

Conseil Territorial de Santé des Yvelines du 9 octobre 2018

COMPTE-RENDU

1) Introduction par le Président du Conseil Territorial de Santé :

Le Président débute la séance par deux points d'actualité :

- Après une période d'expérimentation, la téléconsultation (consultation à distance par vidéo-transmission entre un patient et un médecin, quelle que soit sa spécialité) est prise en charge et remboursée par l'assurance maladie depuis le 15 septembre. Cette thématique sera développée dans une séance plénière à venir.
- Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, lance une vaste concertation en ligne en vue d'une réforme sur le grand âge et l'autonomie. En effet, une large consultation citoyenne a été lancée dès le 1er octobre à l'adresse : grande-consultation-aines.make.org et qui a pour objectif de mobiliser massivement la société sur cet enjeu.

Le Président informe les membres du CTS des résultats de l'enquête de satisfaction sur l'organisation du CTS des Yvelines.

Deux constats :

- la fréquence des séances est considérée comme trop soutenue. Jusqu'à présent, 9 séances plénières par an étaient organisées.
- la nature des thèmes abordés : l'actualité séduit davantage les membres du CTS

Deux conclusions :

- concernant la fréquence des séances, il est prévu d'organiser 3 réunions avant les congés d'été et 2 réunions après (une séance plénière tous les deux mois).
- concernant la nature des thèmes abordés, ils seront désormais plus en lien avec l'actualité.

Le Président annonce que la prochaine réunion plénière aura lieu le mardi 19 février à la CPAM, avec pour thématique la télémédecine.

Les autres dates à retenir sont les suivantes : le mardi 9 avril, le mardi 11 juin.

Les thèmes définis par les membres du bureau sont actuellement en cours de réflexion, en voici une liste exhaustive :

- Télémédecine et innovation
- études médicales et service sanitaire
- alimentation et nutrition
- inter-professionnalisme et parcours de soins
- e-parcours et dispositifs d'appui

- financement de la dépendance
- prévention.

Le Président rappelle l'organisation de la séance : la présentation des urgences et de la permanence des soins par la Délégation départementale des Yvelines, afin d'en souligner les points forts et les points faibles, puis dans un second temps, une table ronde animée par les réactions en temps réel de chaque intervenant.

2) L'organisation des services d'urgence, présenté par Delphine HUYGHE, Responsable du département établissements de santé et l'accès aux soins non programmés présenté par Elisabeth SENEJOUX-QUENTIN, Inspectrice de l'action sanitaire et sociale au département ambulatoire et services aux professionnels de santé, à la Délégation départementale des Yvelines (ARS)

2

Cf. présentation jointe

Delphine HUYGHE communique plusieurs données concernant les services d'urgence des Yvelines.

A titre d'information, les Yvelines c'est :

- 1 450 000 habitants (en Ile-de-France 12 millions d'habitants) : 750 000 habitants dans le nord du département, 700 000 habitants dans le sud
- 11 établissements de santé avec service d'urgence (6 situés au nord, 5 au sud)
- 4 établissements de santé bénéficiant de services d'urgences pédiatriques
- 5 établissements de santé publics et 6 établissements de santé privés
- Superficie du territoire : 2 285 Km²
- Un temps d'accès aux urgences sur le territoire qui varie entre 15 et 45 minutes
- 4 sites SMUR (CHI Poissy-Saint-Germain, CH Mantes-la-Jolie, CH Rambouillet, CH de Versailles)

Delphine HUYGHE présente le nombre de passages aux urgences par établissement avec la répartition entre les urgences générales (adultes) et les urgences pédiatriques.

Les données communiquées par la Statistique annuelle des établissements (SAE) sont issues des renseignements transmis par les établissements de santé.

En 2017, on comptabilise 462 401 passages sur les Yvelines soit à peu près 14% des passages aux urgences en Ile-de-France.

Concernant les interventions SMUR des Yvelines, 9 055 interventions ont eu lieu en 2016 dont 1 477 en dehors du département.

Elisabeth SENEJOUX-QUENTIN définit les soins non programmés qui sont des consultations et/ou des actes de médecine générale, sans rendez-vous, et/ou associés à des actes techniques sans assistance de plateau technique.

Ces actes et consultations peuvent être réalisés pendant la période PDSA, Permanence des Soins Ambulatoires (nuits, les samedis après-midi, les dimanches, jours fériés, ponts mobiles) ou en dehors de la PDSA.

Elisabeth SENEJOUX-QUENTIN présente ensuite les différents dispositifs existants en matière de soins non programmés, en période PDSA ou en dehors de la PDSA (SOS Médecins, MSP).

Lorsqu'une personne n'est pas en mesure de pouvoir se déplacer se pose la question de son transport (garde ambulancière). A ce jour, il n'est pas prévu d'acte de transports vers des centres de soins non programmés mais il existe 4 secteurs de garde ambulancière avec 8 sociétés participantes.

Delphine HUYGHE conclut en rappelant les principales mesures du plan « Ma Santé 2022 » en faveur des urgences et des soins de proximité.

Marc PULIK précise que les hôpitaux de proximité se distinguent des hôpitaux dits locaux. Une redéfinition de l'hôpital de proximité est en cours de réflexion avec un nouveau cadre avec une extension très conséquente (600 hôpitaux de proximité au niveau national contre 300 à ce jour). Les hôpitaux de proximité auront en charge les consultations en médecine générale, les consultations avancées de spécialistes à partir des hôpitaux de recours, les activités dans le champ de la gériatrie, du SSR.

Question :

Quel sera le rôle des assistants médicaux ? Auront-ils un rôle de secrétariat ou un rôle de conseil auprès des médecins ?

Réponse :

Les assistants médicaux auront pour rôle l'organisation du service ainsi que la tenue du secrétariat, mais également la possibilité de suivre un certain nombre de constantes (poids, prise de tension, rythme cardiaque avant que le médecin ne soit consulté), de préparer les consultations par un interrogatoire préalable du patient, ce qui permettrait un gain de temps au médecin.

La démarche n'est pas encore complètement définie. En prenant pour exemple les Pays-Bas, où cette profession existe, les assistants médicaux permettent de soulager les médecins de la plupart des suivis faciles et stables des pathologies chroniques.

Question :

Parmi les chiffres que vous nous avez communiqués concernant le nombre de passages aux urgences, est-il possible de connaître le nombre de passages aux urgences en psychiatrie ?

Réponse :

A ce jour, nous ne disposons pas de cette information. En revanche, nous savons que 30 % du nombre de passages aux urgences concernent 2,3 % de la population (passages itératifs). Dans cette proportion, le premier motif de passage aux urgences est le diabète, le 2ème la santé mentale, le 3ème le syndrome coronarien et le 4^{ème} l'insuffisance cardiaque.

En conclusion, le nombre de passages aux urgences concernant la santé mentale ne sont pas négligeables.

Question :

Concernant les hôpitaux de proximité, malgré les déserts médicaux, où pensez-vous recruter des soignants ?

Les assistants médicaux vont-ils bénéficier d'un temps de formation et si oui, quels sont les fonds prévus ?

Réponse :

Concernant la formation des assistants médicaux et les fonds prévus, elle est en cours de définition, les textes ne sont pas encore parus.

Concernant la manière dont l'ARS va recruter en médecins, il est important de préciser que les hôpitaux de proximité prochainement créés ne sont pas de nouvelles structures hospitalières, ce sont des nouvelles labellisations d'hôpitaux existants en hôpitaux de proximité, avec leur personnel existant.

3) Table ronde

Le Président présente les différents participants à la table ronde et laisse la parole à M. Cuisigniez.

Le Vice-Président remercie tous les intervenants présents.

Il précise que la permanence des soins fait intervenir de nombreux acteurs comme ceux ici présents autour de la table ronde, sans oublier les pharmaciens (services de garde, pharmacies), les infirmières.

Il ajoute que le SDIS, Service Départemental d'Incendie et de Secours, est l'un des acteurs majeur de la permanence des soins du fait de la diversité de ses missions : secours d'urgence aux personnes, accidents de la circulation, incendies, risques industriels et pollution, feux de forêt, protection de la faune, plans d'urgence, transport sanitaire service de régulation téléphonique, SSSM (service de santé et de secours médical).

Le Colonel Jean-Michel DUQUESNE (SDIS) précise que la particularité du SDIS est d'avoir deux grands types de missions : la lutte contre l'incendie et la prise en charge des victimes (conséquences santé).

Il observe une augmentation d'activité très significative, notamment sur la deuxième mission confiée, qui a un impact sur la première mission du SDIS.

En 2014, le SDIS effectuait environ 100 000 interventions à l'année, dont 80 000 interventions de secours à personne et 5 000 interventions sur des accidents de la voie publique.

En 2018, le SDIS a effectué environ 125 000 interventions sur l'année, soit 25% d'activité supplémentaire.

Cette augmentation d'activité engendre deux conséquences : le SDIS est tellement engagé qu'il devient difficile de répondre aux ordres opérationnels du Préfet. De plus, la mobilisation des pompiers sur le secours à la personne hors incendie crée un risque d'une moindre efficacité d'intervention pour le risque incendie.

Le Dr Olivier RICHARD (SAMU) informe que le Samu est, comme toutes les structures d'urgence, une interface de tous les maux de la société.

Force est de constater l'évolution des urgences dans le temps et à tendre vers des urgences médico-sociales.

L'activité des structures, qu'elles soient intra-hospitalières ou extra-hospitalières, augmente de 5 à 8 % par an, depuis une dizaine d'années. En 2017, le Samu a pris en charge 228 000 dossiers de régulation contre 240 000 en 2018.

Il remarque aujourd'hui un niveau de sollicitation et d'exigence à la fois stimulant et valorisant mais qui impactent les organisations dans un contexte souvent contraint financièrement.

L'organisation des urgences repose en grande partie sur une loi de 2003, issue d'un mouvement des médecins libéraux qui, revendiquant un droit de « vivre à peu près décevement », s'étaient réorganisés avec la participation des maisons médicales de garde tous les jours, 365 jours par an. En effet, les textes indiquaient qu'en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, les patients devaient composer le 15 pour être réorientés le mieux possible en fonction de leur demande. Par conséquent, la sollicitation en journée des patients a augmenté de 56% sur ces 4 dernières années.

Il estime qu'à l'heure actuelle, la permanence des soins ambulatoire doit devenir permanente, sur l'ensemble de la journée et non pas seulement à l'heure de fermeture des cabinets médicaux car il y a une forte demande de soins non programmés en journée.

Le Samu est fortement impacté par cette activité par conséquent des solutions sont à envisager, en association avec les pompiers pour les secours en journée et avec les médecins des services d'urgence.

Il ajoute qu'il faudrait désormais décloisonner la ville et l'hôpital, apprendre ou réapprendre à travailler ensemble car cela pourrait être l'une des solutions du futur.

Il précise qu'il est important que l'orientation des patients vers les urgences ne devienne pas un choix par défaut mais corresponde bien à des patients qui nécessitent une prise en charge aux urgences. Mais qu'il faut les orienter différemment, si on a connaissance de leur dossier, pour qu'il soit possible de trouver des solutions en amont de l'hôpital.

Concernant ce niveau d'augmentation d'activité, il serait pertinent de définir un objectif et de le mettre en adéquation avec les moyens mis à disposition.

Le Dr Renaud GETTI (Chef de service des urgences Poissy-Saint-Germain) précise que le service d'urgences est régulièrement le dernier recours où sont envoyés les patients lorsqu'ils n'ont pas autre part où aller.

Ce besoin en hospitalisation est de l'ordre de 18%, par conséquent 82% de l'ensemble des patients sont des patients consultants.

Il ajoute qu'aujourd'hui, le patient souhaite une réponse rapide voire immédiate, ce qui interroge le système de santé.

Se pose alors la question sur l'anticipation, notamment pour les personnes âgées qui proviennent d'EHPAD. La situation est une situation d'échec. Le patient tout venant n'est pas le réel problème. Il indique qu'il y a un travail à faire en réseau, en coordination, avec l'ensemble des acteurs du parcours de soins.

Il affirme la nécessité d'une bonne adéquation entre les besoins exprimés par la population et les moyens réels mis à disposition, que la charge de travail n'est pas le fond du problème mais qu'il faut disposer de moyens humains et matériels afin de répondre à ce besoin.

Il constate une forte pression sur les services d'urgence, en constante augmentation, et ressent davantage une inadéquation entre le besoin et la réponse apportée au patient.

Le Dr Jacques FRIBOURG (HPOP de trappes) explique que l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien, situé à Trappes, a toujours joué un rôle d'hôpital local. En effet, 80% des patients de l'hôpital sont des habitants de la ville.

Il ajoute que les services d'urgence de la ville de Trappes ont dû faire face à une défaillance de la médecine de ville, s'ajoutant à l'absence d'informations de la population quant aux recours possibles en cas de soins non urgents. Les habitants se rendent alors systématiquement aux urgences.

Concernant les difficultés rencontrées par l'établissement, il précise que la surface du service des urgences de l'hôpital a augmenté sa capacité et s'étend aujourd'hui sur 650 m². L'établissement reçoit environ 50 000 passages aux urgences par an.

Il conclut sur le fait que le service des urgences de l'HPOP de Trappes est en saturation du fait de la capacité d'accueil limitée.

Le Dr Isabelle LUCK (Conseil de l'Ordre des Médecins) relate qu'aujourd'hui, 890 médecins généralistes libéraux sont installés sur le territoire contre 1 142 il y a trois ans, ce qui signifie une perte significative de médecins.

Elle précise que le CDOM a pour mission de valider les tableaux de garde des médecins de la PDSA en accord avec l'ARS et la CPAM.

Elle considère que les jeunes générations de médecins n'ont pas du tout les mêmes objectifs de vie que les générations de médecins précédentes.

En effet, les jeunes médecins ont davantage envie d'être au service du patient et de travailler avec qualité, ce qui signifie prendre moins de patients en charge par jour.

Elle ajoute que les médecins libéraux sont considérés comme des médecins de premiers recours, générant de nombreuses problématiques : les médecins du territoire sont vieillissants, les départs en retraite ne sont pas remplacés, les médecins remplaçants sont déjà prisés, seuls certains cabinets médicaux disposent d'une secrétaire pour plusieurs médecins, ce qui engendre une clientèle toujours plus importante de patients. Par conséquent, les médecins libéraux sont épuisés.

Elle remarque l'exigence toujours plus élevée des patients au quotidien, leur impatience et leur refus des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. Certains patients multiplient les motifs lors de la consultation, ce qui rallonge la durée de consultation, d'autres ne se rendent pas au rendez-vous programmé.

Elle conclut en rappelant que concernant la permanence des soins, mission de service public, plus de 85% des médecins sont volontaires pour y participer, contrairement aux jeunes médecins qui font décroître ce pourcentage.

Le Dr François BONNAUD (URPS) informe que l'URPS représente l'ensemble des médecins généralistes libéraux d'Ile-de-France.

Il relate qu'aujourd'hui le manque d'informations du public se fait de plus en plus ressentir.

De plus, il constate que la nouvelle génération de médecins ne comptabilise plus le même nombre d'heures hebdomadaires que les générations précédentes (35h/semaine contre 70h/semaine auparavant).

Il évoque le développement des plateformes sur Internet (ex : Doctolib) où le patient prend directement rendez-vous avec le médecin via un site dédié. En cas de besoin, le patient est dans l'impossibilité d'échanger par téléphone avec le secrétariat ou le médecin.

Il ajoute que le projet de création de postes d'assistants médicaux est une piste récente mais pas encore tracée et que l'URPS va de son côté étudier la faisabilité de ce projet.

Il estime que l'augmentation du nombre d'actes est liée à la chute du nombre de médecins.

Il conclut en précisant que « *le département des Yvelines fait partie des endroits en France les plus déficitaires en termes de nombre de médecins* ».

Le Dr VILLIERS-MORIAME (médecin généraliste Guyancourt) informe qu'il est présent ce jour au titre de trésorier de la FPDS (Fédération de la Permanence des Soins) regroupant les maisons médicales de garde de Montigny-le-Bretonneux, les Mureaux et Mantes-la-Ville.

Il est également Professeur associé de médecine générale à la Faculté de Saint-Quentin-en-Yvelines et est en charge de la formation initiale.

Il précise qu'au sein de cette formation, un module a été introduit sur la pluri-professionnalité, sur le fait d'apprendre à travailler davantage avec d'autres professionnels de santé.

Il ajoute que nous sommes actuellement dans une période de crise grave, provoquée par un vieillissement de la population, par les missions différentes confiées à un médecin, par des journées remplies de complications lourdes, complexes avec des suivis de patients cancéreux qui vivent de plus en plus vieux, et des pathologies cardio-vasculaires, psychiatriques avec des aides en ville pour la santé mentale qui restent très insuffisantes.

Il confirme qu'il s'agit d'une période compliquée car les médecins doivent prendre en charge des pathologies complexes et longues tout en restant disponibles pour leurs patients pour des actes rapides. Selon lui, certains actes rapides, considérés comme des actes administratifs, pourraient être réorientés vers les infirmières (de pratiques avancées, Asalée).

Concernant les maisons médicales de garde, elles sont ouvertes de 20h à minuit en semaine, le samedi après-midi mais également le dimanche.

Il conclut en insistant sur le fait que la profession doit réfléchir et tenter de résoudre le problème autrement qu'en augmentant la capacité des services d'urgences.

Le Dr Laurent BOURBOTTE (SOS Médecins) explique que SOS Médecins est une structure qui assure l'accès aux soins non programmés en PDS ou hors PDS.

Il ajoute que SOS Médecins peut difficilement effectuer les suivis des patients du fait de nombreux déplacements à domicile.

SOS Médecins observe une augmentation de la demande de l'ordre de 20 % chaque année, par conséquent la structure a décidé de déménager sur la même ville de Marly-le-Roi afin d'augmenter sa capacité en termes de nombre de cabinets de consultations.

Les patients expriment alors leur désarroi quant à la pénurie de médecins et leur comportement vient à changer, ils souhaitent une réponse rapide et immédiate, y compris pour des demandes qui pourraient parfois attendre la prochaine visite chez leur médecin traitant.

SOS Médecins a mis en place une organisation interne qui est le filtrage de la demande du patient. En fonction de l'objet de l'appel, s'il s'agit d'une demande non urgente, les secrétaires tentent de réorienter le patient vers son médecin traitant.

Question :

Concernant le Prado (service de retour à domicile des patients hospitalisés), avez-vous des informations sur ces hospitalisations ambulatoires en temps réel ?

Réponse :

Notre organisation est un peu particulière. Le Prado est porté par l'Assurance Maladie, et il existe un autre dispositif porté par la CNAF.. Les objectifs sont un peu différents mais tous deux correspondent à des sorties d'hospitalisation. La logique voudrait, dans une vision prospective, que les deux dispositifs fusionnent. Une prochaine expérimentation va tendre à organiser quelque chose de plus structuré.

Question :

Que pensez-vous du rapport sur la médecine de travail qui tend à apporter une charge de travail supplémentaire aux médecins libéraux ?

Réponse :

En effet, on observe par exemple une augmentation des demandes de certificats d'aptitude au travail alors que l'emploi exercé par le patient est inconnu, ou chaque année des demandes de certificats de sport. Cette responsabilité est portée sur le médecin traitant alors que ce n'est pas son rôle premier, mais étant donné qu'il est la porte d'entrée des demandes administratives, c'est à lui que revient cette charge administrative supplémentaire.

Le Président propose un dernier temps d'échanges en termes de préconisations et de solutions proposées.

Le Dr Laurence BERTRANDON (CDOM) précise qu'une réflexion a récemment été lancée à ce sujet au sein du CDOM dans l'objectif d'une meilleure gestion des soins non programmés.

Elle ajoute qu'il est indispensable pour les patients de se référer en premier lieu à leur médecin traitant, qu'il soit spécialiste ou généraliste. Le médecin doit par conséquent organiser les soins lorsqu'il est absent (vacances, obligation de formations), mais également le partage des horaires de PDSA avec les médecins, ce qui permet de répartir sa charge de travail mais aussi d'assurer une continuité de services pour ses patients.

Les médecins doivent tenir informée leur patientèle de leurs absences, les rediriger et les orienter vers des structures de soins non programmés, des maisons de gardes.

En dehors des heures de PDSA, les patients doivent se rapprocher de leur médecin traitant, qui prendra soin de conserver des créneaux réservés de consultation non programmée à leurs patients.

Enfin, concernant les soins programmés, les médecins doivent informer leurs patients que les rendez-vous sont à prendre à l'avance.

Le Dr Isabelle LUCK (CDOM) ajoute qu'il est important de laisser la liberté au médecin traitant d'organiser sa journée librement, de ne pas le contraindre afin de ne pas le démotiver.

Elle souhaite que soient mises en place, dans la mesure du possible, des procédures afin d'intégrer des jeunes médecins qui ne seraient pas installés, ou des remplaçants, ce qui déchargerait les médecins sur le plan administratif.

Elle explique qu'il est indispensable que les médecins libéraux puissent bénéficier d'internes, de médecins maîtres de stage, de locaux supplémentaires pour un éventuel maître de stage.

Enfin, elle conclut en proposant une régulation des appels de soins non programmés par l'intermédiaire d'un standard dédié, et par lequel les médecins pourraient proposer des créneaux de consultation dans leur planning et recevoir de la part du 15 ou de SOS des patients qui ne sont pas les leurs.

Le Dr Jacques FRIBOURG (HPOP de trappes) explique qu'un nouveau manager a été recruté pour améliorer l'aval du service des urgences et qu'une action a été menée en amont, se rapprochant de la régulation médicale, afin d'améliorer l'accueil du patient ainsi que le temps d'attente. Dès son arrivée aux urgences, le patient est alors directement pris en charge par un médecin d'accueil. Il précise que le Samu joue un rôle important de filtrage car une réponse est apportée en amont au patient.

Le Dr VILLIERS-MORIAME (médecin généraliste Guyancourt) explique que l'éducation des patients peut être une solution afin d'améliorer le quotidien des médecins libéraux et de les soulager.

Il propose de redynamiser la formation au secourisme, afin que la population se réapproprie un parcours de soins, qu'elle soit plus responsable et qu'elle ait plus de recul par rapport aux problèmes de santé rencontrés. En effet, Il serait préférable pour les patients de savoir reconnaître ce qu'est une réelle urgence.

De plus, il considère que la création d'un numéro d'appel dédié pour les urgences non graves serait une façon de gérer les urgences avec beaucoup de prudence.

Le Dr François BONNAUD (URPS) confirme que premièrement, il est important de dégager du temps médical à tous les praticiens.

Deuxièmement, il formule un besoin d'éducation du public concernant le bon usage des numéros d'urgence et précise que les médecins ont également pour rôle d'informer les patients sur les différentes possibilités de soins non programmés.

L'URPS travaille pour accompagner les médecins, en créant des systèmes de subvention en collaboration avec l'ARS, via des CPOM, Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, afin de former et de recruter des régulateurs pour le centre 15.

Le Colonel Jean-Michel DUQUESNE (SDIS) remarque que beaucoup de services de santé sont impactés par l'activité des urgences.

Il ajoute que des solutions interservices existent et qu'elles doivent être partagées

Il est surpris du nombre de personnes qui n'ont pas connaissance des numéros de services d'urgence.

Il précise que le SDIS est en train de modifier la qualité de ses formations et de leur contenu avec de nouveaux matériels de meilleure qualité afin d'affiner davantage les bilans.

Les solutions pourraient être d'essayer de réorienter les patients vers leur médecin traitant, dans la mesure du possible de garder les personnes à leur domicile, au lieu de les orienter vers l'hôpital.

Aujourd'hui, dans le cadre de l'intérêt général, les pompiers sont prêts à transporter les patients dans d'autres lieux que dans les services hospitaliers (chez le médecin traitant, dans d'autres structures, etc.).

Le Dr Olivier RICHARD (SAMU) soutient qu'il faut aujourd'hui avoir une réflexion centrée sur le patient, c'est-à-dire une orientation pertinente et non pas par défaut.

Il propose que la PDS reste ouverte en continue, du fait de l'augmentation de la sollicitation des praticiens en journée.

Il précise qu'il est important de donner aux jeunes médecins l'envie de connaître et de travailler en termes de permanence des soins.

Enfin, il recommande le décroisement entre la ville et l'hôpital pour encore mieux analyser les possibilités existantes à travailler ensemble et que cela devienne plus pertinent pour les patients.

Le Dr Renaud GETTI (Chef de service des urgences Poissy-Saint-Germain) pense que l'exercice partagé est très intéressant car aujourd'hui rares sont les praticiens qui exercent à temps plein au sein d'un service d'urgence. Il préconise le décroisement et la relation ville/hôpital.

Le Dr Laurent BOURBOTTE (SOS Médecins) insiste sur la partie de l'accès aux soins non programmés et souligne qu'il est indispensable de favoriser l'installation des nouveaux médecins sur le territoire mais également de sensibiliser les étudiants en médecine sur cette part non négligeable de la médecine que sont les soins non programmés.

Question :

Concernant le décroisement ville/hôpital : existe-t-il aujourd'hui une instance vous permettant de travailler ensemble, d'échanger vos savoirs-faire et vos modes organisationnels ?

Réponse :

Une structure existe aujourd'hui. Par exemple, au niveau départemental, il existe le Comité départemental de permanence des soins, qui touche la régulation et plusieurs secteurs. C'est à nous ensuite d'élargir cette base pour faire avancer les choses.

Nous tous ici avons la volonté de travailler ensemble dans cette même mission de service public, c'est assez facilitateur et il faut le souligner.

Il existe un acteur essentiel que représentent nos tutelles : l'ARS au niveau départemental.

M. Pulik a créé des interfaces de discussion sur la problématique du transport d'urgence avec les ambulanciers et les pompiers, des interfaces de discussion sur la permanence des soins et ce sont des zones d'échanges qui font progresser les choses c'est absolument essentiel.

Dans le tour de table, il faut que tout le monde soit présent. On va encore s'améliorer et c'est déjà le cas.

Question :

Au sujet de la télémédecine, est-elle envisageable aujourd'hui pour les particuliers, hors EHPAD ?

Réponse :

Il existe un texte de loi qui permet de financer ce type de consultation, cela devrait donc être envisageable un jour.

Aujourd'hui, on est en grande difficulté en Ile-de-France. Si l'on regarde dans d'autres régions, il y a des idées à prendre dans leur mode de réorganisation territoriale. L'offre de soins y est plus limitée et les professionnels de santé sont dans l'obligation d'avoir des outils pour prendre des décisions et mieux orienter le patient. Ils ont également développé la transmission des données avec les ambulances, et la téléconsultation avec les EHPAD.

Il faut essayer d'échanger en ce sens car cela fait partie du décloisonnement.

Le Président informe qu'une séance plénière sera consacrée à la thématique E-santé début 2019, un sujet d'actualité qui intéresse la communauté et la démocratie sanitaire.

Il félicite le Conseil Territorial de Santé d'avoir réuni à deux reprises successives des professionnels, des institutionnels autour d'une table ronde.

Ces deux tables rondes ont eu pour grand mérite de décrire au niveau départemental l'offre de soins et l'offre de soins non programmés.

Le Président remercie tous les intervenants de la table ronde du 3 juillet dernier et d'aujourd'hui.

Le Président reprend plusieurs préconisations à retenir de cette séance, à savoir qu'il faut :

- dégager du temps médical afin qu'il soit centré exclusivement sur le patient et non plus détourné vers des actes administratifs ;
- décloisonner la ville et l'hôpital ;
- s'appuyer sur des innovations ;
- communiquer davantage avec les usagers, les patients mais aussi se former et promouvoir la santé.

En effet, ces différentes mesures devraient permettre une organisation du travail des professionnels plus structurée.

Le Président remercie tous les participants.