

Conférence de territoire du département de la Seine Saint Denis

Le mercredi 27 mars 2013

14h00

CPAM de Bobigny : salle de conférence

L'ordre du jour est le suivant :

- Poursuite des travaux du groupe de travail relatif aux problématiques de santé dans notre département.
- Présentation du Pacte Territoire Santé
- Remplacement d'un membre du bureau

Cf documentation adressée aux membres de la CT

M. LAPORTE président de la conférence de territoire, entame la plénière.
Il excuse l'absence du docteur FELIOUS, vice-président de la CT.

Après avoir énoncé l'ordre du jour, il propose de commencer par le dernier point, le remplacement de Mr ALLAMEL membre démissionnaire au bureau de la CT.
Mr ALLAMEL fait partie des représentants des usagers au titre des associations agréées (au collège 8).
Selon le règlement intérieur, il ne peut être remplacé que par un membre du même collège et de la même catégorie.

Les 3 personnes proposées au remplacement sont :

- Mr Georges OGER
- Mme Catherine OLLIVET
- Mme Stéphanie TANGUY

Seule, Madame OLLIVET candidate au poste.

Mr OGER présent lui cède la place, et Mme TANGUY absente à fait savoir qu'elle n'était pas candidate.

Mme OLLIVET est élue à l'unanimité des membres de la CT.

1) Poursuite des travaux du groupe de travail relatif aux problématiques de santé en Seine-Saint-Denis

Présentation : Dr GOMBEAUD (URPS)

Depuis la première présentation du 27 février, des modifications ont été apportées par le groupe de travail et le bureau, notamment sur 2 points :

1/ - les aspects financiers de l'accès aux soins, suite au travail réalisé par Mme VAN WONTERGHEM, directrice adjointe de la CPAM.

2/ - l'hôpital public ou privé. Le sujet a été modifié en fonction des éléments transmis, notamment en spécifiant que la problématique de l'accès aux soins ne se résumait pas simplement aux aspects financiers, elle est également liée à l'accessibilité, la proximité, le type d'accueil et les délais de rendez-vous.

Sur cette version, Mme BEAU a fait parvenir un courrier, résumant les éléments qu'elle avait avancés en amont à la CT du 27 février.

Le débat est engagé sur les 2 variantes émanant du groupe de travail et de Mme BEAU, qui ont été transmises aux membres de la CT.

Discussions

Dr GOMBEAUD précise qu'à l'énoncé : *« les professionnels de santé de ville sont de plus en plus exclus de la pratique hospitalière publique, ce qui bloque la relation ville-hôpital »*,

Mme BEAU répond : *« la formulation fait penser à une fermeture de l'hôpital, contraire aux orientations politiques du PRS.....etc.*

On a plutôt le sentiment en lisant le PRS, qu'il propose d'ouvrir l'hôpital vers l'extérieur.

La diminution du nombre d'attachés dans les hôpitaux est un problème. Les contraintes de ces établissements les obligent à transférer des postes d'attachés en postes temps plein. Pour ce faire, il faut faire 24 ½ journées d'attachés en 1 seul temps plein. Prises par ces tâches administratives, les structures hospitalières se voient dans l'obligation de limiter leurs présences médicales

Par conséquent il y a une diminution inéluctable de l'offre de soins entraînant le retard des consultations.

Mr LAPORTE 2 questions se posent :

- pourquoi sommes-nous dans cette situation ?
- est-ce que des données chiffrées corroborent cette situation ?

Dr GOMBEAUD en matière de données chiffrées, il semble que Mme BEAU soit la mieux placée pour fournir ses propres données sur son hôpital (St Denis)

Mr MALHERBE (directeur de l'hôpital René Muret à Sevran - APHP) pourquoi l'hôpital public est-il ciblé de cette manière ? La relation ville-hôpital ne se résume pas à la place qu'ont les attachés à l'hôpital public. L'hôpital public essaie de s'ouvrir, il a développé des réseaux de soins. Il existe des relations ville-hôpital notamment avec les CMS.

D'autre part *« l'heure est à la diminution du nombre de sites »*. On ne peut affirmer cette allégation. La vraie question, ce sont les autorisations à l'intérieur de chaque implantation.

Enfin, a-t-on des chiffres relatifs à « l'évolution qui rend plus difficile un accès fluide de la population dans les établissements » ?

Mme OLLIVET concernant les attachés à l'hôpital ne pourrait-on pas plutôt dire : « les réorganisations hospitalières ont entraîné une diminution importante des consultants externes » ? C'est la réorganisation des hôpitaux qui en est responsable, non pas l'hôpital.

Dr ZARKA ne pense pas que le rationnement du nombre de vacations dans les hôpitaux, entraîne une diminution du lien ville/hôpital. Ce sont des phénomènes séparés.

Dr MICHE (attaché à l'hôpital St Denis spécialisé en alcoologie) la proximité des attachés facilite les liens avec les médecins de ville.

Il semble qu'ils aient été retirés du circuit, peut-être pour des raisons économiques ? Par ailleurs, il faut améliorer les délais en consultations externes.

Mr KIRSCHEN dans le discours que développe la conférence, l'idée maîtresse est celle de la relation ville/hôpital, plus généralement celle de la fluidité du parcours du malade dans les différents niveaux de l'appareil sanitaire.

On le retrouve dans le texte abordé au travers d'un seul axe qui est celui de la présence des médecins libéraux des villes à l'hôpital, où ils viennent faire 1 ou 2 vacations par semaine en qualité d'attaché.

Ça a été une réalité de la pratique hospitalière qui avait l'avantage d'être peu coûteux et producteur de consultations de base. Néanmoins, dans le même temps il y a eu un accroissement de l'effectif médical à l'hôpital, puis une réduction voire une quasi-disparition du recours aux attachés.

Ceci n'est pas lié à des décisions administratives, mais plutôt à des politiques médicales du recrutement des hôpitaux initiés par le corps médical hospitalier.

Il y a eu une évolution de l'hôpital, il faut renouveler d'autres modes de fonctionnement et de liens ville/hôpital, ça ne saurait être uniquement le retour des médecins libéraux à travers des vacations en qualité d'attaché à l'hôpital.

Dr ZARKA on demande à l'hôpital de se recentrer sur le second recours, sur l'hospitalisation etc ... on ne peut pas lui reprocher en même temps, d'alléger son dispositif dans d'autres domaines. Pour en sortir ne faudrait-il pas inverser les choses, et dire qu'il faudrait développer le partenariat et l'intervention des professionnels au-delà des médecins libéraux, au sein des structures hospitalières !

Mr BOUIS souligne en tant qu'usager, ce qui paraît aujourd'hui la réalité, est qu'un certain nombre de professionnels santé/ville ont été exclus, et qu'ils ne sont plus dans le circuit. La réponse aux besoins des consultations a été totalement mise de côté. Nous sommes rentrés dans une spirale de temps. Il faut travailler sur la réintégration dans le système, de l'ensemble des médecins, qu'ils soient hôpital/ville ou ville/hôpital.

La modification d'approche de la phrase paraît intéressante, toutefois il faut mettre en évidence qu'il y a aujourd'hui dans le département et ailleurs, quels que soient les hôpitaux, un dysfonctionnement qui fait que les délais en particulier, sont bien trop longs pour répondre à un certain nombre de besoins.

Mme LEHMAN (directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social) souhaite que le débat soit nuancé au niveau des délais. Il existe des spécialités où les délais sont assez longs notamment en ophtalmologie, par contre le réseau santé/ville est intéressant pour les problématiques planifications familiales et addictologie. Il faut nuancer le propos, et faire évoluer l'articulation entre le sanitaire et le social qui aujourd'hui paraît être l'avenir dans nos métiers.

Mr LAPIE sur le lien hôpital/ville et ville/hôpital qui touche le secteur de la psychiatrie, on constate que dans beaucoup d'établissements médico-éducatifs de type IME ou autres, les médecins qui sont

recrutés pour effectuer des ½ journées d'intérêt général, sont très souvent des médecins qui exercent soit à l'hôpital, soit dans les CMP. C'est une pratique que se fait depuis un certain temps, qui a pour effet de favoriser les liens avec l'établissement.

Mme LESFARGUES (directrice de l'HAD la Croix-Saint-Simon) souhaiterait que les structures d'hospitalisation à domicile ne soient plus négligées dans les discours. Il s'agit de structures sanitaires, qui sont des structures de lien ville/hôpital, qui fonctionnent avec le médecin traitant des patients.

Dr ZARKA revient sur « l'exclusion de soins ». Il est vrai, que certains délais d'attente peuvent excéder plusieurs mois, selon les spécialités, mais on ne peut pas parler d'exclusion.

Il est à noter que toutes demandes concernant un patient, émanant d'un collègue via l'hôpital, est prise en compte au plus vite. Le lien ville/hôpital existe. En dernier appel, il subsiste les urgences.

Mr BOUIS persiste et souligne que ces dysfonctionnements existent néanmoins, et qu'il faut être dans les réseaux de soins pour le constater.

Mme OLLIVET le débat démontre bien que c'est très dépendant d'un service à l'autre. Il y a une étroite imbrication entre la maladie, éventuellement un épisode aigu à l'hôpital, puis derrière des besoins sociaux et humains. L'hôpital joue très bien son rôle d'ouverture sur la ville. Dans le domaine de la gérontologie, on a pu constater d'énormes progrès réalisés par les hôpitaux de Seine-Saint-Denis. La différence se joue, entre ces pathologies à fortes connotations sociales, ou au contraire pathologies aiguës stricto sensu. C'est là où le lien avec la ville pêche terriblement.

Il faut nuancer le propos sur cette difficulté ville/hôpital. Ça n'est pas une difficulté qui est la faute de l'hôpital, mais plutôt une difficulté inhérente à un certain nombre de contraintes liées à l'hôpital. Il y a un vrai déficit de l'accès aux soins pour l'usager de base, qui présente une pathologie classique dans les besoins.

Enfin, faire rentrer les CMS dans les liens ville/hôpital c'est bien, toutefois les 8% de consultations qu'ils représentent n'en font pas une ouverture extraordinaire sur la ville.

Mr GAUTIER (URPS Kinésithérapeute) la problématique des délais pour accéder aux soins, est un problème démographique. Il y aurait peut-être moins d'attente pour les patients, s'il y avait davantage de professionnels de santé.

Concernant les difficultés hôpital public/hôpital privé, les hôpitaux ne sont pas les seuls éléments de soins en Seine-Saint-Denis ou ailleurs, il faut aussi penser aux cabinets privés.

Enfin sur le lien hôpital/ville, les kinésithérapeutes ont des programmes avec l'hôpital qui sont des soins de suite, notamment le programme PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile). Il permet aux personnes hospitalisées de trouver à la sortie, les soignants leur agréant une récupération complète.

Dr MICHE (médecin généraliste invité) il faut intervenir au niveau de la rapidité du lien, le problème vient des secrétariats qui sont submergés. Il faut leur donner les moyens adéquats, leur permettant de répondre en toute efficacité.

Dr GOMBEAUD précise que sur l'évolution de l'hôpital, la question fondamentale est de savoir si cette évolution pose des problèmes d'accès aux soins ?

Pour les autorisations, on constate que la suppression d'une autorisation en cancérologie digestive dans un service de chirurgie, entraîne inévitablement à terme, la fin de ce service. Il est difficile de supprimer une activité, sans qu'il y ait des conséquences sur l'ensemble du système, et donc sur l'accès aux soins.

En fait, les difficultés de l'hôpital sont essentiellement centrées sur l'entrée et la sortie.

Comment faire rentrer un patient, à quel moment le faire sortir, et quel point de chute il aura à la sortie ? Il y a un réel problème de fluidité du passage des patients, de la ville vers l'hôpital. Néanmoins il y a toujours le recours aux urgences. Or on sait dans quelles difficultés gigantesques elles sont. Il faut reconnaître que les conséquences de l'évolution de l'interpénétration entre le système de ville et l'hôpital, sont réellement un problème d'accès aux soins. Il en est de même pour les sorties. Le besoin de lits engendre souvent des sorties prématurées, faites dans des conditions contraires à l'éthique.

Mr LAPORTE en résumé les questions posées sont :

- l'amélioration des relations ville/hôpital ?
- la problématique des entrées et sorties, accentuées par la précarité de la population et les difficultés sociales ?
- la raréfaction des médecins libéraux dans les hôpitaux. Plus de médecins sur le territoire, et de professionnels de santé dans un certain nombre de domaines ?

Une rédaction sur ce questionnement, permettrait peut-être d'avoir plus de consensus, sur la position de la CT !

Fr PISSARRO au-delà du constat, ne pourrait-on pas imaginer que la CT se donne quelques objectifs pour les 2 prochaines années, afin d'améliorer un certain nombre de points ?

Mr LAPORTE souligne que cette proposition rejoint la modification du texte décrit précédemment. Il faudrait toutefois préciser que ces questions demandent un travail spécifique, notamment celle abordant l'entrée et la sortie des hôpitaux, dans l'objectif d'y apporter des réponses. Il propose qu'une nouvelle rédaction soit faite et transmise aux membres de la CT.

Il poursuit le débat sur la disparition de certaines autorisations, et fait lecture du commentaire de Mme BEAU :

« La disparition de certaines autorisations notamment en chirurgie oncologique, oblige les établissements, et les chirurgiens, à se regrouper pour continuer à pratiquer ces actes. J'en ai fait l'observation à la dernière réunion et j'ai donné les raisons des accords passés entre les CH de St Denis et de Gonesse, qui sont à l'évidence visés par cette phrase.

Il me semble malveillant de parler de "regroupement formel", et de laisser penser que nous nous livrons à des manœuvres déloyales ou malhonnêtes. Personne ne reproche aux chirurgiens d'une clinique qui vient de perdre ses autorisations en oncologie d'aller pratiquer ces actes dans un autre établissement privé ! Pourquoi les chirurgiens du secteur public devraient-ils être exclus de ces pratiques ?

En quoi le fait que le secteur public regroupe ses activités pour maintenir ses autorisations est-il en soi condamnable ?

Je demande aux membres de la conférence de prendre en compte ces deux observations. »

Mme OLLIVET y'a-t-il une loi qui interdise les regroupements formels entre établissements publics et privés ?

Dr GOMBEAUD pour répondre au mail de Mme BEAU, il précise que des regroupements ont été mis en place, pour sauver les autorisations. Un chirurgien peut, bien entendu, exercer dans un établissement de son choix avec l'accord de son administration.

En fait, ce qui a été exposé à de nombreuses reprises dans le groupe de travail, c'était :

- s'agit-il réellement de regroupements pour que les personnes travaillent ensemble ? ou
- s'agit-il d'un moyen pour sauver une situation dans un établissement en difficulté ?

Mr BOUHAFS pour clarifier le terme « regroupements formels » et la « disparition de certaines autorisations », notamment en chirurgie oncologique : il s'agit d'une discipline d'une trentaine d'interventions par an. Un regroupement entre 2 établissements publics, St Denis/Gonesse, qui n'est pas seulement formel.

L'agence a souhaité renforcer et maintenir une offre de soins sur l'hôpital de St Denis, l'un des plus grands centres hospitaliers publics du département. Il ne s'agit pas d'un regroupement fictif. Lorsque le flux des patients avec l'accessibilité géographique du nord du Val-d'Oise vers Paris, a été mise à l'étude, il a été constaté que les patients avaient plus de facilité à partir de Gonesse vers St Denis, que l'inverse.

Les chirurgiens de Gonesse ont accepté l'idée de faire des RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) à St Denis, 2 établissements situés à 7/8 kms l'un de l'autre.

Mme DERMER il est bien évident qu'il faut maintenir l'offre que présentent les hôpitaux publics, tels que St Denis et Gonesse, néanmoins il ne faut pas pour autant exclure les établissements du privé qui offrent tout autant, qualité et proximité.

Mr BOUIS déplore que les organisations agréées d'usagers, n'aient pas été consultées par l'un ou l'autre des 2 établissements de St Denis et Gonesse, et souhaiterait qu'à l'avenir elles le soient.

Dr ZARKA (représentant établissement de santé – CHI Robert Ballanger) souligne qu'un réseau de chirurgie pédiatrique a été créé, donc les tâches sont réparties entre diverses cliniques et hôpitaux. À l'intérieur de ce réseau, les enfants et chirurgiens circulent en fonction des nécessités présentées par les différents cas.

Mr BOUHAFS précise qu'au début 2011, lors des premiers débats de la conférence de territoire, la CT mettait en garde l'ARS contre la réduction du nombre d'autorisations notamment de cancérologie. À ce jour, on constate que l'agence a maintenu cette autorisation dans le CH de St Denis, au détriment de Gonesse. Néanmoins les 2 établissements ont coopéré ensemble.

De fait, la CT devrait se réjouir de cette décision qui de surcroît n'est pas au détriment de la clinique privée d'Estrées, puisque celle-ci dispose de cette autorisation et dépasse ces seuils d'activités.

Il a été proposé à la clinique du Landy de se rapprocher des établissements alentour, mais elle a décliné l'offre.

Mr LAPORTE en résumé, 3 axes ont été abordés :

- Les autorisations.
- Les coopérations publiques/privées dans la proximité.
- La participation des usagers dans les regroupements.

Mme OLLIVET demande à ce que la première valeur d'affirmation, soit l'intérêt de l'utilisateur.

Pr PISSARRO suggère que les modifications importantes telles que les autorisations de regroupements ou autres, soient soumises à la conférence pour avis avant d'être effectives. Cela permettra de voir comment puisse être pris en compte, le point de vue des usagers.

Mme DERMER précise que ces autorisations passent en principe, par la CSOS (Commission Spécialisée de l'Offre de Soins) qui est une émanation de la CRSA (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie) dans laquelle il y a une énorme représentation de différentes associations d'usagers, mais aussi d'autres instances. Les usagers sont au cœur des discussions.

Au niveau local, chaque dossier est instruit à la délégation territoriale par un MISP (Médecin Inspecteur de Santé Publique) qui connaît les enjeux locaux, et qui se prononce sur le dossier.

Dr GOMBEAUD termine ce 1^{er} débat par les 3 derniers points du groupe de travail, dont il fait lecture : le PRS, le PRAPS et le Schéma Prévention.

Mr LAPORTE propose que le texte soit modifié et transmis aux membres de la CT, en fonction des remarques émises au cours de la conférence. Il suggère la poursuite de l'activité des groupes de travail sur des domaines plus spécifiques afin de répondre aux situations concrètes du département.

2) Présentation du Pacte Territoire Santé

Présentation : - Mr BOUHAFS (DT/ARS)

- Mr Julien GALLI (responsable du SROS ambulatoire et relations professionnelles de santé à l'ARS)

Ce Pacte est une des priorités de Mme Marisol TOURAINE, ministre de la Santé, qui l'a présenté le 13 décembre 2012.

Il s'articule autour de 12 engagements sur 3 grands objectifs (A-B-C).

A) **Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins**

1^{er} engagement – un stage en médecine générale pour 100% des étudiants

2^{ème} engagement – 1 500 bourses d'engagement de service public d'ici 2017

3^{ème} engagement – 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013

4^{ème} engagement – un « référent-installation » unique dans chaque région

B) - **Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé**

5^{ème} engagement – Développer le travail en équipe

6^{ème} engagement – Rapprocher les maisons de santé des universités

7^{ème} engagement – Développer la télémédecine

8^{ème} engagement – Accélérer les transferts de compétences

C) - **Investir dans les territoires isolés**

9^{ème} engagement – Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30mn d'ici 2015

10^{ème} engagement – Permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires

11^{ème} engagement – Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leurs territoires

12^{ème} engagement – Confronter les centres de santé

A) **Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins**

Discussions

Dr ZARKA 1^{er} engagement : pour que ce soit un franc succès, ne faudrait-il pas que ce soit couplé à un accroissement du nombre d'enseignants en médecine générale, et du nombre de postes universitaires ?

Quel va être le lien entre les référents départementaux, les référents régionaux, et les conseils de l'ordre ?

Mr GALLI précise qu'effectivement l'accroissement du nombre d'internes, pose des problèmes en termes de capacités de formation. Le manque de maitres de stage avait été constaté dans les premières actions menées.

Concernant les liens entre les référents régionaux, départementaux et l'Ordre, parmi les différents dispositifs d'aide à l'installation mis en place dans la région, la permanence locale réunit les Conseils de l'Ordre, l'Assurance Maladie, les URPS et l'Agence.

Dr ZARKA au-delà d'augmenter le nombre de maitres de stage, c'est le nombre de postes universitaires qu'il faut aussi dynamiser. En effet celui créé à la MSP de Coulommiers est un réel succès et est très attractif.

Dr SULINGER (Président du Conseil de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes 93) aurait souhaité changer la formulation « faciliter l'installation des jeunes médecins » par « faciliter l'installation des jeunes professionnels de santé ». C'est le 1^{er} changement à faire pour que tout ne soit pas centré sur le corps médical, et que les paramédicaux puissent bénéficier d'un certain nombre de propositions.

Pour le stage en cabinet de ville, en ce qui concerne les kinésithérapeutes, on sait que 80% des kinés formés en France vont exercer à titre libéral, or l'enseignement qui leur est dispensé les destine essentiellement au travail en milieu hospitalier. Il est nécessaire que l'intégralité des étudiants puisse bénéficier d'un stage en libéral, ce qui implique d'abord la recherche de maitres de stage agréés, puis une fois le contingent de maitres de stages obtenu, la création d'un statut maitre de stage incluant les compétences, les modes de rémunération etc...

Dr GOMBEAUD revient sur les 4 engagements :

1^{er} engagement : pourquoi ne propose-t-on que des stages en médecine générale, et pas sur d'autres spécialités ? Le problème de la pénurie se pose sur l'ensemble des professions de santé et sur l'ensemble des spécialités.

2^{ème} engagement : il serait plus rationnel d'attribuer les bourses dès la 1^{ère} année de médecine pour faciliter aux étudiants le passage du concours.

3^{ème} engagement : ce que souhaitent les étudiants, c'est une organisation de leur travail qui leur permette d'avoir une vie normale. Leur attribuer une bourse n'est pas la question, puisque la plupart de ces professionnels vont gagner leur vie dès l'ouverture de leur cabinet.

4^{ème} engagement : le référent installation est utile. Il existe des structures, le plus important est de continuer à les faire travailler, éventuellement de les aider à travailler.

Pr PISSARRO 1^{er} engagement : on constate que la formation des étudiants en médecine est essentiellement organisée pour former des spécialistes. Il faudrait repenser l'ensemble des études médicales si on veut qu'elles soient orientées vers la formation de médecins généralistes. Ces stages méritent d'être pensés, encadrés, avec des objectifs cohérents et pertinents.

2^{ème} engagement : l'Ile-de-France représente à peu près le cinquième de la population française, cela équivaut donc à 60 bourses par an pour l'Ile-de-France. On est dans une perspective de 1500 bourses tous les 5 ans. La déception est énorme.

Mme OLLIVET quels vont être les arbitrages pour définir les régions et les départements où vont être attribuées ces bourses d'étudiants et ces aides à l'installation ?

Rappelle aussi quand termes de déplacements à domicile, il y a un énorme problème d'insécurité touchant les professionnels médecins et paramédicaux, qu'il faut traiter.

B) - Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé et

C) - Investir dans les territoires isolés

Discussions

Dr CUESTA (PMI 93) regrette que le service de protection maternelle infantile et de planification familiale n'ait été cité à aucun moment. Il est quand même dans le département, un acteur de recours de 1^{er} niveau en termes de prévention, même s'il n'est pas dans le soin curatif.

Ces services suivent près de 70% des 0-2 ans et 50% des grossesses dans le département.

Ils assurent également une couverture vaccinale non négligeable et sont pourvoyeurs d'un grand nombre d'indicateur pour les contrats locaux de santé en périnatalité, voire sur d'autres champs.

Mme MAURIN quelles seront les évaluations des permanences d'installations ?

Mr GALLI l'Agence a signé un protocole avec l'URPS médecins qui gère le secrétariat et anime les permanences. Une première évaluation quantitative va être faite prochainement, profession par profession, pour voir l'efficacité et le taux d'installation après permanence.

De mémoire, sur 110 professionnels vus sur toute la région en début d'année 2012, le taux d'installation était de 17 à 18%.

La PMI représente une offre importante dans la région et sur le département. L'ARS souhaite développer le travail avec les PMI : par exemple via le contrat d'engagement de service public, et la possibilité de proposer des postes de PMI à des élèves boursiers.

Dr SULINGER 7^{me} engagement : le terme télésanté serait plus approprié, il regrouperait l'ensemble des professionnels de santé.

Pourquoi ne pas tenter l'expérimentation qui se pratique actuellement au Canada, c'est-à-dire la mise en place d'une télé rééducation pour les physiothérapeutes en particulier, destinée essentiellement au suivi des malades chroniques à leur retour à domicile ?

Il faut également encourager le déploiement du dossier médical partagé, si on veut transformer avec les moyens modernes l'exercice des professionnels.

Puis faciliter tous les échanges sécurisés que l'on peut avoir au niveau de la messagerie, avec la CPAM, l'ARS....

8^{me} engagement : accélérer les transferts de compétences. Le dispositif est prévu dans l'article 51 de la loi HPST, il va falloir le faciliter.

En ce qui concerne les kinésithérapeutes, intégrer ce transfert de compétences, dans la formation universitaire initiale dans le cadre d'un LMD (Licence, Master, Doctorat).

Les transferts de compétence doivent être le moyen de développer la confiance mutuelle entre médecins et paramédicaux, dont les kinésithérapeutes. L'accès direct pourrait être expérimenté à l'image de ce qui se passe actuellement dans beaucoup de pays y compris européens.

Pr PISSARRO pour compléter ce qui a été dit autour de la PMI, il ne faudrait pas négliger la santé au travail et la santé à l'école qui sont complètement absents, et qui sont également des déserts médicaux.

Dr GOMBEAUD reprend quelques points :

5^{me} engagement : développer le travail en équipes, les structures existantes sont fragiles, après la disparition du fondateur, beaucoup d'entre-elles disparaissent, il faudrait travailler sur ce phénomène et se demander pourquoi il est relativement fréquent ?

6^{me} engagement : rapprocher les maisons de santé des universités, c'est vrai mais pour l'ensemble des professionnels. Les problèmes de formations continues peuvent se poser au-delà des simples structures collectives d'activités de ville.

7^{ème} engagement : développer la télémédecine, c'est un sujet d'une grande complexité.

On peut envisager de la télémédecine, sur des programmes extrêmement concrets et précis autour de quelques pôles, traitant des sujets clairs tels que : la diffusion des scanners, la radiologie etc.....

8^{ème} engagement : accélérer les transferts de compétences. L'URPS est très favorable à ce type d'orientation de la profession, dans la mesure où ça se passe autour de projets, et pas uniquement sur des principes.

10^{ème} engagement : permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires. Actuellement c'est le phénomène inverse qui est généralisé, ce sont des personnels libéraux qui vont travailler dans des structures publiques ou parapubliques. La majorité des professionnels libéraux particulièrement les spécialistes, ont des activités à l'hôpital, en centre de santé etc... !

12^{ème} engagement : conforter les centres de santé. Il serait bénéfique que toutes les structures existantes puissent travailler en bonne entente. Les résultats de l'étude « modèles économiques des centres de santé » devraient être diffusés. Pourquoi une consultation pratiquée par le même professionnel dans un centre de santé, coûte 30% plus chère que dans un cabinet libéral ?

Dr MICHE revient sur le 1^{er} engagement : afin d'éviter le faible pourcentage d'installation des médecins généralistes en libéral à l'issue des études, il serait souhaitable de refondre en grande partie les études médicales pour que l'attractivité des différentes spécialités soit à peu près équivalente.

7^{ème} engagement : pour que la télémédecine soit efficace, il faut améliorer l'articulation entre les professionnels et les secrétariats.

Mme DERMER ne pourrait-on pas imaginer de proposer des installations en binôme, dans le libéral ? On constate que beaucoup de jeunes qui veulent s'installer en libéral, dans le médical ou le paramédical, sont des femmes. Pour celles qui envisagent d'avoir des enfants, ne pourrait-on pas penser à des mesures spécifiques d'accompagnements ? Soit en leur donnant des places prioritaires en crèche, soit en les remplaçant avant et après l'accouchement ? Ce sont des critères d'accompagnement qui peuvent peser sur une décision.

Dr ZARKA concernant la télémédecine, on ne parle jamais du SAMU qui la pratique au quotidien, et qui est efficace et utile en Ile-de-France.

Mr BOUHAFS souligne, qu'il y a aujourd'hui davantage de médecins libéraux qui travaillent dans les centres hospitaliers. L'Agence cherche à inverser les schémas.

On constate que certaines spécialités sont déficitaires, notamment en psychiatrie et pédiatrie. Il a été acté l'idée, de demander à des praticiens hospitaliers psychiatres, d'intervenir dans les centres de santé. A priori les 2 établissements psychiatriques sont favorables à ce principe.

En ce qui concerne l'étude « modèles économiques des centres de santé », la 1^{ère} étude a été publiée fin 2012. L'Agence est à la disposition de la CT pour la présenter, si elle le souhaite.

Sur les 30 centres de santé dont 12 pour la Seine-Saint-Denis, il y a effectivement un constat assez inquiétant : 25 sur 30 affichent un déficit financier important, y compris en intégrant les subventions d'exploitation, allouées par un certain nombre de financeurs.

Plus globalement, ce que l'on attend de la CT, ce sont les remontées de toutes les contributions, incluant les réflexions et observations émises au cours du débat, qui seront transmises au siège qui se chargera de les intégrer, et de les remonter au niveau national.

Mr LAPORTE précise que le dialogue entre la CT et les propositions de l'ARS a été profitable.
L'échange sur le point hôpital, appelle à une nouvelle réunion du groupe de travail, qui sera programmée par le Dr GOMBEAUD, pour en clôturer le dossier.
Enfin, l'étape suivante sera de travailler sur un certain nombre de thèmes, ouvrant sur des propositions et des pistes de travail.

La séance est close.

Le Président de la conférence de territoire



Pierre LAPORTE

