

— Délégation Territoriale des Hauts-de-Seine

Département Etablissements de santé

— Affaire suivie par : Christèle LEFEUVRE
— Courriel : christele.lefeuvre@ars.sante.fr

— Téléphone : 01 40 97 96 15
— Télécopie : 01 40 97 97 84

— Réf :
— PJ :

—
—

Nanterre, le 1^{er} décembre 2011

Compte rendu de la conférence de territoire des Hauts-de-Seine du vendredi 18 novembre 2011 – Auditorium du Capitole – ARS délégation territoriale des Hauts-de-Seine

La liste des membres présents figure en annexe.

En introduction, Madame Fourcade, fait un compte rendu de la réunion des présidents et vice-présidents de conférence de territoire qui s'est déroulée le 16 novembre à l'ARS. Au cours de cette réunion, Monsieur Evin a rappelé que les conférences de territoire sont autonomes dans leur fonctionnement et fixent librement leurs ordres du jour.

L'ARS a choisi de proposer de mettre à disposition des conférences de territoire l'ensemble des documents relatifs au PRS, en ayant bien conscience de l'importance des informations diffusées.

Les conférences de territoire pourront faire part à l'ARS de leurs observations sur les différents schémas et devront donner un avis sur les Contrats Locaux de Santé (CLS) qui leurs seront soumis.

Les conférences de territoire doivent être des instances de proposition pour l'Agence qu'elles peuvent interpeller sur tous les sujets qu'elles jugent important pour leur territoire.

1. Approbation du compte rendu de la séance précédente

Le compte rendu de la séance du 7 octobre 2011 est approuvé.

2. Démarche de présentation des schémas aux conférences de territoire (annexe 1)

Le Plan stratégique régional de santé a été arrêté le 11 octobre 2011 et publié. Les schémas « prévention », « organisation des soins » et « médico-social » ont été diffusés.

Les schémas ont vocation à concrétiser les orientations du plan stratégique dans leur domaine par des propositions opérationnelles.

Les schémas se différencient sur plusieurs plans :

- L'opposabilité (seul le volet hospitalier est en tant que tel opposable) ;
- Leur positionnement par rapport à d'autres schémas (les schémas départementaux pour le secteur médico-social) ;
- La présence ou non de dimensions complémentaires comme les programmes ;
- Leur contenu : organisationnel pour certains, plus vaste pour d'autres.

Calendrier des présentations à la conférence de territoire :

16/12/2011 : Schéma régional « médico-social »
Contrats locaux de santé (Nanterre et Gennevilliers)

13/01/2012 : Schéma régional « prévention »
Contrats locaux de santé
Volet « biologie médicale » du SROS

10/02/2012 : Contrats locaux de santé
Cahier des charges de la PDS-A
Volet « bucco-dentaire » du SROS
Volet « soins aux détenus » du SROS

Toutes les observations de la conférence de territoire seront transmises à la CRSA avant fin janvier 2012, via la délégation territoriale des Hauts-de-Seine, durant la phase de concertation informelle.

L'ensemble des schémas et programmes sera arrêté définitivement par le directeur général de l'ARS fin décembre 2012, après la concertation officielle (septembre-décembre 2012).

Le lien permettant le téléchargement des schémas sera communiqué dès que le site internet sera opérationnel. Il permettra le partage des documents entre toutes les conférences de la région.

Un certain nombre de documents est d'ores et déjà présent sur le blog de l'ARS IDF

<http://www.sante-iledefrance.fr/>

3. Volet « ambulatoire » du SROS et sa déclinaison territoriale (annexe 2) :

Pierre Ouahnnon (directeur du pôle « Offre Ambulatoire » - ARS Siège)

Nelly Boussyguine (responsable du département « Offre ambulatoire et offre aux professionnels de santé » - DT92)

M. Ouahnnon précise en introduction que le document transmis début novembre est un document de travail qui évolue grâce aux avis reçus. La version définitive sera diffusée fin novembre 2011.

Les trois principes d'action du volet « ambulatoire » :

- Le volet est indicatif, non opposable à l'exception du zonage qui lui, est opposable ;
- L'approche pragmatique est privilégiée, dans un contexte de libre choix du patient et de liberté d'installation du professionnel ;
- Les actions sur les zones fragiles sont privilégiées.

Le premier recours est une priorité au sein du volet « ambulatoire ». Le parcours de soins doit être recréé.

Organisation :

Le comité de pilotage régional regroupe tous les acteurs.

Des groupes de travail :

- Régionaux, sur trois thématiques prioritaires :
 - Aide à l'installation des professionnels de santé
 - Structures d'exercice collectif
 - Développement de l'exercice coordonné

- Territoriaux, composés des acteurs de santé concernés de chaque département :
 - Validation du diagnostic de l'offre
 - Déclinaison des thématiques régionales
 - Espace d'échange sur les problématiques territoriales et de réflexions sur les pistes d'amélioration envisageables dans le schéma

29 territoires franciliens sont identifiés comme déficitaires, regroupant 251 communes et 2 ZUS, 817 559 habitants (7,01 % de la population) et près de 400 médecins généralistes. Une seconde liste de territoires considérés comme « fragiles » sera publiée dans le volet ambulatoire du SROS et sera particulièrement suivie.

Les axes stratégiques et objectifs opérationnels du volet « ambulatoire » :

- Promouvoir et faciliter l'installation de professionnels de santé notamment dans les zones fragiles
- Favoriser la promotion, l'implantation et le maintien des structures d'exercice collectif
- Garantir l'accessibilité d'une offre de soins
- Garantir la disponibilité d'une offre de soins ambulatoire sur l'ensemble du territoire
- Développer la transversalité et favoriser la fluidité du parcours de soins
- Renforcer la qualité et la performance de l'offre de santé en ville
- Favoriser la participation des professionnels de santé aux activités et programmes de pratiques cliniques préventives
- Impliquer les acteurs ambulatoires collectifs et individuels dans les dispositifs de veille et de gestion des alertes et crises sanitaires

La priorité est donnée au renforcement de l'offre de premier recours et à l'accessibilité géographique et financière.

Situation des Hauts-de-Seine

Les indicateurs de santé sont plutôt favorables, à l'exception des découvertes de séropositivité au stade tardif, des conduites addictives chez les jeunes, du taux de suicide chez les femmes et de l'incidence de la maladie d'Alzheimer chez les hommes.

Le département compte :

- 1216 médecins libéraux (taux inférieur à la moyenne nationale),
- 1096 chirurgiens-dentistes (taux supérieur à la moyenne nationale),
- 42 centres de santé,
- 1759 médecins spécialistes (taux nettement supérieur à la moyenne nationale),
- une sous-densité en infirmiers,
- une sur-densité par rapport à la moyenne régionale en masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures, orthoptistes,
- 109 laboratoires (taux équivalent à la moyenne régionale)
- 519 officines de pharmacie,
- de nombreux réseaux de santé.

17 zones urbaines sensibles réparties sur 13 communes sont répertoriées en Ile-de-France. 1 zone est reconnue déficitaire dans les Hauts-de-Seine : Gennevilliers.

Points forts du département :

- Des indicateurs économiques et de santé supérieurs aux indicateurs régionaux
- Une couverture de l'ensemble du département par des centres de santé et des réseaux
- Participation des médecins libéraux à la permanence des soins ambulatoire

Points faibles du département :

- Des zones géographiques à faible offre de soins libérale et fragilisée avec une démographie médicale vieillissante
- Une lisibilité de l'offre des réseaux insuffisante pour les professionnels de santé

Actions envisagées (déclinaison des actions régionales) :

- Participer au recueil des données alimentant la Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) : <http://www.iledefrance.paps.sante.fr> ;
- Mettre en place une permanence locale interprofessionnelle ;
- Organiser une journée annuelle de découverte interprofessionnelle ;
- Développer les coopérations entre les professionnels de santé ;
- Accompagner les sites expérimentant les nouveaux modes de rémunération (eNMR).

Trois thématiques propres au département :

- Groupe « parcours de soins, coordination ville/hôpital »
- Groupe « accessibilité aux soins des personnes vulnérables »
- Groupe « formation et aide à l'installation des professionnels de santé »

Calendrier :

- Poursuite des travaux territoriaux
- Finalisation du volet Ambulatoire dans le cadre du SROS PRS fin 2012
- 2ème phase de concertation formelle à partir d'octobre 2012 pour avis officiel qui s'achèvera avec la parution des arrêtés sur le PRS en décembre 2012

Toutes les observations, mêmes faites dans un contexte informel, seront prises en considération.

Présentation des réflexions du groupe de travail « parcours de soins, coordination ville/hôpital » :

Le pharmacien, souvent premier interlocuteur à la sortie de l'hôpital pourrait contribuer au lien hôpital- médecin de ville. Il pourrait communiquer les éléments (traitements antérieurs, postérieurs, etc) au médecin traitant et à l'infirmier. L'idée pourrait être expérimentée avec quelques pharmaciens volontaires.

Remarques de l'assemblée :

- La continuité des soins n'est pas seulement médicamenteuse. Le compte-rendu, pourtant obligatoire, et la fiche de sortie de l'hôpital ne sont pas souvent communiqués au médecin de ville.
- Le pharmacien ne peut être le référent du patient.
- L'informatisation de tous les documents devrait faciliter la transmission entre hôpital et médecin de ville.

Réponse : le lien ne sera pas uniquement médicamenteux. Cet engagement irait dans le sens de l'intégration des pharmaciens dans la prise en charge des patients

La conférence de territoire souhaite amender cette proposition.

Remarques de l'assemblée :

- Quelle est la méthode utilisée pour le zonage ?

Réponse : il est tenu compte d'un certain nombre d'indicateurs, pour lesquels est attribué un score de 1 à 4 points.

- La commune n'est pas forcément un territoire pertinent.

Réponse : ce découpage administratif est imposé.

- Le temps médical est mal identifié dans les centres médicaux de santé. Il conviendrait de préciser les ETP des médecins (généralistes, spécialistes, de secteur 1 et 2).
- Dissymétrie dans l'accès financier : il n'y a pas d'avance de frais à faire aux urgences.
- Le libellé du groupe de travail « accessibilité aux soins des personnes vulnérables » devrait être modifié et contenir le mot « handicapés »

Synthèse des débats sur le volet ambulatoire du SROS

La Conférence de Territoire :

- souhaite élargir la problématique de la coordination ville hôpital au-delà du « seul » dossier pharmaceutique, souhaite formuler une recommandation forte sur le dispositif de « sortie » avec protocolisation des lettres/compte rendu de sortie et rejoint les exigences en terme de qualité portées par la HAS;
- reste vigilante sur la pertinence des critères utilisés pour le découpage des zones déficitaires et pertinence de la commune comme territoire de découpage ;

- souhaite la prise en compte des centres de santé dans l'offre de 1er recours, appuie une réflexion sur leur modèle économique (subvention d'équilibre souvent versée par les communes sans garantie de financement pérenne) et demande la prise en compte de la répartition secteur I et II dans l'accessibilité au premier recours ;
- souhaite une meilleure lisibilité des réseaux pour les médecins traitants et la mise en cohérence des différents dispositifs entre eux (approche territoriale et populationnelle versus par pathologie)
- souhaite une « symétrie » en terme d'accès financier entre les urgences hospitalières et les structures de premier recours (pas d'avance de frais pour les urgences hospitalières) ;
- s'interroge sur la manière d'inciter les spécialistes à s'installer en ville pour (certaines spécialités comme ophtalmo et pédiatrie) ;
- reste attentive à la réflexion en cours sur le financement des maîtrises de stages des spécialistes.

➤ **La conférence de territoire transmettra à l'ARS ses observations sur le volet ambulatoire du SROS avant fin janvier 2012**

4. Le cahier des charges de la PDS-ES et sa déclinaison territoriale (annexe 3)

François Crémieux (directeur pôle « Etablissements de santé » – ARS Siège)

Didier Marty (responsable du département « Etablissements de santé » - DT92)

La permanence des soins est l'accueil et la prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant dans un service d'urgence aux horaires PDSSES : nuit, samedi après-midi, dimanche et jours fériés.

Les enjeux :

- Sécuriser la prise en charge aux horaires de permanence des soins
- Améliorer l'efficacité notamment par une meilleure répartition de la ressource médicale
- Garantir l'accessibilité des parcours de santé

La méthode :

2 groupes régionaux :

- Comité de pilotage (fédérations, AP-HP, conférences de directeurs, conférence de Psdt CME, organisations professionnelles, ...)
- Comité de concertation (syndicats de praticiens)

6 consultations d'experts

3 groupes de travail thématiques régionaux

3 enquêtes (Etablissements de Santé, SAMU-SMUR)

3 séries de réunions départementales (février, juin, octobre 2011)

Les travaux 2012 porteront sur la réorganisation de la prise en charge en chirurgie de nuit : chirurgie viscérale et digestive, orthopédique et traumatologique.

Les autres chantiers en cours portent sur d'autres spécialités chirurgicales : ORL, stomatologie, vasculaire, ophtalmologie, urologie, pédiatrie, polytraumatisé, psychiatrie, imagerie, neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle.

Ces travaux seront intégrés au SROS-PRS fin 2012.

Le cahier des charges PDSES pour la prise en charge des patients en chirurgie adulte pour l'activité nocturne prévoit un réseau gradué d'établissements couvrant l'ensemble de la nuit, du début de la garde à 22h30 et de 22h30 à 8h30.

Les établissements devront s'engager sur 7 points :

- Mettre en place une gouvernance interne et territoriale PDSES
- Disposer d'un coordinateur PDSES, interlocuteur unique
- Dimensionner ses ressources de manière à pouvoir assurer la PDSES
- S'engager au « 0 refus »
- Favoriser le retour des patients vers l'établissement souhaité
- Assurer le suivi et l'évaluation du dispositif, avec notamment la mise en place d'un registre des refus
- Garantir l'accessibilité financière aux soins

Remarques de l'assemblée :

- Quid des GHS et des frais de transport en cas de transfert après intervention ?

Réponse : il n'y aura pas de double facturation. Un travail est en cours sur la question. Peu de malades nécessitent une intervention chirurgicale la nuit. Des conventions pourraient être mises en œuvre sur les transferts.

- Un certain nombre d'établissements assure la permanence 18h30-22h30.

Réponse : ce créneau n'est pas concerné par le changement. La sélection des établissements assurant la PDSES « nuit complète » sera arrêtée par décision du directeur général de l'ARS le 30 novembre, après avis du comité consultatif. Il n'y a pas de procédure de sélection pour les établissements assurant la première partie de nuit.

Focus sur le département des Hauts-de-Seine :

4365 interventions en nuit entière dont 3139 en première partie de nuit et 1226 en nuit profonde.

9 dossiers ont été déposés, 7 reconnus complets : Hôpital Antoine Béclère, Hôpital privé d'Antony, Hôpital d'instruction des armées Percy, Hôpital Foch, Hôpital Ambroise Paré, candidature commune des hôpitaux Louis Mourier et Max Fourestier, Hôpital Beaujon.

Tous ces établissements seront auditionnés le 24 novembre 2011.

Remarques de l'assemblée :

- Le financement des établissements intervient trop tard, en milieu d'année.

Réponse : 2012 est une année de mise en œuvre qui permettra des ajustements par la suite.

- Les établissements assurant la prise en charge jusqu'à 22h30 et donc non financés, risquent de transférer leurs patients.

Réponse : c'est un risque. Un travail de communication est à entreprendre auprès des professionnels.

- Il conviendrait de ne pas proposer d'alternance d'établissements dans la permanence des soins.

Réponse : l'organisation sera décidée le 24 novembre.

- Un transport infirmier doit-il être mis en place ?

Réponse : le suivi de l'impact de l'organisation sur les transports doit être mis en place.

- Quelle information sera donnée au grand public ?

Réponse : le patient doit savoir où se rendre en premier recours. La communication doit se mettre en place avec les professionnels.

- Quelle est la composition du comité consultatif ? comment les élus sont-ils impliqués ?

Réponse : il s'agit d'un comité de professionnels, il n'y a pas d'élus.

- Les patients gériatriques bénéficient-ils de la réorganisation ?

Réponse : la gériatrie n'est pas traitée de manière spécifique.

Synthèse des débats sur le cahier des charges de la PDS-ES

La Conférence de Territoire :

- souligne le décalage des rémunérations des gardes avec les découpages horaires établies dans le cadre du cahier des charges ;
- souhaite la prise en compte de la spécificité de la prise en charge de la chirurgie « gériatrique » avec une assurance du « O refus » dans la prise en charge des personnes âgées.

5. Propositions de thèmes de travail spécifiques à la conférence de territoire des Hauts-de-Seine

Un appel à candidature est lancé pour la mise en place de groupes de travail sur les thématiques suivantes :

- Adaptation des structures à l'évolution de la problématique des personnes vieillissantes (M. Marandas)
- Parcours de vie des personnes atteintes de handicap psychique (M. Clery-Melin)

La prochaine séance aura lieu le 16 décembre 2011 à 13h30.

Annexe

Liste des membres présents

Membres titulaires :

M. Aït Si Ali, M. Baer, Mme Blazy, Mme Boulangé, Mme Brullé, M. Charles, M. Clery-Melin, Mme Colombani, M. Defontaine, M. Drivet, M. Dubourg, M. El Ghozi, Mme Fourcade, M. Foussat, M. Girard, Mme Godin, Mme Goueta, M. Landais, M. Lauret, M. Leymarie, M. Marandas, M. Moreau, M. Paganelli, M. Péan, M. Radet, Mme Serfaty, Mme Van de Vyvère, M. Vaquin.

Membres suppléants :

M. Bouffartigue, M. Catala, Mme Ducatez, Mme Harpey, M. Leclercq représentant M. Cacault, M. Perruchet.

Personnes invitées :

M. Belaïd, Mme Cantie, M. Charrieau, M. Crémieux, M. Echardour, Mme Eymeri, M. Loeb, M. Ouahnnon, M. Rojas, M. Vitte.