



**Conférence de territoire**

## **Séance plénière du 18 décembre 2013**

# **COMPTE-RENDU**

### **Ordre du jour**

- 1) *La démarche de CPOM (Contrat Pluriannuel Objectifs et Moyens) auprès des établissements de santé***
- 2) *État des lieux des Contrats Locaux de Santé en cours ou en préparation***
- 3) *Bilan sur la présence des membres de la Conférence***
- 4) *Propositions de travaux des prochaines conférences (dont protocole CG/ARS sur la santé...)***
- 5) *Divers***

La dernière séance plénière de l'année 2013 s'est tenue le mercredi 18 décembre en présence de dix-sept membres (10 titulaires, 7 suppléants et 18 excusé(e)s.

La conférence débute à 10h10 par quelques mots de bienvenue du président. Il rappelle ensuite avoir entendu la plupart des remarques et le Bureau a établi le calendrier prévisonnel des séances plénières de la Conférence, déjà adressées à tous par les soins diligents de Madame Monique TRANCHOT.

Il les rappelle :

- Jeudi 06 mars 2014,
- Jeudi 10 avril 2014,
- Jeudi 15 mai 2014,
- Jeudi 19 juin 2014.

Une séance pourra être ajoutée si besoin en juillet. Les séances plénières ont toujours lieu de 10 à 13 h au maximum à la Délégation territoriale de l'Essonne : Immeuble France Evry – Tour Lorraine 6/8 rue Prométhée – 3<sup>ème</sup> étage 91000 Evry.

Cette année, il faut prévoir deux périodes de réserve électorale, à cause des élections municipales et des élections européennes. Lors de ces périodes, il n'y aura pas d'intervention

politique d'élus c'est-à-dire à la Conférence du 6 mars et à la Conférence du 15 mai. M. HUGUET, Délégué territorial (ARS) de l'Essonne apporte quelques explications complémentaires concernant cette réserve.

Le Président propose ensuite l'adoption du compte-rendu de la dernière conférence de territoire tenue le 07 novembre 2013 qui a été communiqué à chaque membre. Il n'y a pas de remarques. Le Compte-rendu est adopté à l'unanimité.

Le Président passe ensuite la parole à Monsieur Demba SOUMARÉ (responsable du département Etablissements de Santé à la Délégation territoriale de l'Essonne) pour la présentation du premier point de l'ordre du jour.

## 1) La démarche de CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) auprès des établissements de santé

### ■ Enjeux

#### Constats du bilan

Une démarche générale de contractualisation **insuffisamment partagée** (finalités multiples, communication insuffisante, application variable, ...)

Une procédure de négociation initiale perçue comme un **temps d'échange précieux mais lourde et chronophage**

Une procédure de suivi et de revue périodique des contrats **non appliquée**

#### Principes directeurs

Redonner du **sens** et de la **lisibilité** au CPOM comme outil de pilotage / dialogue de gestion (en faire autre chose qu'une simple formalité réglementaire)

##### → Un CPOM plus stratégique

*(Principales transformations de l'offre des ES en lien avec les orientations nationales et régionales envisagées à 5 ans)*

Procéder à un **allègement global** et à une **simplification** du dispositif

##### → Un CPOM plus synthétique

*(Resserré sur un nombre limité d'orientations, n'a pas vocation à l'exhaustivité)*

Mettre en place un **processus effectif de suivi** des contrats afin de réaffirmer le **bien-fondé** et l'**intérêt** de la contractualisation

##### → Un CPOM plus simple et évaluable, régulièrement revu

*(Suivi facilité par un recentrage sur quelques indicateurs et par l'informatisation du processus)*

Le cadre régional dans lequel s'inscrivent les CPOM :

# Le PSRS

Les axes transversaux  
Les urgences – Les personnes âgées

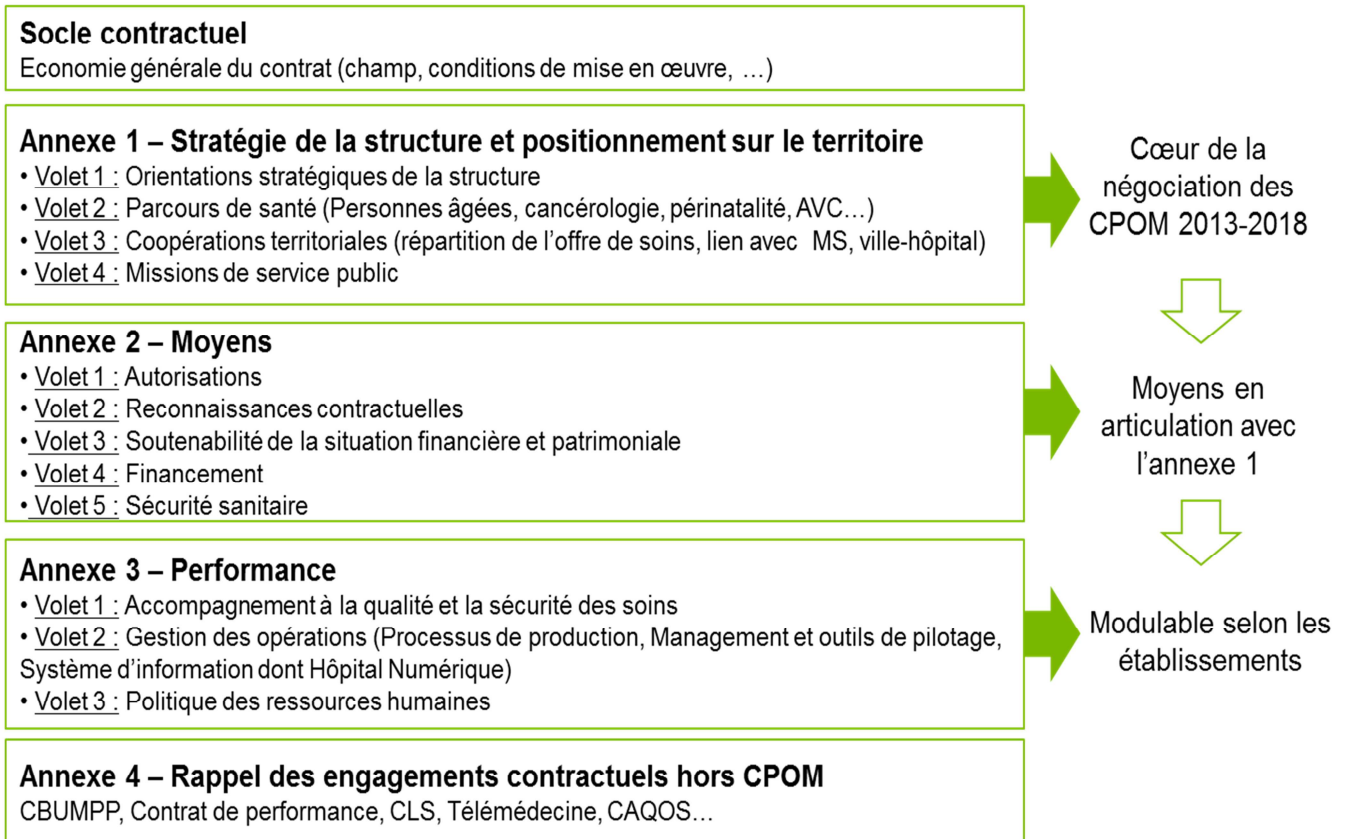
Les orientations  
du SROMS

Les orientations  
du volet  
hospitalier du  
SROS

Les orientations  
du volet  
ambulatoire du  
SROS

■ Contenu du CPOM

## Structure du CPOM retenue par l'ARSIF:



Les éléments constituant le « socle commun »

- Le socle contractuel
  - o Articles régissant la vie du contrat

- Les éléments réglementaires indispensables au fonctionnement de la structure :
  - o Les missions de service public,
  - o Les autorisations,
  - o Les reconnaissances contractuelles,
  - o Les financements.

Les éléments négociés (entre 3 et 10 engagements par structure)

- Enjeux :
  - o C'est la plus-value des CPOM, le côté « prospectif » du pilotage
  - o C'est la finalité de la phase de diagnostic
  - o Ils doivent permettre de guider la transformation des organisations sur 5 ans.
- Format :
  - o Choix d'un format cadre d'engagement, applicable à tous les volets du CPOM pour en faciliter l'enregistrement, l'analyse, le suivi et le transfert éventuel dans un autre SI.

N° Engagement	Objectif fixé à la structure	Indicateur de suivi	Dernière valeur connue	Valeurs cibles				
				2014	2015	2016	2017	2018
1								
2								
...								

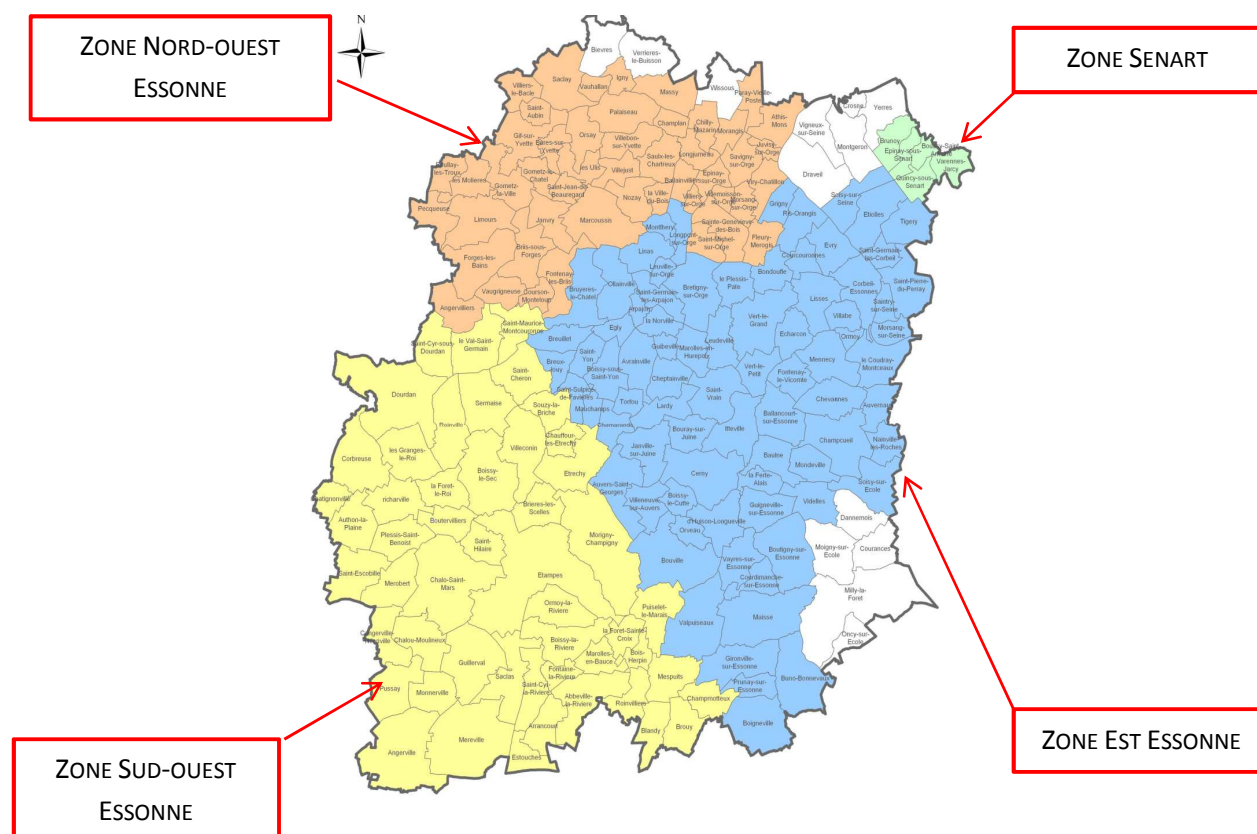
- o Possibilité de détailler les engagements par site géographique.

Exemples d'engagements, extraits du guide méthodologique de l'ARS :

Structures concernées	Objectif fixé à la structure	Indicateur de suivi	Cible
<b>Parcours de santé AVC (annexe 1 – volet 2)</b>			
Etablissements avec service d'urgence et /ou avec service de neurologie, SSR	Structurer la filière de prise en charge des patients victimes d'AVC	Implication dans une filière AVC avec mise en œuvre de protocoles communs aux établissements et validés par l'UNV de territoire	oui
<b>Coopérations territoriales (annexe 1 – volet 3)</b>			
Etablissements de santé ayant une activité de HAD	Développer le dispositif HAD dans le médico-social	Existence de protocole	oui
<b>Soutenabilité de la situation financière et patrimoniale (annexe 2 -volet 3)</b>			
EPS et ESPIC	Maîtrise du niveau d'endettement	Durée apparente de la dette	Max 10 ans
<b>Sécurité sanitaire (annexe 2 - volet 5)</b>			
Etablissements de santé ayant une activité MCO	Identifier et déclarer les effets indésirables médicamenteux au système de pharmacovigilance	Pourcentage des séjours d'une durée supérieure à 24h pour lesquels un code diagnostique d'effet indésirable médicamenteux est renseigné	1%
<b>Gestion des opérations (annexe 3 - volet 2)</b>			
Tous les établissements de santé produisant des actes de chirurgie	Développer la chirurgie ambulatoire en substitution de la chirurgie conventionnelle	Taux de chirurgie ambulatoire sur les 38 gestes marqueurs de l'Assurance maladie	85%
<b>Politique des ressources humaines (annexe 3 - volet 3)</b>			
Tous les établissements de santé	Maîtriser l'ampleur des mouvements de personnel	Taux de turn-over du personnel	A négocier localement

## ■ La démarche CPOM en Essonne

### Les infra-territoires



### Les principales orientations

#### ■ Optimiser les parcours de santé :

##### 1. Prise en charge des AVC

- Organiser les filières de prise en charge des AVC autour des 2 UNV/USINV de l'Essonne tout en maintenant une offre de neurologie générale

##### 2. Cancérologie

- Améliorer l'organisation des filières cancérologiques pour préserver la qualité et la sécurité des soins

##### 3. Psychiatrie

- Compléter l'offre de psychiatrie par la création d'une unité de soins intensifs en psychiatrie

##### 4. Personnes Agées

- Renforcer les filières gériatriques pour fluidifier le parcours de soins,
- Développer une offre de géronto-psychiatrie et conforter l'offre de télémédecine en gériatrie
- Rendre opérationnelles les conventions entre ES et EHPAD

##### 5. Périnatalité

- Organiser le flux des patientes en fonction du niveau de la maternité et du type de la grossesse tout en garantissant la qualité des soins.

## ■ Accompagner les coopérations :

### 1. Coopérations entre établissements de santé :

- Dans le sous ensemble Nord-Ouest : renforcer les synergies développées par les établissements de Longjumeau, Juvisy et Orsay déjà constitués en GCS de moyens Nord-Essonnes
- Dans le sous ensemble Est : favoriser les coopérations publics/publics et publics/privés pour assurer une complémentarité dans l'offre de soins : CHSF/ Arpajon ; CHSF/ Cliniques à Evry ; CHSF/CRRO ; HPPE/ CH Arpajon etc...
- Dans le sous ensemble Sud-Ouest : pour le CHSE, s'engager dans une redéfinition des portefeuilles d'activité de chacun des 2 sites visant à une complémentarité et, par ailleurs s'inscrire dans un travail d'adossement à des réseaux pour réduire son isolement géographique.

### 2. Coopérations hospitalières et médico-sociales

- Accompagner les équipes mobiles d'hygiène
- Développer la formalisation des conventions entre les ES et les EMS, particulièrement MAS, FAM et EHPAD
- Développer et formaliser des partenariats spécifiques pour les personnes atteintes de troubles autistiques lourds

### 3. Coopérations hospitalières et ambulatoires

- Développer les liens entre la ville et l'hôpital

## Calendrier

### La négociation des CPOM se déroule en trois vagues (2013, 2014 et 2015)

- **En 2013 : 16 dont,**
  - ✓ Pour le sud-ouest du département, le CHSE (Dourdan-Etampes)
  - ✓ Centre de radiothérapie de Ris Orangis et la Clinique Pasteur (réorganisation de l'offre)
  - ✓ Le Centre Hospitalier de Manhès, 4 cliniques psychiatriques et 2 cliniques (SSR et médecine)
- **En 2014 : 17 dont,**
  - ✓ Le nord-ouest Essonne avec les Centres Hospitaliers de Longjumeau, Orsay et Juvisy, la clinique de l'Yvette et l'Institut Jacques cartier.
  - ✓ L'est Essonne avec le CHSF, le CH d'Arpajon, l'HPPE – les Charmilles, le CMCO d'Evry, la Clinique de l'Essonne et l'Hôpital Privé Claude Galien.
- **En 2015 : 12 dont,**
  - ✓ Les marches Essonne – Val de Marne, avec les cliniques du GIE Santé-retraite (Athis-Mons, Val d'Yerres).

## Où en sommes-nous ?

### ■ 45 CPOM : ES et autres titulaires d'autorisations

#### ❖ Tous les socles communs sont à signer avant le 28 décembre 2013 :

- 31 déjà signés par les 2 parties
- 14 déjà validés et en attente de retour de signature par l'établissement

## ❖ **Négociations sur 2013**

- 4 déjà closes (engagements négociés et validés par les 2 parties)
- 8 en validation finale par les établissements
- 4 dont les rencontres sont à prévoir avant fin janvier 2014

Le Président donne la parole aux membres afin de réagir sur ce premier sujet.

**Mme GAUSSENS** (*représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux au titre des personnes âgées*) accuse réception du courrier CPOM de son établissement puis interroge sur la compréhension de cette nouvelle démarche dans les établissements ? La partie « socle commun » est claire car elle correspond aux autorisations déjà détenues par les établissements. Elle souhaite par contre obtenir des explications quant à la deuxième partie « négociation ».

La délégation territoriale a défini des orientations prioritaires par année cela signifierait que les établissements qui auront le renouvellement de leur CPOM en 2015 devront recevoir les « restes » des années précédentes ? Comment faire des négociations équitables lorsque les établissements partenaires n'auront pas leur renouvellement au cours de la même année ?

Il est nécessaire de définir des règles claires pour éviter des mécontentements.

**M. SOUMARE** apporte les réponses suivantes aux différentes interrogations de Mme GAUSSENS : dans un premier temps, chaque établissement réalisera son propre diagnostic. Pour cette première phase, les établissements et l'ARS vont partager les mêmes outils pour travailler (trame, diagnostic...). A cet effet chaque établissement a reçu son identifiant.

**Mme GAUSSENS** : Comment avoir un diagnostic global alors que tous les acteurs susceptibles de présenter un projet ensemble n'ont pas leur renouvellement de CPOM à la même période ? Elle ne comprend pas le système retenu et pense qu'il serait préférable de procéder par thème plutôt que par établissement.

**M. SOUMARE** précise qu'il n'y aura pas de traitements isolés. La démarche a été retenue suite aux concertations avec toutes les fédérations.

**M. MICHALET** (*représentant des usagers au titre des associations agréées*) : propose un cas concret, il réside dans l'ouest de l'Essonne et est représentant des usagers. Il précise que dans cette partie du territoire il y a deux établissements avec des directions transitoires, et souligne le fiasco dans les relations Orsay/Longjumeau/Juvisy. Dans cette configuration avec les négociations seront-elles menées ? Il déplore par ailleurs, le manque d'informations des citoyens sur ces sujets, la population est inquiète.

**M. HUGUET** (*délégué territorial ARS de l'Essonne*) : rejoint M. MICHALET quant à ses préoccupations car la situation de ces trois établissements est préoccupante. Des difficultés de gouvernance sont à reconnaître. Cependant l'ARS souhaite poursuivre l'objectif de coopération de ces trois établissements.

La direction par intérim du CH de Longjumeau/Orsay/Juvisy tenue par Mme LECLERC a pour objectif de faire reposer les tensions. Une nouvelle direction sera nommée, la fiche de poste est en cours de pro finement et une publication avant la fin de l'année est prévue. Il a rencontré les équipes médicales, et les difficultés à travailler ensemble sont connues. Il existe par ailleurs de véritables enjeux de complémentarités et des projets.

Une lettre de mission précise sera donnée au nouveau chef d'établissement par rapport à ces orientations. Mme LECLERC a fait des propositions et des démarches d'avancés raisonnables.

**M. GALINAND** (*représentant des usagers au titre des associations de personnes handicapées*) : Comment va s'inscrire le CHIV dans les CPOM de l'Essonne ? Un élu local se bat pour attirer une partie de la population de l'Essonne vers cet établissement. Pour l'autisme lourd des adultes et des enfants, qu'est-il prévu ? Il n'y a pas de structures dans l'Essonne.

**M. SOUMARE** confirme que le CHIV est rattaché au département du Val-de-Marne. Les négociations avec l'hôpital Privé du Val d'Yerres et du Gallien tiendront compte des négociations avec cet établissement.

**M. BARGMAN** (*responsable du Pôle offre de soins et médico-social – DT ARS 91*): dans les modalités de coordination des limites administratives notre département travaille avec le département du Val-de-Marne pour la prise en charge des patients. Le département de l'Essonne est donc associé aux démarches du CPOM 94 et du CHIV car une petite partie de la population essonnoise en dépend. Pour les autistes, une réflexion est engagée dans le schéma médico-social. Il faut maintenant trouver dans notre département une structure qui prendra en charge ce type de troubles car les patients se font prendre en charge à Paris.

**M. GALINAND** rappelle les problèmes financiers des familles en citant les cas de patients qui se font soigner en Belgique et qui sont pris en charge par la Sécurité Sociale française.

**M. LAVAUD** (*représentant des usagers au titre des associations de retraités et personnes âgées*): il serait plus logique de traiter les renouvellements des CPOM par items plutôt que par établissement ou par zone géographique.

**M. HUGUET** : la procédure retenue pour traiter les renouvellements de CPOM n'est certes pas la plus parfaite mais elle résulte d'un raisonnement par parcours. Le traitement par établissement est une méthode d'approche qui permet aux établissements de proposer individuellement des éléments de réponses C'est la démarche qui paraissait la plus pragmatique compte tenu des capacités d'agir de l'Agence.

**M. LAVAUD** précise que l'inconvénient ne vient pas d'un traitement par territoire mais de l'étalement des renouvellements sur plusieurs années.

**M. SOUMARE** : Les autorisations et les reconnaissances contractuelles sont des démarches différentes des CPOM. Il insiste sur le fait que dans le cadre des CPOM, «il n'y a pas de gâteau à partager».

**Mme RAMEL** (*représentante des usagers au titre des associations de personnes handicapées*): la présentation proposait de compléter l'offre de psychiatrie par la création d'une unité de soins intensifs. Où sera implantée cette unité ?

**M. SOUMARE** répond qu'il s'agit d'un besoin départemental et une priorité du SROS Hospitalier. Il n'y a pas pour l'instant de dossier déposé en ce sens pour le moment.

**Mme RAMEL** poursuit en interrogeant sur la différence entre cette unité et le SIAC de Longjumeau ?

**M. SOUMARE** : Le SIAC est géré par l'hôpital de Longjumeau, ce n'est pas la même chose.

**M. BAUDRY** (*représentant des usagers au titre des associations agréées*) demande quel est le rôle de l'ARS en ce qui concerne les coopérations ? Serait-ce de les accompagner ou de les initier ?

**M. SOUMARE** répond que les coopérations sont à l'initiative des établissements et de l'ARS. Pour illustrer sa réponse il donne quelques exemples.

**M. BAUDRY** : Un mauvais esprit aurait pu penser que l'ARS par sa toute-puissance a déjà tout organisé.

**Mme GAUSSENS** : Imaginons que l'on négocie un item avec les établissements en 2014. En 2015 on négocie avec deux autres établissements impactés par le même item. Comment intégrer en 2015 des établissements dans un item traité l'année d'avant ?



**M. HUGUET** : pour répondre à la question de Mme GAUSSENS informe qu'il faut distinguer les autorisations des négociations. Il s'agit pas d'autorisation mais de négociations qui ont vocations à se poursuivre avec les partenaires habituels.

**M. SOUMARE** apporte un complément d'information : le diagnostic est réalisé en même temps que les négociations de façon à rendre les conventions opérationnelles.

**M. MICHALET** : attire l'attention sur une 3ème stratégie (malade et médecin libéral) à prendre en compte en rappelant sur les malades choisissent leur lieu de soin et fonctionnent par habitude. Il faut alors garder à l'esprit cette stratégie de trajets.

**M. HUGUET** : comment un établissement s'inscrit dans le parcours de la personne ? Les CPOM ont cette vocation transversale (offre libérale de 1er recours). Il faut faire évoluer le rôle des structures (rôle ambitieux). L'ambition de l'ARS est d'afficher une lisibilité pour les patients.

**M. KEPELLIAN** (*représentant des professionnels de santé libéraux au titre des kinésithérapeutes*): ajoute qu'en général un médecin dirige un patient un établissement en fonction de la qualité de la prise en charge et non en tenant compte de la proximité de son domicile. Il demande à ce que lors des regroupements d'hôpitaux qu'il soit vérifié que les bons praticiens y sont toujours en exercice.

**M. DELIE** (*représentant des établissements de santé au titre des établissements de l'AP-HP*): suggère de faire des chevalets afin de mieux identifier les membres qui assistent à la séance. Concernant le regroupement des établissements, en dépit parfois d'une certaine complexification, trois objectifs sont poursuivis qui mériteraient d'être rappelés. En 1er lieu il s'agit bien sûr d'être plus efficient en mutualisation des équipes ou en restauration des marges budgétaires, deuxièmement de décloisonner avec par exemple une mutualisation des bonnes pratiques, enfin de limiter les effets d'une concurrence au profit d'une complémentarité d'activités entre établissements.

**M. MICHALET** dit s'interroger concernant cette recherche d'efficacité lorsqu'il est question de regroupement.

**M. DUPORTET** (*représentant des usagers au titre des associations agréées*) déclare que le regroupement ne s'est pas évalué par un résultat positif. Il pense qu'il serait nécessaire de faire une évaluation réelle des bénéfices apportés aux usagers par les regroupements hospitaliers.

**M. GALINAND** relate une expérience d'hospitalisation d'urgence : à sa sortie le patient a constaté que le tarif appliqué est celui d'un établissement privé. Cet aspect est-il abordé ?

**M. HUGUET** : dans le cadre des coopérations accompagnées public /privé, l'ARS agit pour que les patients dispose d'une offre à des tarifs opposables.

**M. DELIE** propose d'élargir l'appréciation que l'on peut porter au phénomène de regroupement considéré à tort trop négativement, même s'il y a des difficultés voire des échecs.

Pour conclure ce premier point le Président remercie M. SOUMARE pour sa présentation et chacun pour les échanges sur le sujet. Il introduit le deuxième point en rappelant que les contrats locaux de santé sont votés en conférence de territoire.

## 2) État des lieux des Contrats Locaux de Santé en cours ou en préparation

Ce deuxième point est présenté par monsieur T. BODIN (délégué territorial adjoint de l'Essonne – ARS) - Voir diaporama en pièce jointe.

**M. NASZALYI** : s'inquiète de savoir comment la conférence de territoire peut-elle être informée du niveau d'avancement des contrats locaux de santé ? Il formule le souhait que lui soit adressé ainsi qu'au vice-président des données sur les CLS de façon à expliquer et à enrichir leurs réponses lors des invitations.

**M. GALINAND** demande s'il est possible que ces informations soient relayées sur le site du CODERPA.

**Mme RAMEL** rappelle que lors de l'avis donné sur le CLS de Corbeil-Essonnes, il était question de rapport avec les associations. Il n'y a pas eu à ce jour de contact avec l'UNAFAM. Comment rentrer en contact avec les organisateurs ? Elle pointe du doigt le problème entre la décision et l'exécution.

**M. LAVAUD** : Les CLS sont conçus pour une population défavorisée. Comment est prévu le financement de ces contrats ?

**M. BODIN** : Il existe deux phases dans la conception d'un CLS : 1 phase d'élaboration par la Mairie qui sert à définir des phases stratégiques et une phase de suivi. La phase de suivi est à la charge de la Mairie qui organise des comités de suivi.

Pour répondre à la question portant sur le CLS de Corbeil-Essonnes, M. BODIN informe que le contrat adopté en Conférence de territoire, le 7 novembre dernier n'a pas encore été signé officiellement par Claude Evin et le Maire de Corbeil. Il note qu'il faudra être vigilant en 2014 sur le point évoqué.

Concernant le financement : un CLS regroupe différents acteurs qui travaillent ensemble d'abord sur un projet. Le financement des actions de ce projet intervient ensuite selon les règles propres à l'action, (cofinancement ...) par exemple par appel à projet, soit par la Mairie soit par l'ARS suivant le projet.

**M. NASZALYI** ajoute quelques informations concernant le passage de nouveaux CLS en conférence de territoire. La présentation et le vote du CLS Viry-Grigny seront à l'ordre du jour de la prochaine séance prévue le 30 janvier 2014.

### 3) Bilan sur la présence des membres de la Conférence

Le Président informe qu'il a adressé à titre personnel un mail à tous les membres de la conférence de territoire qui n'assistent pas aux séances plénières. Il a reçu des réponses de certains membres, d'autres n'ont pas pris la peine de répondre.

L'objectif de sa démarche étant d'avoir une conférence vivante. C'est une occasion donnée pour réunir des personnes qui ne se seraient pas rencontrés autrement. Il rappelle que la conférence de territoire est une opportunité de travailler ensemble. De plus, l'Essonne est un département pilote compte tenu de la convention signée entre l'ARS et le Conseil Général au mois de novembre 2013.

Il annonce qu'il prévoit, en accord avec le Bureau d'appliquer l'alinéa de l'article 19 du règlement intérieur de la Conférence de Territoire qui stipule que : «...lorsqu'un membre titulaire de la conférence n'a pas assisté personnellement à trois réunions consécutives, le président de la conférence de territoire procède au remplacement dudit membre conformément aux dispositions de l'article D. 1434-5 du code de la santé publique».

**M. POUGES** (représentant des représentants des établissements de santé au titre des présidents de CME pour les établissements publics de santé) : demande de d'examiner la possibilité de recevoir en séance plénière le directeur du CHSF ou son représentant quand un point à l'ordre du jour concerne cet établissement ? Sa demande est motivée par son inconfort à répondre aux questions relatives à l'établissement. De plus leur présence pourra enrichir les débats. Il est entendu qu'ils ne prendront part aux votes.

**M. HUGUET** rappelle que la conférence de territoire peut inviter des personnes selon leur qualité aux séances plénières suivant l'intérêt des sujets débattus.

**M. NASZALYI** : rappelle que le prochain bureau de la conférence de territoire se tiendra le 6 janvier 2014. Lors de cette réunion les membres aborderont les propositions d'invitation et les remplacements légaux. Cela constituera un point du jour permanent.



Le Président rappelle que deux nouveaux membres au Bureau sont entrés en fonction : Messieurs Jean-Guy PERILLAT et Denis JOUTEAU. Ils ont remplacé messieurs Marc PULIK qui nous a quitté pour le siège de l'ARS Ile de France, (on ne saluera jamais assez son travail à la tête de cette Conférence) et Roland LUBEIGT qui a pris sa retraite. Ils ne remplissent plus les missions qui ont conduit à leur nomination en qualité de membres de la conférence de territoire et du Bureau. Ces remplacements ont été réalisés conformément au règlement intérieur.

**Mme GAUSSENS** avoue son étonnement de voir nommer au bureau des personnes qui n'assistent jamais aux séances plénières de la conférence de territoire. Elle précise cependant qu'elle ne maîtrise pas le règlement intérieur de l'instance.

**M. NASZALYI** entend ce que dit Mme GAUSSENS qui illustre pourquoi le Bureau veut veiller à la présence de tous, car un mandat engage !

#### **4) Propositions de travaux des prochaines conférences (dont protocole CG/ARS sur la santé...)**

Les sujets suivants seront présentés en séance plénière :

-  présentation du protocole Conseil Général 91 / ARS signé par messieurs GUEDJ et EVIN le 25/11/2013,
-  CLS de Viry-Grigny.

Le Président rappelle aux membres l'importance de la présence de chacun car la conférence de territoire est un élément décisif lors des votes de CLS. Il formule également le souhait d'inviter le Préfet à une séance plénière ou d'autres personnalités.

Ce dernier point lui permet d'ouvrir les questions diverses.

#### **5) Divers**

**M. NASZALYI** informe qu'il a été saisi par la situation de plusieurs associations intervenant au domicile de personnes âgées et en situation de handicap. Pour l'une d'elle, il a été très surpris des blocages administratifs mis en place par le secrétariat de la Commission des Chefs de Services Financiers (dite COCHEF). L'interprétation très restrictive et parfaitement non-conforme à l'esprit de la loi de 2005 qui vise elle à assurer une bouffée d'oxygène et donc la survie d'entreprises, est préoccupant, pas seulement pour les structures en cause, mais pour les salariés et dans les cas qui nous intéressent des centaines de personnes fragiles. Le fautif en est une interprétation plus que discutable d'un service de la DDFIP de l'Essonne. La Conférence de Territoire de l'Essonne doit être avisée. Le Président s'en est ouvert au Préfet, comme il l'avait fait naguère avec ses prédécesseurs. La réponse de ce dernier ne lui semble pas, à la hauteur du danger grave et sérieux et de la mise en danger de la vie d'autrui. Le Président continuera à informer la Conférence de Territoire car la santé voire plus, d'un grand nombre ne peut ainsi faire l'objet de mesures arbitraires et de plus assez ineptes.

Il passe ensuite la parole au DT pour un point sur la maternité de Dourdan.

**M. HUGUET**. Souhaite évoquer un point d'actualité par rapport à la suspension d'activité de la maternité du site de Dourdan du CHSE (centre hospitalier Sud Essonne). Il informe qu'il est porté à

sa connaissance ce jour l'information qu'une parturiente s'est enchainée à un lit de la maternité pour signifier son souhait d'accoucher à Dourdan. Ce sujet a déjà été médiatisé.

Il y a une suspension d'activité de la maternité suite à un évènement qui s'est déroulé pendant l'été. Certains dysfonctionnements ont été constatés conduisant à un évènement indésirable grave. Une inspection par les services de l'ARS a donné lieu à une suspension de l'activité dans l'attente que l'établissement présente sa réponse aux injonctions dans un délai d'un mois.

Actuellement, certains points positifs sont à noter mais il reste encore certaines mesures à prendre afin d'éviter tout risque potentiel d'évènements indésirables graves. Ce constat est à l'origine de la prolongation de la suspension de l'activité avec un calendrier de résolutions demandé à l'établissement.

Ce calendrier fournit par le directeur de l'établissement est en cours de travail pour l'amélioration de la prise en charge des patientes. Il précise par ailleurs qu'il n'y a pas de fermeture de maternité prévue dans le PRS et rappelle que la responsabilité de l'ARS est de veiller à la sécurité du système de santé.

Le Président met fin à la séance en souhaitant de bonnes fêtes de Noël et de fin d'année à chacun.

Prochaine conférence le jeudi 30 janvier 2014 à 10 heures.