

CONFERENCE DE TERRITOIRE DE PARIS
VENDREDI 17 JUIN 2016
9h00 – 12h15
EPS MAISON BLANCHE
Centre administratif et de conférences – Salle Van Gogh
10 rue Pierre Bayle - 75020 Paris

Début réunion : 9h05.

I/ Accueil de M. Lazare REYES, directeur de l'Etablissement public de santé Maison Blanche

II/ Approbation du compte-rendu de la réunion du 20 mai 2016

M. CACOT souhaite rectifier le terme « participants » par « intervenants » (page 7). Il souhaite également rectifier un des ses propos, page 8 : « Le Dr Cacot demande s'il est possible de passer du « bidouillage » innovant à la recherche » à la place de « le Dr Cacot demande si un axe semble repérable entre bidouillage et innovation ».

Le compte-rendu est approuvé sous réserves de ces modifications.

III/ Thème de la réunion : « Territoire et démocratie en santé : la fonction territoriale des futurs conseils territoriaux de santé »

Le Président introduit la séance.

Une première question pourrait être de savoir si la variation sémantique (conseil - conférence) signifie une différence d'attente vis-à-vis de cette instance dont la composition et l'organisation vont être présentées.

Une deuxième question est posée par le Directeur général de l'ARS, Monsieur Christophe Devys, qui souhaite recueillir les propositions des conférences de territoire et de la CRSA sur les découpages territoriaux qui seraient les plus pertinents pour que cette future instance de démocratie en santé soit efficace, ou à tout le moins que son fonctionnement soit pertinent.

a) Introduction : les futurs conseils territoriaux de santé

Intervention de M. Tanguy BODIN, Directeur du Pôle Démocratie sanitaire - Agence régionale de santé Ile-de-France (ARS)

M. BODIN présente dans un premier temps un bilan quantitatif et qualitatif des conférences de territoire installées en 2010.

Il présente ensuite les étapes de la transformation des Conférences de territoire de santé en Conseils territoriaux de santé.

→ présentation powerpoint en annexe

Questions :

A la question de M. HARVEY, Président de CME à l'Hôpital des Diaconesses, M. BODIN répond que la première séance sera consacrée à l'élection du Président, à l'établissement d'un règlement intérieur et à la constitution de la commission usagers et de la commission santé mentale.

M. CACOT souhaite faire une réflexion sur le bilan des Conférences : à son sens, ce n'est pas parce que l'on institue un objet, certes avec de bonnes intentions, qu'il fait sens pour les gens qui sont censés s'en servir. Il lui semble donc légitime que les acteurs se demandent comment se servir de cet outil. Un bilan est donc à mener sur les travaux accomplis.

M. LAURET, Conseiller de Paris, trouve important que les travaux de la Conférence soient connectés au calendrier de l'ARS. L'ARS doit pouvoir demander un éclairage complémentaire à la Conférence à chaque échéance importante et sur les réflexions qu'elle mène sur certains sujets.

Mme STOPPA-LYONNET, Conseillère de Paris, note la nuance entre les mots « conférence » et « conseil » : un conseil donne un rôle plus important à l'instance. Elle demande donc quelles pourraient être les modalités de ce conseil.

M. EL GHOZI, membre de la Commission permanent de la Commission Régionale de la Santé et de l'Autonomie Ile-de-France (CRSA) et élu de Nanterre, note que l'on passe à un rôle délibératif et que l'avis doit avoir un effet. La question est de savoir ce que l'on fait de ces avis.

M. BURNIER, Président de la CRSA Ile-de-France, pense que l'on pose la réflexion dans le bon sens. Avant de réfléchir sur le périmètre, le contenant, il faut réfléchir et s'exprimer sur le contenu : qu'attend-on de la démocratie en santé en tant que professionnels, usagers, élus et comment la conçoit-on?

Il est convaincu qu'en matière de santé, on a un Etat fort qui s'exprime par le biais de l'ARS qui a tous les pouvoirs (autorisation et planification, financier, etc). Mais il est nécessaire que ce pouvoir s'équilibre par la démocratie en santé, d'une part par la CRSA et d'autre part par les conférences de territoire. Elles ont, de par leur composition, une force collective de contribution.

Ces instances doivent devenir un contre-pouvoir ascendant par rapport aux institutions (ARS).

Les propositions doivent être partagées et élaborées par la démocratie interne à ces instances et en ce sens une expression majoritaire (vote) est à organiser.

L'objectif est d'élaborer une autre forme de processus de décision entre acteurs de terrain et l'ARS, une recherche de co-construction des programmes publics en santé. Il rejette l'idée d'une « démocratie alibi ».

M. BODIN s'accorde sur le constat du véritable manque de retour sur les propositions faites par la Conférence de territoire.

L'évolution des termes montre l'objectif d'associer plus largement ces instances en renforçant leurs missions.

Il note une évolution à l'ARS, créée en même temps que les instances de démocratie sanitaire, qui est d'associer plus largement, et surtout au niveau local, l'ensemble des acteurs et des partenaires qui sont désormais mieux identifiés et mieux connus.

Aujourd'hui, l'Agence s'inscrit dans une logique partenariale plus forte et la question de comment mieux travailler avec les acteurs se pose dans de nombreux projets. La construction du Plan régional de santé en 2017 en sera une illustration concrète.

Il note tout de même que sont déjà mis en place des groupes de travail thématiques à l'Agence et que leur format est plus propice à la co-construction.

Ms LOUP et HERCOT posent la question de la composition du collège des professionnels de santé. Comment sera fait le partage entre professions de santé ?

M. BODIN indique les professionnels de santé seront dans le collège « professionnels et offreurs de soins » et qu'une borne haute et basse seront définies par décret au niveau de chaque collège. Un arrêté ministériel devrait décliner un peu plus mais pour l'instant, il n'y a pas de certitude car tout est à l'état de projet.

M. BEGUE rejoint M. CACOT sur l'importance de savoir à quoi sert l'instance car la baisse de participation vient peut-être du fait que les représentants ne savent pas ce que l'on attend d'eux : information, concertation ? Il est sceptique sur les concertations faites au mois d'août, quand les gens sont en congés et pense que le « renforcement » des usagers est peu significatif.

M. CACOT pense que la question de la « mise en cohérence », à commencer par ce que représente la Conférence, est à soutenir.

b) l'approche santé de la future métropole du grand PARIS

La Métropole du Grand Paris (MGP) est un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) qui regroupe la ville de Paris et 130 communes, comprenant l'intégralité des communes des départements de la petite couronne (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne) ainsi que sept communes de la grande couronne.

M. ECHARDOUR précise que les scénarios ne sont pas connus à l'heure actuelle, y compris pour l'Agence et pense qu'il y aura quoiqu'il arrive une redistribution des responsabilités globales. Le débat de l'impact de la future Métropole du Grand Paris sur la santé est selon lui encore prématuré.

Il évoque les enjeux démographiques de la région, sujet ayant selon lui peu fait l'objet de débats et notamment le phénomène de densification de la Petite couronne qui absorbera sûrement le flux démographique futur. Ce phénomène pourrait éventuellement justifier le renforcement des hôpitaux de l'AP-HP autour de Paris et une réflexion sur l'évolution progressive de certains équipements.

c) les questions de la ville-département

Intervention de M. BASTIDE, Directeur du cabinet du Dr JOMIER, Ville de Paris

En termes de bilan de fonctionnement de l'instance, il semble à la Ville de Paris que la Conférence de territoire est une instance très riche en termes de dialogue, de confrontation de points de vue et de production d'informations.

Elle a plus d'interrogations sur comment passer d'une approche de partage de points de vue à quelque chose de plus contributif sur la continuité, avec une réflexion sur le phasage des travaux abordés avec les échéances des opérateurs en santé (collectivité municipale et départementale, ARS) pour qu'ils aient plus de résonance sur les calendriers des thèmes abordés.

Elle se demande s'il ne serait pas préférable que certains thèmes soient priorisés et davantage suivis et portés par la Conférence. Un sujet selon elle peu présent et qui mériterait d'être renforcé est la prévention et la question des déterminants de santé dans les politiques publiques de santé, y compris dans la représentativité de ses membres au sein de la Conférence.

Sur les éléments d'évolution législative, elle note que les nouvelles attributions des conseils territoriaux sont plus ambitieuses qu'elles ne l'étaient pour les Conférences.

Elle se dit attachée à l'enjeu qu'est la contribution au diagnostic territorial partagé et à l'appel à contribution au projet régional de santé (PRS).

Elle souligne le lien prévu par le législateur avec les instances locales de démocratie sanitaire (conseils locaux de santé, conseils locaux de santé mentale). A ce titre, elle pense qu'il est important de prévoir les modalités de cette articulation entre elles (représentation, intégration ?).

Face à ces ambitions importantes affichées, se pose assez vite la question des moyens pour que les instances puissent remplir ces objectifs.

Sur la question de la représentation de la Ville et du territoire, M. BASTIDE rappelle que Paris a quelques spécificités par rapport aux autres territoires puisque ce n'est pas l'exécutif municipal qui est représenté mais le Conseil de Paris. Il n'y a pas de représentants des élus d'arrondissement et pas d'intercommunalité, donc 2 élus en moins.

La position de la Ville est que le territoire le plus pertinent est Paris, notamment parce que la politique de réduction des inégalités s'y inscrit. Cela dit, elle n'exclut pas de réfléchir au travail qui peut être fait en lien avec d'autres territoires (Petite couronne, Métropole du Grand Paris, arrondissements) en fonction des thématiques qui le nécessitent.

Le débat autour de l'évolution du statut de la Ville, et probablement la fusion Ville-Département, cet été à l'Assemblée nationale, devra également prendre en compte cette spécificité dans le décret d'application.

M. BODIN pense que le système de bornes hautes et basses du décret d'application pourra résoudre ce problème de représentation des élus, qui se pose également sur d'autres territoires (Corse, Martinique).

M. BURNIER évoque la réforme administrative avec la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, dite loi « MAPTAM ». Il ne sait pas ce qu'il adviendra de la Métropole du Grand Paris, très critiquée notamment dans son périmètre.

2 choses selon lui émergent fortement dans cette loi et c'est heureux :

- le fait métropolitain par rapport aux grandes capitales ;
- l'intercommunalité (36 000 communes en France, 1 281 en Ile de France) où la France a pris beaucoup de retard.

Il pense qu'il faut prendre en compte la réalité intercommunale dans la réforme en cours, même si elle n'a pas de compétences directes en matière de santé. Il pense également qu'il faut de la souplesse et sortir du jacobinisme.

d) Le débat de l'association des Maires de l'Ile de France

Intervention de M. Laurent EL GHOZI (Association Elus, santé publique et territoires)

Il considère que le choix du département comme territoire de démocratie sanitaire en 2010 était une erreur car on a raté l'occasion de commencer à construire le Grand Paris en découpant autrement les territoires.

Aujourd'hui, et à la lecture de la loi de modernisation du système de santé, il faut renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire. Il y a une volonté de s'appuyer sur ce qui se fait au niveau local (coordination des parcours, lien avec instances locales de santé, proximité des usagers etc). Pour lui, la démocratie participative ne se joue donc qu'à un niveau local, de proximité.

La loi donne plus de pouvoir, de légitimité à ces instances que sont les conseils territoriaux de santé. La démocratie participative doit être selon lui un contre-pouvoir aux élus, eux aussi légitimes. Or, la Conférence de territoire, si elle a servi à ce que les gens se rencontrent, n'a pas eu ou très peu d'impact sur la réalité, quelle que soit la bonne volonté de l'ARS.

Concernant l'absence des élus locaux, il l'explique par le fait que les sujets de la conférence n'étaient pas forcément les leurs, que par l'absence d'impact sur la réalité de leur commune, ceux-ci n'apportaient pas de réponses aux demandes de leurs habitants. Il explique qu'en cas de problème de santé, les élus franciliens s'adressent en général directement au Ministre ou au Directeur général de l'ARS. La valeur ajoutée de participer à ces instances était donc pour les élus relativement faible.

Il pense que si l'on veut que cela change et que les élus locaux se saisissent des questions de santé, participent et soient acteurs, il faut d'abord que les élus y trouvent et y partagent une information complète ; qu'ensuite les délibérations des conseils pèsent sur les décisions de l'Agence et aient un impact sur les territoires qu'ils connaissent et sur un territoire qui ait un sens.

L'avis des élus locaux est que le département n'est ni un territoire pertinent ni cohérent car non homogène, fractionné en plusieurs périmètres, sur lequel ils n'ont pas d'impact (exemple des Hauts de Seine).

Pour mieux associer les acteurs et la population, pour offrir plus de proximité, et s'inscrire dans la réforme territoriale de l'Etat, il semble donc aux élus locaux et à l'AMIF (association des maires d'Ile-de-France) que les 11 établissements publics territoriaux (EPT), nouvelles intercommunalités créées dans le cadre du Grand Paris, ont un sens. Cela représente environ 500 000 habitants et 4 conseils territoriaux sur Paris et 19 en Ile-de-France.

Il comprend que la question des moyens se pose à l'Agence régionale de santé mais si l'on veut renforcer la démocratie sanitaire, il faut s'en donner les moyens.

M. BASTIDE redit que la question de la territorialisation de la santé à Paris est une vraie question : on assiste à une superposition de découpages (territoires pour l'action sociale, quartiers politique de la ville, quartiers minoritaires, arrondissements, etc) qui n'ont pas forcément les mêmes problématiques et qui ne se recoupent pas forcément non plus. Il n'est pas sûr que 4 conseils territoriaux de santé amènent plus de proximité. Il lui semble enfin qu'il y a une pertinence de l'échelon parisien concernant la démocratie sanitaire.

e) Réflexion sur les facteurs propices au dynamisme et à l'utilité des Conférences de territoire : l'exemple de la CT 91

Intervention de M. Philippe NASZALYI, Président de la Conférence de territoire de l'Essonne

Les conférences de territoire sont le fruit d'une double idéologie :

- idéologie néolibérale à l'américaine avec une volonté de détruire l'Etat et de renvoyer au territoire ; il cite le principe constitutionnel américain de « community organization » qui désigne une forme d'organisation collective à l'échelle locale visant la participation des citoyens à la vie de leur communauté.

La conférence de l'Essonne est un peu cela car elle a mis tout le monde à égalité et inversé le rôle des promoteurs de la santé.

- paradoxalement, la loi HPST renforce le pouvoir de l'Etat via les ARS à qui on a donné des pouvoirs « exorbitants » de droit commun.

Il pense donc que nous sommes à la « croisée des chemins », où des gens sans pouvoir sont en train de le gagner. Le plus important selon lui est que dans cette loi, le territoire n'est pas donné : il faut le construire.

Concernant la faible participation des élus, il pense que c'est d'abord un problème de pouvoir : les élus ont du mal à ne pas se sentir les seuls investis d'un peu de pouvoir dans un système de démocratie représentative. Les élus ont à son sens oublié qu'ils pouvaient discuter (conseils de quartier).

Un élu de l'Essonne est venu avec sa suppléante à toutes les réunions et cela a permis de travailler réellement en commun et de mettre à profit l'expertise de la Conférence (par exemple, la problématique des déserts médicaux en Essonne).

Il pense que fort heureusement que les conférences de territoire n'ont pas eu de pouvoir car cela a évité un certain nombre de postures, qui n'ont selon lui pas de sens si l'on parle de l'intérêt général.

Il pense qu'il faut intéresser les élus, les apprivoiser à réellement discuter avec les populations dans une logique de co-construction.

En conclusion, il cite Jürgen Habermas : « l'authenticité de la démocratie réside moins dans la nature formelle de ses institutions que dans la qualité d'un espace de débat précédant les décisions ». C'est ce qui a été le cas dans les conférences qui ont fonctionné et qui doit être le cas des conseils territoriaux de santé.

Discussion :

M. BURNIER évoque les solutions discutées lors du séminaire de la CRSA réunissant les présidents et vice-présidents des conférences de territoire d'Ile-de-France. La solution majoritaire qui s'est exprimée et qui sera proposée au DGARS est celle de retenir le département comme territoire le plus pertinent pour exercer la démocratie sanitaire.

Il insiste pour dire qu'il ne s'agit pas de faire plaisir à l'ARS ou d'une quelconque peur du changement mais bien d'une solution pragmatique, pratique et « praticable » et lisible pour les citoyens et acteurs de santé.

Le département est ensuite le cadre d'élaboration et de mise en œuvre des politiques sociale et médico-sociale (loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement). Il constitue un échelon intermédiaire pertinent pour discuter, suivre et accompagner les démarches locales et territoriales dans des logiques de co-construction des politiques de santé.

Il n'exclut pas la possibilité de constituer des découpages infra ou trans départementaux à condition que cela revête un caractère consensuel, viable et opérationnel dans ces nouveaux territoires.

Il ajoute enfin avoir compté 18 formes de découpage sanitaire et social à l'intérieur du département.

M. NASZALYI évoque la construction idéologique des territoires et les questions que cela soulève aujourd'hui, notamment dans son département en Essonne.

M. LAURET pense que l'efficacité du conseil de territoire sera lié à sa capacité à produire des idées et des conseils auprès de ceux qui ont une dimension territoriale opérationnelle, en l'occurrence l'ARS ou la Ville de Paris , et se dit donc favorable au département.

Mme STOPPA-LYONNET évoque les deux vocations des futurs conseils :

- organiser la santé territorialement,
- faire remonter la réflexion aux instances.

Elle est favorable à l'échelle départementale avec pourquoi pas des déclinaisons infra territoriales avec les établissements publics territoriaux.

M. ECHARDOUR évoque la réforme de la Grande Métropole qui va vraisemblablement voir le jour et marquer la région d'ici 2 ou 3 ans. A ce jour, le département lui semble la cadre le plus mûr pour la démocratie sanitaire.

Le rôle de plaidoyer, loin d'être secondaire, a été selon lui assez bien porté par la Conférence de territoire de Paris. Certains sujets qu'elle a abordés ne l'avaient jamais été ailleurs. Et si le fait d'évoquer ces sujets collectivement n'a pas, en tant que tel, fait bouger les lignes ou eu d'effets immédiats sur les solutions étudiées ou mises en place, la Conférence a le mérite d'avoir accru le nombre de personnes à être convaincues qu'il y avait des choses à faire (par exemple sur les déterminants de santé).

Quel que soit le cadre géographique choisi, il y certainement des choses à améliorer, notamment l'articulation avec les autorités décisionnaires. En tout état de cause, les premiers acquis permettent d'envisager avec sérénité cette deuxième étape et cela sera d'autant plus facile de travailler ensemble que l'on conservera le même cadre et qu'on évitera de tout bouleverser. Se posera ensuite la question des délibérations de demain.

M. BASTIDE rejoint M. ECHARDOUR sur la question de savoir ce sur quoi le futur conseil pourra délibérer et comment.

M. NASZALYI ajoute qu'il ne peut pas y avoir de démocratie en santé sans moyens, et cela pour garantir un minimum d'autonomie.

M. EL GHOZI pense que plus la démocratie est participative, plus elle peut vivre. Pour lui, la loi HPST est une recentralisation autoritaire de la santé, sous une apparence de déconcentration. La loi de modernisation de la santé veut développer la démocratie sanitaire et par là développer des contre-pouvoirs. Il considère que le conseil de territoire peut être un vrai contre-pouvoir. Concernant le plaidoyer, il pense que la CRSA est là pour porter, défendre, fait aboutir les positions des conseils territoriaux auprès de la Direction générale de l'ARS, car il observe que les décisions ne se prennent pas au niveau des délégations territoriales.

M. ECHARDOUR pense au contraire que les fonctions de plaidoyer ne peuvent pas être concentrées dans un seul endroit. La CRSA aura d'autant plus de crédit que ce qu'elle dit est relayé par ailleurs, sinon ce n'est pas très démocratique.

M. EL GHOZI plaide pour plus de proximité, précisément parce que le système et le pouvoir est aujourd'hui très centralisé et très fort.

M. NASZALYI observe que les géographes ne parlent plus de démocratie « participative » mais de plus en plus de démocratie « continue », c'est-à-dire d'un espace qui se construit et qui n'est pas permanent, pour plus de débats et pour obtenir la responsabilité des acteurs. C'est vers cette idée là qu'il faut tendre à son avis avec les nouveaux conseils territoriaux de santé.

M. CACOT remercie tous les intervenants et les membres de la Conférence.

Il indique que la décision à prendre trouvera vraisemblablement son orientation dans l'une des deux voies suivantes:

- soit construire un système de démocratie en santé qui n'existe pas encore, avec un niveau de maillage qui favorise la participation ; avec l'interrogation qu'il y ait du monde pour le faire et que cela soit pertinent et prenne sens pour les concitoyens ;
- soit un choix plus modeste d'améliorer ce qui existe déjà.

Il caricature son propos : doit-on construire le futur ou améliorer le passé ?

Il invite les membres de la Conférence à faire part au Bureau de leurs observations et propositions qui seront ensuite synthétisées et adressées à l'ensemble des membres.

IV/ Questions diverses

Il n'y pas de questions diverses.

Prochaine réunion en septembre (date à définir).

Fin de la réunion : 11h50.