques pistes sur lesquelles le groupe de travail pourrait utilement travailler afin de renforcer et donner des éléments concrets à ce texte.

Mme MAURIN le premier travail à faire, c'est faire progresser la communication entre la ville et l'hôpital. Il n'y aura aucune amélioration dans ce département tant que subsistera la scission entre la ville et l'hôpital.

Mme OLLIVET souligne, que la difficulté de communication entre l'hôpital et la ville, n'est pas propre à la Seine-Saint-Denis. À l'intérieur du même hôpital, la rapidité du lien varie selon le service et certains services sont plus rapides que d'autres. Toutefois lorsque dans un milieu social défavorisé, la jonction n'a pas été faite par l'hôpital, c'est au malade lui-même voire par un de ses proches de faire ce lien. C'est là que subsiste la particularité de la Seine-Saint-Denis.

Mr LAPORTE c'est un élément du contexte mais que ça n'est pas tout le contexte. On ne peut pas globalement remettre sur l'hôpital, toutes les difficultés qui existent.

Néanmoins sans être totalement réglé beaucoup de choses ont évolué, notamment les sorties d'hôpital de personnes âgées, l'attribution en urgence de l'APA etc...

Mme DERMER ce n'est évidemment pas une volonté de l'hôpital. Le public comme le privé fait ce qu'il peut dans le département, avec les professionnels dont ils disposent. L'agence en a pris compte et cette problématique a été évoquée dans le PRS.

Dr FELLOUS propose dans un premier temps de valider les points sur lesquels la CT est d'accord.

Que sur la partie hôpital, soit validée ce qui a été retenu par la CT afin de globaliser les demandes des uns et des autres.

Puis dans un deuxième temps, la constitution de 2 groupes de travail, l'un sur la sortie de l'hôpital avec ses difficultés, et l'autre sur la prévention.

Mme BEAU c'est une proposition différente de celle du Président, qui suggérait que soit abordé le problème de l'hôpital au travers des conclusions des différents groupes de travail, notamment celui de la sortie, qui permettrait de mettre en évidence les caractéristiques de la Seine-Saint-Denis sur le plan social, et l'impact sur le fonctionnement des hôpitaux publics et privés.

Elle n'est pas d'accord pour que la partie hôpital soit approuvée en l'état, même avec la phrase de synthèse proposée précédemment.

Mr LAPORTE propose que sur la partie hôpital soit rajoutée la phrase de synthèse, et que le chapitre reste en suspens dans l'attente du travail effectué par le groupe de travail.

Le but de ce chapitre n'est pas de voter un texte mais d'avoir un échange, de faire émerger les difficultés spécifiques et de proposer des pistes d'évolution.

Il propose la validation des autres thèmes avec leur modification, et la constitution des 2 groupes de travail, la prévention, animé par le Professeur PISSARRO, et les sorties d'hôpitaux, animé par Mme BEAU.

Il s'adresse au docteur ZARKA et suggère que soient invités au bureau à venir et à la prochaine plénière, des anesthésistes réanimateurs urgentistes du public et du privé, afin qu'ils puissent évoquer la gravité de la situation dans le département et de soumettre des pistes de proposition et de réflexion.

Dr ZARKA souligne qu'actuellement la situation est effectivement dramatique et qu'il faut une proposition claire pour être attractif au niveau des anesthésistes.

Pour revenir sur la phrase des urgences « *les difficultés d'accès physiques aux urgences hospitalières ne constitue-t-il pas une cause d'inégalité de santé* ». Ce service demande du courage et de la motivation, il est scandaleux de laisser penser que les urgences sont une des causes principales, ou une des causes de l'inégalité d'accès aux soins. Elles constituent un filet de sécurité, il est exagéré de les mettre en cause même sur une phrase anodine notamment sur les difficultés d'accès physiques.

Mme BEAU il peut y avoir des difficultés pour des personnes qui présentent un handicap, mais exposer les choses telles qu'elles le sont, alors qu'aujourd'hui les urgences publiques et privées représentent pour les Séquanodionysiens un filet de sécurité, est un peu trop violent. Il faudrait reformuler la phrase d'une façon différente.

Mr LAPORTE on peut reprendre le propos du docteur ZARKA et dire que « les urgences représentent plus particulièrement dans notre département, un filet de sécurité, toutefois il reste à l'adapter aux besoins de soins spécifiques ».

Mr LAPIE précise qu'il faut le mettre en préalable. En effet, sur la question de la psychiatrie, lorsqu'il y a la prise en charge nécessaire en fin de semaine, d'un jeune homme dans un IME (Institut Médico-éducatif), et qu'il n'y a aucune autre issue, ce sont les urgences qui sont préconisées aux parents.

Il faut voir la réalité en face, lorsqu'un service d'hospitalisation psychiatrique (ex. Montreuil), ferme le vendredi, il n'y a pas d'autre expectative que les urgences.

Mme OLLIVET bien que ce soit la seule réponse du fait que ce soit le seul lieu ouvert le week-end, elle reste néanmoins inadaptée aux besoins de soins.

Dr ZARKA pour avoir dirigé un service d'urgence durant 10 ans, la réponse adaptée aux urgences n'existe pas et ne peut pas exister. Le service des urgences ne peut pas se substituer à tout le système de santé. Parmi ses fonctions il est entre autres, le filet de sécurité, qui lorsqu'il n'y a pas d'autre issue, accueille toute la population, établit un diagnostic puis réoriente.

Mme MAURIN souhaiterait qu'il y ait une décision de prise : soit que l'on se prononce aujourd'hui sur le volet hôpital, ou que ceux qui ne sont pas d'accord avec le texte, présentent lors de la prochaine plénière leurs propositions, afin d'aboutir à un consensus et d'éviter de revenir constamment sur ce chapitre.

Mme BEAU précise qu'elle a soumis deux contributions dont elle ne retrouve pas la trace dans la rédaction finale.

Mr LAPORTE souhaite ne pas relancer le débat, et réitère ce qui a été établi précédemment :

- la stabilisation des différents points du document.
- Avancer sur la partie hôpital par la constitution d'un groupe de travail mis en place pour travailler sur les sorties d'hôpitaux.
- Intégrer au texte la remarque évoquée sur l'intrication des problèmes sociaux.

- Retravailler sur la définition des urgences et leurs utilités.

Pr PISSARRO propose quelques pistes de travail relatif au groupe « prévention » pour lequel il sera l'animateur. 2 niveaux à présenter :

- le niveau départemental qui présente un certain nombre de gros problèmes, notamment celui de la périnatalité. Puis travailler sur santé-environnement, santé au travail, santé handicap.

- Le niveau local, au vu du nombre de problèmes de prévention évoqués dans les CLS, il faudra élargir le groupe, en particulier avec des représentants des ateliers santé/ville.

À l'intermédiaire entre les 2, il faudra probablement travailler école, santé et prévention.

Il y aura des choix à faire et vraisemblablement d'autres thèmes à évoquer.

2) Présentation du schéma directeur de la démocratie sanitaire

Présentation : Mr Vincent METTAUER (directeur du pôle Démocratie Sanitaire à l'ARS)

La proposition de ce schéma, a été une volonté de Nicolas PEJU (directeur de la démocratie sanitaire, de la communication et des affaires publiques) et de l'équipe démocratie sanitaire de l'agence.

Dès la création de l'agence, le directeur général a voulu installer la démocratie sanitaire comme un véritable métier, d'où la création d'une direction et d'un pôle démocratie sanitaire à l'agence, ce qui n'est pas le cas dans toutes les ARS.

Ce schéma permet de définir et de clarifier le périmètre de l'action de la démocratie sanitaire.

Il a un peu la vocation de décrire, le périmètre que l'ARS souhaite donner à ce concept de démocratie sanitaire. Il va aussi nous permettre, en tant que direction métier, d'avoir un document de référence, donc une feuille de route pour les 5 années à venir dans le cadre du PRS qui vient d'être publié.

Il souscrit également à une espèce de lecture transversale du PRS puisque dans les schémas qui le composent, il y a des actions démocratie sanitaire, des actions qui sont dédiées aux droits des usagers, à l'information des professionnels de santé et des usagers. Ça permet de rassembler au sein d'un même document l'ensemble de ces actions dédiées à la démocratie sanitaire.

Il présente le document.

Discussions

Mr LAPORTE propose de débattre sur le sujet, éventuellement d'émettre des réflexions par le biais du net afin de préparer la rencontre des présidents et vice-président de CT, le 12 juin prochain.

Dr SEBBAG l'exposé demande de plus amples informations et comporte trop de sigles.

Dr GOMBEAUD l'impression qui se dégage de cette intervention, c'est qu'il y a un manque de coordination entre les différents acteurs. C'est un des problèmes de la démocratie sanitaire, les acteurs entre eux ont du mal à discuter, alors que tout le monde a un intérêt commun à avancer dans les éléments. Les problèmes sanitaires dans le département, tels que la pauvreté, le social, le médico-social, la démographie médicale, sont colossaux. Il ne suffit pas de se contenter de faire, il faut organiser des débats qui sont directement liés à ces problématiques majeures.

La solution n'est pas que dans la coordination elle est beaucoup plus complexe, et il est peu probable qu'un tel programme puisse permettre à la population d'arriver à un système de soins.

Mr METTAUER effectivement la coordination n'est pas la solution à tout. Il ne faut pas non plus prendre cette feuille de route de la démocratie sanitaire, comme la solution à tous les problèmes.

Le problème de la démocratie des professionnels de santé est clairement identifié dans le volet ambulatoire du schéma. L'enjeu du volet sanitaire du SROSS c'est aussi de savoir au-delà des autorisations comment on va faire fonctionner le système tel qu'il est dimensionné aujourd'hui.

Ces problématiques sont bien évidemment prises en compte.

Ce schéma est quelque chose de transversale qui doit être une lecture du PRS. La matière est là, on a besoin de donner un petit peu de cohérence au système, de lisibilité et de ne pas essayer de faire des thématiques redondantes dans des commissions qui traitent de la même chose, mais qui n'ont pas tout à fait le même angle d'approche. Néanmoins ça ne réglera pas tout.

Mr BOUIS revient sur quelques points pour lesquels il n'est pas d'accord en tant qu'association d'usagers des systèmes de santé.

Le titre n'est pas approprié, on est parti sur la mise en place des systèmes de participation et non sur la démocratie. Le système fait appel à l'individu mais gomme totalement l'organisation des usagers (présence dans les structures, des équipements, des lieux de réflexions...).

La notion d'agrément des associations, n'est pas citée. Le rôle de l'ARS c'est d'aider à la formation des représentants des usagers. Si elle veut développer la présence des usagers, il faut que l'ensemble des acteurs prenne conscience, que les usagers sont de même niveau tant dans l'information, la participation que la gestion. Les structures doivent se poser la question du statut des usagers pour aller de la participation, à la vie démocratique.

Il faut trouver les moyens de mandater l'individu. Ça n'est pas en passant par un appel à volontariat, ou en faisant des débats larges, que le système progressera.

Mr METTAUER concernant le concept de démocratie sanitaire l'agence est chargée entre autres, de faire vivre et de déployer la politique publique sur son territoire qui est la région. Ce concept est peut-être très discutable, néanmoins il n'est que l'application de la réglementation.

Bien qu'il ne soit pas parfait, ce que l'on constate actuellement, c'est qu'il n'y a pas d'usagers dans les établissements de santé, ou pas suffisamment. Notre tâche est d'y remédier.

L'agence applique la réglementation et fait en sorte que les usagers prennent toute leur place et leur vraie place au sein des établissements de santé.

Ce n'est pas à l'agence et à l'ARS de définir un statut d'utilisateur, bien que celle-ci contribue à des discussions nationales. L'ARS n'a pas pour vocation de définir en Ile-de-France un statut particulier d'usagers rémunérés ou non.

Mr BOUIS souligne que la réglementation telle qu'elle est, stipule que les usagers doivent être représentés par le cadre d'associations agréées.

Mr METTAUER effectivement, et le document mentionne bien qu'il ne s'agit pas d'aller chercher des individus, mais de faire en sorte que les représentants d'usagers qui se proposent comme usagers, soient correctement représentés des associations agréées et ensuite par le circuit de l'hôpital.

Mme OLLIVET précise qu'il faut avoir lu le schéma de la démocratie sanitaire pour s'apercevoir qu'il est d'une grande richesse et qu'il renferme d'excellentes données, peu de choses sont à modifier. Malheureusement au travers du diaporama présenté, on n'en perçoit pas le reflet.

Il serait souhaitable que l'ARS IDF, en dehors du fait qu'elle puisse faire remonter les besoins d'évolution, se fasse le porte-parole auprès des ministères concernés, sur la réelle nécessité d'améliorer l'actuelle réglementation.

Elle revient sur l'indicateur choisi par l'ARS de « aucune réclamation liée à la difficulté d'obtention du dossier médical ». Il aurait mieux valu mettre : « aucune réclamation d'un usager pour son dossier médical ». En gérontologie, une quantité importante de demandes est faite pour accéder aux dossiers médicaux des personnes décédées. Beaucoup de réclamations sont adressées directement à l'ARS, sans être passée par un réseau de proximité. L'ARS ne peut exiger des établissements sanitaires ou médico-sociaux de recevoir zéro réclamation !

On ne peut pas se contenter uniquement des critères administratifs de l'agence.

Pr PISSARRO précise que l'on est devant un aspect de la démocratie sanitaire défini par des textes qui n'en reflètent pas réellement l'apparence.

Il est dommage que ce document ait été construit à l'envers sur le plan démocratique. On nous demande d'approuver ou de commenter un texte, ce qui limite la qualité des choses. Il aurait été plus facile de participer à la co-construction du document.

Il revient sur quelques points à éclaircir :

- sur les personnes vulnérables données dans le cadre du PRAPS (page 20 du document) :

« identifier les besoins en formation des professionnels pour mieux appréhender le comportement et les besoins des publics démunis » et

« concevoir des dispositifs de communication et de sensibilisation spécifiques aux personnes précaires et exclues du système de santé ».

Ça aurait été beaucoup plus démocratique que ce soit co-construit avec les personnes intéressées. L'association ATD Quart Monde a prouvé depuis longtemps que ça pouvait se faire.

- sur le plan local à propos des Contrats Locaux de Santé (page 36 du document) :

« introduire dans les CLS, une disposition incitant à la réalisation de débats publics et au partage de l'information par des dispositifs de consultation des populations »

C'est vraiment le début d'une approche démocratique de la construction des CLS, heureusement qu'un certain nombre d'ateliers santé/ville vont beaucoup plus loin que la consultation qui est l'aspect minimal de la démocratie dans le champ de la santé.

- concernant les débats publics, là aussi ça nécessite d'être très structuré pour que ce ne soit pas de la manipulation d'opinion. Le débat public ne peut être que l'aboutissement d'un très long travail au préalable pour qu'il puisse se tenir de façon cohérente.

- concernant la direction de la démocratie sanitaire de la communication et des affaires publiques. Qu'entend-on par affaires publiques ?

Mr METTAUER il s'agit d'une évolution des directions de l'agence.

À la construction de l'agence, cette direction s'appelait : direction de la démocratie sanitaire de la communication et des partenariats.

Mr EVIN avait un chef de cabinet, Mr BOGILLOT, qui s'occupait des affaires réservées.

À son départ, n'ayant pas été remplacé, Mr Nicolas PEJU a repris ses prérogatives et de fait, les partenariats ont été transformés en affaires publiques. Celles-ci regroupent partenariat et affaires réservées, une sorte de directeur de cabinet.

Mme BEAU concernant la santé mentale, les propositions faites semblent faibles. Bien qu'il y ait des comités de pilotage, il faut essayer de trouver de l'outillage pour mettre en avant plus d'actions concrètes.

Par ailleurs, il serait souhaitable que les établissements qui prennent la peine d'alerter l'agence par écrit, sur des situations très épineuses dans les établissements, aient a minima un accusé réception de leurs envois.

Mr METTAUER concernant les réclamations, il existe au sein du pôle démocratie sanitaire le service de gestion des réclamations d'utilisateurs.

L'agence a mis en place une procédure auprès de toutes les DT qui a pour objectif :

- d'émettre immédiatement un accusé réception.

- de répondre à l'utilisateur dans les 90 jours.

80% des réclamations doivent être traitées.

Concernant les volets de la précarité et de la santé mentale, effectivement la partie n'est pas suffisamment travaillée par manque de temps.

Pour la santé mentale, suite au forum de l'année précédente il y a un projet de mettre en place un groupe de travail permanent. Il est en train de se finaliser et devrait être mis en place au courant de l'automne.

Mr LAPIE revient sur le chapitre 3.2.2.1 relatif aux conseils de la vie sociale. On constate une logique descendante, en fait la conclusion « le principe » précède « les actions ».

Sur ce chapitre, il aurait peut-être simplement fallu s'en tenir à dire « il s'agit de tirer le bilan du fonctionnement des conseils de la vie sociale ». Il faudrait mettre en place une méthodologie permettant de tirer le bilan du fonctionnement des conseils de la vie sociale.

Mr BOUHAFS revient sur quelques points :

- sur la réception des courriers à la DT/ARS : chaque demande est prise en compte avec généralement réponse aux interrogations. Néanmoins certaines thématiques vont au-delà des compétences de l'agence, et relèvent du domaine des autres politiques publiques.

- Le schéma de la démocratie sanitaire n'a pas vocation à remplacer le PRS dans sa totalité ainsi que ses volets métiers, mais plutôt sur l'aspect communication et démocratie sanitaire.

- La question de l'agrément des associations est largement abordée dans le document et posée sur la table.

- La démocratie sanitaire ne se résume pas à la participation des usagers. C'est aussi l'ensemble des outils de la démocratie sanitaire y compris la CT, les débats publics, la participation des élus dans cette CT ou dans d'autres instances.

Le débat de la démocratie sanitaire n'est pas limité à la seule participation des usagers dans certaines instances institutionnelles.

Mr LAPORTE en résumé, la conférence de territoire ne peut pas être l'essentiel de la démocratie participative sur le territoire.

Il y a eu un travail colossal de réaliser, notamment sur les CLS, la présentation de divers schémas... Des ateliers santé/ville, des débats sur certaines problématiques ont été organisés. Certains élus sont venus, pas assez malheureusement. Toutes ces thématiques ont demandé un investissement considérable souvent difficile à intercaler avec un emploi du temps déjà surchargé.

Actuellement, la CT est dans une phase de construction, quelles réponses allons-nous apporter aux difficultés rencontrées, comment allons-nous aborder et avancer ensemble sur ces sujets ?

En partenariat avec l'ARS, il faut réfléchir sur la façon d'associer le travail de la conférence et des CLS en amont.

Par le biais des groupes de travail y compris l'invitation aux anesthésistes de venir nous présenter la situation dans le département, c'est aussi une façon concrète d'apporter notre contribution.

Sur le schéma de la démocratie sanitaire dans sa phase d'élaboration qui nous a été présenté, nous comptons sur chacun pour faire remonter des propositions.

Les prochaines dates de rencontres sont les suivantes :

- le bureau de la CT le 22 mai

- plénière le 29 mai.

La séance est close.

Le Président de la conférence de territoire


Pierre LAPORTE