

PROCES-VERBAL

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

du mercredi 22 juin 2016 - 14h00

CPAM de Bobigny - salle de conférence

La liste des membres présents figure en annexe.

L'ordre du jour est le suivant :

- Discussions actuelles en cours autour des GHT.
Présentation de l'état d'avancement du GHT de St Denis/Gonesse par Mme Di Natale (Directrice du Centre Hospitalier de St Denis) (2)
- Réflexion autour de la démocratie en santé et les territoires pertinents de démocratie sanitaire
- Elaboration du prochain PRS (2)

Quorum : 19/48

(1) Cf documentation adressée aux membres de la CT

(2) 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 d'une modification à l'ordre du jour. En complément de la présentation relative au projet GHT St Denis/Gonesse, le docteur Noël POMMEPUY, Vice-président de la CME à l'EPS de Ville-Evrard, interviendra sur la particularité de la psychiatrie publique du 93, notamment la position de la communauté médicale et soignante de l'établissement par rapport à la question de l'intégration de l'EPSVE au sein d'un groupement hospitalier de territoire.

Etat d'avancement du GHT de St Denis/Gonesse (2)

Présentation : Mme Di Natale - Directrice du Centre Hospitalier de St Denis

M Pierre LAPORTE remercie Madame Di Natale pour la présentation synthétique et néanmoins complète du sujet, préparé dans un temps très limite. Avant d'entamer les débats, il concède la parole au docteur POMMEPUY.

Intervention du docteur POMMEPUY.

Nouvellement Vice-président de la CME de Ville-Evrard, le docteur POMMEPUY y exerce en tant que chef de pôle, notamment en charge du secteur de psychiatrie infanto juvénile, qui dessert les 13 communes situées entre Bondy, Montfermeil et Noisy-le-Grand, et qui représente une population de 0/18 ans d'environ 100 000 habitants.

Il remercie Madame Di Natale de lui accorder un temps de parole, et précise que cette intervention s'est rajoutée à la suite du conseil de surveillance à Ville-Evrard, qui en définitive ne s'est pas tenu. Il ajoute qu'au vu des divergences sur la position de l'hôpital de Ville-Evrard avec l'ARS, il est important que l'établissement expose son point de vue sur le sujet.

Présentation :

La Loi de santé du 26 janvier 2016 introduit une réforme profondément le système de santé et se trouve motivée par plusieurs objectifs médico-économiques majeurs :

- 1) mettre fin à un effet concurrentiel entre établissements introduits par la T2A en développant une réelle dimension de politique territoriale ;
- 2) proposer des solutions face à la baisse de la démographie médicale ;
- 3) développer les soins ambulatoires, notamment pour la chirurgie.

Cette loi ne prévoit rien pour prendre en compte la spécificité de la psychiatrie, et de fait, il a été envisagé par les agences que les EPSM soient rattachés aux GHT polyvalents. Les représentants de la psychiatrie, en attente d'une vraie loi-cadre sur la psychiatrie et la santé mentale, ont été surpris de cette position, sachant que la psychiatrie répond, depuis la circulaire du 15 mars 1960(1), à tous les objectifs de la loi de santé :

- 1) il n'existe pas de concurrence entre établissement, la sectorisation géographique de la psychiatrie étant installée ;
- 2) la psychiatrie est sérieusement impactée par la baisse de la démographie médicale, mais c'est le dynamisme des établissements psychiatriques qui peut convaincre les jeunes psychiatres de s'engager dans le secteur sanitaire ;
- 3) la psychiatrie a clairement pris son virage ambulatoire pour développer les alternatives à l'hospitalisation (comme mentionné dans la circulaire du 9 mai 1974(2)).

Par ailleurs, l'expérience des psychiatres exerçant au sein d'hôpitaux généraux a montré que l'attribution des moyens par la dotation annuelle de financement n'était pas toujours respectée(3). Cet argument, justifiant le souhait de voir se développer des GHT dédiés à la psychiatrie plus que des GHT polyvalents, n'a pas trouvé d'écho auprès des tutelles. Les fonctions supports des GHT ne présentent pas toutes un intérêt pour la psychiatrie, et présentent même, au contraire, un risque pour le développement de la psychiatrie. Si la fonction achat représente un intérêt en termes de marchés, les instituts de formation en soins infirmiers et la formation permanente doivent garder une orientation particulière vers la psychiatrie, la qualité de la formation des professionnels sur les spécificités de la relation dans le soin ayant diminué depuis la suppression du diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie en 2001. Enfin, la certification en psychiatrie a des spécificités qui ne sont plus à démontrer.

L'EPS Ville-Evrard est l'un des plus grands hôpitaux psychiatriques de France. Il dessert un bassin de population qui représente 76% de la Seine-Saint-Denis, soit 1 160 000 habitants, sur 15 secteurs de psychiatrie générale et 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. L'EPS Ville-Evrard est très implanté localement avec 4 lieux d'hospitalisation et au total 90 structures sur le département, qui accompagnent près de 30 000 patients. Les médecins, et de nombreux professionnels de santé, sont mobiles sur le département et exercent sur plusieurs structures. L'extrahospitalier est très développé, puisque 84% des patients adultes et 95,5% des patients enfants et adolescents bénéficient uniquement de soins ambulatoires. Le taux de lits par habitants, qui est de 0,8 lits et places pour 1000 habitants, est plus bas que la moyenne francilienne et française, ce qui traduit une véritable politique de réduction de la part de l'hospitalisation dans les soins, et une orientation forte vers l'ambulatoire(4). Les journées en temps partiel représentent 20% des journées réalisées dans l'établissement (211 000 par an en 2015).

La communauté de l'EPS Ville Evrard, en faisant valoir ses atouts et son droit à la dérogation, s'est vue opposer le reproche d'une position défensive et conservatrice face à la réforme de santé. Bien au contraire, c'est en s'emparant de la question d'un projet médical psychiatrie et santé mentale et en s'attelant à sa rédaction depuis le 18 février dernier, que la communauté médicale de Ville Evrard a montré sa capacité à proposer une alternative constructive et réformatrice. Ce projet s'est d'emblée inscrit dans un partenariat avec l'UNAFAM, association de représentants d'usagers ayant fait preuve de propositions et d'une volonté de dialogue avec les acteurs de la santé mentale. Il se déploie autour de 5 axes prioritaires qui prennent en compte les particularités sociodémographiques de la Seine-Saint-Denis et la notion de trajectoire du patient et d'accompagnement de son entourage :

- 1) formation, enseignement, recherche et information médicale ;
- 2) accès aux soins de proximité et à l'urgence coordonnée, et gradation des soins ;
- 3) prévention, coordination de l'accès aux soins somatiques et à la prise en charge globale, éducation thérapeutique et processus médicament ;
- 4) articulation et transition des soins de l'enfance à l'âge adulte : handicap psychique et mental, adolescents ;
- 5) prévention secondaire et tertiaire des pathologies psychiatriques invalidantes et réhabilitation psychique, sociale et familiale. La rédaction de la feuille de route de ce projet a mobilisé fortement les jeunes praticiens de l'EPS Ville Evrard, qui a conduit à leur engagement institutionnel dans la nouvelle CME du 16 juin dernier.

La communauté médicale et soignante de Ville Evrard, ainsi que la délégation UNAFAM 93, invitent chaleureusement les représentants de la conférence de santé de territoire et l'ARS à la présentation publique du Projet Médical Psychiatrie Santé Mentale 93-VE, vendredi 24 juin 2016 de 9h à 12h à l'UDAF (16 rue Hector Berlioz Bobigny).

- 1 - Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales
- 2 - Circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique.
- 3 - Montet I, Pourrat A, Bétrémieux M (2012). Moyens en Psychiatrie et Territoires en Santé Mentale. Assemblée générale du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux. Lyon : 2 octobre 2012.
- 4 - Observatoire Régional de Santé Ile de France (2012). La santé observée en Seine-Saint-Denis. 2-1. Les équipements hospitaliers.

L'objectif de ce projet médical, est de montrer que Ville-Evrard a un projet alternatif, et qu'il peut relever les défis en dehors de la question des GHT. La question est orientée sur l'attractivité, et donc sur la politique médicale.

Il en retrace les grandes lignes :

- La précarité. C'est un axe important et présent dans l'ensemble des axes de Ville-Evrard. L'intérêt est de répondre aux enjeux de santé mentale dans les différents domaines, en tenant compte de la problématique de la précarité, et de tous les indicateurs « au rouge » en Seine-Saint-Denis.
- Le parcours du patient. Il est intéressant, parce qu'il reprend la continuité des soins et la trajectoire du patient qui est une problématique en psychiatrie. Ville-Evrard a souhaité s'associer à l'UNAFAM¹, pour se baser sur leurs attentes et sur un certain nombre de propositions en matière de santé mentale, afin de nourrir la réflexion, et de faire ressortir les carences, notamment en termes de développement d'une politique transversale au-delà des secteurs.
- Les urgences. Il est question de faire un bilan des SAU², et travailler l'accueil psychiatrique, notamment faire un accueil spécifique pour les patients, et de diminuer le recours à l'hospitalisation.
- La transition enfance et âge adulte. C'est un domaine dans lequel il y a beaucoup de ruptures de soins et des problématiques pour les adolescents qui n'y ont pas accès, les centres de Ville-Evrard n'étant pas des lieux de recours pour eux.
- L'articulation des soins somatiques pour les patients psychiatriques. Même si un service de soins somatique a été instauré au sein de l'hôpital, il y a une vingtaine d'années à l'époque du docteur DESTAL, le suivi somatique à la sortie d'hospitalisation pose aujourd'hui problème.
- Un projet de développement et de partenariat avec les acteurs locaux sur la réhabilitation sociale, et le psychique familiale. Ceci dans le but de permettre au patient de retisser des liens, de s'insérer dans la ville et de retrouver une citoyenneté active.
- Un projet sur la formation.
- Un enjeu : une rénovation immobilière au niveau des structures ambulatoires. Les mairies sont confrontées à des difficultés de trésorerie, en matière de proposition des lieux de soins pour les patients.

¹ UNAFAM Union Nationale des Familles et Amis de personnes malades et handicapées psychiques

² SAU Service d'Accueil des Urgences

Discussions:

M Pierre LAPORTE rappelle que l'intervention du docteur POMMEPUY était improvisée, et avait pour but d'apporter un éclairage sur la spécificité de l'établissement.

Mme Elisabeth BELIN (mairie adjointe à la santé de St Denis) félicite le travail remarquable effectué par l'équipe de St Denis, présenté par Mme Di Natale, et excuse l'absence de M Didier PAILLARD maire de la commune.

St Denis est très attaché à ce que la politique de santé locale soit reliée à la vie dans l'hôpital. Le maire en tant que président du conseil de surveillance, a suivi de près les travaux, et la commune s'est engagée dans cette dynamique des GHT. Néanmoins il reste la question du choix de l'établissement support, et la décision du Directeur Général de l'ARS entre les 2 établissements.

M Bernard GAUTIER (ancien vice-président de l'URPS Masseurs-Kinésithérapeutes) formule 2 observations sur la présentation du GHT St Denis/Gonesse :

➔ Il considère que le sujet est hospitalier et uniquement hospitalier. Le PRS ne s'intéresse pas qu'à l'hôpital, il existe une passerelle entre l'hôpital, la ville et le médico-social, or dans la présentation il n'a pas été fait mention de ce qui pouvait être fait dans cet ordre d'idée. Dans l'optique de passage d'un domaine à un autre, et pour mieux illustrer le sujet, peut-on savoir si la balnéothérapie est réservée uniquement aux hospitalisés, ou également ouverte sur la ville ?

➔ L'arrêt du projet d'infra territoires pour le 93. Un gros travail a été fait avec les élus représentant les territoires, les professionnels de santé libéraux et salariés. Qu'en est-il des différentes propositions et du devenir éventuel de ces infra territoires, sur lesquels beaucoup de personnes se sont mobilisées pour apporter des solutions aux différents projets, dont nous sommes à ce jour sans nouvelles. Cela concerne également le Val-d'Oise et les Yvelines, où des expérimentations équivalentes ont été faites.

Mme Yolande DI NATALE répond aux 2 observations.

➔ La coopération avec la médecine de ville, et plus généralement la ville. Les détails sur cette thématique sont énoncés dans la Fiche 17 « ville/hôpital ». La ville de St Denis est partie prenante des CLS, elle travaille avec la MMG³ et souhaite la développer. Elle organise aussi des réunions mensuelles avec des médecins généralistes du territoire.

Bien qu'elle ne soit pas totalement détaillée, c'est une fiche à part entière qui va être travaillée et qui est un des axes prioritaires. Le calendrier est court, les travaux devraient commencer avec le médicosocial, les médecins de ville et du privé, à partir de l'automne.

➔ La balnéothérapie. Elle est située à Gonesse. La volonté de la commune, est de l'ouvrir pour la pratique de ville, ce qui a été autorisé aux kinésithérapeutes à Magny-en-Vexin (95).

Actuellement, un gros travail est en cours à St Denis, avec cette notion de partenariat et la médecine de ville, notamment sur le développement de cette intervention avec des sages-femmes libérales au sein de la maternité, ainsi que des kinésithérapeutes sur le plateau de rééducation.

Mme Catherine OLLIVET (représentante des usagers) formule quelques remarques.

Le travail de présentation est tout à fait remarquable, toutefois selon elle, on ne peut pas faire simple et concret avec une loi qui est totalement « délirante », et qui est en elle-même une « usine à gaz », il est alors d'autant plus alambiqué, de vouloir en donner une visualisation simplifiée.

Dans cet imbroglio, le droit et la défense du patient ont été évoqués au travers d'un parcours médical et d'un parcours de soins, conçu en dehors de toute concertation de qui que ce soit. La question est de savoir, à quel moment va-t-on laisser une chance au patient d'exprimer son choix.

Au cours de la présentation, il a été évoqué qu'il y aurait un représentant des usagers par établissement. Or, il n'y a eu aucune concertation entre les 2 établissements et les CRUQPC⁴, qui sont les éléments moteurs de la démocratie sanitaire dans les établissements, pour expliquer et développer les modalités de fonctionnement.

Bien que l'hôpital de St Denis ait été évoqué, comme être l'établissement support, il n'en est pas moins qu'une toute petite enceinte sans aucun pouvoir décisionnel.

Enfin, la psychiatrie reste une vraie interrogation, et un domaine à part. Du point de vue éthique, l'hôpital à une culture à diffuser, et non pas une culture et une compétence à garder dans un établissement aux murs clos.

³ MMG Maison Médicale de Garde

⁴ CRUQPC Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

Mme Yolande DI NATALE ajoute qu'il faut effectivement travailler avec les représentants des usagers pour qu'ils aient le libre choix dans toute cette complexité.

Pour les CRUQPC, il a été précisé dans la convention constitutive, que nous avons un an pour travailler avec les usagers et mettre en place cette commission. Ceci a été évoqué avec les usagers au niveau du conseil de surveillance, et leur sera rappelé le 24 juin. C'est un processus qui, avec les contraintes imposées, s'aménage tout doucement.

M Noël POMMEPUY rappelle que l'étude du projet médical a été contrainte par un calendrier chargé, la loi étant apparue le 26 janvier et les décrets le 27 avril.

Il clarifie quelques points :

→ **L'association avec des partenaires.** L'UNAFAM a été pour lui d'emblée l'interlocuteur avec lequel il a souhaité mener le projet auprès de la communauté médicale de Ville-Evrard. Cette association n'est qu'un des représentants des usagers et des familles, et il reste encore beaucoup de choses à faire.

→ **Le projet médical.** Il comporte 5 axes prioritaires, dont la prise en charge globale du patient et les aspects somatiques, avec un renforcement des staffs médico-psychiatriques. Ceux-ci manquent indéniablement à une réflexion globale autour du patient, et à des accès privilégiés à des soins.

→ **La diffusion des savoirs et de la pratique.** C'est l'un des arguments de l'agence «apprendre aux autres à bien faire». Or, pour y aboutir, il faudrait déjà que les autres aient une demande, qu'ils comprennent, et disposer de plus de temps, ce qui n'est pas vraiment le cas.

Travailler avec les collègues est important et utile, néanmoins il faut être pragmatique, ce qui oblige à faire des choix qui peuvent être parfois arbitraires ou partiels, mais qui sont améliorables. Il est important de prendre ce chemin pour proposer autre chose.

Pr Bernard PISSARRO s'adresse à Mme Di Natale sur la précarité auprès de la population. Comment aborder le problème au sein de cette construction bi hospitalière, et faire en sorte que les actions menées vont diminuer les inégalités plutôt que les aggraver ?

Mme Riva GUERCHANOC (mairie adjointe à la santé à Montreuil et membre du conseil de surveillance de Ville-Evrard) s'interroge sur l'ordre du jour, notamment la présentation du GHT Ouest, et s'étonne qu'il n'y ait pas eu également de présentation du GHT Est. Comment doit-on interpréter cet état de fait ?

M Jean-Philippe HORREARD salue l'intervention des 2 protagonistes sur les GHT, et précise que n'étant pas membre de la conférence de territoire, il ne lui appartient pas d'en fixer l'ordre du jour. Il clarifie la présentation du GHT Ouest. Du point de vue de l'ARS, le travail de ce GHT était particulièrement avancé dans ses modalités de coopération médicale. Il paraissait donc intéressant de le présenter en tant que tel, pour démontrer positivement ce qu'est un GHT, et les enjeux concrets d'une coopération hospitalière.

S'adressant à Mme OLLIVET, il rappelle que la question de la gouvernance hospitalière est complexe de par nature, mais ne justifie pas d'emblée d'être qualifiée « d'usine à gaz ». On constate sur cette question, que la réflexion pragmatique des 2 hôpitaux et de leurs instances, aboutit quand même à un certain nombre de réponses positives qui sont certes complexes, mais qui peuvent cependant laisser penser aujourd'hui, que nous allons aller vers une autre gouvernance, et une offre hospitalière consolidée.

Pour la présentation du GHT93 Est, il appartient au président de la conférence de territoire d'inviter les protagonistes à venir présenter leur projet médical partagé. Aujourd'hui, la dérogation à Ville-Evrard n'est toujours pas tranchée, et le projet variera en fonction du scénario retenu.

Mme Yolande DI NATALE revient sur la précarité. L'hôpital de St Denis en partenariat avec la CPAM, lutte quotidiennement contre cette problématique par la notion d'accès aux droits et aux soins, et soigne tous ceux qui se présentent à l'établissement. Un gros travail est réalisé autour de la fluidité et de l'intégration, par le parcours de soins.

Dr Thierry GOMBEAUD remercie les intervenants des 2 GHT, puis revient sur le GHT Est. Il semble qu'il y ait plusieurs incohérences par rapport à sa construction, ce qui a compliqué l'élaboration d'une présentation. Néanmoins il était important d'évoquer les GHT.

Pour le GHT Ouest, bien que l'exposé démontre que l'hôpital de St Denis compense les manques de la médecine de ville, il faut néanmoins rappeler que 90% des actes médicaux sont assurés par les médecins de ville. Or, à aucun moment il n'en est fait mention dans la présentation, en dehors de quelques mini-structures où sont regroupés une dizaine de généralistes.

Rien de concret sur la manière dont va être pratiqué le virage ambulatoire n'a été décrit dans ce projet médical. On y voit l'addition de l'ensemble des spécialités des différents hôpitaux qui existent déjà, mais on ne voit pas ce qui va forcément apparaître, notamment la disparition pour la mutualisation de certaines structures médicales, ou certains hôpitaux.

On ne perçoit pas non plus dans ce projet, la place des effecteurs médicaux à l'extérieur de l'hôpital, c'est un manque auquel cette étude va se heurter, car le problème majeur aujourd'hui est bien l'accès aux soins, puisque 90% des actes sont réalisés en ville au tarif opposable, ce qui complique la compréhension de ce dossier.

Mme Yolande DI NATALE rejoint totalement cette analyse. Elle précise néanmoins, qu'il leur a été demandé en 4 mois de se conformer à la loi, dont le dernier texte est sorti le 26 avril. Elle ajoute que l'hôpital est totalement d'accord pour travailler avec la médecine de ville. Il ne peut pas être question dans ce territoire d'hospitalo-centrisme.

L'axe de la Fiche 17 est évidemment à développer, le partenariat avec la médecine de ville est à élargir. L'élaboration du CHT Nord Val d'Oise a demandé 4 années de travail. Répéter la même chose pour le GHT en 4 mois, est utopique, de même qu'il est difficile de présenter en 20 mn les changements qui vont s'opérer dans les 10 années à venir. Les hôpitaux vont changer leurs pratiques, le virage ambulatoire ne va pas être simple de par la spécificité de notre population, d'où l'intérêt de travailler avec la médecine de ville, l'HAD, le SSR, les médicaux-sociaux, voire même les partenaires privés.

Mme Elisabeth LEFEUVRE (maire adjointe à la santé – Noisy-le-Sec) revient sur la médecine de ville et les professionnels de santé. Elle signale qu'au vu de la désertification qui sévit sur le département comme sur le territoire, il est crucial de travailler ensemble en amont, avec pour objectif, le soin, l'accès aux soins, la proximité des soins, la qualité des soins, et le patient en pivot comme objectif central.

Mme Evelyne COUDE félicite Mme Di Natale pour sa brillante présentation, néanmoins elle pense que la réalisation du projet va être difficile au vu de la fermeture annoncée de 16 000 lits, de 22 000 postes probablement supprimés, de la mobilité du personnel, et du système ambulatoire qui n'est pas vraiment économique.

Mme Yolande DI NATALE clarifie la donnée des chiffres, ce sont des données nationales. Pour l'établissement de St Denis, ça n'est pas ce qui est prévu. Elle précise à nouveau, qu'il s'agit d'une présentation qui n'est que l'ébauche d'une démarche.

Dr Mardoche SEBBAG (Représentant médecins libéraux URPS) réitère les propos qu'il avait avancés il y a quelques mois auprès de M HORREARD, que l'objectif des GHT est l'uniformisation, la rentabilisation et l'anonymisation des patients. Pour autant, il ne faut pas oublier, les médecins libéraux, les professionnels de santé libéraux quels qu'ils soient, et les patients qui sont la charnière du processus.

M Jean-Philippe HORREARD clarifie ses propos, groupement ne veut pas dire fusion. Il faut être attentif à ne pas sur-interpréter la loi, par rapport à des présupposés qui sont aujourd'hui ceux d'une fusion potentielle des structures.

Mme Hélène de TIESENHAUSEN (directrice de l'établissement Ste Marie – Villepinte) s'interroge sur le devenir des établissements privés, associatifs et lucratifs, au sein des GHT ?

Mme Yolande DI NATALE précise qu'ils seront partenaires. Les discussions devraient commencer à l'automne.

Mme Joëlle LAUGIER (présidente du réseau addictologie de Seine-Saint-Denis) clarifie la présentation du GHT St Denis/Gonesse. De son point de vue Mme Di Natale n'est pas venue défendre le GHT ou la loi, mais plutôt demander l'appui de la conférence de territoire par rapport à la question de l'établissement support, ce qui lui semble au travers d'une loi plutôt complexe avoir été plutôt bien fait, en mettant en avant l'importance des liens à prendre en compte avec le territoire, la ville et les établissements médico-sociaux.

Dr Thierry GOMBEAUD précise que cela va être difficile dans la mesure où les discussions autour de l'autre GHT semblent conflictuelles. Néanmoins il n'y aura pas de vote.

Mme Catherine OLLIVET ajoute que bien qu'on ne puisse pas voter, cela n'exclut pas la rédaction d'un avis consultatif.

Mme Elisabeth BELIN renchérit sur la proposition d'émettre un avis. Elle signale que sur la question de l'équilibre des GHT, si l'établissement support n'était pas donné à St Denis sur ce GHT là, il n'y aurait qu'un établissement support sur toute la Seine-Saint-Denis. Ce GHT a la particularité d'être à cheval sur 2 départements. De son point de vue, la conférence de territoire doit s'exprimer sur cette question.

M Pierre LAPORTE précise que la demande est arrivée beaucoup trop rapidement, pour l'étude et l'analyse d'un tel sujet. L'autre difficulté, c'est qu'il y a 2 GHT de prévu sur le département, dont l'EPS de Ville-Evrard qui ne souhaite pas être intégré dans le GHT. Dans ces conditions, il est difficile de donner un avis. On peut avoir une réflexion globale sur ce que sont les GHT, avec les points critiques, les points positifs, les déficits en professionnels de santé et en spécialités, la question du virage ambulatoire etc. La loi sur les GHT a été faite dans la précipitation et comprend des contraintes. La conférence de territoire aujourd'hui n'est pas en mesure de donner un avis sur St Denis en tant qu'hôpital support, alors que sur l'autre partie du département, on ne sait pas celui qui sera choisi en tant que tel. Il y a trop d'interrogations autour des GHT. La conférence est avant tout un lieu d'échanges entre professionnels, et il ne lui a pas été demandé d'émettre un avis sur la question.

Mme Elisabeth BELIN considère que si la conférence de territoire n'a pas eu le temps de s'intéresser à la question, c'est qu'elle s'y est prise trop tard.

M Pierre LAPORTE rappelle que la conférence de territoire en santé est souveraine sur les sujets qu'elle traite. Avant d'aborder celui-ci, il fallait le comprendre et être renseigné sur ses composantes. Or, face à la complexité du dossier, la première alternative a été d'avoir un exposé, qui a été présenté par Mme Di Natale. Il est utopique de travailler correctement sans prendre le temps de se poser les bonnes questions, sur de telles réformes en 4 mois.

Réflexion autour de la démocratie en santé et les territoires pertinents de démocratie sanitaire (2)

Présentation : Monsieur Pierre LAPORTE

1- Quelques rappels

La loi du 31 juillet 1991 crée les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) et opère un renversement de logique dans l'organisation sanitaire en puisqu'elle substitue à la notion d'offre de soins, le concept de satisfaction des besoins de la population dans un cadre régional.

Les SROS de 3^{ème} génération créent ensuite les nouveaux territoires de santé définis par une circulaire du 5 mars 2004 comme le lieu où « les établissements et professionnels de santé s'accordent entre eux sur les actions concrètes et précises permettant de traduire les orientations du SROS » ; sur lequel des projets de territoire peuvent être élaborés « à partir d'un diagnostic partagé sur les besoins de santé de la population ».

La loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale et du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé installent le concept de démocratie sanitaire et placent l'utilisateur au cœur de l'organisation sanitaire. Par la reconnaissance de droits individuels et collectifs, l'utilisateur devient un acteur incontournable du système de santé dans lequel il est susceptible d'intervenir directement ou par l'intermédiaire de ses représentants.

Enfin, La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » de 2009, dite loi HPST, a institué auprès des Agences Régionales de Santé (ARS) des Conférences de Territoires, instances consultatives composées de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé dont les usagers (50 membres au plus, répartis dans 11 collèges, représentant : les établissements de santé ; les personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux ; les organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité ; les professionnels de santé libéraux ; les centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé ; les établissements assurant des activités de soins à domicile ; les services de santé au travail ; les usagers désignés sur proposition des associations les représentants ; les collectivités territoriales et leurs groupements ; l'ordre des médecins ; et au moins deux personnalités qualifiées choisies à raison de leur compétence ou de leur expérience dans les domaines de compétence de la conférence de territoire.)

2- Perspectives

Le titre IV de la Loi de Modernisation du Système de Santé vise à « *renforcer l'animation territoriale des politiques publiques et de la démocratie sanitaire* ». Dans ce cadre, l'article 158 de la loi crée des territoires et conseils territoriaux de santé et prévoit :

« 1° Les territoires de démocratie sanitaire à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région :

« 2° Les zones donnant lieu à la répartition des activités et des équipements ».

Alors qu'il y a avait jusqu'à maintenant concordance entre ces espaces au sein des territoires de santé, à partir du 31 octobre 2016, les territoires où s'exerce la démocratie sanitaire pourront être différents des territoires, des « zones » où les activités et les équipements sont soumis à autorisation de l'ARS.

Par ailleurs, au 1^{er} janvier 2017, les Conférences de Territoire sont remplacées par des Conseils Territoriaux de Santé.

Ceux-ci ont pour objet de :

- donner un avis sur un diagnostic territorial partagé établi au sein de chaque territoire de démocratie sanitaire,

- donner un avis sur le projet territorial de santé mental.

Les CTS seront par ailleurs associés à la mise en œuvre des « pactes territoire santé » (dont l'objectif est de lutter contre la désertification médicale) et seront autorisés, pour une période expérimentale de 5 ans, à être saisi par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé.

A priori, la taille sera identique à celle des conférences de territoire, avec au plus 50 membres mais les collèges devraient être modifiés afin de renforcer la représentation des usagers et des collectivités territoriales.

Ces perspectives interrogent les territoires et les conditions d'exercice de la démocratie en santé.

Un séminaire de la CRSA et des groupes de travail se sont penchés sur cette question, autour de 3 axes de réflexion :

1. Les attentes autour de la Démocratie en santé
2. Le niveau territorial pertinent pour son exercice
3. Les articulations à promouvoir avec les autres outils de démocratie

Discussions:

M Pierre LAPORTE précise que le territoire pertinent de la démocratie en santé est une vraie question, dont la première est de savoir ce qu'est la démocratie en santé. Il subsiste beaucoup d'incompréhensions dans son fonctionnement, c'est l'analyse qu'il en ressort des conférences de territoire et de la CRSA. Il propose à l'assemblée, dans un premier temps, de s'exprimer sur la démocratie en santé, puis dans un second temps, de formuler un avis sur le territoire pertinent qui sera adressé à l'ARS.

M Bernard GAUTIER demande un éclairage sur le mandat des URPS Masseurs-Kinésithérapeutes. Que deviennent les membres de cette conférence, alors qu'ils ne sont plus élus à l'URPS, mais toujours mandatés jusqu'à la fin de l'année ?

M Pierre LAPORTE précise que le mandat des membres de la conférence de territoire a été prorogé jusqu'au 30 décembre 2016 (Décret n°2016-278 du 8 mars 2016).

Mme Catherine OLLIVET apporte un éclairage à l'assemblée, sur le niveau territorial pertinent pour l'exercice de la démocratie sanitaire. Suite au séminaire régional dédié à cette réflexion, 3 groupes se sont formés. Il faut rappeler que cette réflexion est faite région par région. 2 ateliers ont proposé de garder le département comme échelon pertinent pour l'exercice de la démocratie sanitaire, et 1 atelier a plutôt choisi d'intégrer la réflexion en faveur des 12 territoires du Grand Paris.

Elle précise, que de son côté elle a soutenu l'idée d'intégrer le Grand Paris dans la réflexion, et que la CRSA s'est plutôt prononcée en faveur d'un territoire pertinent qui recouperait le territoire des départements.

Mme Joëlle LAUGIER de son point de vue, le département serait le plus pertinent, l'histoire des GHT reflète bien le problème de démocratie en santé.

Elle ajoute une réflexion, pourquoi ne demande-t-on pas au moment de l'écriture d'une loi, l'avis aux instances qui ont été mises en place ! La conférence de territoire n'a pas été interrogée en amont des décisions, et même si elle n'a qu'un avis consultatif, on peut se demander dans ces conditions à quoi elle sert ?

Dr Thierry GOMBEAUD précise que ça n'est pas cette assemblée qui peut répondre à cette observation, et rappelle que 13 avis ont été transmis à l'ARS, sans aucun retour, ce qui démontre l'impact de la conférence de territoire dans de tels processus de décisions. Ceci, renvoie à la discussion sur la démocratie sanitaire. Demander à la CT quel est l'échelon territorial le plus pertinent, alors que jusqu'à présent il n'est apparu aucun retour sur les précédentes interventions faites sur le sujet, semble compromis en termes de réponse.

Le territoire tel qu'il a l'air de se constituer sous le modèle des GHT, sur un mode hospitalo-centré, ne nous semble par correspondre réellement à l'échelon pertinent, qui permettra d'organiser le système de santé de demain dans ce département.

M Daniel LAPIE (représentant de l'URIOPSS - directeur IME à Montreuil – membre CLS de Montreuil) selon lui, la question première n'est peut-être pas celle de la pertinence du territoire. Prochainement, le conseil territorial de santé va remplacer la conférence de territoire, au travers des analyses faites sur les différents travaux depuis le début, peut-on savoir aujourd'hui ce qui a été modifié dans les attributions de cette nouvelle instance ?

Il a été dit notamment qu'elle pourrait être saisie par les usagers, faut-il entendre par là, que l'avis des membres de cette nouvelle instance, sera pris en considération par l'ARS ?

Mme Catherine OLLIVET précise que la différence est dans le mode de fonctionnement, notamment la création d'un guichet des plaintes et réclamations.

Les usagers auront le droit de saisir individuellement le conseil territorial de santé à travers un guichet unique, qui pourrait se répartir sur le territoire, et qui leur donnerait le droit de déposer plaintes et réclamations.

Le cahier des charges de ce guichet unique, est en cours de rédaction par le Ministère. Le texte est complexe, mais entre dans les progrès des droits individuels, et au sein du conseil territorial. Plus simplement, c'est une augmentation de la représentation des usagers, et une augmentation des droits individuels.

Mme Riva GUERCHANOC rapporte qu'après avoir été conviée par l'association des maires d'Ile-de-France pour être force de propositions, on ne peut que constater qu'il est difficile de répondre à cette question. En fait, tout dépend de la politique publique en santé que l'on souhaite défendre.

Le 2 mai dernier, M DEVYS a évoqué 2 types de territoires, les territoires stratégiques et les territoires de planification. Selon le périmètre demandé dans le futur conseil de territoire, nous sommes sur un territoire de planification et non sur un territoire stratégique qui serait celui de la région.

Ensuite il faut définir la démocratie en santé, où là encore il semble qu'il y ait une ambiguïté systématique entre les 2 termes, démocratie sanitaire ou santé, ce qui ajouté à une documentation complexe, complique davantage les choses, et dans ce cas on ne peut être qu'inquiet du futur de la démocratie.

Que faut-il entendre par le fait que cela dépend de la politique publique en santé que l'on souhaite défendre. Lorsque nous sommes sur des aspects de santé environnementale, on constate de prime abord que l'échelon communal n'est pas l'échelon le plus pertinent. Pour les questions sur le virage ambulatoire ou la santé communautaire, c'est l'échelon communal voire infra communal qui est concerné, sachant que la loi, au-delà des conseils de quartier donne des nouveaux pouvoirs aux conseils de citoyens. Nous sommes donc sur différents niveaux. L'interrogation alors, est de savoir qui est le plus habilité en termes de représentativité pour aller dans ce conseil territorial ?

D'un autre côté, les textes pris avec la métropole du Grand Paris, prévoient 12 EPT⁵, ce qui sous-entend qu'au niveau de la région, on peut prendre un représentant par EPT, sauf que les territoires n'ont absolument aucune compétence en matière de santé, et de fait cela redescend sur les communes, du moins pour ce qui concerne la Seine-Saint-Denis. Dans ce contexte d'inepties, comment peut-on réfléchir en toute objectivité !

Mme Catherine OLLIVET clarifie l'ambiguïté sur la démocratie sanitaire ou démocratie en santé. Seules 2 régions ont voté un schéma de démocratie sanitaire. L'ambiguïté sur les 2 termes, provient de la préparation et du vote du schéma qui a été inscrit à l'époque «en santé». Sa réflexion et sa construction ont été pensées «en santé». Or la loi ne connaît pas la démocratie en santé, elle ne parle que de démocratie sanitaire. La situation est d'autant plus complexe avec 2 versions, l'une culturelle à l'Ile-de-France, et l'autre qui impose les termes de la loi elle-même.

Dr Thierry GOMBEAUD revient au séminaire régional au cours duquel les groupes de travail, ne sont pas parvenus à un consensus. Les suggestions faites sont d'une grande complexité, telles que la proposition de territoires stratégiques comme l'échelon régional, de territoires de planification pour organiser et répartir l'offre de soins, de territoires opérationnels pour fédérer les différents acteurs autour des projets communs. Or la réalité est toute autre, il a semblé plus approprié de rester sur l'aspect territorial déjà référencé, en l'occurrence l'échelon départemental, et de voir l'évolution en matière d'objectifs et de moyens.

M Pierre LAPORTE précise que les échanges de ce jour, seront retranscrits dans un procès-verbal accessible à tous les participants, sur le site de la conférence de territoire (Cf lien du site en début de PV).

Il revient sur l'interrogation première : la position de la conférence de territoire autour de la démocratie en santé, et la question des territoires pertinents de démocratie sanitaire. La proposition est de garder le département, comme territoire pertinent, pour plusieurs raisons :

Le département est pilote en matière de personnes âgées, personnes handicapées et personnes en difficulté spécifique, ainsi que sur la prévention.

Les CLS qui, même s'ils demeurent imparfaits, restent néanmoins des instances de proximité où peut s'exercer une démocratie en santé. Même s'il n'y a pas de responsables du CLS, il est fondamental qu'ils soient systématiquement conviés à participer aux conférences territoriales, au même titre que les élus ou les animateurs ASV.

Les membres de la conférence de territoire, sont interrogés sur les sujets qu'ils souhaitent voir aborder, cela permet de susciter plus d'intérêt, et de motiver leur participation.

Il est important de tenir compte des EPT comme des lieux de proximité qui permettent de rassembler, même s'ils n'ont pas de compétence en santé, et avoir la possibilité d'organiser dans l'année des conférences de territoire qui se tiennent au sein des EPT.

En conclusion, la proposition faite à la conférence de territoire est de faire un mixte, c'est-à-dire :

- proposer comme territoire pertinent, le département ;
- inviter de façon permanente aux conférences de territoire, les représentants des CLS, élus ou autres responsables ASV ;
- pouvoir décentraliser ces conférences pour avoir une vision de ce qui se passe sur les EPT.

Mme Elisabeth LEFEUVRE rebondit sur 2 éléments : la prévention et l'accès aux soins.

De son point de vue, le cloisonnement géographique est indispensable dans une forme d'avancement, mais il est nécessaire de travailler également sur un plan horizontal avec du lien entre tous les professionnels, les structures du privé et du public. Pour faire avancer les projets de territoire, il ne faut pas oublier la ville et aller au-delà, à travers le département, à travers les EPT etc.

M Pierre LAPORTE fait lecture à l'assemblée de la proposition de texte, qui sera transmise à l'ARS, sur la position de la conférence de territoire relative au territoire pertinent de démocratie en santé, et demande aux participants de se prononcer sur le libellé.

La conférence de territoire propose que le territoire d'exercice de la démocratie en santé demeure celui du département. D'une part, parce le Département est confirmé chef de file des politiques publiques médico-sociales et de prévention par la loi Notre ;

⁵ EPT *Etablissement Public Territorial*

D'autre part, elle considère que les Contrats Locaux de Santé et les Contrats Locaux de Santé Mentale, s'ils demeurent imparfaits, sont les instruments de proximité de la démocratie en santé.

La Conférence de Territoire propose donc d'inviter de manière permanente les animateurs des CLS et CLSM (élus, professionnels des Ateliers Santé Ville, ...)

Pour tenir compte des nouveaux Etablissements Publics Territoriaux, qui n'ont pas de compétence obligatoire en santé, la Conférence de Territoire propose de décentraliser certaines de ses réunions dans ces EPT.

Cependant, la Conférence de Territoire souligne que la question première de la démocratie en santé demeure celle de ses conditions et moyens d'exercice.

Mme Riva GUERCHANOC approuve le texte. Néanmoins, il faut pousser plus loin. Bien que les EPT, aient compétence en matière de lutte contre l'habitat insalubre et contre la précarité énergétique, ils ne font pas le lien avec les questions de santé. Dans ces conditions, s'il faut décliner les conférences de territoire au sein des EPT, il faut faire preuve de pédagogie et s'entretenir avec les présidents de ces instances, pour qu'ils puissent avoir eux-mêmes derrière, l'éventualité de désigner de manière optionnelle, un vice-président qui favoriserait le lien avec l'ensemble des acteurs, CLS, élus professionnels ASV etc.

M Pierre LAPORTE revient sur l'environnement de la santé. Cette question a été examinée dernièrement à l'ARS, dans une annexe du PRS, et pourra être abordée au cours des prochaines réunions, comme l'a été la question sur la plaine commune et les effets de la circulation sur l'environnement.

En accord avec les membres de la CT et en l'absence d'avis contraire, il suggère de transmettre le texte de proposition, à l'ARS.

Pr Bernard PISSARRO ajoute que la santé au travail est toujours la question absente des analyses sur les déterminants de santé, alors qu'elle en est l'un des facteurs constitutifs, en positif comme en négatif.

Mme Claude WOHRER (élue à la santé - Bagnolet) rejoint l'idée de Mme GUERCHANOC, et ajoute que si la conférence de territoire doit décentraliser certaines de ses réunions au sein des EPT, il est important de bien se faire connaître au niveau du territoire, penser d'abord local et peut-être intercommunalité.

Elaboration du prochain PRS (2)

Présentation : Monsieur Jean-Philippe HORREARD (DTARS)

En préambule, M HORREARD, répond à l'interrogation de M GAUTIER, sur le devenir du PTS⁶. Il rappelle que ce projet et ses groupes de travail étaient dans une démarche expérimentale. Ils ont été mis en œuvre l'an dernier, avant l'adoption de la loi de modernisation santé. Les travaux de cette expérimentation, après décision du Directeur Général de l'ARS de ne pas donner suite à ce dossier, se sont arrêtés nets en janvier 2016.

Fort de cet exemple, il est important aujourd'hui de remettre sur le devant de la scène, le travail effectué, d'insister sur la nécessité de refaire le bilan des groupes de travail, de synthétiser les propositions qui ont été faites, et de retravailler.

Il s'engage à proposer au Directeur Général, de relancer les travaux PTS Est Ensemble en cohérence avec les débats de ce jour. Il est important que ce travail ne soit pas laissé en jachère.

Discussions:

M Pierre LAPORTE rappelle la mise en ligne de tous les documents relatifs à la conférence de territoire sur le site de l'ARS, ainsi que l'accès aux autres CT d'Ile-de-France.

Dr Thierry GOMBEAUD remercie M HORREARD pour son éclairage sur ce prochain PRS. Il propose d'orienter les discussions de la conférence de territoire aux 2 prochaines réunions de bureau et de la prochaine plénière, sur l'évaluation du PRS1 et de la méthodologie de construction, notamment les besoins pour le PRS2.

⁶ PTS *Projet Territorial de Santé*

Mme Joëlle MAURIN propose de ressortir, lors des prochaines discussions, les motions émises et transmises depuis le début de la conférence de territoire à l'ARS, et de voir si elles ont été au moins lues.

Dr Thierry GOMBEAUD ajoute qu'il ne va pas falloir attendre la publication du PRS2, et faire dès le départ des remarques sur la base d'informations fournies par l'agence.

M Pierre LAPORTE remercie les participants, notamment l'équipe de St Denis et l'hôpital de Ville-Evrard pour leur présentation, ainsi que la présence des élus, dont on déplore souvent la participation étant retenus sur d'autres fonctions.

La séance est close.

Le prochain bureau de la CT, sera un bureau élargi aux membres de la conférence de territoire qui se déroulera le mercredi 21 septembre 2016 à la DT93.

La prochaine conférence de territoire se déroulera le mercredi 12 octobre 2016 à la salle de conférence de la CPAM de Bobigny – 195 avenue Paul Vaillant Couturier, précédé d'un bureau le mercredi 5 octobre 2016.

Le Président de la conférence de territoire

Pierre LAPORTE



ANNEXE

Liste des membres présents :

Membres titulaires :

M Pierre LAPORTE, Président

Dr Thierry GOMBEAUD, vice-président

M Philippe ERIGNOUX, Dr Thierry ALBERT, M Jean-Claude LOCATELLI, M Daniel LAPIE, Dr Mardoche SEBBAG, M Bernard GAUTIER, Mme Joëlle MAURIN, Mme Catherine OLLIVET, Mme Catherine SOULIE, Mme Claude WOHRER, Dr Jean-Pierre SALA, Pr Bernard PISSARRO

Membres suppléants : Mme Yolande Di Natale, M Frédéric ESPENEL, Dr Joëlle LAUGIER, M Lucien PETOT, Mme Evelyne COUDE, Mme Marie-Blanche PIETRI

Invité permanent : M Julien BORDRON, Mr Gilbert LECLERCQ

Invités mairies : Dr Martine DURIEUX ARNAUD (Adjointe Maire Livry-Gargan)

Invités, président de CME : M Noël POMMEPUY, Vice-président CME EPS de Ville-Evrard

Invités, directeurs d'établissement

- Mme Hélène de TIESENHAUSEN (EHSSR Sainte Marie – Villepinte)
- Dr Christophe GAUTIER (Hôpital Européen de Paris la Roseraie – Aubervilliers)
- M Gorka NOIR (Clinique Estrées – Stains)
- Mme Albané REPELIN (Fondation Hospitalière Sainte Marie)

Invités, Directions Santé

- Mme Elisabeth BELIN (St Denis)
- Mme Riva GUERCHANOC (Montreuil)
- Mme Martine ISCACHE (Adjointe santé – Gagny)
- Elisabeth LEFEUVRE (Adjointe santé – Noisy-le-Sec)
- Dr Martine DURIEUX ARNAUD (Adjointe santé – politique du handicap – Livry-gargan)

Invités, Directions CMS

- Mme Fanny MANGIN (Le Blanc-Mesnil)
- Mme B. CHATIGNON (Neuilly-Plaisance)

Invités, Coordinateurs CLS/ASV

- Mme Anissa DJEZZAR (ASV – Rosny-sous-Bois)
- Mme Isabelle CIMATTI (CLS/ASV Tremblay-en-France)
- Mme Karine TACHE (CLS/ASV Villetaneuse)
- Mme Sandrine INGREZ - Villetaneuse
- Mme Nathalie CHRISTOL-JEGOU (CLS/ASV Montreuil)
- M Guillaume CHESNEL (CH St Denis)