

## PROCES-VERBAL

### de la Conférence de Territoire du département de la Seine Saint Denis

du mercredi 12 octobre 2016 - 14h00

CPAM de Bobigny - salle de conférence

*La liste des membres présents figure en annexe.*

L'ordre du jour est le suivant :

- Point sur les GHT.
- Evaluation du PRS1 et élaboration du PRS2 (1)
- La démocratie sanitaire et l'installation des conseils territoriaux de santé (1)

*Quorum : 14/46*

**(1) Cf documentation accessible sur le site dédié aux CT et le site de l'Agence :**

**URL: <http://ct.sante-iledefrance.fr/>**

**M Pierre LAPORTE** Président de la conférence de territoire, entame la séance. Il informe l'assemblée que le bureau de la CT93, réuni le 5 octobre, a souhaité des éléments d'évaluation sur le PRS1 en Seine-Saint-Denis, afin d'avoir un aperçu de la situation précédant l'élaboration du PRS2. Une note de synthèse relative à la déclinaison du PRS sur le département, ainsi qu'un bilan 2010-2016 leur ont été transmis.

Il rappelle que la conférence de territoire va se terminer fin décembre pour être remplacée par de nouvelles instances au 1<sup>er</sup> janvier 2017, les conseils territoriaux de santé, avec de nouvelles missions et une composition différente, notamment une commission spécialisée en santé mentale et une formation spécifique organisant l'expression des usagers. A ce titre, le bureau soumettra en fin de séance, un avis à l'approbation des membres de la conférence de territoire, sur son ressenti face à ces futurs conseils territoriaux de santé, avec des propositions et remarques sur leurs modes de fonctionnement et leurs attributions. Après validation, il devra être transmis au DGARS.

#### Point sur les GHT (1)

Présentation : Monsieur Jean-Philippe HORREARD DDARS

Il dresse un bilan, relatif à l'avancée des groupements hospitaliers de territoire sur le département.

C'est au 1<sup>er</sup> juillet 2016, que la loi de modernisation du système de santé a fixé la liste et la composition des GHT, date à laquelle les DGARS en France métropolitaine, ont déterminé le périmètre des groupements hospitaliers sur la base des conventions constitutives déposées par les instances des hôpitaux, ainsi que les projets médicaux partagés proposés.

La Seine-Saint-Denis prévoit 2 GHT, le GHT 93/95, appelé pour l'instant « Plaine de France », regroupant le centre hospitalier de Saint-Denis et de Gonesse et, le GHT 93 Est, regroupant les hôpitaux d'Aulnay-sous-Bois, le Raincy/Montfermeil et Montreuil.

Ces GHT ont pris un certain retard par rapport à l'échéance du 1<sup>er</sup> juillet, et la désignation des établissements supports, pour différents motifs :

Le désaccord, pour le GHT 93/95, sur la désignation de l'établissement support entre les hôpitaux de Saint-Denis/Gonesse, candidats à cette fonction. Le comité territorial des élus, l'instance de gouvernance de la politique de ce GHT, ne s'est pas entendue sur cette nomination, d'où à travers l'application des textes réglementaires, la nécessité pour M Christophe DEVYS (DGARS), de procéder lui-même à cette désignation.

Pour le GHT 93 Est, la situation est différente. L'Etablissement Public de Santé de Ville-Evrard, pressenti comme établissement support, a obtenu juste avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016, la dérogation du DGARS de ne pas intégrer le GHT, pour des motifs déjà évoqués au sein de la CT93. De fait, les 3 hôpitaux de courts séjours, Aulnay-sous-Bois, le Raincy/Montfermeil et Montreuil, se sont retrouvés avec la nécessité de redéfinir le périmètre du projet médical partagé, et de s'entendre sur la désignation de l'établissement support. Ces derniers à travers leurs instances, ont fait acte de candidature. A charge maintenant pour le DGARS, de faire lui-même la proposition de ce qui pourrait être l'établissement support de ce GHT.

La désignation fin octobre pour les établissements supports est imminente. M DEVYS, procédera au choix, sur la base d'un certain nombre de critères.

En termes de procédure, il a souhaité commencer par une démarche de propositions sur le choix de l'établissement support. Ensuite les instances, tel que le CTEL<sup>1</sup> devront se réunir début novembre, pour débattre sur la proposition de l'ARS, dans le choix des 2 GHT. Enfin, à l'issue de ce débat, le DGARS prendra la décision définitive, si les CTEL n'ont pas validé la proposition.

La désignation n'est pas simple. La loi de modernisation, en termes de gouvernance des GHT, a été prévue plutôt pour des établissements de province, avec des établissements souvent plus importants dans les villes préfecture, qui ont vocation plus naturellement à devenir les établissements supports.

Les établissements en particulier en Seine-Saint-Denis, ont des niveaux d'activité et une attractivité à peu-près similaires, ce qui rend le choix compliqué dans la décision, avec une analyse des bilans et des coûts pour chacun des établissements par rapport aux fonctions supports, qui requière une étude minutieuse en termes d'aménagement de l'offre de soins sur un territoire donné.

En Seine-Saint-Denis, on constate une offre très équilibrée entre les 5 établissements MCO<sup>2</sup> non AP<sup>3</sup> du département. La difficulté des directeurs d'établissements, c'est d'être soucieux du respect de l'équilibre de l'offre, eu égard des coopérations déjà existantes, de l'importance de celles qui se sont effectuées par le passé, des enjeux de démographie médicale qui ont déjà justifié que les hôpitaux procèdent à des accords entre eux, ou à des partages de temps hospitaliers etc.

D'une certaine manière la loi sur les GHT, impose un mode de regroupement, dont les enjeux sont de faire face à une concurrence interne entre les hôpitaux publics, notamment avec l'APHP sur ce département, mais aussi de faire face à une concurrence entre les établissements du privé et du public, et essayer d'affiner un travail d'offre publique cohérente.

<sup>1</sup> CTEL Comité Territorial des Elus Locaux

<sup>2</sup> MCO Médecins, Chirurgie, Obstétrique

<sup>3</sup> AP Assistance Publique

---

---

Ce sont des enjeux, qu'il est nécessaire d'intégrer dans les PMP<sup>4</sup> actuellement en cours de finalisation sur les 2 GHT, qui sont la feuille de route pour les années futures du projet médical, et la manière dont les directions et les communautés médicales envisagent l'évolution de l'offre de soins sur le territoire.

En ce qui concerne l'avancée des PMP, la Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise ont fait un travail intéressant dès le premier semestre avec un plan assez précis, notamment sur les axes de coopération. Des réunions d'informations à la DD93, en particulier en direction des ESPIC<sup>5</sup> et de l'offre privée, vont être organisées afin que le contenu des PMP et ses orientations, soient présentés aux partenaires du territoire les :

- ➔ 19 octobre pour le GHT Est, et
- ➔ 23 novembre pour le PMP sur les 2GHT.

L'idée globale est que les PMP ont vocation à être partagés en matière d'information et que celle-ci soit faite par les directeurs d'établissements, en direction de leurs partenaires et des autres acteurs de l'offre de soins.

Il y a des interrogations sur les modes d'association, voire d'adhésion du secteur médico-social toutes catégories confondues aux GHT. Des réunions thématiques ont été requises dans les prochains mois, afin de faciliter le dialogue entre les acteurs.

#### Discussions:

**M Pierre LAPORTE** remercie pour la présentation, et rappelle que ces GHT se font dans un fort contexte de réduction budgétaire de l'ONDAM<sup>6</sup>.

Des questionnements sur leur gouvernance sont soulevés par les associations, les élus et les syndicats. Ces dispositifs, ont été présentés comme une solution aux problématiques de démographie médicale, néanmoins on peut s'interroger s'ils en seront la clé, s'ils entraîneront une diminution des dépenses et quels seront les résultats apportés aux soins des patients !

**M Bernard GAUTIER** s'interroge sur les avantages à être établissement support, et par voie de conséquence pour ceux qui ne seront pas choisis en tant que tel, s'ils ne seront pas dans une position plus délicate ? Dans ce contexte, l'établissement support ne va-t-il pas tirer avantage de cette situation, ou peut-on concevoir dans le meilleur des cas, une harmonisation avec le projet médical partagé ?

**M Jean-Philippe HORREARD** il faut être vigilant sur l'idée que la désignation de l'établissement support va appauvrir les autres. Il y aura des instances de pilotage de ce GHT, qui permettront d'équilibrer la gouvernance et de maintenir l'offre de soins localement. Un des enjeux des GHT est bien d'éviter la concurrence entre les établissements hospitaliers publics.

Dans l'actuelle configuration de l'offre de soins en Seine-saint-Denis, la fonction support est à construire. A terme, elle aura peut-être des conséquences sur la gouvernance, et la composition des équipes de direction. La fonction support est peut-être une fonction qui favorisera potentiellement le dynamisme d'un hôpital mais sans forcément le « sacraliser ».

**Mme Joëlle MAURIN** s'interroge sur la position d'Avicenne.

**M Jean-Philippe HORREARD** précise qu'il y a un travail engagé de coopération du Groupement hospitalier d'Avicenne, Jean Verdier et René Muret avec les 2 GHT du département. Les directeurs des 3 établissements ont été associés au PMP des 2 GHT. L'APHP est comme les textes le prévoient, le référent universitaire.

---

<sup>4</sup> PMP *Projet Médical Partagé*

<sup>5</sup> ESPIC *Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif*

<sup>6</sup> ONDAM *Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie*

---

**Mme Nathalie JEGOU-CRISTOL (CLS/ASV Montreuil)** ajoute que les GHT sont un dispositif territorial qui reste une démarche territoriale. Après lecture du sujet, il semble que dans le cadre du projet médical partagé, il y ait un enjeu de renforcement de coopération de lien ville/hôpital, sur des contributions liées à des actions de prévention, au-delà du soin et des ouvertures dans le cadre des CLS avec les hôpitaux. A ce titre, y-a-t-il de la part de l'ARS des réflexions dans ces objectifs ?

**M Jean-Philippe HORREARD** précise que ces questions de lien ville/hôpital font partie intégrante d'une réflexion liée au projet régional de santé PRS, au-delà même des groupements hospitaliers de territoire. Les GHT ont déjà entamé des réflexions sur l'HAD, le virage ambulatoire, les hospitalisations inutiles ou de durée trop longues pour des motifs essentiellement sociaux. L'enjeu pour les hôpitaux, c'est d'avoir une coopération qui soit fonctionnelle avec la médecine de ville et les structures sociales ou médico-sociales d'aval.

**Dr Gorka NOIR (Directeur clinique de l'Estrée et représentant de la FHP-IDF)** s'exprime sous les 2 casquettes. Alors qu'il est question depuis des mois de coopération, il s'étonne de ne rien avoir entendu sur le sujet. Le privé n'a été convié à aucune des réunions. Il ajoute qu'au cours de la présentation, il a été fait état du GHT 93/95 et du travail des 2 établissements sur la périnatalité en partenariat avec les établissements de l'AP, alors que sur le territoire la maternité de La Roseraie est en difficulté, et celle de l'Estrée, même si elle est un peu plus vaillante, à une grande problématique de démographie médicale. Cet état de fait installe une non volonté, de travailler avec les privés.

Il souligne, qu'une fédération des établissements publics sur la cancérologie, vient de se créer. Elle regroupe 9 établissements publics au sein desquels travaille une ancienne coordonnatrice en cancérologie de la clinique de l'Estrée. Comment dans ces conditions peut-on faire de la coopération entre le public et le privé !

Il conclut sous la casquette syndicale, par le fait que l'ensemble des établissements privés ne se laisseront pas faire, et ne se laisseront pas imposer des décisions qui engageront leur avenir, voire leur survit au motif que des choses ont été décidées ailleurs.

**M Jean-Philippe HORREARD** précise qu'il s'agit d'une organisation de filière, notamment sur la néonatalogie, et non d'une captation de patientèle. Ainsi le PMP du GHT 93/95 prévoit que l'hôpital de Gonesse réadresse à l'hôpital de Saint Denis, maternité de niveau 3 toutes les naissances avec réanimation néonatale.

Il s'agit aussi de mouvements de concentration de l'offre de soins avec des enjeux de démographie médicale pour les hôpitaux publics

**M Jean-Louis FEUTRIE** en complément, il mentionne que le principal concurrent sur la Seine-Saint-Denis, n'est pas le privé mais plutôt l'APHP intramuros, et le taux de fuite. Le vrai défi pour le public comme pour le privé, c'est l'attractivité de l'offre sur le département. Le GHT est avant tout un instrument de reconquête de l'attractivité et de la proximité, par rapport au principal concurrent « Paris intramuros ».

Bien que les hôpitaux publics soient plus dans des effets de symbolique, ils ne sont pas concurrents entre eux. Nous avons tous intérêts à agir ensemble. Le principal défi, c'est de maintenir une offre de proximité qui soit crédible, sécurisée et suffisamment attractive pour les patients comme pour les professionnels. Le gros problème étant avant tout, la démographie.

La difficulté pour les hôpitaux c'est le retard dans la désignation de l'établissement support. Nous avons fait en sorte de définir les principes de gouvernance dans les règlements, et dans les conventions constitutives. Le privé comme le public, ont des intérêts communs sur des problématiques médicales, des problématiques d'efficience, ou des problématiques d'attractivité auprès des professionnels (comparer les zones de recrutement dans le PMSI<sup>7</sup>).

---

<sup>7</sup> PMSI Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

---

L'ambiguïté réside avant tout dans l'attraction des professionnels de santé, dans certaines spécialités.

**Dr Thierry GOMBEAUD** de son point de vue, cette réforme est extrêmement structurante pour l'organisation du système de santé, notamment dans le département. Elle pose un problème fondamental de démocratie en santé. Cela se voit d'emblée dans sa constitution, et la mise en place de l'établissement support.

Admettons qu'il n'y ait pas de compétition, Montfermeil est pourtant en concurrence pour être établissement support, ce qui est normal. Chaque établissement a sa propre opinion sur l'organisation du système de santé, dans son secteur d'évolution.

L'allocation faite sur le PMP, démontre une intention de constituer la structure, et d'en informer les éventuels partenaires. Ces derniers sont quasiment absents du vade-mecum publié par le ministère sur le sujet, et les médecins de ville quelque-soit leur mode de fonctionnement, n'apparaissent que de façon marginale. A aucun moment, il n'a été demandé aux libéraux, comme aux centres de santé, de participer à la rédaction de ces projets médicaux partagés, qui ont beaucoup de mal à être mis en place sur le plan administratif.

Quant à l'opposition publique privée, on pose le problème dès le départ en le mettant sous la forme d'une opposition et non sous la forme d'une coopération. On peut rappeler l'histoire des cliniques acculées progressivement les unes après les autres à des difficultés financières, d'où la prise de possession de ces établissements par des groupes financiers ! Il est utopique de dire que l'arrivée d'une coopération amènera une amélioration de la situation sanitaire dans le département. La concurrence va inévitablement s'aggraver, l'exemple de la maternité est le plus caricatural sur ce sujet. Constituer un tel système structuré et structurant difficile à mettre en place au vu des nombreuses réticences, laisse dubitatif sur les faits en termes de bénéfice pour la santé de la population.

**M Jean-Louis FEUTRIE** ne partage pas cet avis. Il est simplement d'accord sur l'avertissement fait par rapport au lien du GHT avec la médecine de ville.

Bien que les textes ne prévoient aucun dispositif, rien n'interdit de le faire. De son point de vue, c'est aux hospitaliers d'être suffisamment intelligents pour être ouverts sur leur environnement. La loi a réinséré les usagers. De ce fait un comité des usagers a été introduit, dont le rôle a été défini avec les représentants des usagers, qui se sont réunis pour l'occasion sur le GHT 93Est. Ces derniers peuvent être considérés comme interlocuteurs puisque l'on a estimé qu'ils seraient quelque part associés à la mise en place du PMP, ne serait-ce que pour s'assurer de l'offre de proximité.

En ce qui concerne la périnatalité et tout ce qui se passe dans le département, c'est un effet SROS et non pas un effet GHT. La FHP aurait dû être plus vigilante à la lecture du SROS<sup>8</sup> lors de sa mise en place, ce qui aurait permis de prévoir les événements actuels. Ce ne sont pas les amorces de coopération qui remettent en cause l'offre de périnatalité telle qu'elle se passe actuellement, il y a un basculement sur le public qui est un effet SROS, voire un défaut de maîtrise par le SROS, des évolutions. Le GHT n'y est pour rien dans les événements du passé, il s'agit d'un choix de planification, volontaire ou non.

**Pr Bernard PISSARRO** s'interroge s'il y a un moyen d'évaluer les variations avec la mise en place des GHT. Est-ce que cela va aggraver ou diminuer les inégalités ? Que va-t-il se passer pour les usagers, est-il prévu de se doter d'outils pour apprécier l'évolution du système ?

**M Jean-Louis FEUTRIE** précise qu'il est important d'avoir une vigilance collective sur les effets pervers que pourraient avoir les GHT. Ce n'est pas mentionné dans la loi. On peut aussi s'interroger si cela n'est pas dans les attributions d'un conseil territorial de santé, d'avoir à un moment ou un autre, un retour sur les effets des GHT !

---

<sup>8</sup> SROS Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

---

**M Pierre LAPORTE** rappelle qu'en début d'année lors de la présentation du sujet, la mise en place des GHT y compris des PMP, était prévue pour juillet. L'ARS présente, avait précisé que le délai était trop court et qu'il faudrait procéder par étapes.

Dans beaucoup d'esprits, l'hôpital support sera le futur hôpital et il n'y en aura qu'un, avec une décentralisation des moyens. Les textes sont extrêmement imprécis. On peut alors se poser la question sur les limites d'une telle organisation.

Les réflexions sur la médecine de ville, comme sur les CLS, amènent à penser que s'il y a cette structuration par coopération, il peut y avoir des modifications dans les rapports sur certaines opérations entre l'hôpital et les CLS, puisque « l'autorité supérieure » pourra être ailleurs que sur l'hôpital.

Une autre inquiétude, quant à la question de la démographie médicale en spécialité, et le taux de fuite sur Paris ? Des repères sont nécessaires pour avoir une évaluation du système.

**M Jean-Louis FEUTRIE** revient sur la démographie médicale. C'est effectivement un facteur d'attractivité sur les jeunes générations. Il cite l'exemple de l'hôpital de Montreuil en pénurie de gastroentérologue avec le départ de 2 médecins. L'établissement a sollicité l'hôpital de Montfermeil afin de mettre à sa disposition ces 2 spécialistes. Nous sommes donc dans le concept d'équipe territoriale. L'identique a été fait en pneumologie. Il s'agit de mettre à disposition des spécialistes, dans le cadre d'une équipe territoriale, pour aider à maintenir et développer une offre de spécialité, et non pas « siphonner » les patients de l'établissement, qui de toute évidence se dirigeront vers Paris plutôt que Montfermeil.

Ce principe d'équipe territoriale a été acté en anesthésiste, entre les 2 établissements, de même que Montfermeil a demandé à Montreuil une aide sur la périnatalité. Le principe marche dans les 2 sens, les 2 établissements s'entraident mutuellement, ce qui permet de maintenir et de consolider une offre médicale et d'être attractif sur le plan démographique.

**Dr GOMBEAUD** ajoute qu'effectivement le service de gastroentérologie de Montreuil ne dispose plus de lits d'hospitalisation, ce qui n'incite aucun chef de clinique à intégrer l'établissement. Bien que le service de gastroentérologie d'Aulnay va être augmenté, cela ne changera pas le fond de la question en termes de santé publique et d'offre de soins dans la spécialité sur le secteur. Ce sont des situations qui ne pourront pas être résolues par le GHT.

Il reprend l'interrogation du Pr PISSARRO : « où sont les critères d'évaluation dans la constitution des GHT voire dans le PMP, et les éléments qui permettront d'espérer une amélioration de la situation » ?

**Mme MAURIN** s'interroge sur la répercussion du GHT envers la sectorisation actuelle des hospitalisations, par rapport aux habitants de ces secteurs.

Bien qu'il y ait une régulation médicale, le patient n'est pas pour autant adressé là où il est suivi, il est dirigé sur le secteur correspondant à l'adresse de son domicile. Y-a-t-il à ce titre, un espoir d'amélioration dans la mise en place de ces GHT ?

**M HORREARD** précise que la mise en place des GHT ne sera pas forcément la solution miracle face à des problématiques de rigidité dans l'offre de soins. Il est d'abord question du maintien d'une offre de proximité, avec un enjeu de sauvegarde d'une offre spécialisée et d'excellence.

**Mme Claude WOHRER** ajoute qu'effectivement la Seine-Saint-Denis touchant Paris, cela va favoriser la fuite du patient vers la capitale l'offre de soins leur étant plus séduisante, et par le fait que les GHT vont leur présenter des lieux plus éloignés. Ces conditions de transport ne sont pas évoquées, il est important d'en parler, et de penser aux patients et aux usagers de façon un peu plus concrète. Tout le monde est confronté à ce souci d'offre médicale, qui finalement n'est peut-être pas à la hauteur de ce qui pourrait être espéré en termes de démographie pour le département.

---

**M Pierre LAPORTE** souligne les explications données quant aux inquiétudes émises sur le sujet, et souhaite qu'une réponse soit apportée sur les critères d'évaluation dans la constitution des GHT, ce qui apaiserait les pensées.

Evaluation du PRS<sub>1</sub> et élaboration du PRS<sub>2</sub> (1)

Présentation : Monsieur Jean-Philippe HORREARD DDARS

► Discussions autour du PRS<sub>1</sub> :

**Dr Thierry GOMBEAUD** déclare, qu'il est impossible de faire une estimation sans avoir défini au préalable les critères d'évaluation. Dans le SROS de l'époque, ces critères n'avaient pas été donnés. Il va être difficile de faire un bilan des actions réalisées. Il faut rappeler que l'ensemble des SROS, comporte plus de 1000 pages, comprenant un certain nombre d'objectifs, notamment en matières hospitalières, telle que la rationalisation de la cancérologie ou d'autres domaines de ce type, qui en partie ont prospéré. Par contre, connaître l'impact en termes de santé publique de ces SROS après 5 années de travail de l'Agence et des professionnels, va être laborieux.

Il faut néanmoins attribuer le mérite à l'Agence d'avoir facilité l'implantation de nouveaux modes d'exercice, la multiplication des maisons médicales etc.

**M Jean-Philippe HORREARD** confirme ces propos, et ajoute qu'il n'y aura pas d'éléments indicateurs qui permettront de savoir selon différents secteurs, si la réduction des inégalités dans ce PRS a été effective ou pas. Il n'y aura pas de réponse globale par rapport à l'objectif final qui était contenu dans le PRS<sub>1</sub>. Néanmoins, la question du PRS<sub>2</sub> prend en compte cet élément de méthodologie.

**M Pierre LAPORTE** souhaite un éclairage sur la mise en place d'un contrat départemental de santé qui, en définitive n'aurait pas abouti !

**M Jean-Philippe HORREARD** explique que des groupes de travail ont été constitués autour du secteur de la périnatalité ou du médico-social, avec des axes de réflexions, notamment sur les déclinaisons entre le département et l'ARS, ainsi que sur la mise en œuvre de certains axes du PRS. Ces groupes de travail n'ont pas abouti alors qu'il y avait matière, pour des raisons de disponibilités et de difficultés dans le choix des thématiques. Quoi qu'il en soit, il n'y a aucune raison pour que la contractualisation entre l'état et le département ne soit pas mise en œuvre, cela c'est déjà fait dans d'autres départements, notamment l'Essonne.

**Pr Bernard PISSARRO** revient sur les indicateurs d'évaluation donnés sur les 5 ou 10 prochaines années. C'est une étude qui pour un certain nombre de domaines, va demander des indicateurs et des étapes intermédiaires. Il ne faudra pas attendre 5 ans pour constater les éléments qui ne vont pas. Certains points devront être nécessairement étudiés tous les ans.

**M Jean-Philippe HORREARD** précise qu'il existe une direction de la stratégie à l'ARS, qui réfléchit sur ces questions d'indicateur final et intermédiaire, en termes de méthodologie. Un point sur ces éléments pourra être présenté, dès qu'ils seront finalisés.

► Discussions autour du PRS<sub>2</sub> :

**M Jean-Philippe HORREARD** précise tout cela étant encore en cours de réflexion, un certain nombre de choses ne sont pas encore arbitrées au sein du comité exécutif de l'ARS.

---

Il est difficile dans ces conditions, de présenter précisément ce que seront les indicateurs d'évaluation ou les modalités de réflexions sur ce qui sera priorisé en matière d'offre de soins, d'offre libérale ou sur la question de la politique de prévention.

**Dr Thierry GOMBEAUD** ajoute que de son point de vue, il y a des éléments positifs sur la présentation, notamment sur la volonté de ne mettre en place qu'un seul schéma régional. Un des éléments de la critique du PRS1 a été la pulvérisation en multiples schémas, rendant illisible leur cohérence. En revanche la définition territoriale, avec des spécificités à tous les niveaux, en matière de besoins ou de moyens, semble être indispensable dans la préparation de ce PRS2. L'aboutissement de cette orientation territoriale paraît être un point positif pour le département.

**M Bernard GAUTIER** précise que dans le PRS1, la définition territoriale correspondait au département. Le choix avait été fait parmi 5 ou 6 propositions. Le département avait été adopté, du fait que c'était une structure déjà bien établie, et une solution à différents contextes.

En termes de proposition, l'interrogation est de savoir s'il s'agit d'une définition, ou d'une redéfinition des territoires par rapport au Grand Paris, ou si l'on reste sur les territoires actuels ?

Dans les 6 étapes du PRS2, il a été question de la définition des territoires de démocratie sanitaire. S'il s'agit de plusieurs territoires, parlons de celui qui nous concerne en tant que conférence de territoire et santé dans le département. La santé va-t-elle continuer à être organisée avec les 2 GHT du département tel qu'on nous les a présentés, ou différemment ? De quels territoires s'agit-il ?

**M Jean-Philippe HORREARD** fait remarquer que la cartographie des GHT ne correspond pas précisément au département.

**Pr Bernard PISSARRO** aborde 2 remarques :

➔ Il aurait été préférable de commencer par faire des programmes départementaux, et ensuite les fusionner en un programme régional. La logique voudrait que l'on démarre de façon ascendante. Le problème de la région devrait être de coordonner et de mettre en action ce qui se passe sur le territoire, plutôt qu'être dans une stratégie nationale de santé.

➔ Le document transmis manque de déterminants de santé. Comme souvent il y a un manque de références au monde du travail et à l'école, cela reste inquiétant.

**M Jean-Philippe HORREARD** pense qu'en termes de méthodologie ces problématiques seront un peu mieux prises en compte, ne serait-ce que par la structuration de ce qui est proposé par le texte de loi. Le cadre d'orientation stratégique qui est un document plus global sur les grandes orientations sur 10 ans abordera nécessairement l'évolution des grands déterminants de santé.

**M Pierre LAPORTE** rappelle que les conseils départementaux n'ont pas eu la possibilité de donner à temps leurs avis sur le bon échelon territorial en matière de démocratie sanitaire. La conférence de territoire a émis cependant un avis proposant le département.

**Mme Nathalie JEGOU-CRISTOL (CLS/ASV Montreuil)** revient sur l'allocation du Pr PISSARRO, les schémas départementaux combinés en un schéma régional. L'évaluation des CLS va être abordée, il serait souhaitable si le calendrier le permet, qu'il y ait une cohérence dans une démarche participative avec les acteurs locaux impliqués sur les CLS.

**M Jean-Philippe HORREARD** précise que les calendriers d'évaluation du PRS, ne coïncident pas tout à fait. Le fruit de l'évaluation des 25 CLS de la Seine-Saint-Denis serait absolument fondamental en termes de réflexion sur les PRS. Il faut considérer un retard d'au moins 6 mois voire 1 an, entre la finalisation des CLS et la rédaction du PRS. L'interrogation est de savoir en quoi les CLS ont pu avoir un effet sur la réduction des inégalités, et si les actions financées au niveau local, sont à reproduire à une échelle territoriale plus importante.



---

---

**Dr Thierry GOMBEAUD** ajoute qu'il ne s'agit pas que de l'évaluation des CLS, mais des préoccupations qu'ils ont soulevées. Ces évaluations vont elles se retrouver dans l'orientation du plan régional, notamment dans son établissement départemental !

L'essentiel des travaux du CTS, va être de faire remonter à partir des différents CLS, un certain nombre d'informations et de préoccupations, avec l'espoir d'un meilleur résultat qu'il y a 5 ans.

## La démocratie sanitaire et l'installation des conseils territoriaux de santé (1)

### Présentation : Docteur Arnaud de La Seiglière (ARS)

En préambule, il rebondit sur la question des territoires, soulevée par M GAUTIER. Les territoires sont effectivement protéiformes. L'arrêté est en attente de signature par le DGARS, et la réponse encore inconnue. La CRSA a été interpellée sur son choix comme territoire d'expression au sein de cette démocratie sanitaire. Elle a opté au même titre que l'ARS, pour le département. C'est ainsi, que les différents partenaires institutionnels, le conseil régional, le Préfet de région, les conseils départementaux, les mairies etc, ont été interrogés avec un avis obligatoire de par la loi. A ce jour, les réponses ont été transmises.

Les avis des différentes conférences de territoire sont aussi à prendre en compte, dont la Seine-Saint-Denis qui s'est aussi positionnée sur le département, comme la majeure partie interrogée sur la question.

Concernant l'interrogation de M LAPORTE, sur un calendrier difficile pour le conseil départemental. L'ARS n'a reçu que fin juillet l'arrêté donnant l'autorisation de consulter les différents partenaires. Il ne restait plus que 2 mois pour apporter une réponse et permettre au DGARS le choix du territoire. L'ARS en est consciente, 2 mois c'est trop court.

Pour le PRS, il s'agira de 3 mois, avec probablement une période de congés ou de fêtes.

Il remercie le conseil départemental, pour avoir pris le temps d'exposer les difficultés au regard de ce calendrier, et avoir expliqué pourquoi cela lui semblait pertinent, tout en utilisant d'autres termes que ceux de la conférence de territoire, avec des arguments extrêmement intéressants. Une réponse y sera apportée.

### Discussions:

**M Pierre LAPORTE** rappelle qu'au bureau du 5 octobre, les membres présents ont souhaité émettre un avis à l'ARS sur les conseils territoriaux de santé tels qu'ils se présentaient, et de le soumettre à la plénière de ce jour, pour accord aux membres de la CT.

#### Proposition de texte :

*Les conseils territoriaux de santé vont être mis en place dans quelques semaines. La conférence de territoire a donné son avis sur la définition du territoire.*

*Nous avons proposé le département comme entité la plus appropriée tout en tenant compte des CLS et CLSM qui sont des outils de coordination mais aussi de démocratie sanitaire.*

*Nous comprenons bien que les CLS n'étant pas présents sur tout le territoire de l'Île de France il n'était pas simple de les inclure dans les collèges des Conseils Territoriaux.*

*Néanmoins nous avons décidé d'inviter systématiquement leurs animateurs à nos réunions. De même pour tenir compte des EPT nous proposons de décentraliser certaines de nos réunions dans les 4 EPT du Département.*

*Si la définition du territoire n'est pas sans importance, notre expérience de 5 années de la Conférence de Territoire nous a amplement démontré que l'enthousiasme des débuts, sans doute suscité par une surévaluation des possibilités offertes par la CT, a été touché par l'absence de réponses à nos avis et propositions.*

*C'est une remarque commune au CT, pas seulement circonscrite à notre département. Si rien n'est corrigé avec cette nouvelle instance nous pouvons, hélas, prévoir un affaiblissement rapide du nouveau conseil territorial. D'autant que pour un certain nombre de collèges on retrouvera les mêmes représentants.*

*Tout en affirmant ceci nous ne disons pas que la Conférence de territoire ne nous a rien apporté, elle a permis, certes avec des limites, la circulation de l'information, les regards croisés des professionnels, des usagers, des élus et aussi l'écoute de la DT ARS et des représentants du siège venus faire des présentations des dispositifs.*

*Enfin, l'engagement dans la Conférence de Territoire ces 5 années a demandé beaucoup de temps de la part des bénévoles qui y participent, ajouter de nouvelles missions, et deux commissions risque de dépasser les limites des disponibilités de chacun.*

*Espérant que nos remarques pourront contribuer à l'efficacité de la démocratie en santé.*

Il ajoute que des groupes de travail ont été constitués afin de préparer les différentes plénières. La tâche a demandé beaucoup de disponibilité et de temps, ce qui n'est pas tenable dans la durée, d'autant qu'il n'y a jamais eu de retour aux différents avis émis.

La démocratie sanitaire présente des obstacles, et la venue des conseils territoriaux de santé inquiète, notamment par la multiplication des réunions qui semble ingérable pour les bénévoles. De son point de vue, inclure de nouvelles compétences à une structure composée essentiellement de bénévoles, ne permettra pas un meilleur fonctionnement de la démocratie sanitaire.

**Dr Thierry GOMBEAUD** précise qu'il est fort probable que les commissions aient du mal à fonctionner, et surtout utopique de penser pouvoir faire rassembler 21 personnes sur la commission spécialisée en santé mentale, et 12 sur la formation spécifique des usagers. La participation de ces professionnels sur ces questions de santé mentale à la conférence de territoire est indispensable. Il va falloir réorganiser entre autres, la répartition entre les différents professionnels. Néanmoins la menace n'est pas la compétition entre eux, mais plutôt la pénurie. L'interrogation, est de savoir quel est l'intérêt d'une activité de ce type, sans responsabilité réelle dans l'évolution des choses !

**Mme Brigitte DELPHIS** confirme que la commission spécialisée en santé mentale à tout son intérêt. Les professionnels sont actuellement mobilisés sur l'élaboration du projet médical. Beaucoup de discussions sont en cours au regard de ce qui a déjà été vu au moment de la présentation de juin. Toutefois, on ne peut que constater que cela demande de la disponibilité et de la compétence. A l'UNAFAM<sup>9</sup>, les bénévoles sont formés. Malheureusement il y a un vrai déficit dans leur recrutement, les missions qui leur sont dévolues demandent de plus en plus de compétences. Il y a effectivement un discours et des préconisations à faire avancer en santé mentale.

De son point de vue, L'UNAFAM sera probablement plus rassemblée sur la commission spécialisée en santé mentale que sur la conférence de territoire. Cependant, le fait d'être mobilisé sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes, dans le domaine de la santé mentale, de la psychiatrie, n'empêche pas qu'il y a aussi des liens à faire avec la MCO et la médecine de ville. A ce titre, elle souligne qu'au CHI Robert Ballanger, 3 secteurs en psychiatrie adultes et 1 secteur en pédopsychiatrie ne sont pas actuellement concernés par la demande de dérogation, et sont intégrés au GHT Nord Est. Elle souhaite qu'ils ne soient pas oubliés, comme ce fut le cas lors de la présentation de la convention constitutive, en conseil de surveillance, sur la commission médicale, ou il était précisé qu'il s'agissait des médecins du MCO. Il est important qu'il y ait des liens et des partenariats.

Sur le plan de la psychiatrie, et de la santé mentale, il y a une dynamique qui s'est installée qui va dans le sens de ce que l'UNAFAM souhaite pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers. C'est aussi, l'affaire du médico-social, des services sociaux, des CLSM<sup>10</sup>, et c'est avec ces partenaires qu'il va falloir travailler à l'avenir.

<sup>9</sup> UNAFAM Union Nationale des Famille et Amis de personnes malades et handicapées psychiques

<sup>10</sup> CLSM Conseil Local de Santé Mentale

---

---

**M Pierre LAPORTE** précise qu'il y a une dizaine de CLSM sur le département, ce qui démontre qu'il y a un progrès et une sensibilisation. Or, l'interrogation n'est pas l'importance des questions relatives à la santé mentale, ou à la mobilisation des acteurs dans ce domaine, c'est la désignation des 21 membres au sein d'une commission du conseil territorial de santé mentale, pour se réunir sur la question en plus des autres réunions.

De son point de vue, 2 réponses pourraient être apportées :

- ➔ L'organisation de commissions avec la participation de personnes extérieures au conseil territorial, et avec une présentation de leur travail lors des plénières. Cet aménagement serait possible du fait qu'il ne mobiliserait pas les mêmes personnes.
- ➔ Une fréquence de réunions, sur les questions de la santé mentale. Prévoir par exemple sur 8 conseils territoriaux dans l'année, la moitié, consacrée avec un sujet sur la santé mentale.

Il est insensé de concevoir que sur les 50 membres, les 21 personnes constituant la commission spécialisée en santé mentale puissent se réunir une fois par mois, à la fois à la commission, à la plénière, et voire au bureau.

La solution logique, serait qu'il y ait dans ce CTS, des personnes qui pilotent un groupe de travail plus large, constitué notamment de personnes issues des CLSM, de psychiatres etc, et qui produiraient un travail présenté lors des plénières. La proposition faite, est découplée de la réalité, telle qu'elle est vécue aujourd'hui.

Il en est de même pour la 2<sup>ème</sup> commission. Certains se retrouveraient avec 3 réunions mensuelles, sans compter les plaintes des usagers, les réclamations etc.

**Dr Arnaud de LA SEIGLIERE** précise qu'il y aura vraisemblablement 2, voire 3 expérimentations en France. Actuellement une conférence de territoire sur l'Ile-de-France a souhaité le faire. Il s'agit d'un guichet sous l'effluence du conseil territorial de santé, prévu au recueil des réclamations, des plaintes ou des demandes de médiation. Le citoyen pourra s'en rapprocher pour recevoir une écoute au sujet de son dossier, une aide ou une orientation vers l'organisme concerné. C'est extrêmement complexe et sera effectivement assez lourd pour le conseil territorial, néanmoins il est prévu 2 membres permanents, rémunérés pour ce travail.

**Mr Bernard GAUTIER** fait remarquer que la CPAM dispose d'une commission et l'Ordre d'une commission permanente, pour gérer ces situations. Ce type de problème relève plutôt de leurs attributions, plutôt qu'à celle d'une conférence de bénévoles ou d'élus dénués de formation juridique.

**Dr Arnaud de LA SEIGLIERE** clarifie le sujet en spécifiant qu'en aucune façon ces personnes ne sont là pour instruire à la place de la CPAM, du Conseil de l'Ordre ou du procureur. Leur rôle est d'être à l'écoute de l'usager, pour l'entendre, l'aider et l'orienter dans ses démarches

**Mme Brigitte DELPHIS** ajoute que c'est avant tout le rôle des CDU<sup>11</sup>.

**Mme Catherine SOULIE** précise que la loi a prévu la création d'un guichet unique qui rassemble l'ensemble des commissions des usagers et leurs institutions, permettant justement à l'utilisateur, de ne pas être perdu dans sa demande. Une fois le dossier déposé, le bureau constitué notamment du membre du conseil, pourra l'aider dans sa réponse d'une manière plus précise

**Mme Brigitte DELPHIS** émet toutefois une réserve. Que ce soit dans l'apanage des commissions des usagers ou d'une médiation départementale, cela exige une formation des personnes. Or, à ce jour dans les hôpitaux, les médiateurs médicaux ou administratifs ne sont pas forcément formés à la médiation, ce qui est un énorme problème.

---

<sup>11</sup> CDU Commission Des Usagers

---

**M Julien BORDRON (directeur adjoint CPAM 93)** complète le sujet en précisant que la CPAM dispose d'une instance moins connue que la CRA<sup>12</sup>, et plus centrée sur les litiges avec la sécurité sociale.

La loi du 13 août 2004 avait confié aux CPAM, la mise en place d'instances de conciliation pour régler les problèmes entre les usagers du système de soins, et les professionnels de santé de ville. Cette mission est restée assez méconnue, peu de saisines existent au niveau de la conciliation sur des litiges entre le professionnel de santé de ville et l'utilisateur, les litiges autour de la désignation du médecin traitant, les abus de soins, ou les prescriptions. Ce sont vraiment des sujets qui font un peu frontière avec l'Ordre. Si le conseil territorial se saisit du sujet, il devra aussi avoir un état des lieux de l'existant, et des zones frontières entre les commissions des relations avec les usagers (ex CRUQPC), pour les usagers du médico-social, du sanitaire, et pour les relations entre la ville et les usagers. Ces instances ordinaires ou conventionnelles existent déjà.

**M Pierre LAPORTE** propose avec l'accord des membres de la CT, d'émettre l'avis sur les conseils territoriaux de santé à l'ARS, dont il a fait lecture.

Il reste dubitatif, quant à la tenue dans le temps d'une telle structure, telle qu'elle est présentée et sans garantie de fonctionnement en retour. Enfin, il souhaite qu'une réponse, même partielle, soit apportée aux différents avis émis.

**Dr Arnaud de LA SEIGLIERE** précise qu'une réponse de l'ARS est prête, suite au dernier avis émis sur le territoire, et sera transmise dans les 10 jours. Il rappelle l'installation du conseil territorial avant le 30 décembre 2016, et la mise en place des premières réunions dès janvier 2017.

La séance est close.

La prochaine conférence de territoire se déroulera le mercredi 16 novembre 2016 à la salle de conférence de la CPAM de Bobigny – 195 avenue Paul Vaillant Couturier, précédé d'un bureau le mercredi 9 novembre 2016.

Le Président de la conférence de territoire



Pierre LAPORTE

---

<sup>12</sup> CRA Commission de Recours Amiable

---

## ANNEXE

### Liste des membres présents :

#### Membres titulaires :

M Pierre LAPORTE, Président

Dr Thierry GOMBEAUD, vice-président

Dr Gorka NOIR, M Philippe ERIGNOUX, M Jean-Louis FEUTRIE, M Bernard GAUTIER, Mme Joëlle MAURIN, Mme Brigitte DELPHIS, Mme Catherine SOULIE, Mme Claude WOHRER, Pr Bernard PISSARRO, Mme Fabienne GENTIL

Membres suppléants : Mme Françoise ELHUYAR, Mme Frédérique DENIS

#### ARS & DD93 :

-Dr Arnaud de La Seiglière (Directeur adjoint Pôle démocratie sanitaire ARS)

-M Jean-Philippe HORREARD (DD93)

Invité permanent : M Julien BORDRON, M Vincent BOISSONNAT

Invités mairies : Dr Gérard AOUSTIN (Mairie Drancy)

#### Invités, Coordinateurs CLS/ASV

-Mme Isabelle CIMATTI (CLS/ASV Tremblay-en-France)

-Mme Nathalie CHRISTOL-JEGOU (CLS/ASV Montreuil)