

## PROCES-VERBAL

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

du mercredi 16 décembre 2015 - 14h00

CPAM de Bobigny - salle de conférence

*La liste des membres présents figure en annexe.*

L'ordre du jour est le suivant :

- Restitution des travaux RéMi (2)
- Virage ambulatoire
  - Point de situation et perspectives (1)
  - Intervention du docteur VENUTOLO (1)

*Quorum : 8/47*

**(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/>**

**Dr GOMBEAUD** Vice-président, excuse l'absence de Monsieur Pierre LAPORTE, Président de la conférence de territoire.

Il ouvre la plénière en informant les membres présents, d'une rencontre qui se déroulera le 17 février à l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France (Millénaire2), en présence du Directeur Général de l'ARS, du Président de CRSA, des Présidents et Vice-présidents de conférence de territoire. L'objet du débat sera l'avenir de la démocratie sanitaire et des conférences de territoire.

Il énonce l'ordre du jour.

**Restitution des travaux RéMI (2)**

**Présentation DT/ARS : Docteur Laurence DESPLANQUES**

En préambule, elle rappelle qu'elle était déjà venue à la conférence de territoire en novembre 2013, exposer le lancement du projet RéMI.

Il s'agit aujourd'hui de présenter l'avancée des travaux menés depuis 2 ans, avec une actualité récente, puisque les résultats des recherches réalisées par 2 équipes, l'INSERM<sup>1</sup> et l'observatoire du SAMU social, ont été rendus publics fin octobre.

---

---

**Dr GOMBEAUD** précise que ce débat est passionnant. Il souligne la « cassure » entre les courbes de la Seine-Saint-Denis et des autres départements, à l'identique d'il y a 20 ans. Bien que les causes aient été identifiées, elles ne semblent pas différentes de nos jours en termes de précarité ou de situation sanitaire de la population concernée.

Quelles en sont les raisons, et qu'est ce qui a changé ?

**Dr DESPLANQUES** Il existe en Seine-Saint-Denis une plus grande concentration de situations de précarité, contrairement à d'autres départements, Val d'Oise par exemple, où il existe des territoires plus contrastés : des îlots avec une concentration de situations similaires à celles de la Seine-Saint-Denis (en proximité de la Seine Saint-Denis notamment) et des territoires plus favorisés dans d'autres secteurs du département. Les infra territoires ne se ressemblent pas et la moyenne départementale ne reflète alors pas vraiment l'écart existant entre infra territoires. La Seine Saint-Denis, et certains infra-territoires dans d'autres départements, sont concernés par ces indicateurs péjoratifs sur lesquels il faut s'interroger.

A la suite des travaux pilotés par le conseil départemental et l'ensemble des acteurs du département, sous la houlette du Pr Papiernick dans les années 90, on avait constaté un effet de réduction de la mortalité infantile, une amélioration des indicateurs, puis une sorte « d'échappement ». On avait assisté à un effritement des mesures qui avaient été mises en place et avaient semblé efficaces (réunions des acteurs, staffs inter maternité...). L'une des mesures les plus importantes, avait été l'instauration de réseaux de proximité autour des maternités publiques, qui engageaient des travaux de partenariat et qui mobilisaient les acteurs. Ce travail s'est progressivement désagrégé. Récemment, le conseil départemental a réussi à stabiliser ces dispositifs avec le recrutement de nouveaux coordonnateurs.

La population de la Seine-Saint-Denis reste précaire, il est important d'améliorer la compréhension et la communication entre les acteurs de santé, et les femmes.

**Mme OLLIVET** évoque la nécessité d'avoir des intermédiaires linguistiques dans certaines situations, afin de faciliter l'échange entre le professionnel et la patiente.

Elle fait allusion au principe des « matrones », femmes de référence qui possédaient le savoir et l'expérience dans certaines cultures.

Elle rapporte l'information donnée par la directrice de l'hôpital de St Denis, lors d'un groupe de travail, annonçant que les 90% des jeunes femmes maliennes qui venaient accoucher étaient excisées. L'interrogation est de savoir comment bâtir un mode de compréhension linguistique, tout en évinçant le poids des habitudes ancestrales.

**Dr DESPLANQUES** ajoute que cette réflexion s'intégrera dans l'un des ateliers d'ores et déjà prévu dans les suites de la publication des résultats (atelier 2). Il existe en Seine-Saint-Denis des associations de médiatrices qui interviennent dans le champ de la santé, assez peu sur les questions de périnatalité semble-t-il, mais qui sont bien engagées sur d'autres champs (promotion du dépistage organisé du cancer, ou du dépistage du VIH par exemple). L'un des objectifs de cet atelier est de renforcer le travail de médiation santé sur le suivi de grossesse et la santé périnatale plus généralement.

**Pr PISSARRO** revient sur l'excision qui pose de réels problèmes, d'une part pour les professionnels dans la difficulté de reconnaître cette amputation, mais aussi pour les femmes elles-mêmes qui ont du mal à empêcher cette mutilation pour leurs filles.

Au sein des réseaux en dehors des médiatrices, il y a aussi le travail effectué entre les femmes elles-mêmes. Il leur prodigue à la fois des solutions, un réconfort de groupe, une plus grande estime de soi et par conséquent une amélioration de leur situation.

**Dr DESPLANQUES** précise que les centres de PMI sont des lieux qui peuvent permettre ces rencontres entre femmes et entre femmes et professionnels, certains départements travaillant déjà sur l'animation de ce type de groupe.

---

---

Cela pourrait être une piste de réflexion. Il permettrait la mise en place d'espaces où les femmes pourraient rencontrer dans un centre de proximité, un professionnel qui répondrait à leurs interrogations.

**Pr PISSARRO** ajoute que l'intérêt positif dans cette dynamique du projet RÉMI est d'avoir commencé à travailler sur des solutions, avant de détenir les résultats de la recherche.

**Mme OLLIVET** signale que la démarche est éminemment riche, car en France la spécialité est quand même l'expérimentation sans lendemain. Elle appelle à ce que les expériences engagées soient « disséminées ».

**Dr DESPLANQUES** précise que la « dissémination » a été tentée sur plusieurs thématiques, notamment sur la préoccupation des femmes sortant de maternité sans hébergement. Cette inquiétude s'était déjà traduite par la publication d'un livre blanc, sur les travaux menés par un certain nombre d'associations et d'acteurs de l'hébergement social de Seine-Saint-Denis en 2012. Ces associations avaient alerté les partenaires sur la situation de ces femmes sortant sans hébergement, ou retrouvées à la rue avec des enfants, dans des squatts.... On n'a pas attendu les résultats de la recherche pour réfléchir à des actions à mener. Un certain nombre d'actions ont déjà été engagées.

Suite à la mise en place d'un partenariat entre la DRIHL et l'ARS, sur des dossiers d'associations financées conjointement, il a été proposé à des porteurs associatifs spécialisés dans le champ de l'hébergement, de réfléchir à des pistes de travail pour les femmes enceintes, ou sortant de maternité.

Avec l'aide de partenaires, tels que l'Amicale du Nid, la Marmite qui gèrent des accueils de jour, un travail sur des actions dans le champ de la périnatalité a été effectué. Cette démarche s'est ébruitée et a suscité d'autres projets, qui ont notamment permis la création d'appartements semi-collectifs, dans lesquels des femmes enceintes ou sortant de maternité peuvent être hébergées. On y oriente des femmes enceintes dans les derniers mois de la grossesse, ou des femmes avec un nouveau-né sortant de maternité le temps de trouver des dispositifs plus pérennes, tels qu'un accueil en CHRS<sup>2</sup> ou dans des structures spécialisées, ou des solutions de logement dans certaines situations.

Début d'année 2015, deux appartements de ce type ont été mis en place à Bagnolet et Aulnay-sous-Bois. Ces dispositifs expérimentaux sont gérés par l'association des cités du secours catholique Cité Myriam.

Avec le SIAO<sup>3</sup> qui gère le 115 de la Seine-Saint-Denis, l'instauration d'un dispositif qui permet d'anticiper les sorties 115 des femmes en sortie de maternité, a également été mis en place. Des travailleurs sociaux des maternités peuvent repérer très vite pendant le suivi de grossesse ces situations qui vont nécessiter des sorties au 115. Ce repérage en cours de grossesse va permettre d'anticiper la recherche de solutions adaptées dès que la femme arrivera à la maternité pour accoucher. Quelques jours seront gagnés pour la recherche d'une solution la plus adaptée possible.

Dans le panel actuel des possibilités, il y a en premier lieu les nuitées hôtelières. L'objectif est d'essayer de garantir à la femme sortant de maternité au moins un mois de stabilité dans son hébergement hôtelier. Il est possible également de proposer une stabilisation un peu plus longue, à proximité de l'établissement de santé lorsque la mère ou l'enfant, pour une raison médicale, a besoin d'avoir un suivi au sein de l'établissement. Enfin, dans les situations complexes, la sortie en structures, notamment les CHRS, ou dans ce type d'appartements prenant en charge les femmes sortant de maternité.

C'est un dispositif un peu innovant expérimenté à St Denis, puis mis en place dans les 5 maternités publiques du département qui reçoivent la quasi-totalité des femmes en situation sociale très complexe. On espère que ce dispositif pourra « contaminer », pour reprendre l'expression de Mme Ollivet, d'autres départements.

---

<sup>2</sup> CHRS Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

<sup>3</sup> SIAO Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

---

---

La DRIHL, au niveau régional, a eu connaissance du partenariat Agence/DRIHL mené en Seine-Saint-Denis, sur ces sorties de maternité, et a intégré dans un appel à projets 2015, des éléments qui permettent d'ouvrir au niveau régional une priorité sur les dispositifs à destination des femmes sortant de maternité.

**Pr PISSARRO** souhaiterait que cela se dissémine, afin que les femmes sachent avant d'aller à la maternité, où elles iront à la sortie.

**Dr DESPLANQUES** rappelle que la question de l'hébergement est particulièrement sensible en Seine Saint Denis. Elle rappelle que la DRIHL lors de la présentation des résultats de RéMI en juin 2015 avait présenté une photographie de la situation en Seine saint Denis, un jour donné de juin 2015.

6800 personnes étaient alors prises en charge et hébergées au 115 de la Seine-Saint-Denis, dont 80% étaient des familles avec enfants.

174 personnes dont 30 enfants de moins de 3 ans, 60 enfants de 3 ans et plus, et 4 femmes enceintes, n'avaient pu obtenir satisfaction.

Il est à noter par ailleurs que beaucoup d'hôtels de la Seine-Saint-Denis sont occupés par des personnes prises en charge par le 115 de Paris.

Par ailleurs, d'autres phénomènes ont généré des problèmes dans ce dispositif d'anticipation des sorties, mis en place avec le SIAO :

- la COP21 qui a gelé le dispositif. Beaucoup d'hôtels ont effectué des travaux de rénovation pour permettre l'hébergement des personnes venues pour cette occasion, diminuant d'autant les places nécessaires au dispositif d'hébergement des personnes au 115, notamment dans le cadre de ce dispositif « femmes sortant de maternité ».
- L'Euro 2016, qui devrait avoir le même impact sur ce dispositif.
- Enfin, un autre problème signalé par les cadres des services sociaux des maternités, l'anticipation par les acteurs de santé qui ne se fait pas. Les médecins, les sages-femmes etc, n'alertent pas toujours le service social sur la situation de précarité des femmes qu'ils prennent en charge. De ce fait l'anticipation ne peut se faire, et il faut trouver des solutions en urgence, en suites de couches, au moment de la sortie de la femme.

**Dr GOMBEAUD** souhaite savoir si le facteur âge de la femme lors de la grossesse ou de l'accouchement, joue un rôle dans la mortalité.

**Dr DESPLANQUES** précise qu'il y a une mortalité périnatale plus importante chez les femmes plus âgées, avec une grande multiparité.

Elle rappelle, en conclusion, que la démarche engagée dans le cadre de RéMI associe de nombreux partenaires. Le conseil départemental, la CPAM, les établissements de santé, le réseau de périnatalité, les associations... sont très mobilisés autour de ces actions. La mobilisation doit associer également les acteurs de la ville qui sont encore insuffisamment présents.

### Virage ambulatoire (1)

Présentation Point de situation et perspectives DT/ARS : **M Jean-Philippe HORREARD**

*La présentation a pour but d'apporter dans le contexte actuel, une analyse un peu plus pédagogique sur la question du virage ambulatoire, accompagnée d'exemples qui en illustrent l'évolution.*

Discussions:

**Mme OLLIVET** constate que l'impact sur les déplacements sanitaires, n'a pas été abordé.

---

---

**M HORREARD** précise que c'est l'un des axes du plan ONDAM<sup>4</sup>. La question des transports sanitaires fait l'objet d'une régulation économique importante à travers le plan ONDAM. Des travaux d'analyses sur les bonnes pratiques dans ce domaine, sont menés.

**Mme OLLIVET** ajoute que les témoignages sur le terrain concernent des pathologies au long cours, notamment les cancers ou les chimiothérapies. Les proches rencontrent d'énormes difficultés dans ce domaine, pour obtenir une prescription où le remboursement des déplacements qui sont censés être pris en charge. Le même problème s'impose pour des prises en charge plus courtes en chirurgie ambulatoire.

Le frein culturel est également un handicap, entre autres pour les personnes d'un certain âge qui souhaitent rentrer à leur domicile avec à l'esprit une prise en charge à 100%. L'aspect financier, concernant notamment les tâches d'une auxiliaire de vie, est difficile à comprendre.

**Dr GOMBEAUD** signale qu'effectivement l'aspect coût est au premier plan. Il s'agit de les limiter au niveau de l'hospitalisation pour les transférer ailleurs.

Ce transfert se fera sur l'activité des professionnels de santé quelque-soit leur profession. Bien qu'il ait été annoncé derrière une réévaluation négociée de la rémunération, elle ne sera pas extraordinaire.

Certains avantages techniques pour les patients ou les équipes sont clairs. Néanmoins, cela va engendrer une surcharge de coûts en termes de travail à l'extérieur, qui dans un contexte de démographie médicale déclinante ne va pas s'arranger.

**M HORREARD** précise que la réflexion actuelle est basée sur l'amélioration des bonnes pratiques, et la consolidation d'une offre hospitalière centrée sur le soin proprement dit.

**Mme WOHRER** revient sur les freins. Les problèmes de précarité qui touchent les femmes et la mortalité infantile n'ont pas été évoqués.

La même chose peut se produire pour un patient que l'on renvoie chez lui, et qui est confronté à un problème de logement. Pour exemple, le retour au domicile d'un homme âgé, pour lequel l'HAD demandait de libérer la salle à manger des meubles au profit d'un lit médicalisé. Face au désarroi de l'épouse, le patient a été pris en charge, pendant la poursuite des soins de suite, par un membre de la famille domicilié à l'autre bout du pays. Ces situations sont difficiles pour les familles.

Sur ce contexte, la France est très en retard, par rapport à l'Angleterre ou les Etats-Unis, où les dispositions nécessaires sont prises dès le retour du patient au domicile.

Sur le territoire national, la mise au point des soins de suite est à améliorer. Or, tout est plus facile pour un patient issu d'une famille classique, dans un logement classique avec un médecin de famille. La question est de savoir comment aider nos concitoyens dans un département déserté par les professionnels de santé.

**M HORREARD** ajoute qu'il est important de prendre en compte au sein de la conférence de territoire, la problématique de la précarité et de la vulnérabilité, comme un des freins évidents au niveau sanitaire dans le virage ambulatoire.

**Mme WOHRER** précise qu'effectivement à l'origine, l'assistante sociale se chargeait de trouver des solutions adaptées à ces situations. Actuellement cela n'existe plus.

**M HORREARD** rappelle, que des lits halte soins santé ont été créés par le Samu Social de Paris, présidé par le docteur Xavier Emmanuelli au début des années 2000. Cette formule était adaptée aux cas les plus précaires à la sortie de l'hôpital.

Il existe actuellement dans le département, 2 structures de lits halte soins santé d'une dizaine de places réservées aux personnes sans logement, en sortie d'hospitalisation.

---

<sup>4</sup> ONDAM Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

**Dr SEBBAG** s'interroge sur les frais pris en charge par l'hôpital, destinés à l'origine aux personnes à la sortie de l'établissement ou aux aidants. A qui sont-ils distribués actuellement ?

**Mme OLLIVET** précise que la notion de SSR<sup>5</sup> est catastrophique.

Elle cite l'exemple d'un homme atteint de troubles psychiatriques logé en hôtel, présentant un problème physique. L'intéressé bénéficiant d'un tel confort, profitait de la situation et refusait de sortir sous prétexte qu'il n'avait pas eu l'occasion de rencontrer le représentant des usagers de l'établissement.

**M HORREARD** ajoute que sur cet exemple, le prix à la journée en SSR est de l'ordre de 250€. Or, si cet argent était déployé sur un BOP<sup>6</sup> consacré à l'hébergement d'urgence, la reconversion serait d'autant plus optimale. On essaye de travailler sur des logiques transversales. La question d'une fongibilité d'une enveloppe sociale ou médico-sociale est un sujet qui n'est pas pourtant résolu.

**Mme MINCHIN** précise que les hôpitaux ont un gros travail d'anticipation à effectuer au niveau de l'ambulatoire. Souvent les problèmes tentent d'être solutionnés le matin pour le soir. Or, il y a toujours un rendez-vous de programmer à la base, donc une possibilité d'anticipation qui ne se fait pas.

**Dr GOMBEAUD** ajoute que cette façon de travailler, va nécessiter un entourage. On peut être inquiet quant à son évolution particulièrement dans ce département qui cumule les vulnérabilités. On risque de persister dans le travail au coup par coup et dans l'improvisation.

**Pr PISSARRO** considère que l'on ne peut être que d'accord avec le développement de l'ambulatoire chaque fois que c'est possible. La question est de savoir comment ne pas aggraver les inégalités, et quels sont les indicateurs à mettre en place. La priorité serait de commencer par repérer les données, prévoir en amont et non pas dans une évaluation a posteriori.

**Dr GOMBEAUD** ajoute qu'il y a eu énormément d'expérimentations et de prérequis avant la mise en place de ce type d'opération. Aujourd'hui ces prérequis, n'existent plus dans les établissements. La mise en place prématurée avant ce type de fonctionnement, est extrêmement risquée pour tous les patients, et particulièrement dans ce département. Les professionnels de santé sont favorables au développement de ce type de structures. Néanmoins, cela engendre une charge de travail supplémentaire et un travail préliminaire. Il sera difficile d'assumer une telle transformation pour les médecins de ville aujourd'hui et encore moins demain.

**Mme OLLIVET** signale que sur cette vulnérabilité on constate en particulier, des personnes âgées dont les cas sont aggravés en sortie d'hospitalisation. La conséquence sociologique de ces situations, ce sont des femmes qui démissionnent de leur poste ou qui demandent des mi-temps, avec des retraites impactées, car ce sont elles qui vont devoir assumer ce retour au domicile. Avec ce principe-là, on continue à perpétuer sur la génération de femmes plus jeunes, l'écart des retraites hommes/femmes qui existe déjà pour celle de 80 ans.

Au Québec, la société et la solidarité nationale garantissent cet accompagnement au retour au domicile, contrairement à notre pays où c'est la famille qui l'assume. Le problème est la vision cloisonnée que nous avons sur ces principes. La seule issue serait des équipes mobiles qui sortent des murs, en prodiguant un transfert sain de la compétence, entre l'hôpital et le domicile.

**Mme MAURIN** évoque le problème de l'entourage qui décline, et qui n'a pas été pris en compte dans ce système. De nos jours les mentalités ont changé, les enfants sont éloignés de la famille, et la prise en charge des anciens ne se fait plus comme elle se faisait à l'époque par rapport à certaines chirurgies ambulatoires. Il faut aussi tenir compte des sorties tardives avec l'impossibilité de récupérer la

<sup>5</sup> SSR Soins de Suite et de Réadaptation

<sup>6</sup> BOP Budget Opérationnel de Programme

pharmacologie auprès des officines de ville qui ne disposent plus de l'avance nécessaire. Tout doit être commandé.

Pour que le système soit jouable, les ordonnances doivent être établies avant l'intervention, afin de permettre un retour au domicile convenable, et accompagner l'entourage dans sa démarche.

**Mme OLLIVET** ajoute que le virage ambulatoire a été décidé et mis en œuvre avant que la montée des compétences sur le retour à domicile, soit effectuée.

**Intervention : Dr François VENUTOLO (anesthésiste et président de CME CH de Gonesse)**

*La question repose sur les prérequis à la mise en place de l'ambulatoire, et les conditions actuelles qui permettent l'instauration d'un tel mode de travail pour les professionnels de santé.*

En priorité les tabous à supprimer :

- L'ambulatoire ne s'adresse pas qu'aux personnes bénéficiant d'un certain niveau de connaissances, il s'adresse tout autant aux individus plus défavorisés, qui nécessitent dans ce cas un peu plus d'explications.
- Sans chirurgie, l'ambulatoire n'existera pas. Le prérequis nécessite par conséquent des services de chirurgie opérationnels.
- Laisser tomber tous les blocages architecturaux.

L'ambulatoire dans notre région, se veut multidisciplinaire.

Les établissements doivent évaluer leur case mix<sup>7</sup>. Regarder, s'ils sont polydisciplinaires avec un recrutement chirurgical que se fait essentiellement par du non programmé pour certaines disciplines, ou du programmé. Aujourd'hui le non programmé peut être intégré en ambulatoire.

Pour démarrer une activité, le prérequis nécessite de l'espace, une organisation, des gens volontaires et des professionnels du métier, notamment des anesthésistes et des chirurgiens, avec un système d'encadrement solide qui permette de diriger les flux

Le démarrage fera l'objet d'un consensus entre les chirurgiens, les anesthésistes, la direction et l'encadrement.

Historiquement, on opposait l'ambulatoire à l'hospitalisation conventionnelle. Aujourd'hui, l'hôpital a changé, certains malades sont soignés debout.

Dans les services hospitaliers la DMS<sup>8</sup> qui se compte en jours, se comptera demain en heures. Le concept évolue, il faut hospitaliser les gens sur des hôpitaux de jour, sur de l'ambulatoire, avec à l'esprit une arrivée du patient à 10h, une opération à 11h et une sortie vers 14h. Toutes les marches de manœuvre sont là, et doivent être adaptées pour la sortie du patient.

La volonté de la société française d'anesthésie réanimation, était d'ouvrir l'ambulatoire au maximum, de ne plus verrouiller.

La seule contrainte aujourd'hui c'est le raccompagnement du malade à son domicile, par un accompagnant de préférence majeur. Une personne au domicile la nuit n'est plus une obligation, ce qui n'est pas encore intégré totalement dans les mœurs.

L'ambulatoire est aussi une volonté de réfléchir sur les raisons et les causes de ce que l'on recherche.

Le prérequis est la volonté d'avancer, et de proposer au patient la prise en charge la plus adaptée.

L'ambulatoire est-il plus économique ? En fait, ce qui est moins onéreux c'est le bénéfice de la non-hospitalisation. Cela nécessite un certain volume et une certaine audace dans le management.

Aujourd'hui les incitations tarifaires sont tombées. On peut faire de la chirurgie de haute technicité en ambulatoire, il n'y a pas plus de problème qu'en chirurgie conventionnelle, voire peut être moins puisqu'il y a plus de vigilance.

Le prérequis demande des professionnels de la chirurgie (anesthésistes, chirurgiens et paramédicaux).

<sup>7</sup> Case mix (classement en GHM des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée)

<sup>8</sup> DMS Durée Moyenne de Séjour

Vu la désertification des médecins de ville, il sera difficile d'obtenir leur adhésion. Néanmoins, il est important de les rassurer. Ce sont les chirurgiens, les anesthésistes et les infirmières qui connaissent le péri-opératoire immédiat.

L'HAD est à proscrire, facturer 2 hospitalisations le jour même, une en ambulatoire et une à domicile ne fera rien gagner.

Dans les prérequis à l'ambulatoire, les textes annoncent un système d'orientation immédiat du patient, c'est essentiel. Il cite le système GSM<sup>9</sup> mis en place à l'hôpital de Gonesse, et géré par un anesthésiste. Il y a très peu d'appels, néanmoins ils sont tous importants et nécessitent savoir rassurer et orienter le patient. Le système doit être structuré. Le patient ne reviendra que s'il est mis en confiance.

L'incitation au médecin de ville à effectuer des entrées directes à l'hôpital est beaucoup plus difficile. Dans son cabinet il n'a pas de temps à perdre face à son patient, il doit lui solutionner une orientation séance tenante. Il est fondamental de trouver un système d'appel simple et efficace, avec en réception une personne capable d'orienter l'intéressé. Cela nécessite toute une programmation, notamment l'appel à un chirurgien disponible, l'organisation de consultations d'anesthésie et le retour à domicile. Ce système est simple lorsqu'il y a un gros volume, avec des gens cortiqués.

Tout cela se travaille, l'hôpital public doit faire confiance au médecin de ville.

L'ambulatoire peut fédérer. L'échec commun c'est le malade qui ne sort pas, d'où la nécessité d'avoir des équipes dédiées qui soit motivées pour y arriver, et qui connaissent l'ambulatoire, les interventions, et qui sachent répondre. Cela nécessite aussi le soutien de la direction.

Enfin, le préalable c'est de convaincre que l'alternative aujourd'hui n'existe pas. Certain malades doivent être pris en charge sur un mode ambulatoire, d'autres sur un mode d'hospitalisation conventionnelle.

L'aboutissement de l'ambulatoire, c'est l'abolition de tous les tabous.

#### Discussions:

**Dr GOMBEAUD** expose 2 remarques :

→ D'après la présentation, le prérequis principal est plutôt ce qui se passe dans la structure, et non pas ce qui se passe en ville. C'est-à-dire que cela nécessite une équipe de préférence motivée, et des malades.

→ Les professionnels de l'extérieur notamment les infirmières, n'apparaissent pas alors qu'elles vont assumer l'essentiel du travail, avec toutes les difficultés que cela implique.

Sur le nombre de patients au quotidien (30 ou 40), quelle est la quantité d'appels à la suite des interventions ?

**Dr VENUTOLO** précise qu'il est minime, peut-être un par semaine.

Il ajoute que la prise d'astreintes lui permet d'avoir un feedback<sup>10</sup> de la situation.

L'ambulatoire c'est refaire en permanence des process, et repenser les choses.

**Dr GOMBEAUD** demande s'il y a systématiquement une personne qui répond aux appels, ou s'il faut passer par les urgences.

**Dr VENUTOLO** expose le mode de fonctionnement mis en place au sein de sa structure, lorsqu'il est d'astreinte. Le soir, un listing des patients opérés lui est communiqué. Ce relevé mentionne le nom, le prénom, le n° de téléphone, le nom du chirurgien, l'acte, et éventuellement l'anesthésiste.

Ce même listing cette fois ne comportant que le nom, le prénom, et le n° de téléphone des patients, est également transmis au standard de l'hôpital. Ainsi, en dehors des heures ouvrables, le standard répercute les appels des malades sur le GSM du médecin.

Il y a une traçabilité. Le but est d'avoir un interlocuteur capable de répondre aux interrogations, avec la volonté de ne pas renvoyer le malade à l'hôpital.

<sup>9</sup> GSM « Groupe Spécial Mobile » Système de téléphonie mobile

<sup>10</sup> Feedback (action en retour d'un effet sur sa propre cause)



---

---

Au niveau macroéconomique, on peut dire que ce système consomme plus de personnels au moment où cela tourne. Néanmoins, il faut garder des lits d'hospitalisation aux malades qui le nécessitent.

Il faut aussi se situer au niveau du recours que l'on souhaite avoir, et développer les partenariats entre les CHU et les hôpitaux, pour permettre d'envoyer les patients dans des structures ambulatoires. Puis, dimensionner les lits de chirurgie conventionnelle aux besoins, avec une possibilité de curseur et un décloisonnement de la chirurgie viscérale, neurologique, gynécologique etc

De nos jours des prothèses totales de la hanche en ambulatoire sont possibles. Dans ce cas, la prise en charge différente, nécessite une ou deux consultations préopératoires supplémentaires, pour expliquer à l'intéressé les gestes nécessaires à effectuer à son retour au domicile.

De même que des interventions de 8 heures, tel qu'un lifting endoscopique sous anesthésie générale, ou des interventions de la cataracte pour des personnes de 101 ans intubées et ventilées, sont pratiquées aujourd'hui, avec des sorties à l'issue. Il n'y a pas de limites.

**Pr PISSARRO** demande ce qu'il advient pour les personnes qui sont dans des conditions très précaires, sans logement et, ou sans accompagnant.

**Dr VENUTOLO** précise que la question doit être posée différemment « que vous a t'on fait en ambulatoire, et quelles sont vos conditions de vie » ?

Les conditions de vie concernent l'hygiène et le type de logement avec ascenseur, escalier etc. L'accompagnant sera également différent suivant l'autonomie avant et après l'intervention.

Ces questions doivent être prises de façon plus ou moins globale.

L'ambulatoire, c'est un acte, une équipe et un patient.

L'environnement est important, néanmoins il peut s'agir simplement d'un voisin selon les besoins requis après l'intervention. Le plus crucial ce sont les conditions d'hygiène qu'il faut expliquer au patient, et qui nécessitent du temps pour les professionnels du paramédical. Enfin, la problématique revient à la cicatrisation, où il est plus difficile de faire comprendre aux personnes concernées, qu'elle peut mettre des semaines.

**Pr PISSARRO** revient sur l'habitat, où en Seine-Saint-Denis des gens se retrouvent dans des conditions de vie extrêmement précaires, notamment dans des foyers. Comment arriver à repérer cette précarité qui n'est pas déterminée par les professionnels.

**Dr VENUTOLO** précise qu'effectivement pour certaines personnes vivant dans la précarité, il existe une certaine pudeur qui leur défend d'exposer leur situation. Néanmoins, si le patient est réellement seul, et selon l'acte effectué il sera gardé à l'hôpital.

Les professionnels de santé sont responsables de leurs actes et de leurs suivis, au même titre qu'en hospitalisation, ils sont responsables de ce qui se passe dans les 48 heures.

Tout le monde n'est pas capable de faire de l'ambulatoire du jour au lendemain. Il faut avoir une certaine empathie avec son patient et lui faire comprendre les choses importantes, et celles qui le sont moins, et recommencer s'il n'a pas compris. Cela ne s'arrête pas qu'à la sortie de l'hôpital.

**Mme VAUCONSANT** (Directrice CH Gonesse) ajoute qu'il existe encore des actes qui pourraient être réalisés en ambulatoire et qui sont pratiqués en hospitalisation conventionnelle pour un meilleur rétablissement, sachant que les conditions environnementales ne sont pas réunies pour que le patient puisse sortir le soir ou dans la journée.

Pour ces patients, la charge en soins après est très limitée. Ils n'ont besoin que d'une capacité hôtelière adaptée à leur état de fragilité, ce qui ne nécessite pas la permanence d'un interne et d'une infirmière à leur chevet.

**Dr GOMBEAUD** conclut la séance, en rappelant que la prochaine plénière sera consacrée au bilan des conférences de territoire depuis 5 ans, dans le cadre de la réorganisation prévue par l'agence.

---

La séance est close.

Le prochain bureau de la CT se déroulera le mercredi 13 janvier 2016 à la DT93, précédant la plénière du mercredi 20 janvier 2016 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 :

Dr Thierry GOMBEAUD, vice-président

Dr Mardoche SEBBAG, Mme Joëlle MAURIN, Mme Catherine OLLIVET, Mme Claude WOHRER,

Dr Jean-Pierre SALA, Pr Bernard PISSARRO

Membres suppléants : Mme Mireille MINCHIN

#### Invités :

- Dr François VENUTOLO (anesthésiste et président de CME CH de Gonesse)
- Mme Catherine VAUCONSANT (Directrice CH Gonesse)
  
- Mme Catherine KOUBA (Clinique des Lilas)