

PROCES-VERBAL

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

du mercredi 17 décembre - 14h00

CPAM de Bobigny - salle de conférence

La liste des membres présents figure en annexe.

L'ordre du jour est le suivant :

- › Révision du SROS (volet hospitalier – volet ambulatoire)
- › Démocratie sanitaire ⇔ Etat de la réflexion en Seine-Saint-Denis

Quorum : 17/50

Cf documentation accessible sur le site dédié aux CT : URL : <http://ct.sante-ile-de-france.fr/>

M. LAPORTE Président de la conférence de territoire ouvre la plénière et énonce l'ordre du jour.

Révision du SROS (volet Hospitalier – volet ambulatoire)

Volet Hospitalier

Présentation : Mr Marc PULIK (Conseiller médical – chargé de mission à la DOSMS)

Discussions:

Mme MAURIN s'interroge sur les critères d'admission en HAD. Ont-ils été révisés ?

Mr PULIK précise que certains l'ont été, et que d'autres sont en cours de révision.

Ceux qui ont été révisés, sont des critères qui touchent les sages-femmes. Le post-partum physiologique (période qui suit l'accouchement), va disparaître au 1^{er} mars 2015 de la grille tarifaire de l'hospitalisation à domicile. Ce qui implique que l'HAD ne pourra plus intervenir en termes de post-partum physiologique.

C'est en relation avec le PRADO*. Ce qui démontre que sur ces genres de prises en charge, qui sont simples et légères, l'HAD n'est pas nécessaire, et que l'on peut faire aussi bien à moindre coût.

Par ailleurs, une étude est en cours sur la révision du guide tarifaire de l'hospitalisation à domicile. Cela peut entraîner des sorties de l'HAD mais aussi des entrées, les manières ayant évolué.

On peut penser par exemple, que certaines techniques chirurgicales assez lourdes qui avant nécessitaient une hospitalisation prolongée, vont maintenant vers des hospitalisations extrêmement courtes, et nécessiter peut-être à l'issue de l'HAD, notamment pour la chirurgie de la prothèse aortique sur des hospitalisations de 24 ou 36 heures, où il peut y avoir une suite.

Il est dans le principe de l'Agence, et dans le cahier des charges qu'elle opposera aux promoteurs qui déposeront des dossiers, que la sortie et la pertinence de la prise en charge en HAD sont pour elle un axe majeur, et que le moment où le patient sort de l'HAD et retourne vers les professionnels libéraux, est aussi un point central.

Mme MINCHIN (directrice des soins en HAD) ajoute que l'on ne peut pas opposer les libéraux et l'HAD, ils sont complémentaires.

Mr PULIK précise que l'on ne les oppose pas, il y a de la place pour tout le monde. Les prises en charge ne sont pas les mêmes, chacun doit être positionné sur le secteur qui relève de sa compétence.

Mme RIET (Directrice de l'EPS de Ville-Evrard) s'interroge sur 2 points :

⇒ La psychiatrie et la santé mentale.

Il apparaît aujourd'hui, qu'il y ait sur le territoire et sur la Seine-Saint-Denis, plusieurs problématiques en matière de prises en charge psychiatriques. Bien que les psychiatres de l'EPS de Ville-Evrard sont présents dans quasiment toutes les structures SAU* du département, la démographie médicale en matière de psychiatres pose un problème sur le 93 et commence à atteindre ses limites.

Au titre de la FHF, un bilan du SROS dans ce champ a été demandé. Il semble que les objectifs fixés au SROS dans ce domaine, ne sont pas assurés, et au regard du financement des établissements dont les charges sont impactées par les mesures nationales et statutaires, on s'interroge sur la manière dont sont remplis les objectifs, et comment accomplir les missions.

⇒ L'HAD et le libéral.

80% des patients de Ville-Evrard sont suivis en ambulatoire, avec très peu de lits d'hospitalisation pour la population couverte. Néanmoins suite aux conséquences de la crise, beaucoup de difficultés subsistent à maintenir certaines populations dans ce parcours de soins ambulatoire. Suite à ces problématiques, comment organiser au mieux la prise en charge au domicile ?

Mr PULIK souligne que la psychiatrie n'a pas été évoquée, du fait qu'elle n'est pas une révision majeure. Elle comprend beaucoup de structures extérieures aux établissements, avec un désordre assez large au niveau des différentes implantations géographiques du fait qu'elles aient bougé au fil du temps. Le système est extrêmement compliqué. Actuellement on compte une implantation d'appartements thérapeutiques par structure.

Sur le bilan du SROS, les objectifs n'ont en effet pas été atteints, Mr Philippe GUINARD et le docteur Catherine ISSERLIS au siège y travaillent. Ils vont être confrontés à un problème de démographie extrêmement sévère, sur la vacance de postes de PH en psychiatrie.

La psychiatrie a été un vrai précurseur dans la bascule ambulatoire. Dans les années 80, des lits se sont fermés de façon extrêmement importante, et les alternatives à l'hospitalisation se sont développées de façon considérable.

Néanmoins, pour des raisons d'évolution sociétales ou de phénomènes de crise, il arrive à un moment où on ne peut plus réduire la partie hospitalisation, il faut être particulièrement attentif et vigilant à rester en adéquation avec les besoins.

Dr GOMBEAUD intervient sur 3 points :

⇒ Le rapport entre le souhaitable et le possible.

Nombre de choses ont été évoquées, notamment sortir les malades de l'hôpital ou mettre en place un système d'HAD plus souple, avec la possibilité d'y faire entrer des patients qui ne sont pas passés par l'hôpital.

Il est d'usage qu'un professionnel de ville, demande l'hospitalisation de son patient lorsqu'il ne peut plus le prendre en charge. Puis l'intéressé sort de l'établissement, lorsque le professionnel estime qu'il peut être pris en charge en ville. On peut alors se poser la question, si le professionnel en ville, peut réellement le prendre en charge ?

Comment peut-on gérer ces questions et mettre en place des processus, avec l'état actuel de la démographie médicale toutes spécialités confondues ?

⇒ Le problème des anesthésistes.

Des réunions ont été organisées sur ce sujet. Un hôpital à Montreuil a même été sur le point de cesser son activité par manque d'anesthésistes à la suite de la démission d'un certain nombre d'entre eux. La seule alternative a été d'attirer des médecins, entraînant les protestations d'autres hôpitaux.

⇒ L'aspect TEP* et situation en Seine-Saint-Denis.

L'impact du cancer dans le département est sous-estimé. La faiblesse du nombre de TEP, ou d'autorisation de TEP facilite l'exportation des malades vers d'autres structures, faute de pouvoir offrir en Seine-Saint-Denis, les délais suffisants pour la prise en charge de ces patients. Ce type d'examen est essentiel dans le diagnostic, le bilan initial et la prise en charge de ces malades. Un impact énorme va retomber sur les systèmes hospitaliers publics et privés du département, si le nombre de 4 TEP n'augmente pas.

Mr PULIK apporte quelques précisions à ces interrogations.

⇒ La réanimation.

Les difficultés vont aller en augmentant, et notamment celle de la démographie médicale dans le département. Les problèmes actuels sont beaucoup plus aigus sur la Grande Couronne que sur la Petite Couronne. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il n'y a pas de difficultés en Seine-Saint-Denis. L'ARS est consciente du problème et de la complexité à attirer un certain nombre de professionnels de la santé dans le département, d'où la mise en place du système de gradation.

⇒ L'HAD.

L'objectif est effectivement ambitieux et le moyen d'y parvenir peu évident, mais il mérite néanmoins d'y réfléchir.

Il cite en exemple, le cas d'un patient en insuffisance respiratoire chronique à son domicile, suivi par son médecin traitant qui se déplace, à la demande de son patient fiévreux. Aujourd'hui à J zéro, il ne va pas encore trop mal, à J3 si rien de particulier n'est fait il sera aux urgences, et à J5 il sera probablement en réanimation s'il n'est pas arrivé avant aux urgences.

C'est sur le J zéro que l'agence va travailler, et si seulement les établissements en HAD sont suffisamment réactifs pour permettre de mettre en place une prise en charge en HAD en 24 heures ou 36 heures, ils peuvent alors mettre en place à domicile, de l'oxygène, une antibiothérapie, et de la kiné respiratoire. Ce qui évitera l'hospitalisation du patient. La même chose existe en cas de poussée d'insuffisance cardiaque.

Cela nécessite une réactivité très forte de la part des structures, et un accès simple à ces agencements pour les médecins de ville. A ce jour cela n'existe pas, contrairement à la province où les structures sont plus petites, l'accès plus facile, et où les gens se connaissent mieux.

L'Agence veut également sensibiliser les médecins à la connaissance de l'HAD. Une première expérience va être mise en place dans une université parisienne, avec un stage de découverte sur ce mode d'hospitalisation, par les médecins au cours de leur stage de généraliste. Il se déroulera sur 3 ou 4 jours et consistera à aller voir une antenne d'HAD et son mode de fonctionnement.

Une étude menée par les kinésithérapeutes libéraux, sur le travail avec l'HAD, a démontré que le frein principal de travail avec l'HAD, était les contraintes lourdes administratives, dont les principales affectées étaient l'APHP et Santé Service.

⇒ Le TEP cancer.

Il est clairement identifié, que le cancer en Seine-Saint-Denis est particulièrement important, en raison du mode de vie, et de certaines caractéristiques sociales ou économiques de la population.

Certains cancers sont particulièrement fréquents, et certains délais au diagnostic avec des formes évoluées trop importantes. On retrouve la même chose sur les pathologies vasculaires.

TEP (Tomographie par Emission de Positons)

Le problème du nombre de TEP Scan, n'était pas prévu dans le schéma d'augmentation, cette problématique peut être soulignée dans la période de concertation des 2 mois.

Mr LAPIE (directeur IME à Montreuil) revient sur l'HAD en psychiatrie qui est présentée comme un secteur en progrès.

Vu du terrain, l'HAD en psychiatrie dans le secteur enfant, apparaît plus problématique. Beaucoup d'enfants qui relevaient avant d'une hospitalisation en psychiatrie, le sont maintenant dans le système médico-éducatif. Ce trajet paraît tout à fait intéressant à condition qu'il puisse y avoir un recours à l'hospitalisation en psychiatrie, dans les moments de crise.

Il existe à Montreuil une unité d'hospitalisation « ado », qui pratique ce type de travail. En cas de besoin, elle peut hospitaliser le jeune, mettre en place un traitement et son suivi.

En réalité, ils ont une liste d'attente telle, que lorsqu'ils ont une possibilité d'hospitalisation, le problème a déjà été solutionné.

Vu du terrain il semble que la grande pénurie des capacités d'hospitalisations dans le secteur enfants, ne soit pas en progrès. A partir de quels critères cette traduction de places dans le secteur enfants, est-il fait ? Y a-t-il un travail d'évaluation ?

Mr PULIK précise que l'HAD en psychiatrie, n'a jamais été évoquée. Il a été mentionné le travail de secteur, et plutôt la visite à domicile et autres structures alternatives.

L'HAD en psychiatrie n'est pas prévue, et par conséquent l'idée de suppression de lits en psychiatrie dans le secteur adolescent, n'est absolument pas à l'ordre du jour.

L'Agence est parfaitement consciente de la rareté dans ce domaine, des structures d'hospitalisation pour adolescents en Ile-de-France.

Mme RIET ajoute qu'il subsiste une véritable problématique en Seine-Saint-Denis de la prise en charge des enfants et des adolescents.

Il existe des projets soumis également par l'agence, notamment la création d'un autre centre de jour et des lits d'hospitalisation sur Montreuil. Or, actuellement on se heurte à l'accompagnement financier, et sans cela, l'établissement aujourd'hui n'a pas les moyens de réaliser ce projet sur ses propres moyens.

Des efforts sont faits, les projets sont totalement pertinents et reconnus, les équipes y sont sensibles, l'agence est consciente de ces difficultés. L'obstacle réside dans les délais de réalisation.

Mr PULIK ajoute qu'il a été créé pour la psychiatrie, dans cette révision, des possibilités d'hôpital de nuit sur tous les territoires en Ile-de-France qui n'existaient pas.

Il y avait des implantations sur 3 des 8 territoires de l'Ile-de-France, 5 nouveaux territoires ont eu la possibilité de bénéficier de l'hospitalisation de nuit en infanto-juvénile.

Pr PISSARRO rappelle que l'une des grosses difficultés dans l'accès aux soins, ce sont les inégalités sociales de santé.

Dans un schéma aussi global, comment le problème a-t-il été pris en compte ?

Mr PULIK précise, qu'effectivement lorsque l'on regarde le taux de recours à l'HAD, on met en évidence des inégalités d'accès, puis il spécifie à nouveau que dès que l'ont créé de l'hôpital de jour, c'est par substitution à l'hospitalisation complète.

Il n'a jamais été dit que pour un lit de jour, il fallait fermer un lit d'hospitalisation complète. Il faut travailler sur ce phénomène de disparité.

Dans un territoire en inégalité, tel que la Seine-Saint-Denis si on développe de l'hôpital de jour, le change en hospitalisation complète, sera beaucoup plus faible. Il sera également examiné en fonction des durées de séjours des patients. Un service qui a une durée de séjours qui fonctionne parfaitement, il ne lui sera pas demandé de diminuer de façon considérable son hospitalisation complète.

A l'inverse, un service qui présente de gros dysfonctionnements avec des durées de séjour extrêmement longues, il lui sera suggéré s'il ouvre de l'hôpital de jour, de travailler sur la durée de séjour.

Ce sont des curseurs qui vont permettre à chaque dossier, d'affiner la façon de procéder et de repérer les exigences requises en fonction du territoire.

Mme DELPHIS (UNAFAM) intervient du point de vue de l'utilisateur.

Il est annoncé une conférence de territoire sur la psychiatrie, ou il y a beaucoup à faire.

80% des patients sont suivis en ambulatoire, ce qui pose la question de la prise en charge réelle. L'HAD dans ce domaine touche beaucoup l'entourage et les aidants familiaux. Il faut néanmoins rappeler les difficultés, l'implication et la compétence que cela implique. Toutes les familles et l'entourage ne sont pas équipés intellectuellement et socialement pour accompagner le malade. Il y a beaucoup d'interrogations en la matière.

Mr LAPORTE ajoute que ce qui choc dans cette préparation, ça n'est pas la volonté de développer l'HAD ou l'ambulatoire, c'est plutôt une impression de non pris en compte des problèmes auxquels le département est confronté, notamment :

⇒ Les difficultés sociales des habitants.

⇒ La démographie médicale qui est catastrophique.

Deux conférences de territoire se sont déroulées autour de la question des anesthésistes. Mr EVIN a été alerté sur ce problème. Or, l'analyse approfondie de la situation, n'est pas celle décrite.

⇒ La psychiatrie avec des problèmes sanitaires dantesques, notamment le CHI Robert Ballanger.

Des réponses qui paraissent bonnes sont apportées, au niveau de l'économie et des usagers, mais qui en réalité avec toutes ces difficultés, ne pourront pas être applicables.

On ne peut pas résoudre les questions sanitaires sans tenir compte des questions sociales.

Le mot « bascule » a également été évoqué, c'est-à-dire de l'hôpital vers la ville avec des kinés, avec des médecins généralistes qui n'existent plus, des médecins de ville qui ne vont pas à domicile, des équipes insuffisantes... etc. Il ne faut pas minimiser toutes ces interrogations, et la réponse ne peut pas être trop théorique par rapport à une question qui socialement est très présente.

La façon dont les choses sont exposées dans cette présentation, ne reflète pas la réalité du problème évoqué depuis des mois, en conférence de territoire. Il y a un décalage par rapport à la situation du département.

Les réponses apportées, sont plutôt du domaine économique par rapport à des questions humaines. Il y a un déphasage entre le réel, le vécu discuté aujourd'hui, et les propositions qui sont avancées.

Mr PULIK apporte quelques éléments de réponse à ces interrogations.

⇒ Les anesthésistes et réanimateurs :

L'agence a le même point de vue quant aux inquiétudes.

⇒ La précarité :

L'agence tient compte de la situation du patient, et n'a pas dans l'idée de mettre tous les patients en HAD ou en ambulatoire. Il est question d'augmenter l'activité ambulatoire et l'hospitalisation à domicile. Tout ne doit pas être fait à domicile.

Bien évidemment, l'agence s'intéresse aux problèmes sociaux et à la précarité. A ce titre, elle a rencontré plusieurs spécialistes dans le domaine, à commencer par la directrice du Samu social, afin de voir comment faire intervenir l'HAD dans les lits d'accueil médicalisés, et dans les lits halte soins santé. Puis, elle a rencontré Mme FESTA en charge de la précarité sur un réseau de cancérologie, à la suite de quoi l'agence a mis à disposition des opérateurs d'HAD, le travail fait par cette dernière sur le SCORE EPICES*.

Enfin, l'agence met en place avec 2 des 3 gros opérateurs de l'hospitalisation à domicile, un travail sur la façon de prendre en charge les patients précaires en HAD. L'un de ces opérateurs fait déjà de l'HAD, dans le domicile précaire y compris en roulotte. C'est une dimension à laquelle l'ARS s'intéresse.

⇒ Les aidants :

Dans la présentation, il a été juste question d'une vision de l'HAD plus traditionnelle et de courte durée, c'est-à-dire de l'HAD qui va se pratiquer sur 5 à 10 jours après une hospitalisation, ce qui raccourcit d'autant l'hospitalisation.

Or, les échanges sur le sujet qui ont suivi, relèvent d'une prise en charge plus prolongée, qui en effet nécessite un appui et une participation beaucoup plus importante des aidants, et donc derrière un soutien à leur encontre absolument nécessaire. La situation présentée est un peu différente.

Bien évidemment, sur les prises en charge prolongée qui souvent relèvent plus de la prise en charge ambulatoire que de la prise en charge en HAD, le rôle des aidants est essentiel, et l'aide qui leur est apportée absolument centrale.

A ce titre, un certain nombre de projets se développent sur les séjours de répit. On en développe dans les établissements de SSR qui accueillent notamment des enfants polyhandicapés, mais aussi qui accueillent des enfants myopathes. On l'étudie aussi sur d'autres types notamment dans les SSR neuro, avec des séjours de répit pour des patients qui ont eu des AVC, qui sont à domicile dans des situations difficiles pour l'entourage.

Actuellement, il y a quelques expérimentations en cours. Elles permettraient à quelques patients en AVC d'aller un jour par semaine, ou tous les 15 jours dans une structure, afin de prodiguer aux aidants du temps nécessaire pour faire des démarches en parallèle. C'est probablement insuffisant, mais néanmoins c'est une dimension que l'agence a prise en compte.

Mr LAPIE Revient sur la question de l'ambulatoire en psychiatrie enfant.

Sur les questions du partenariat de l'articulation, entre les prises en charge et l'hospitalisation en psychiatrie, on a l'impression que les initiatives prises à ce sujet sont souvent aléatoires, c'est-à-dire que les engagements seront tenus de façons éphémères, ce qui rend extrêmement difficile la réalisation de solutions.

Bien que la prise en charge médico-éducative et le soutien des structures psychiatriques pour enfants, notamment les enfants TED* marchent bien dans cette catégorie, si une hospitalisation urgente est nécessaire et qu'aucune solution n'est apportée, on risque la catastrophe.

Mme RIET précise qu'à ce sujet et sur celui de l'adulte avec un handicap psychique, il a été monté un département recherche à Ville-Evrard. L'établissement souhaite travailler avec l'ensemble des professionnels du secteur social, médical et médicosocial sur les problématiques qui se posent au quotidien. Les usagers y ont été également associés. Ville-Evrard souhaite créer une sorte de plateforme départementale. C'est un des sujets qui va permettre de mieux appréhender et de faire appréhender aussi au niveau de l'agence et du territoire, comment mieux coordonner la prise en charge pour avoir un parcours complet, et ne pas se focaliser uniquement sur la partie soins.

Par ailleurs, l'EPS couvre 66% de l'offre de soins en psychiatrie du département public. Dans le cadre des futurs groupements hospitaliers de territoire, l'établissement sera tout à fait partie prenante pour coordonner, fédérer et constituer un groupement hospitalier de territoire, psychiatrie et santé mentale. L'établissement détient au niveau de la santé mentale, tous les partenaires du parcours de vie et de soins de santé, d'une personne ou d'un enfant atteint de troubles mentaux ou de handicap psychique.

Volet Ambulatoire

Présentation : Mr Jullien GALLI (ARS – responsable département régulation de l'offre ambulatoire)

Discussions:

Mme MAURIN s'interroge quant aux chiffres énoncés. Il semble que les moyens mis en œuvre il y a quelques années, n'aient pas apporté les résultats escomptés et n'aient pas contribué au maintien des professionnels dans leur exercice, ni créé beaucoup d'installations dans le milieu médical. Or, sur le terrain le problème est de plus en plus important, et sans prescripteur ou médecin, les effecteurs paramédicaux ne peuvent rien faire.

Le nombre d'installations ces dernières années en Seine-Saint-Denis suite aux départs en retraite et à la fermeture des cabinets, n'est pas positif. Sur les 5 ou 10 ans à venir, c'est une catastrophe sanitaire qui s'annonce dans le département.

Encore une fois les mesures mises en place n'ont rien apportées, néanmoins le zonage continu !

Mr GALLI partage ce constat. Effectivement, la situation se dégrade. Les mesures présentées servent essentiellement à réduire les inégalités territoriales, la répartition des professionnels de santé, puis à cibler les territoires qui sont dans les situations les plus précaires, auxquels on essaie d'apporter des moyens. Il n'y a aucune mesure miracle de proposée dans les différents dispositifs qui sont mis en place.

Il y a aujourd'hui une succession de dispositifs, dont les premiers ont vu le jour en 2006/2007. Ceux que met en place l'Agence sont très jeunes. Le PTMG* a un an. Il a été signé à Aubervilliers, puis 2 autres ont été signés dans le département, et 2 jeunes généralistes ont été installés dans les Yvelines. Effectivement, par rapport à l'enjeu de ce qui attend le territoire en termes de démographie médicale, on peut se dire que l'exercice est assez limité.

Il y a une succession de dispositifs, que l'Agence essaie de rendre le plus cohérent entre eux. Elle discute avec l'Assurance-Maladie et le Conseil Régional, afin d'éviter l'éparpillement des aides, et essaie de construire véritablement des installations qui soient adaptées avec une politique logique entre différents acteurs.

Néanmoins, il n'existe pas d'aide miracle. D'après les enquêtes faites auprès des jeunes médecins et des jeunes professionnels, il ressort qu'ils attendent des opportunités, un mode d'exercice regroupé, ou une qualité d'exercice, plutôt que des aides financières pour l'installation.

L'Agence au quotidien essaie de promouvoir son dispositif et d'installer les professionnels. Des journées d'aide à l'installation sont organisées, des permanences locales avec l'Assurance-Maladie et les URPS sont mises en place pour tenter de convaincre ces professionnels, et leur présenter un visage des territoires les plus positifs, en leur démontrant qu'une installation est possible, viable et intéressante malgré des dispositifs en effet limités.

Mme DERMER demande une précision sur le tableau présenté.

Que concerne-t-il ? Seulement les généralistes, les généralistes et les spécialistes ou tous les professionnels de santé ?

Mr GALLI précise que les dispositifs d'aide qui sont proposés, sont globalement des aides aux généralistes. Il existe néanmoins des exceptions, certaines aides commencent à être développées, notamment le conseil régional qui ouvre ces dispositifs aux infirmiers kinés, et dans la méthodologie, des territoires ont été construits par rapport aux médecins généralistes. Globalement le SCORE, le poids du déficit, portent essentiellement sur la pénurie de médecins généralistes.

PTMG* (Praticiens Territoriaux de Médecine Générale)

Mme DERMER ajoute qu'étant dans un établissement de santé à Stains, elle entend les généralistes de ville se plaindre de ne pas être classés dans les zones déficitaires, à cause du poids de l'établissement de santé voisin, qui lui, possède principalement des spécialistes et ne répond pas aux besoins de premiers recours. La démographie médicale hors établissements de santé est à prendre en compte, sinon cela peut biaiser la classification.

Une ville comme Stains démunie de professionnels, mériterait entièrement d'être classée dans une zone déficitaire. A-t-on pris en compte dans la méthodologie, les spécialistes voisins ?

Mr GALLI précise que les généralistes de l'hôpital de Stains qui sont des libéraux, ont été enlevés, comme sont enlevés SOS médecin lorsqu'il y a des implantations de SOS médecins.

Mme MAURIN demande s'il y eu un calcul par rapport aux maisons médicales ?

Mr PULIK précise qu'elles sont comptées dedans, cela ne change rien. L'intérêt pour l'Agence est de savoir où elles sont positionnées par rapport aux territoires du département. Néanmoins l'ARS continuera à financer et accompagner les projets qu'ils soient en territoire déficitaires ou non.

Dr GOMBEAUD ajoute qu'on a l'impression en terme globale, d'une relative stabilité sur le département, et une variable selon les communes en question. Dans certaines villes l'âge moyen augmente très rapidement et les départs ne sont absolument pas remplacés, dans d'autres la situation est un peu moins dramatique. Globalement on va vers une diminution qui va être de plus en plus inégale à l'intérieur du département.

Sur les primes diverses et multiples, les critères deviennent de plus en plus complexes. Aujourd'hui la garantie de revenus n'a littéralement aucun intérêt, puisqu'en zone déficitaire, le cabinet sera plein dès le lendemain de l'installation. C'est un peu plus complexe. Ce qui gêne aujourd'hui l'installation, c'est l'ensemble de l'évolution de la profession qui est de plus en plus difficile, et il est probable qu'aux termes de la loi de santé, ce phénomène s'accroît. Il ne faut pas sous-estimer l'état de tension dans lequel sont l'ensemble des professions de santé, par rapport à des questions de remises en cause de leurs compétences ou de leurs obligations de travailler en équipe. Il faut aussi noter la nuance qui s'exprime dans le temps de travail, qui modifie complètement les choses, notamment l'orientation vers le travail collectif dans une maison médicale, qui entraîne obligatoirement une diminution du temps de travail par professionnel.

On peut se satisfaire de cette évolution, mais dans la réalité en matière d'activité les choses ne sont pas si simples. Or, ces problèmes ne peuvent pas être simplifiés de la façon dont cela a été présenté, cela mériterait en parallèle, un travail complémentaire beaucoup plus approfondi.

Mr GALLI précise qu'il faut souligner que l'exercice de zonage n'est pas véritablement un exercice de diagnostic. L'Agence essaie de produire ici un exercice de ciblage. Ce sont des territoires sur lesquels des dispositifs de soutien vont être fléchés. Nous ne sommes pas complètement dans un exercice global de diagnostic d'un territoire et de l'offre ambulatoire. Néanmoins, l'Agence a essayé d'améliorer la technique, tout en la laissant un peu lisible à partir seulement, de 3 ou 4 indicateurs principaux. Elle souhaite conserver une méthodologie objective, et un travail régional. Ce qu'il faut souligner c'est que tous les territoires de la Région sont bien comparés les uns aux autres, et que dans ce travail, des communes Séquanodionysiennes sont comparées avec d'autres communes des départements de la Région.

Démocratie sanitaire - Etat de la réflexion en Seine-Saint-Denis

Mr LAPORTE pour clôturer la séance, il fait un point sur le bilan de la conférence de territoire, notamment celui de la Seine-Saint-Denis.

Le 25 juin 2014, une rencontre des présidents et Vice-présidents a eu lieu à l'ARS, en présence de Mr EVIN, à la suite de laquelle un document a été adressé aux membres de la CT, qui dressent le bilan des plénières par départements en Ile-de-France, le nombre de séances, la participation par collège et les différents thèmes abordés.

Au cours de cette rencontre, les points suivants ont été évoqués :

⇒ La Seine-Saint-Denis a eu la particularité, par rapport aux autres départements, de présenter 20 CLS, avec une charge de travail conséquente qui n'est pas la même par rapport aux autres CT.

⇒ Un taux de participation en baisse pour toutes les conférences de territoire, avec des inégalités de participations, des problèmes de quorum par collège. A ce titre, le 11 mai 2012, la CT93 avait modifié le règlement intérieur de fonctionnement. Elle prévoyait, en cas d'absence du quorum, de convoquer dans un délai de 30 mn et au plus tard dans les 8 jours une nouvelle CT portant sur le même ordre du jour, tout en spécifiant qu'aucun quorum ne sera exigé et qu'elle pourra délibérer valablement.

Le collège des élus est le moins présent. Pour pallier cet absentéisme, le Val-de-Marne a institué des réunions qu'il proposait plusieurs fois dans l'année, entre le bureau les maires ou les conseillers généraux, pour permettre de transmettre les travaux de la conférence de territoire aux élus.

Dans leur bilan de l'année, les Hauts-de-Seine font la même proposition.

C'est une problématique d'amélioration puisque qu'à travers les CLS et les politiques de santé de proximité, la question de la transmission des réflexions, et l'écoute des responsables politiques des territoires, est importante.

Sur la 2^{ème} partie de la journée, les Présidents et Vice-présidents ont présenté un bilan oral sur les CT. Il en est ressorti de façon unanime, que les conférences de territoire sous la forme de transversalité, entre élus, professionnels de différents métiers, représentants d'associations etc, sont positives. Néanmoins tous se plaignent de la masse de documents à étudier et à travailler, et de la difficulté de la prise en compte des avis formulés. C'est un problème récurrent, minimisé dans le rapport fait par l'ARS. Il semble qu'il y ait une mauvaise interprétation, sur les interventions des Présidents et Vice-présidents, qui mériteraient une relecture avant communication aux membres de la CT.

Une présentation de l'avenir de la CRSA a également été faite, puisqu'il y a une réinstallation de cette instance, alors que les conférences de territoire sont prévues jusque fin mars 2016.

Mme PIRLET (adjointe au directeur de la Démocratie sanitaire) souhaite intervenir sur cette réunion à laquelle elle a participé, et dont elle est l'auteur du compte-rendu.

Ce document a été adressé à l'ensemble des Présidents et Vice-présidents présents, pour être complété par leurs soins s'ils le souhaitaient avant d'être diffusé.

Cette rencontre se déroule chaque année entre le directeur de l'Agence, les délégués territoriaux, les Présidents et Vice-présidents de CT, ainsi que le Président de la CRSA, dans le but de faire le point sur ce qui se passe dans chacun des territoires, avec les améliorations à apporter en fonction des uns et des autres, qui pourrait servir de retour d'expérience et améliorer le fonctionnement de chacun.

A cette occasion, il avait été demandé qu'il y ait une meilleure connaissance, et des liens plus étroits entre les conférences de territoire. C'est la raison pour laquelle, l'Agence a travaillé sur un site internet propre à chaque CT, et dont elle a financé l'exécution. Le cahier des charges a été soumis à l'ensemble des Présidents et Vice-présidents de CT, afin que toutes les personnes intéressées puissent accéder à ce dispositif, en connaître l'ordre du jour, avoir accès aux discussions et aux différents documents. La démarche n'est peut-être pas suffisante, néanmoins c'est une première étape.

La seconde étape est la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, dont le renouvellement a eu lieu le 4 septembre 2014, et dont le nouveau président est Mr Jean-Pierre BURNIER. A la demande de chacune des conférences de territoire, celui-ci a souhaité rencontrer leur président et vice-président ainsi que les représentants de chaque CT membres de la CRSA.

Une demande des CT est d'avoir de l'information sur ce qui se passe à la CRSA, dont les événements sont également mis en ligne sur le site. C'est pourquoi l'idée suggérée a été que les personnes de chacune des conférences de territoire qui participent à la CRSA, qui sont également membres de la commission permanente, puissent lister et rapporter les points intéressants à rapporter en CT, pour qu'ensuite une personne de la CRSA puisse venir enrichir la réflexion de cette conférence.

L'Agence essaie de faire du lien, essaie d'être transparente et de répondre à la demande de la conférence de territoire, mais en réciprocité il faut qu'elle ait aussi des informations émanant de la CT. Enfin sur les avis. L'exemple très précis est celui du débat public relatif aux pathologies vasculaires qui a eu lieu le 22 novembre 2014, animé par la conférence de territoire⁹³ avec l'aide de l'ARS. Il y a eu des conclusions et des propositions, or à ce jour il n'y a pas eu de retour officiel, de la part du président de la conférence de territoire !

Mr LAPORTE précise que l'on ne peut pas reprocher à la conférence de territoire de ne rien avoir envoyé vers l'ARS. De nombreux groupes de travail ont fait remonter un certain nombre d'éléments. Une réponse et des modifications aurait dû être apportée au compte-rendu, néanmoins faute de temps, cela n'a pas été fait.

Il y a eu 20 CLS, avec des masses de documents considérables à prendre en compte. C'est effectivement une problématique à prendre en compte, il est extrêmement difficile pour les uns et les autres, en plus de leur charge de travail, d'animer, de participer, de contribuer, de faire des remarques, de rendre compte etc.

A ce titre, Mme FOURCADE présidente de la conférence de territoire des Hauts-de-Seine, dans son bilan 2011/2013, faisait ressortir en conclusion la remarque suivante : « au final, si les conférences de territoire doivent poursuivre leur action pendant encore 18 mois, il semble urgent de répondre sur les moyens dont elles disposeront pour parvenir à faire bouger les lignes sur leur territoire, car si elles sont à l'évidence un maillon utile de la concertation, pour autant elles ne peuvent être efficaces que si les DT assurent à leurs côtés, cette mission indispensable d'animation territoriale des politiques de santé ».

Il y a un bilan à tirer effectivement, qui sera adressé à tous les membres de la CT, dès que les modifications auront été faites.

Mme PIRLET ajoute que ses propos n'étaient pas une critique, mais juste dans le but de préciser qu'il était important de faire du lien, même si la CT à la sensation d'être seule.

Quant à la réponse, sur la manière dont sont prises en compte les remarques de la conférence de territoire ou les suggestions, il va y avoir le 14 janvier 2015, une rencontre avec la CRSA, qui va permettre de voir les CT qui ont été embolisées dans leurs premières années de fonctionnement, par la mise en place des CLS, et la mise en place du PRS. L'important est de voir les liens qui peuvent être faits, entre la conférence de territoire et la CRSA, pour que cette dernière soit porteuse de ce qui se passe sur les territoires, et savoir comment lier les demandes ou les propositions auprès du Directeur général.

Néanmoins, par rapport aux différents travaux qui ont été menés en CT à des rythmes et des conditions différentes, les choses avancent.

Dr GOMBEAUD revient sur le tableau et notamment les chiffres du taux participation. La conférence de territoire a des raisons de s'inquiéter lorsqu'elle est obligée de modifier son mode de fonctionnement afin d'arriver à tenir une réunion, et éventuellement derrière un vote. Il est difficile pour chacun déjà occupés par des obligations multiples, d'arriver à gérer dans les temps des problèmes d'ordre administratif. Des problématiques qui demandent réflexion et sur lesquels il faut intervenir. Il est à noter également que le périmètre décisionnel de la conférence de territoire est limité par son statut, un obstacle à ne pas négliger.

Mr LAPIE ajoute qu'une des choses, qui avait été pointée sur l'intérêt des conférences de territoire, c'était le retour du terrain. A partir du travail de chacun, des éléments récoltés, des expériences vécues où des difficultés rencontrées, il est important de faire remonter les éléments du terrain auprès de l'ARS, afin qu'elle en prenne connaissance et s'en inspire.

Mme MAURIN rappelle néanmoins, qu'un nombre important de motions, issus des groupes de travail, sur des points bien précis à la conférence de territoire, ont été rédigés et transmis à l'ARS, sans aucun retour. C'est probablement la raison principale qui influe le nombre de participants aux plénières en nette diminution.

Mme PIRLET précise que cette remarque, faite également par d'autres délégations, est remontée au siège de l'Agence. Lors de la rencontre du mois juin, Mr EVIN a pris un engagement vis-à-vis de la CRSA et vis-à-vis des Présidents des conférences de territoire, au cours de laquelle il leur a précisé qu'ils avaient un interlocuteur, qui est le Directeur Général pour la CRSA et les délégués territoriaux pour les conférences de territoire. Ceux-ci ont pour rôle de connaître la situation des dossiers. Si la remarque est intéressante l'Agence en prend compte, dans le cas contraire Mr EVIN en donne la raison, puisqu'il est le décideur.

La séance est close.

Le prochain bureau de la CT se déroulera le mercredi 04 mars 2015 à la DT93, précédant la plénière du mercredi 15 mars 2015 à la salle de conférence de la CPAM de Bobigny – 195 avenue Paul Vaillant Couturier.

Le Président de la conférence de territoire



Pierre LAPORTE



ANNEXE

Liste des membres présents :

Membres titulaires :

Mr Pierre LAPORTE, président

Dr Thierry GOMBEAUD, vice-président

Mr Stéphane LOCRET, Mme Christine DERMER, Mme Zaynab RIET, Dr Thierry ALBERT,

Mme Hélène DEWET, Mr Daniel LAPIE, Dr Mardoche SEBBAG, Mme Joëlle MAURIN,

Dr Jean-Pierre SALA, Pr Bernard PISSARRO

Membres suppléants :

Mme Françoise DAIGREMONT, Mr Jean-Claude LOCATELLI, Mme Mireille MINCHIN,

Mr Christian DESCHAMPS, Mme Brigitte DELPHIS

Invités permanents :

Mme Marion VAN WONTERGHEM, Mr Gilbert LECLERCQ, Melle Hédia AIT-KACI

Invités :

Mme Brigitte BELLAICHE-ELBAZ (Directrice de la Clinique des Lilas)