

**Proposition de délimitation des territoires de démocratie sanitaire dans le
ressort géographique de l'agence de santé Océan Indien,**

**Soumise à consultation par application de l'Article R1434-29 du code de la
santé publique**



La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, prévoit (article 158, et L 1434-9 du code de la santé publique) que le directeur de l'agence régionale de santé délimite des territoires de démocratie sanitaire.

L'agence de santé Océan Indien propose de retenir les départements de Mayotte et de La Réunion comme délimitation des territoires de démocratie sanitaire, ressort des futurs conseils territoriaux de santé.

Conformément au décret n°2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire, aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé, l'Agence de Santé Océan Indien sollicite l'avis des Préfets de Mayotte et de La Réunion, des collectivités territoriales concernées et des conférences de santé et de l'autonomie de Mayotte et de La Réunion.

La présente proposition est annexée à l'avis de consultation « Délimitation des territoires de démocratie sanitaire dans le ressort géographique de l'Agence de Santé Océan Indien », et constitue le document soumis à consultation.

Sont présentés ci-dessous les éléments qui ont conduit à proposer les départements de La Réunion et de Mayotte comme constituant les deux territoires de démocratie sanitaire du ressort de l'Agence de Santé Océan Indien ;

I. Evolution juridique de la territorialisation régionale en santé :

a. L'espace de la démocratie sanitaire est désormais distinct des zones de programmation de l'offre de santé :

La notion de territoire de santé est apparue pour la première fois en 2003, se substituant à la carte sanitaire et aux secteurs sanitaires créés en 1970. Avec l'ordonnance du 4 septembre 2003, le territoire de santé devient le nouveau territoire pertinent de l'organisation des soins ; le territoire porte alors une fonction de programmation de l'offre, permettant par

superposition de différents niveaux territoriaux, de déterminer le niveau d'implantation d'activités et d'équipement cible pour satisfaire aux besoins de soins de la population couverte, selon un principe de gradation du recours et de la technicité ; un échelon territorial porte également l'expression des acteurs de santé, usagers, et élus.

La loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 parachève cette évolution en faisant du même territoire de santé :

- l'espace de programmation de l'offre de santé, et de déclinaison de la politique de santé, et dans ses dimensions, hospitalière et ambulatoire, médico-sociale et de prévention et de promotion de la santé ;
- l'espace d'expression de la démocratie sanitaire avec la mise en place des conférences de territoires favorisant l'expression, la concertation et la coordination des acteurs de santé, des représentants des usagers et des élus.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) met fin aux territoires de santé. Elle prévoit que l'agence régionale de santé délimite :

- d'une part des territoires de démocratie sanitaire à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région,
- d'autre part des zones donnant lieu :
 - à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds
 - à l'application des règles de territorialité des laboratoires biologie médicale.

Le code de la santé public prévoit également d'autres espaces, sans délimitation stricte, correspondant à l'organisation des professionnels de santé entre eux, sur le territoire, au plus près de la population, dans un objectif de coordination de leurs interventions et de coordination des parcours de santé des patients. De même, reste toujours envisageable l'identification de territoires de projet, dans des situations géographiques ou démographiques particulière (écarts, cirque ...), marquant la coopération renforcée et identifiée entre les acteurs sur un projet de défini et partagé.

La loi distingue donc :

- les zones de programmation de l'offre de soins répondant à des impératifs d'accessibilité et satisfaction des besoins de soins de la population, et dont les délimitations peuvent varier en fonction de l'activité ou de l'équipement concerné ; la définition de ces dernières interviendra dans le courant de l'année 2017, à l'occasion de l'élaboration du Projet Régional de Santé de deuxième génération.
- le territoire de démocratie sanitaire, espace géographique d'expression et de concertation, et de coordination contribuant à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique régionale de santé, et favorisant la participation de acteurs de santé et des usagers, et promouvant les droits de ces derniers.

Le décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire, aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé précise que la délimitation des territoires de démocratie sanitaire a ainsi pour objet de permettre dans chaque territoire :

- la mise en cohérence des projets de l'agence régionale de santé, des professionnels de santé et des collectivités territoriales,
- la prise en compte de l'expression des acteurs du système de santé et notamment celle des usagers.

⇒ Les territoires de démocratie sanitaire doivent être définis au plus tard le 31 octobre 2016.

b. Le territoire de démocratie sanitaire dispose d'un conseil territorial de santé :

La loi prévoit également que soit constitué, sur chacun des territoires de démocratie sanitaire, un conseil territorial de santé. Le conseil territorial de santé est composé des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire (élus des collectivités territoriales, professionnels de santé, représentants des usagers, représentants de l'Etat et des organismes d'assurance maladie, personnes qualifiées).

Selon le décret du 26 juillet 2016, les missions du conseil territorial de santé seront les suivantes :

- Participer à la réalisation du diagnostic territorial partagé (besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux ; insuffisances en terme d'offre, d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico sociaux ; attention portée aux quartiers prioritaires de la politique de la ville) avec l'appui des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé ;
- Contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant les parcours de santé ;
- Etre informé des créations de plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et des signatures de contrats territoriaux et locaux de santé et contribuer à leur suivi ;
- Donner un avis sur le diagnostic territorial partagé et sur le projet territorial de santé mentale ;
- Adresser au directeur général de l'ARS toute proposition pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire, notamment sur l'organisation des parcours de santé ;
- Etre saisi par le directeur général de l'ARS sur toute question relevant des missions du conseil ;
- A titre expérimental pour certains conseils territoriaux de santé et pour 5 ans, sur autorisation de l'Etat, être saisi par les usagers dans le cadre d'une médiation, de plaintes, de réclamations : aides aux démarches et à la constitution d'un dossier, information, orientation, expression des griefs auprès des professionnels de santé et établissements de santé, écoute et suivi.

Les avis et les propositions des conseils territoriaux de santé sont transmis à la conférence régionale de santé et de l'autonomie.

⇒ Les conseils territoriaux de santé sont installés au plus tard le 1er janvier 2017.

II. Proposition de délimitation des territoires de démocratie sanitaire

Dans le contexte législatif et réglementaire antérieur à la loi de modernisation de notre système de santé, les ARS ont, dès leur installation en avril 2010, procédé à la définition des territoires de santé. Les approches ont été très variables selon les régions.

Une grande partie des ARS ont choisi de faire évoluer le découpage des territoires de santé issu des précédents schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Cette reconfiguration s'est traduite par une baisse sensible du nombre de territoires (de 159 à 107), avec un choix plus fréquent la délimitation départementale des territoires de santé.

Au-delà des territoires de santé, les ARS ont identifié des territoires de proximité, appelés aussi territoires de projets ou d'actions, pour toutes les missions liées au premier recours, telles que : les coopérations entre professionnels de santé, les parcours de santé, les réseaux de proximité, la coordination des offres de santé, le déploiement des maisons, pôles et centres de santé.

Dans le ressort géographique de l'Agence de Santé Océan Indien, quatre territoires de santé ont été définis :

- un territoire de santé à Mayotte
- trois territoires de santé à La Réunion (Nord-Est, Ouest, Sud)

Pour Mayotte, département depuis 2011, cette délimitation constitue une reconnaissance de l'évolution institutionnelle, et a permis d'avoir une vision globale des besoins de santé et des réponses disponibles. La Conférence de Santé et de l'Autonomie a pleinement joué le rôle d'instance de démocratie sanitaire de ce territoire de santé.

Pour La Réunion, l'expérience a montré une plus grande difficulté à faire vivre et à animer un nombre aussi important de conférences de territoires, installées en 2011 sur des espaces limités, et à avoir, au sein de chacun de ces territoires, un réel exercice de démocratie sanitaire, cette dernière s'exprimant bien davantage, comme à Mayotte, à l'échelon départemental au sein de la Conférence de Santé et de l'Autonomie.

De nombreux autres éléments conduisent à reconsidérer les choix opérés en 2010 et à proposer que les départements de Mayotte et de La Réunion soient retenus pour définir les territoires de santé dans le ressort géographique de l'agence de santé Océan Indien :

➤ Le cadre départemental est l'espace privilégié de l'animation territoriale :

Le cadre départemental est celui de l'animation territoriale assurée par les ARS au travers de leurs délégations départementales. Le décret du 17 décembre 2015 portant diverses mesures d'organisation et de fonctionnement dans les régions de l'administration territoriale de l'Etat et de commissions administratives prévoit que les délégations territoriales dans les départements deviennent des délégations départementales ; cette disposition est confirmée par l'article L.1432-1 du code de la santé publique qui prévoit que les ARS mettent en place des délégations départementales.

De même, le Préfet du département est le responsable de l'Etat territorialement compétent en matière de gestion de crise sanitaire. Il dispose à cet effet et à tout moment des moyens de l'ARS pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publique lorsqu'un événement porteur de risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public (article L.1435-1 du code de la santé publique).

Enfin, la collectivité départementale porte nombre de compétences en matière sociale et médico-sociale, mais aussi en protection maternelle et infantile, qui sont complémentaires des politiques de santé, notamment en direction des personnes vulnérables ou en perte d'autonomie. Le choix du département comme territoire de démocratie sanitaire est de nature à faciliter la cohérence et la complémentarité avec les documents de planification ou les instances relevant de la compétence du Conseil Départemental (schéma départemental de l'action sociale et médico-sociale, conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées).

➤ L'organisation des établissements publics de santé dépasse le cadre des territoires de santé actuel à La Réunion :

La délimitation précédente des territoires de santé, à La Réunion, était largement motivée par la zone d'attractivité des établissements publics de santé, selon le modèle de l'établissement pivot, articulant autour de lui une offre privée, médico-sociale et ambulatoire complémentaire.

Cette approche doit aujourd'hui être dépassée avec la promotion du parcours de santé et du virage ambulatoire qui limite le recours à l'hôpital aux prises en charge thérapeutiques et diagnostiques d'urgence, de courte durée, ou de forte technicité.

De même, la création du CHU de La Réunion est intervenue le 29 février 2012 ; au-delà des activités de recours régional qui s'adressent à l'ensemble de La Réunion et de Mayotte, cet établissement lie fortement les actuels territoires de santé Nord-Est et Sud de l'île de La Réunion.

Un groupement hospitalier de territoire Océan Indien (GHT) a été créé le 1^{er} juillet 2016, liant les établissements publics de santé de La Réunion et de Mayotte autour d'un projet médical partagé en construction, devant garantir un accès effectif et gradué à des soins de qualité, et promouvant la coopération et la mutualisation autour de fonctions transverses ou support.

La volonté marquée de l'ARS que ce GHT coopère fortement avec les établissements privés de santé, le secteur médico-social, et les professionnels de ville, oblige à dépasser le cadre infra-départemental des espaces actuels de concertation entre les acteurs.

➤ Le cadre départemental doit permettre de rationaliser la représentation et la participation à la démocratie sanitaire :

La délimitation départementale des territoires de démocratie sanitaire permettra de lier le fonctionnement des conférences de santé et de l'autonomie de La Réunion et de Mayotte avec celui des conseils territoriaux de santé, partageant le même ressort géographique.

Au regard du nombre limité d'acteurs de santé, de la faible étendue de nos espaces insulaires, le rapprochement, dans la composition et les réunions de ces instances, doit permettre d'en enrichir le fonctionnement toute en évitant les redondances de débat.

En conclusion,

Le Directeur général de l'Agence de Santé Océan Indien doit arrêter les territoires de démocratie sanitaire, afin de permettre l'installation des conseils territoriaux de santé qui participeront à l'élaboration du projet régional de santé.

Compte tenu de ce qui précède, le département apparaît comme l'entité géographique la mieux adaptée pour la définition des territoires de démocratie sanitaire dans le ressort géographique de l'agence de santé Océan Indien.

Cette approche ne fait pas obstacle à l'adoption de délimitations différentes garantissant la répartition équitable de l'offre de soins, ni à des rapprochements d'acteurs de santé, autour de projets partagés de coopération, sur des échelles spatiales plus proches.

Il est donc proposé la définition de deux territoires de démocratie sanitaire :

- 1 territoire de démocratie sanitaire couvrant La Réunion
- 1 territoire de démocratie sanitaire couvrant Mayotte.