

PROCES-VERBAL

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

du mercredi 27 mai 2015 - 14h00

CPAM de Bobigny - salle de conférence

La liste des membres présents figure en annexe.

L'ordre du jour est le suivant :

- Présentation du CLS2 de PANTIN (1)
- Le Comité Départemental de Prévention (2)
- Débat autour de l'avenir de la conférence de territoire

Quorum : 10/49

(1) Cf documentation adressée aux membres de la CT

(2) Cf documentation accessible sur le site dédié aux CT :

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

Dr GOMBEAUD Vice-président, entame la plénière par la présentation du CLS2 de la ville de Pantin avec l'accord de Monsieur Pierre LAPORTE, Président de la conférence de territoire.

CLS2 de PANTIN (1)

Présentations :

DT/ARS : **Docteur Agnès MALET-LONGCOTE**

Ville d'environ 53 000 habitants, Pantin est caractérisée par un IDH2¹ bas : 0,38 versus 0,39 au niveau départemental (moyenne régionale 0,57). Elle est également caractérisée par une proportion forte de jeunes (26,7% versus 28,7% en Seine-Saint-Denis).

Ce territoire est en pleine mutation.

Il fait partie de la communauté d'agglomération d'Est Ensemble ainsi que de la géographie prioritaire 2015-2020 avec un quartier retenu dans l'ANRU 2² (Les Quatre Chemins).

Il s'agit d'une ville avec une politique de santé dynamique, inscrite en Politique de la Ville ayant une forte dimension santé. Créé en 2005, l'Atelier Santé Ville est un des plus anciens du département.

Le CLS1, signé le 13 septembre 2012, a la particularité de reposer sur 7 axes stratégiques sans fiche-action. La municipalité a, en effet, souhaité contractualiser sur la base d'un simple document de principes politiques, énonçant des thèmes qui ont

¹ IDH2 Indice de Développement Humain régional de la Seine-Saint-Denis – Immeuble l'Européen – 5/7 promenade Jean Rostand 93005 Bobigny

² ANRU Agence Nationale de la Renovation Urbaine

fait l'objet d'un travail de réflexion et d'élaboration du CLS pluriannuel, cadre plus adapté pour déployer la concertation et le partage du diagnostic avec les acteurs de santé dont la population.

8 axes et 14 fiches-actions constituent le CLS2.

Le territoire de Pantin est toujours reconnu Zone Fragile en soins de 1^{er} recours dans le cadre du SROS.

L'engagement municipal en matière de santé est ancien. La ville gère 3 centres de santé avec 1 Centre de Planification et d'Education Familiale, 1 SCHS³. Le département gère 4 centres de PMI⁴ avec CPEF⁵ ; il existe également un centre de santé médical et dentaire de type associatif. Le CMPP⁶ est récemment devenu associatif.

L'engagement dans le domaine de l'habitat indigne est historique. Ce territoire est éligible à l'appel à projet 2014 ARS- DRIHL concernant le traitement de l'habitat indigne à l'échelle urbaine. L'Agence cofinance un poste d'infirmière dans le cadre du suivi des plombémies et des enquêtes environnementales.

L'ingénierie CLS est cofinancée par l'Agence à hauteur de 10 000 euros depuis 2011. La coordination CLS est assurée par la responsable du service prévention, coordinatrice ASV, chargée de la mission handicap. L'Agence cofinancera la coordination CLSM⁷ en cours de réflexion avec la ville de Bobigny compte-tenu des secteurs de psychiatrie adultes et infanto-juvénile communs.

Le financement Prévention Promotion de la Santé (PPS) de l'Agence pour la municipalité a été de 33 500 euros en 2013 et 2014.

L'Agence finance également l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération au CMS⁸ depuis 2014.

Les CLS1 et CLS2 signés ou en cours d'élaboration, ont nourri la réflexion sur le volet santé du contrat de ville d'Est Ensemble. Le renforcement de la prévention, de la promotion et de l'accès à la santé représentent une des orientations stratégiques du volet cohésion sociale de ce contrat, se déclinant en 3 objectifs stratégiques :

- ⇒ Répondre aux enjeux de santé spécifiques aux quartiers de la politique de la ville.
- ⇒ Adapter la promotion de la santé aux problématiques des habitants.
- ⇒ Améliorer l'accès et le recours effectif aux soins dans les quartiers.

Ce territoire est également concerné par l'expérimentation du Projet Territorial de Santé, mise en place sur celui de la communauté d'agglomération Est Ensemble et Rosny-sous-Bois, depuis juillet 2014. Cette expérimentation vise à décliner le Programme Régional de Santé d'Ile de France au sein de 3 territoires franciliens, dont la Seine-Saint-Denis.

Municipalité : - *Docteur Jean MALIBERT (Directeur de la Santé)*
- *Isabelle GRANGER (Responsable Pôle Prévention Santé Handicap)*

Discussions:

Mr LAPORTE en préambule, s'excuse auprès des représentants de la ville de Pantin, pour le faible taux de participation des membres de la conférence de territoire.

Ce contrat local de santé a été discuté lors du bureau de la CT. La conférence de territoire n'a pas de jugement à formuler sur le travail effectué par la commune, elle a pour principe d'émettre des avis circonstanciés.

Pr PISSARRO précise qu'un certain nombre de points sont intéressants, notamment le souci permanent de participation des habitants à l'élaboration et au suivi de ce contrat. L'axe 8 « maintenir une vigilance sanitaire communale », est une initiative rare et innovante.

3 points autour de la place des habitants sont à développer :

- ⇒ Les inégalités en matière de santé :

Cette problématique apparaît dans tous les CLS, néanmoins on ne retrouve aucun objectif sur la réduction des inégalités spécifiques. Il est fréquent que les actions de prévention profitent le plus aux gens qui en ont le moins besoin. Le but n'étant pas de diminuer leurs chances, mais au moins d'augmenter celles des autres. Cela implique d'être à la fois dans les objectifs spécifiques de chaque action, tout en étant à l'intérieur de chacune d'elles, et en les retrouvant aussi dans les processus d'évaluation. C'est une piste à suivre. A la CRSA, un groupe de travail s'est penché sur cette problématique, et tente d'y apporter des réponses.

³ SCHS Service Communal d'Hygiène et de Santé

⁴ PMI Protection Maternelle Infantile

⁵ CPEF Centre de Planification et d'Education Familiale

⁶ CMPP Centre Médico Psycho Pédagogique

⁷ CLSM Conseil Local de Santé Mentale

⁸ CMS Centre Municipal de Santé

⇒ La place des habitants :

Le sujet est bien étudié. L'outil mis en place dans la présentation des fiches actions est extrêmement intéressant et important comme processus de repérage. Il consiste à cocher dans une liste, un certain nombre de points à observer. Or, à la lecture de cet outil, on s'aperçoit que dans 4 des 8 axes, on ne retrouve pas les habitants. Cela nécessite une étude plus approfondie.

⇒ L'évaluation :

Les indicateurs d'évaluation que l'on retrouve sont également présents dans tous les CLS. Ce sont essentiellement des indicateurs quantitatifs.

Il est fondamental d'envisager pour chaque action menée :

⇒ L'évaluation de chacune d'elles dès son départ.

⇒ L'estimation des résultats.

⇒ Utiliser le processus tout au long de l'action pour la faire évoluer.

Il faut estimer les actions au fur-et-à-mesure, et ne pas se contenter des indicateurs d'évaluation à la fin.

Dr MALIBERT reprend les 3 points :

⇒ La réduction des inégalités en matière de santé :

C'est « le levier rouge » de l'ensemble des 8 axes. L'idée est de cibler en priorité l'ensemble des actions sur les publics les plus vulnérables. Les indicateurs nous donnent la vision d'un public cible. Cela a été anticipé par l'Atelier Santé Ville, puisqu'il existe à Pantin des quartiers « privilégiés », qui sont des quartiers des politiques de la ville. Certains indicateurs laissent à penser que les actions ont des impacts sur les populations les plus éloignées du soin et de la santé. Une récente enquête sur la prévention bucco-dentaire, a démontré qu'il existe des actions très fortes en matière de protection dans ce domaine auprès des écoliers. C'est un public plus simple à gérer, les structures scolaires en facilitent le rassemblement. C'est l'avantage d'avoir une égalité de traitement pour l'ensemble des pantinois. La politique ancienne de prévention porte progressivement ses fruits sur ces publics très précaires. La ville de Pantin est plutôt dans la prospective plutôt que dans l'autoévaluation.

⇒ La place des habitants :

Le choix de passer par des conseils de quartier, plutôt que par des réunions ad hoc CLS a été volontaire. Les conseils de quartier sont au nombre de 5 sur la commune. Ils valident les axes, et ont des réunions plénières ouvertes aux habitants des quartiers qui ne sont pas automatiquement représentants. Ces réunions montées de manière thématique ont permis de rassembler les populations, et les pantinois qui souhaitent participer à la réflexion. Cette double opération a permis de cibler les pantinois de manière la plus large possible. Néanmoins, quel que soit le mode de contact choisi, la représentativité de la population n'est pas toujours au rendez-vous. Si les permanents participent à la réflexion, les plus vulnérables ne viennent pas systématiquement aux réunions du soir. L'éternelle question est de savoir comment amener ces publics vulnérables à la réflexion. Cela nécessite un temps plus long et plus de proximité.

⇒ Les indicateurs quantitatifs :

Le schéma indicateur dans le CLS est le schéma imposé. Au-delà, chaque thématique doit privilégier des indicateurs majeurs avec un état des lieux. Ce qui implique qu'à partir de la validation et la signature du CLS, les groupes de travail auront pour tâche de mener à bien cette réflexion avec un état des lieux premier. L'indicateur va donc être analysé dans la première étape de la mise en œuvre. Le choix, l'estimation de l'état et le suivi de cet indicateur seront majeurs. L'idée est qu'il faut cibler un indicateur majeur pour un objectif fixé. Les indicateurs de processus sont importants, mais les indicateurs de résultats sont plus intéressants car ils permettent de voir l'aboutissement de l'action.

Mme PIRLET (ARS adjointe du directeur de la démocratie sanitaire) revient sur 2 points :

⇒ **La réduction des inégalités.**

La politique de l'Agence est de contribuer à la mise en place de contrats locaux de santé, donc à la signature du CLS, avec les collectivités territoriales qui ont un indicateur IDH2 de développement humain inférieur à la moyenne nationale. La moyenne régionale est supérieure à la moyenne nationale qui est de 0,52. Or, dès l'instant qu'une collectivité territoriale souhaite s'engager dans un contrat local de santé, et qu'elle a un indicateur supérieur à la moyenne nationale, il n'y a pas de contractualisation. C'est une volonté forte de l'Agence.

⇒ **L'évaluation qualitative.**

L'Agence a considéré qu'elle n'avait pas les compétences et les moyens de mettre en place une évaluation qualitative sur l'ensemble des CLS. Cette mission a été confiée au département de santé publique de l'université Paris13. Cette évaluation d'impact des CLS de 1^{ère} génération sur l'état de santé, en tenant compte des sur déterminants de la santé visés par les actions de CLS, a été rendue fin 2014. L'Agence va poursuivre ce travail en collaboration avec l'université Paris 13.

Mr BOUIS (représentant des usagers) précise qu'il faut continuer à informer l'ensemble des populations, en ayant une attention plus soutenue en matière d'écoute vis-à-vis des associations, et avoir une démarche de réflexion collective dans l'expression des besoins et des souhaits. Lorsque l'on parle des contrats locaux de santé, on ne parle pas simplement d'un contrat passé avec la municipalité se préoccupant de la santé. La santé est une démarche totalement transversale à laquelle toutes les structures d'une municipalité doivent être partie prenante.

Plusieurs interrogations subsistent, notamment sur l'habitat insalubre et les observations qui ont été émises entre ceux qui se préoccupent de la santé, et ceux qui mettent en place les procédures d'insalubrité. Sur l'accessibilité, le problème externe est important, mais qu'en est-il de la manière dont est conçu l'intérieur des logements ? Quels sont les contacts avec les organismes responsables de l'élaboration des nouvelles constructions ? Ne faudrait-il pas une démarche plus globalisante à l'intérieur des structures communales ?

Dr MALIBERT précise que la santé n'est qu'une démarche transversale permanente. A l'intérieur même de la ville, il n'y a pas un secteur qui n'ait pas été touché par les questions relatives au Contrat Local de Santé. La place des associations est un thème majeur. La vision d'une ville n'est pas la proximité optimale. Toutes les populations ne sont pas touchées, seulement une certaine partie de celles qui sont vues au quotidien dans les structures ou dans les réflexions portées par la commune, c'est déjà un filtre évident. Il est nécessaire de passer par des intermédiaires pour mener les actions. L'intermédiaire associatif est majeur dans la santé, et la place des associations est primordiale. On ne peut pas imaginer un travail de réduction des inégalités sans passer par le biais des associations.

L'idée est d'aller au-devant de la question, et de rencontrer systématiquement l'ensemble du tissu associatif de la ville afin de déterminer comment travailler, mais aussi de croiser ce qui remonte des habitants, et de les orienter avec des responsables associatifs locaux qui connaissent bien le sujet.

Pour le handicap, la question est de savoir comment le Pantinois « invalide » vit son insertion dans la ville, quelles sont les difficultés qu'il rencontre, et comment les régler au mieux et au plus vite.

Il est dommage que la coordination ne soit pas apparue comme un mot majeur du CLS, car ce thème apparaît dans toutes les fiches. La direction de la santé n'est pas la seule à travailler sur les thèmes, il faut œuvrer ensemble.

L'un des points sur lequel la coordination est évidente, c'est l'habitat indigne. La ville travaille ce sujet avec la direction de l'habitat, pour tout ce qui concerne l'insalubrité, le suivi des personnes hébergées, la reconstruction, la démolition, et tout le travail qui n'est pas du ressort de la direction de la santé mais des autres directions. Pantin travaille aussi au quotidien avec la direction de l'action sociale. Toutes les fiches actions comportent les directions qui sont impactées.

Le rôle de la ville est de faire du lien avec les autres acteurs, notamment ceux en périphérie de la ville et notamment les bailleurs. La commune a signé il y a quelques années, une charte du handicap avec les bailleurs sociaux. L'idée est de continuer à travailler non pas uniquement au travers de la commission « accessibilité de la ville », mais plutôt dans des groupes spécialisés sur l'habitat nouveau, et le respect des normes actuelles. L'accessibilité, c'est aussi savoir comment créer une chaîne globale entre la voirie urbaine jusqu'au domicile, en évitant toute rupture.

Il est donc impératif pour la commune de travailler avec l'ensemble des acteurs, dont les bailleurs. La tâche n'est pas évidente et dès que l'on va au-delà des normes, l'écoute est amoindrie de la part des bailleurs qui sont aussi des financiers. Il faut que la ville s'impose sur l'ensemble des partenaires. Pantin les a d'ores et déjà rencontrés, ils ont donné leurs assentiments pour faire partie de ce projet.

Dr GOMBEAUD revient sur 2 points :

⇒ L'installation des professionnels :

- Le CMS Ste Marguerite devrait être reconstruit dans un nouveau quartier situé plutôt à l'écart des zones difficiles de la commune. Le problème de l'installation, c'est favoriser l'accès aux soins dans le cadre de la proximité, avec les populations les plus démunies. Ce nouveau CMS s'inscrit-il dans ce cadre ?

- Favoriser la présence de pôles de santé, c'est évidemment l'espérance de tous les professionnels de santé. Favoriser l'installation est indispensable, néanmoins soutenir son maintien est un élément tout aussi essentiel. Le problème aujourd'hui est la durée de vie de ces pôles. Le départ de 2 ou 3 professionnels suffit pour déséquilibrer financièrement la structure, dont les frais courants sont constants et ne peuvent être modifiés. Cela va nécessiter des soutiens de la part des tutelles et des collectivités.

⇒ La prévention :

Le dernier axe « maintenir une vigilance sanitaire communale » semble être une initiative tout à fait intéressante, et originale. Le rôle de l'activité communale proche de cette population est aussi un élément important, d'autant quand on voit l'état cataclysmique de la vaccination sur l'ensemble du pays, et son évolution défavorable depuis plusieurs années. Une évaluation communale sur le nombre de personnes vaccinées dans une structure individuelle ou collective, est facile à réaliser. Y a-t-il un quelconque intérêt d'une action spécifique, sur ces questions ?

Dr MALIBERT apporte quelques éléments de réponse à ces interrogations.

⇒ L'installation des professionnels de santé :

Le CMS Ste Marie est situé dans un quartier de la politique de la ville, appelés « 4 chemins », partagé avec la commune d'Aubervilliers. Les habitants se sont mobilisés depuis plusieurs années sur l'idée que ce centre ne soit pas reconstruit à l'extérieur de ce quartier, dans lequel ils vivent. C'est une partie sur laquelle la mobilité est relativement réduite, et où les habitants vont rarement chercher l'offre de soins au-delà du quartier lorsqu'elle n'existe pas.

Ce quartier nécessite donc une approche de proximité. Pour ce faire, le projet d'éco quartier, qui est un projet en périphérie des 4 chemins, a été utilisé. Dans les prochaines années, la commune va utiliser une friche industrielle et ferroviaire pour densifier l'habitat, et un quart du territoire pantinois au nord de la ligne de chemin de fer de l'est.

Ce nouveau secteur va frôler celui des 4 chemins. La mixité n'est pas évidente, et sur ces 2 quartiers totalement opposés, l'un sera neuf et résidentiel, alors que celui des 4 chemins le long de la RN3 en grosse difficulté sociale. Or l'idée de reconstruire ce CMS sur la rue Edouard Vaillant qui est la frontière entre ces 2 quartiers, apparaît comme quelque chose de politiquement difficile à faire passer. La municipalité est en train de repenser son repositionnement de manière plus stratégique, au cœur du quartier prioritaire des 4 chemins, et abandonner l'idée de le mettre à la frontière. C'est le petit changement par rapport à la fiche telle qu'elle a été élaborée.

⇒ Les pôles de santé :

L'installation à caractère collectif est libérale dans la ville. Construire un projet de santé pour une maison de santé est un parcours du combattant. Cela nécessite 2 ou 3 années de réflexion, au cours desquelles il y a quelquefois une déperdition d'énergie et d'acteurs, et où les gens abandonnent de par la complexité du projet.

La ville accompagne administrativement l'idée, elle assure entre autres la rédaction des comptes rendus, l'organisation des réunions etc. Au-delà de ça, il y a la question du local. Dès l'ouverture du pôle de santé, l'unité n'est pas automatiquement stable, ce sont des équipes auxquelles s'adjoignent progressivement d'autres professionnels en fonction des besoins. Il y a des mouvements et un turn-over qui peut être préjudiciable au maintien de la structure.

L'action qui est menée actuellement, c'est de travailler avec les bailleurs sociaux pour proposer à des professionnels de santé des locaux d'accessibilité aisés, avec des contrats et des baux relativement simples permettant la souplesse dans la location, et garantir aux professionnels, la pérennité du local quelles que soient les vicissitudes de la maison de santé. Le coût du m² et des locations étant assez onéreux, la garantie de voir se pérenniser ce type de structure, c'est de privilégier les bailleurs publics que la commune maîtrise mieux, plutôt que les bailleurs privés.

Mme GRANGER revient sur la vaccination. La ville de Pantin travaille depuis plusieurs années dans ce domaine en essayant de sensibiliser au maximum la population à l'intérêt de la vaccination. Des équipes se déplacent dans les maisons de quartier, elles font des rencontres mais aussi des jeux avec les enfants au travers desquels elles leur expliquent ce que sont la vaccination et l'immunisation. Lorsque les gens ont compris l'intérêt, ils adhèrent plus facilement à la vaccination. C'est un travail de longue haleine, comme pour les autres actions de prévention. Les résultats malgré tout sont encourageants. Les chiffres annuels du nombre de personnes vaccinées, et le suivi des enfants peuvent être obtenus par l'intermédiaire d'un fichier vaccinale, que le maire tient à jour. Dès la naissance de l'enfant, à l'aide du bulletin de naissance, l'enfant est enregistré dans ce fichier, où il y est suivi jusqu'à ses 18 ans. Lorsque les vaccinations ne sont pas effectuées, un courrier est adressé aux parents pour les alerter sur la mise à jour. Les taux obtenus sont bons, notamment pour la rougeole, la rubéole, le ROR⁹, ainsi que pour les vaccinations obligatoires DT polio et coqueluche.

Comme pour les autres actions de prévention quand on parle d'évaluation, cela n'apparaît pas dans les fiches. Néanmoins, tous les ans, la ville de Pantin essaie de réévaluer les actions qui ont été menées auprès des enfants et voir l'impact produit. Des petits questionnaires sont menés auprès d'eux ou des parents. Malgré tout, mesurer le véritable impact sur leur santé à moyen et long terme, reste difficile.

Dr MALIBERT ajoute que pour la ville de Pantin, le taux de couverture vaccinale est supérieur à celui du département. La commune est présente dans toute la politique de communication autour du vaccin et son intérêt.

Mme DELPHIS (présidente déléguée UNAFAM93) aborde le CLSM¹⁰ et rappelle l'importance de l'implication du secteur psychiatrique, qui nécessite aussi pour le lancement du processus, l'implication de l'élu en charge de la santé, ou du maire lui-même. La prévention et l'outil que représentent les maisons de quartier pour aller auprès des populations, sont des actions récentes que le réseau UNAFAM mène dans le domaine de la santé mentale. Au travers de ces occasions, les rencontres et le dialogue avec les publics concernés sont extrêmement intéressants. L'association est à la disposition de la commune pour avancer dans cette action.

Dans le cadre de la santé mentale, l'UNAFAM est aussi très attentive aux maladies psychiques, telle que la dépression. Il reste tout un travail à faire. Les personnes atteintes de troubles psychiques bénéficient de prises en charge adaptées, avec en parallèle une action menée auprès des familles. Ce sont des maladies qui peuvent engendrer des dégâts collatéraux. C'est l'aspect sur lequel il faut travailler.

⁹ ROR Rougeole – Oreillons - Rubéole

¹⁰ CLSM Conseil Local de Santé Mentale

Dr MALIBERT ajoute que l'UNAFAM¹¹ est un partenaire privilégié de la ville depuis longtemps. Cette collaboration préexistante à la ville, continue et sera renforcée par les différents procédés évoqués dans le CLS, notamment, le CLSM, le RESAD¹² et le dispositif dans lequel l'UNAFAM et les autres associations seront partenaires.

Concernant les souffrances psychiques, l'idée est d'éviter l'intensification de la crise pouvant conduire à développer des pathologies mentales. Il s'agit donc d'effectuer un repérage et une prise en charge. Ce point figure parmi ceux abordés dans les discussions avec les acteurs et les habitants de la ville rencontrés, et fait partie des mesures qui ont été réécrites en fonction de leurs souhaits.

Mr LAPORTE rappelle quelques points :

⇒ Le dépistage du cancer.

Le problème du taux de dépistage est dû en partie, par le mauvais acheminement du courrier. Le conseil départemental a procédé à une cartographie informatisée, où sont recensés les taux de dépistage et les problèmes liés à l'acheminement du courrier. Toutes les villes de la petite couronne ont été ciblées. Ces informations peuvent être communiquées par les services du conseil départemental.

⇒ Les vaccinations.

En 2014, 170000 vaccinations ont été réalisées sur le département sur les vaccins gratuits que fournit le conseil départemental, situant le taux de couverture vaccinale pour l'association AURORE à plus de 80% pour les enfants de moins de 2 ans.

⇒ Les maladies cardiovasculaires.

Il rappelle que la conférence de territoire a tenu le 22 novembre 2014, un débat public sur la prévention des facteurs de risque vasculaires en Seine-Saint-Denis. Le compte-rendu et les documents s'y rapportant sont accessibles sur le site de la CT.

Le Comité Départemental de Prévention en Seine-Saint-Denis (2)

Présentation DT/ARS : **Mr Jean-Philippe HORREARD**

Discussions:

Dr GOMBEAUD précise que les réflexions qui émanent de cet organisme sont fondamentales, le problème essentiel est la répartition des financements sur les différents programmes existants.

Dans le cadre de la réflexion de la démocratie sanitaire, ce sont des sujets dans lesquels les professionnels, les associations, les patients peuvent avoir des idées ou des priorités à exposer, qui ne coïncident peut-être pas avec celles des institutions.

On parle de démocratie sanitaire, néanmoins on peut s'interroger sur l'utilité de la conférence de territoire, et se poser la question de savoir si une nouvelle forme institutionnelle de répartition des crédits ou des budgets, peut se faire sans la participation de l'ensemble des populations concernées.

Mr HORREARD précise que les administrations qui financent les actions de prévention doivent avant tout travailler en amont, sur ces questions et être dans une analyse de fond partagée. Cette concertation jusqu'à présent n'était pas réalisée. La séparation des compétences fait qu'un certain nombre d'informations échappent aux uns et aux autres. L'idée d'une instance de pilotage, semble aujourd'hui indispensable pour être dans une analyse fine et réelle de ce que sont aujourd'hui les problématiques de financement. Cela n'exclut en rien, un dialogue avec les instances de démocratie sanitaire.

¹¹ UNAFAM Union Nationale des Familles et Amis de personnes malades et handicapées psychiques

¹² RESAD Réunions d'Evaluation de Situations d'Adultes en Difficulté

Face à la représentation des usagers, des professionnels, des établissements, des élus etc, il est fondamental qu'une information sur le montant des financements disponibles et sur les actions éligibles soit donnée en toute transparence.

Il propose de rendre compte régulièrement à la conférence de territoire, les éléments de débats du CDP.

Dr GOMBEAUD aborde 2 interrogations :

⇒ La Seine-Saint-Denis a-t-elle une quelconque spécificité en Ile-de-France par rapport à ce type de débat où, s'agit-il d'une règle régionale ?

⇒ La catastrophe de la campagne de vaccinations H1N1 qui joue aujourd'hui un rôle dans la déperdition des vaccins, aurait-elle pu être évitée par une telle organisation ?

Mr HORREARD précise que créer des CDP dans chacun des départements est un souhait de l'ARS, et la Seine-Saint-Denis est la première à avoir réuni le sien.

Les enseignements tirés de la campagne de vaccination H1N1 de 2009 ne sont pas transposables aujourd'hui au problème de pénurie des vaccins constatés aujourd'hui.

Mme PIRLET ajoute que la mise en place des CDP est effectivement une volonté de l'Agence. Une instance similaire dans le Val-d'Oise a été instaurée avant même la mise en place des ARS. Il était par conséquent intéressant de réexaminer le sujet. Il existe au niveau régional, une commission de coordination des politiques publiques « prévention » et une commission de coordination des politiques publiques « médico-sociales ». Ces commissions de coordination étant plutôt généralistes, l'idée était de ne pas rester sur la région, mais plutôt d'être au plus près des territoires et sur chacun des départements. La mise en place demande du temps, cela nécessite toute une organisation entre les 3 partenaires pour se rencontrer et aménager des modalités de travail, néanmoins cela avance.

Sur le volet démocratie en santé, il y a eu énormément d'interrogations, notamment celle d'associer dès le départ, l'Education nationale avant même les usagers, puisqu'elle participe directement à la politique de prévention, et qu'elle est un acteur important de prévention. Il s'agit vraiment d'un sujet de financements et de financeurs.

Mr BOUIS revient sur la coordination administrative. Derrière les financements il y a des politiques et des choix. Pour que la coordination reste administrative, il est fondamental que les structures dont dépendent les dits responsables administratifs, ne soient pas évincées. Il doit y avoir non seulement une responsabilité au niveau des administrateurs, mais aussi dans les choix préalables au sein de la structure.

Il serait souhaitable que l'ARS informe la conférence de territoire sur les décisions qu'elle souhaite mettre en œuvre.

Pr PISSARRO aborde le problème de la prévention. La présentation qui en a été faite tourne autour des dépistages de la vaccination, qui est certes une partie importante mais loin de réunir l'ensemble des préventions. Rien ne figure sur les déterminants sociaux de la santé, et au regard de tous les chapitres, le grand absent reste le monde du travail. Parler de prévention sans cela, c'est rester dans une infime partie des problèmes qui influent sur la santé des habitants de ce département.

Le champ de la prévention dans le meilleur des cas, va sur les conduites individuelles, mais jamais sur les facteurs sociaux qui les déterminent. On peut être inquiet de la tournure que cela va prendre. Une coordination plus large serait d'autant plus bénéfique.

Mr LAPORTE énumère quelques sujets en matière de prévention :

⇒ La vaccination : 170000 vaccins réalisés en 2014 avec un taux de couverture de plus de 80% pour les enfants de moins de 2 ans. Un risque de rupture de vaccins et d'augmentation du prix.

⇒ Les ASR, notamment la lutte contre la tuberculose : 435 nouveaux cas dépistés en 2014. Plus de 3000 personnes contactées et dépistées dans la suite des enquêtes effectuées, et 2200 personnes dépistées dans le cadre d'actions spécifiques sur des publics à risque. A cette occasion, 34 tuberculoses, et près de 360 injections tuberculeuses latentes ont été faites.

⇒ La prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH¹³ et les hépatites : des traitements gratuits pour toutes ces IST. En 2014, près de 9500 consultations et 25000 dépistages ont été effectués par les équipes du département (Bobigny, Aulnay-sous-Bois, Montreuil, Aubervilliers, Villemomble, et médecin du monde). Pour les publics les plus éloignés, le département conduit des actions en partenariat avec d'autres acteurs du territoire.

⇒ La prévention des cancers : 8,8 millions € étaient alloués aux services en charge des actions liées au fonctionnement et aux coûts des actions elles-mêmes. Or la dotation de 1,6 million €, versée par la CPAM au conseil général n'existe plus. Le Ministre sollicité par le CG a demandé à l'ARS de verser 1 million € et à la CPAM de verser 300 millions €, d'où une réduction de 340 000 €.

⇒ La lutte anti tuberculose : la concentration des centres. Ils sont au nombre de 3 actuellement pour renforcer leur efficacité d'actions en évitant leur « éparpillement ».

Le conseil général a effectivement répondu à un certain nombre de demandes de l'ARS. Néanmoins il n'y a aucune raison pour que le budget alloué depuis des années pour les besoins du département, soit supprimé.

Il évoque la lettre de Mr EVIN et le problème du coût par ETP. Le conseil général a souhaité une réunion avec l'ARS dans le but d'examiner quels étaient les critères qui rentraient dans l'évaluation des coûts. Or cette réunion n'a jamais eu lieu. Sachant que pour chaque département, le personnel n'a pas les mêmes missions, l'évaluation des coûts est approximative. Le ratio ETP moyen indiqué comme beaucoup plus élevé pour le département 69200 €, et 57318 € au niveau régional, témoigne de la fragilité de ces indicateurs, dans la mesure où il n'est pas calculé de la même façon entre les départements.

S'ajoute à cela, la réunion sur le dépistage des cancers du sein et colorectale, où la encore la CPAM a annoncé des diminutions de budget.

Faire des économies et gagner en efficacité n'est plus possible. A un moment donné, il n'y aura plus beaucoup de prévention de la part du conseil général sur ce département.

Mr HORREARD précise que l'ARS depuis son arrivée, a toujours travaillé avec le conseil départemental sur la question du financement des ASR. De nombreuses réunions ont été tenues sur ce sujet sans qu'un accord puisse être trouvé. Il ne s'agit pas d'un refus de réunion. La problématique des indicateurs de financement est effectivement un point de désaccord.

Une rencontre sur ce sujet est prévue au cabinet de Marysol TOURAINE, pour d'autres arbitrages et une recherche de solutions. En tout état de cause l'ARS ne peut financer un dispositif qui ne relève pas de sa compétence.

Dr GOMBEAUD rappelle que la lutte anti tuberculose a toujours été un programme national. Il n'y a jamais eu de déclinaison départementale ou territoriale.

Mme PIRLET ajoute qu'il y a eu dans le département des financements spécifiques et qu'il y a aussi néanmoins des déclinaisons.

¹³ VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

Débat sur l'avenir des conférences de territoire

Discussions:

Mr LAPORTE fait état du manque de participation en constante évolution depuis plusieurs plénières. A ce titre, le bureau a fait quelques propositions :

⇒ Rappeler à nouveau à tous les membres qu'ils avaient candidatés, et de se faire remplacer en cas d'absence. Ce courrier a déjà été fait sans grand résultat.

⇒ Soumettre un questionnaire sur les raisons du manque de participation, avec des suggestions pour remédier à cette déshérence.

⇒ Proposer un mode de travail différent, tel que des groupes de travail, sur des thèmes choisis qui amèneraient les conférences de territoire à 2 ou 3 dans l'année.

Mme MAURIN intervient sur 3 points :

⇒ Espacer le nombre de plénières.

Au départ de la conférence de territoire, les premiers contrats locaux de santé ont été présentés. Ils étaient moins bien structurés que ceux de deuxième génération. Beaucoup de temps leur a été consacré, et ils ont fini par engendrer une lassitude de la part des participants.

⇒ Le non-retour des motions produites.

Des groupes de travail ont été constitués pour étudier différents sujets, des motions ont été transmises au siège, et à ce jour la conférence de territoire n'en a toujours pas eu retour.

⇒ Le démarrage des plénières au-delà de l'heure prévue.

Les horaires ne sont pas respectés, la plupart du temps avec un décalage de 30 mn, repoussant d'autant les présentations. Chacun doit se raisonner et arriver à l'heure, pour permettre un travail correct.

Tout ceci engendre une lassitude et une désertification de la part des participants.

Mme PIRLET en charge des conférences de territoire sur l'Ile-de-France, présente leur fonctionnement.

4 conférences de territoire fonctionnent régulièrement, avec un nombre de participants assez important : Paris, l'Essonne, les Hauts-de-Seine et le Val-d'Oise. Leur mode de fonctionnement est peut-être le résultat d'une participation plus importante. A partir du moment où le sujet des avis à émettre sur le PRS a été terminé, elles se sont très vite orientées vers un travail de partage et de présentation par thématiques. Il y a non seulement des membres de la conférence qui y assistent, mais aussi des invités extérieurs qui interviennent sur des sujets, notamment comme à la dernière réunion de la conférence de territoire de Paris sur la politique de santé des jeunes dans le département. Cela peut être une solution pour libérer du temps à la conférence de territoire, car mettre en place des groupes de travail rajoute une charge à l'emploi du temps.

Les 4 autres départements : la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis, les Yvelines et le Val-de-Marne ont des difficultés à fonctionner. Il n'y a pas d'explications, outre celle que d'avoir une manière différente de fonctionner des 4 autres.

La conférence régionale de santé a évoqué le problème du suivi et des avis des motions, transmis auprès de la direction de l'ARS ou des instances nationales. Elle a décidé via son secrétariat, de mettre en place un tableau de suivi, permettant de pister ces motions. En effet l'information donnée au président et au bureau, ne redescendait pas jusqu'à l'ensemble de la conférence. Cette procédure a été mise en place récemment. La conférence régionale renouvelée au mois de septembre, travaille sur cette méthode.

Sur le devenir de la CT. Au niveau de la loi, ce sont les conseils territoriaux de santé qui sont concernés. Il existe des textes de loi, il y aura des décrets d'application qui pour l'instant ne sont pas parus. Donc sur chaque territoire de démocratie sanitaire, c'est le DGARS qui constituera un conseil territorial de santé. L'ARS travaille sur des projets territoriaux de santé. A ce jour il existe 3 expérimentations en Ile-de-France, les Yvelines, le Val d'Oise et la Seine-Saint-Denis.

Dr GOMBEAUD précise qu'il est fondamental d'améliorer le fonctionnement de la conférence de territoire, principalement en démarrant les séances à 14h, puis espacer les réunions et enfin, dégager des thèmes spécifiques avec des partenaires extérieurs. Néanmoins il subsiste trop d'incertitudes au niveau de la délégation de compétence dans l'organisation future du système. L'agence doit déterminer ses besoins et sa demande.

Il faut aussi traiter le problème d'absentéisme des membres de la CT en leur signifiant à nouveau par courrier que faute de participation, ils seront considérés comme démissionnaires.

Mme PIRLET ajoute que la volonté du nouveau président de la conférence de territoire de l'Essonne, a été de refaire dès son élection, la liste des membres de la CT, et d'adresser aux représentants, organismes ou structures, un courrier leur signifiant que conformément à l'application du règlement intérieur leur représentant devait participer aux plénières, et dans le cas contraire de désigner un remplaçant.

Mr LAPORTE précise que le mandat des membres de la conférence de territoire a été prorogé jusqu'au 31 mars 2016 (décret n°2014-1118 du 2 octobre 2014). Durant ce laps de temps, il faut néanmoins signifier aux différentes associations ou institutions leur intérêt à être représenté aux séances, et leur demander de proposer un remplaçant en cas de démission de leur représentant titulaire ou suppléant.

Depuis le départ, la conférence de territoire a abordé différents thèmes, notamment le PRS avec toutes ses déclinaisons, auxquelles se sont rajoutés 23 contrats locaux de santé. La Seine-Saint-Denis en détient le record. Ce sont des sujets bien évidemment qu'il faut présenter, néanmoins ce ne sont pas les seuls que la conférence de territoire doit présenter. Il faut modifier le travail de la CT. Eventuellement travailler sur 2 ou 3 axes, dans le but d'avoir une réunion plus large, avec des intervenants extérieurs, et redonner une dynamique.

Mme PIRLET précise que certains départements n'ont pas examiné les CLS de la même manière. La Seine-Saint-Denis les étudie dans le détail contrairement à d'autres départements qui ont une vision globale, et qui ont refusé de le faire rien n'étant négocié avec la collectivité territoriale, la préfecture et l'ARS.

Mme DELPHIS donne son avis sur la conférence de territoire, en tant que nouvelle adhérente. Pour la personne qui arrive dans ce genre d'instance, la lisibilité n'est pas très facile. Les bénévoles qui y participent sont sollicités également ailleurs. C'est une activité qui requiert une formation et demande de faire tout un travail au sein des associations, et qui mériterait de ne pas se sentir isolé dans ces instances.

Mr LAPIE revient sur la question de relancer les associations. Cela permettrait de rappeler aux adhérents que la conférence de territoire existe toujours, de même qu'un bilan de toutes les productions émises au cours des 5 années serait intéressant.

A l'heure où pratiquement tous les CLS ont été présentés et amendés, des interrogations subsistent pour les 9 mois restants, quels autres sujets pouvons-nous présenter à la CT93 ?

Quelle a été la place de cette instance en termes de démocratie en santé ?

Et enfin, de quelle manière va être envisagé le passage entre conférence et conseil territorial ?

Mr LAPORTE conclue en précisant que sur la démocratie en santé, la CRSA a soumis un questionnaire à ses adhérents, dans lequel un commentaire précisait que le terme de démocratie sanitaire n'était pas très intéressant parce qu'il n'était qu'une illusion. Il faut rappeler que cette idée de conception de démocratie sanitaire a été proposée par l'ARS et Mr EVIN, et qu'il faut néanmoins continuer, même si l'on s'aperçoit qu'elle ne va pas au bout.



La séance est close.

Le prochain bureau de la CT se déroulera le mercredi 10 juin 2015 à la DT93, précédant la plénière du mercredi 17 juin 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 Daniel LAPIE, Dr Mardoche SEBBAG, Mme Joëlle MAURIN, Mr Lucien BOUIS, Mme Brigitte DELPHIS, Mme Catherine SOULIE, Pr Bernard PISSARRO.

Membres suppléants :

Mme Mireille MINCHIN

Invités permanents :

Mr Vincent BOISSONNAT (CD)

Invités :

Municipalité de Pantin :

Dr Jean MALIBERT – Directeur de la Santé)

Mme Isabelle GRANGER (Responsable Pôle Prévention Santé Handicap)