

Conférence de territoire du département de la Seine Saint Denis

Le mercredi 29 mai 2013

14h00

CPAM de Bobigny : salle de conférence

L'ordre du jour est le suivant :

- Information relative à la démission du Dr FELLOUS de la conférence de territoire
- Situation des anesthésistes réanimateurs dans le département
- Groupe de travail sur les sorties hospitalières

Quorum : 28/50

Cf documentation adressée aux membres de la CT

M. LAPORTE président de la conférence de territoire, énonce l'ordre du jour.

1) Information relative à la démission du Dr FELLOUS de la conférence de territoire

Mr LAPORTE fait lecture de la lettre de démission du docteur FELLOUS en tant que membre de la conférence de territoire. Il ajoute qu'il le remerciera au nom de tous les membres, pour son implication et sa participation.

La démission du docteur FELLOUS, implique 2 points :

- la vice-présidence et de fait le bureau de la CT et,
- la représentation de l'ordre des médecins.

Le docteur Jean-Pierre SALA, lui succèdera en tant que membre titulaire au collège 9, pour les représentants de l'ordre des médecins.

La désignation d'un vice-président sera proposée à l'ordre du jour de la prochaine plénière, ou seuls les membres titulaires pourront y prétendre.

Le Dr SALA se présente :

Anesthésiste Réanimateur, conventionné secteur 1, exerçant en libéral à Livry-Gargan à la Clinique Vauban. Il est vice-président du conseil de l'ordre depuis une dizaine d'années à la suite d'un mandat de plus de 30 ans.

2) Situation des anesthésistes réanimateurs dans le département

Présentation :

- Dr ZARKA (président de CME, représentant des établissements de santé),
- Pr BAILLARD (GHU93 - Anesthésiste Réanimateur)
- Dr PELLERIN (hôpital de Saint Denis- Anesthésiste Réanimateur)

Dr ZARKA : il est important d'alerter la CT sur la situation des médecins anesthésistes dans le public comme dans le privé. Malgré l'augmentation du nombre d'internes et de la spécialité des anesthésistes depuis quelques années, il ne faut pas attendre d'amélioration avant 8 à 10 ans. Les départs massifs à la retraite et le nombre d'années nécessaires à la formation, font qu'il y aura de plus en plus de difficultés à recruter.

Cette pénurie qui se constate maintenant dans les CHU parisiens démontre bien l'ampleur du problème qui est probablement plus accrue en Seine-Saint-Denis.

On a l'impression que les problèmes s'acutisent, en effet lorsque l'on trouve des solutions dans un hôpital, c'est un établissement voisin qui rencontre à son tour des difficultés.

Historiquement, ces problèmes ont commencé à Jean Verdier avec le départ du chef de service et une partie de son équipe pour Henri Mondor, même chose pour Montreuil via Cochin et différents hôpitaux. Grâce à l'intervention du Professeur BAILLARD, ces situations ont pu être redressées.

Robert Ballanger n'est pas épargné, puisque le chef du service anesthésie, rejoint Montreuil, comme simple praticien, pour se livrer uniquement à une activité clinique, son exercice étant devenu trop compliqué à Aulnay. On a vraiment l'impression que le problème s'étend à l'ensemble du département. Par conséquent il faut trouver des solutions sur l'ensemble du territoire.

Un soutien formel de la CT, permettrait d'avancer plus vite.

Dr PELLERIN : la situation est effectivement critique. Comme l'a annoncé le Dr ZARKA, la crise a commencé par Jean-Verdier, suivie de Montreuil puis Aulnay-sous-Bois. St-Denis et Montfermeil vont être confrontés à des départs à la retraite dans des délais relativement courts. Le problème est national. Si nous n'arrivons pas à recruter d'anesthésistes, ce qui est la difficulté de la Seine-Saint-Denis, les problèmes vont être conséquents.

Il faut également souligner que nous sommes dans un dispositif d'aspirateur avec des conditions propres à l'assistance publique, en effet celle-ci ne recrute plus d'anesthésiste au 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} échelon mais dès le 4^{ème} échelon. Cette mesure ne peut être pratiquée dans les hôpitaux généraux, ce qui engendre des dissensions.

Il y a quelques années beaucoup d'anesthésistes privilégiaient la province pour augmenter leur salaire. Or aujourd'hui, on constate ce genre de tarif à proximité de nos hôpitaux. Certains se demandent même s'ils ne vont pas faire la permanence des soins en fonction des tarifs proposés.

Ces incitations financières sont redoutables et risquent de déstabiliser des services qui fonctionnent encore à peu près correctement.

Face à chacune de ces crises, des solutions plus ou moins improvisées ont été apportées.

Il faut aussi noter la grande pénibilité du métier d'anesthésiste dans les maternités. Le problème est tel que l'on se demande s'il ne faut pas doubler les permanences de soins. La maternité de St Denis va probablement exploser son chiffre cette année, et pour l'anesthésiste de garde, ce n'est plus tenable de continuer seul. De plus, il y a une demande supplémentaire générée par l'orientation des projets de santé du département, vers des maternités plus importantes. Tout ceci est une véritable bombe.

Bien que la situation de Montreuil ait été rapportée en son temps aux tutelles, le problème a été géré avec un peu trop de recul, c'est pourquoi nous alertons à nouveau, sur la situation gravissime à laquelle nous allons être confrontés sur le plan chirurgical et obstétrical dans le département, d'autant que le privé est également touché.

Dr ZARKA : un sujet qu'il faut évoquer malgré le risque d'être boycotté, c'est le rôle croissant et presque dominant que jouent les boîtes d'intérim en anesthésistes. Cela existe déjà en province. Il est arrivé qu'au sein d'un CHR, le bloc ne fonctionne qu'avec des intérimaires.

Il est évident qu'actuellement beaucoup de médecins préfèrent travailler en intérim, les salaires sont supérieurs et les contraintes diminuées.

Néanmoins les faits sont là, et lorsque l'on parle de pénurie, il faut réaliser que ça ne fait que commencer. Les boîtes d'intérim perturbent et aggravent considérablement le déficit.

Pr BAILLARD : l'anesthésie réanimation n'est pas la seule discipline en difficulté. La problématique de l'anesthésie, c'est que c'est une activité transversale dans les structures et hospitalisations, et lorsqu'il n'y a pas d'anesthésistes, tout ce qui est interventionnel, est de fait freiné ou arrêté.

La 2^{ème} contrainte en Seine-Saint-Denis, c'est la périnatalité avec des maternités extrêmement importantes, sur l'ensemble des hôpitaux publics du département. Pour faire face aux structures privées qui vont fermer, il va falloir intégrer quelques milliers d'accouchements dans des maternités déjà à des niveaux d'activité relativement élevés. Cet exercice demande du personnel compétent et des médecins anesthésistes en nombre. Par conséquent le recrutement doit être minutieux.

Le problème est national, Paris et les hôpitaux universitaires n'y échappent pas, toutefois on note déjà que la Seine-Saint-Denis est plus en souffrance que les autres départements.

On distingue 2 populations de médecins anesthésistes, ceux qui sont en place et qui essaient au mieux de faire tourner l'établissement, et puis un mercenariat qui est en train de s'installer dû à un certain nombre d'abus, que ce soit sur les conditions financières ou les conditions d'exercice.

La situation du département doit être prise dans sa globalité. Il serait souhaitable que les responsables des services anesthésie, se fassent le porte-parole, puis en collaboration des administrations et des tutelles sachent proposer des pistes.

En éléments de réponse, la 1^{ère} chose serait de revalider s'il le faut, les conditions d'exercice de l'anesthésie. Nous devons tenir compte des règles élémentaires de sécurité, faire attention aux structures dans lesquelles il y a de l'obstétrique, de la pédiatrie et sur lesquelles les conditions d'exercice sont encore plus restreintes.

La 2^{ème} chose, ce sont les conditions de rémunération. La rémunération est certainement importante mais l'attractivité est ce qui conditionnera à terme le fait que l'on ait des anesthésistes sur le territoire.

Le lancement de la territorialisation des universités ne réglera probablement pas tous les problèmes mais cela peut contribuer à une interface entre l'université Paris 13, et son UFR, et les hôpitaux de la Seine-Saint-Denis. Les choses doivent être clarifiées et mises en place progressivement. Ça peut être l'instauration de postes d'assistants avec l'aide des tutelles, la mise en commun sur des formations, l'accueil des internes, la formation des internes, des staffs communs en visioconférence etc. Il y a des choses à faire maintenant, notamment en matière de visioconférence qu'il faut absolument agencer, et qui peuvent contribuer sans résoudre tous les problèmes, à l'attractivité de ces services.

Il serait intéressant que nous soyons concertés un peu plus, que ça ne l'a été jusqu'à présent. Certains éléments comme la permanence des soins en anesthésie, peuvent-être un élément bloquant. Un exemple typique, une maternité qui va monter à 4500 accouchements, ne pourra être gérée qu'avec un chirurgien anesthésiste.

Nous pouvons faire des propositions et essayer d'harmoniser les conditions d'exercice, afin de revenir à une situation un peu plus homogène et saine, en termes de prises en charge.

Discussions

Mr SENTOU (représentant des présidents de CME du privé) les solutions ne sont pas que dans l'attractivité financière. Quelques pistes peuvent être exploitées :

- le développement du rôle des IADE (Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat), sur lequel on peut agir vis-à-vis de la permanence des soins des anesthésistes,
- lutter contre le mercenariat en limitant simplement le nombre de lieux d'exercices.

Dr SIAVELLIS (médecin généraliste) constate que depuis la création de l'agence, rien de concret comme il avait été convenu, n'a été réalisé à ce jour pour que le département devienne plus attractif. Pourquoi la plupart des internes préfèrent se former en dehors de la Seine-Saint-Denis, suite à des problèmes de transport ?

Il est évident qu'il faut pallier l'urgence en s'entraïdant, mais il faut encore une fois alerter l'agence pour valoriser le département et le traiter à part.

Mr LOCRET (directeur d'un hôpital privé de l'est parisien) revient sur les normes d'anesthésie et les moyens nécessaires par rapport aux activités. Ces normes datent de 1994. L'anesthésie a considérablement évolué avec une activité ambulatoire qui se déploie. Il est dommage aujourd'hui, vu la démographie médicale, l'évolution et la sécurisation des technologies utilisées, de ne pas réviser des normes qui ont plus de 20 ans, et qui avaient été poussées par la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) à l'époque.

Quelles pourraient être les moyens d'en informer les ministères ou les organisations comme la SFAR, de remanier les choses ?

Dr PELLERIN précise que bien évidemment, les normes ont été révisées.

Pour les délégations aux IADE, il faut que le médico-légal suive.

L'IADE est constitué de 2 composantes, le transfert de compétences et la responsabilité.

Si les prérogatives de l'IADE changent, il faut aussi que l'expertise et le médico-légal suivent, et la responsabilité est énorme.

Pr BAILLARD revient sur la révision du décret de 1994, et sur les IADE, il faut les dissocier de la démographie médicale. Par exemple sur le circuit de la salle de réveil, le comité de vie professionnelle a précisé, que le CA de la SFAR appelait au respect du décret de 94, en rappelant l'obligation du passage des patients en salle de réveil.

Pour les IADE, l'idée est de mettre en place les coopérations professionnelles sous le couvert de la haute autorité de santé, avec une évaluation. Si ça marche on avise le ministère en essayant de faire évoluer les choses. Il est évident qu'il y a là, un champ d'investigations, peut-être essayer de les positionner en consultation, d'autant qu'on les maîtrise.

Dr GOMBEAUD précise que le problème des anesthésistes réanimateurs, est un problème structurel. Il est dommage que les professionnels de la spécialité n'aient pas fait de propositions écrites à ce sujet, ce qui aurait permis d'interpeller et de demander à la tutelle, ce qu'elle envisageait de faire face à cette situation. Il est important que ces professionnels soutenus par la CT, avancent des propositions et des solutions écrites.

Au bureau il était question de mutualisation des professionnels sur l'ensemble du département etc... ça n'a pas été abordé aujourd'hui bien que ce soit un sujet novateur.

Mme BEAU souligne qu'il faut être extrêmement vigilant quant aux solutions proposées, afin de ne pas surcharger les personnes déjà en place, et au risque de les voir s'orienter vers d'autres départements de la région parisienne, où les problèmes se posent également avec plus ou moins d'acuité.

Elle propose que soit rédigé un texte sur les problèmes de démographie médicale dans leur ensemble pour la Seine-Saint-Denis, notamment sur les anesthésistes. Cela pourrait aussi se faire à l'issue d'une CT, où l'agence et quelques référents régionaux, viendraient démontrer comment ils comptent œuvrer, pour mettre en place les propositions consacrées à la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne, faites dans le PRS.

Mme OLLIVET (représentante des usagers) revient sur 3 aspects.

La démographie médicale. Ce problème n'est pas récent, ce qui est gênant c'est l'allusion faite, qu'il s'est généré de façon parfaitement officieuse une sorte de secteur 2, qui est le fruit exclusif d'une concurrence derrière une pénurie, et qui fait la loi.

Concernant la mutualisation, il y a déjà un moment qu'on en parle, or ici il n'en est pas fait état ! Enfin, pourquoi n'est ce pas le moment de revoir le principe des délégations de tâches avec les infirmières ? C'est loin d'être la 1^{ère} délégation de tâches qui intervient pour gérer une meilleure efficacité des soins et de la qualité offerte aux patients. Comment la CT peut-elle intervenir face à une situation qui lui est exposée sans écrits et sans propositions ?

Mr KIRSCHEN précise qu'il réfute le terme « second secteur », ce qui laisserait sous-entendre que des médecins demandent de l'argent à des patients. Disons que certains professionnels exploitent la situation de pénurie, pour demander des rémunérations plus importantes.

Il serait souhaitable que la situation des anesthésistes n'apparaisse pas comme la difficulté du département. Le problème est général, et il se pose de façon beaucoup plus aiguë dans les cliniques et les centres hospitaliers des chefs-lieux de canton de nos départements ruraux.

Dr ZARKA il y a effectivement d'énormes problèmes d'anesthésistes dans le département. On parle de coopération entre les professionnels, ce qui est très formalisé, et lorsque l'on fait un protocole de cet ordre là, s'il est validé, il devient applicable à l'ensemble du territoire.

Il cite en exemple, le département du var qui ne trouvait plus de médecins pour leur SMUR et qui avait validé le fait qu'une infirmière puisse sortir en primaire (1^{ère} intervention) en SMUR, pour pallier le problème. Pour le secondaire (transfert), c'est une excellente idée mais pour les primaires il faut que ce soit un médecin qui intervienne.

On ne peut pas changer le système pour des raisons de démographie médicale. Il faut que l'on fasse attention, et que l'on travaille sur le même protocole et si possible sur la place des IADE au niveau des consultations, ce qui permettrait un gain de temps médical précieux.

Sur cette problématique, il y a sans doute une opportunité à saisir qui pourrait se traduire par un projet départemental, ou on trouverait des chefs de clinique, des PU sur nos hôpitaux généraux dans cette discipline, car il y a beaucoup d'internes. Il faut que l'on puisse avoir une offre conséquente, construite et structurée pour garder ces jeunes médecins dans le département.

Pour avancer, il faudrait que la CT établisse une motion sur l'urgence de la situation, et que l'on soit soutenus dans la démarche de territorialisation universitaire.

Pour revenir sur la mutualisation, il existe des réseaux où les chirurgiens circulent et qui marchent très bien, mais pas celui des anesthésistes. Il faut absolument des postes partagés.

Mr FEUTRIE souligne que pour initier une rencontre avec l'ARS sur la base d'un document rédigé par les médecins, un rajout de directeur ne serait pas négligeable.

Pour revenir à la mutualisation, attention aux effets de stigmatisation à rebours contre la Seine-Saint-Denis. Il est à craindre que l'ARS ne s'y engouffre et la réponse toute faite qu'elle fera à l'automne, sera de constituer des équipes territoriales d'anesthésistes sur le département, de réguler la pénurie sur l'ensemble des établissements, de diversifier les conditions d'exercice. Bien que la mutualisation puisse avoir un sens dans d'autres disciplines, il faut éviter d'employer ce terme par rapport aux problèmes de discipline, dans le contexte actuelle de la Seine-Saint-Denis, ça ne ferait que désavantager le département.

Pour autant, il faut prendre au mot l'ARS, le SROS précise qu'il y a en Seine-Saint-Denis, une problématique particulière de la démographie médicale et paramédicale au sens large, et qu'il faut des actions volontaristes. C'est là où la conférence de territoire doit intervenir, après l'intervention de l'ARS à l'automne, une fois qu'elle aura été interpellée, et qu'elle aura apporté des réponses sur des problèmes de rémunération, de conditions d'exercice, d'universitarisation, dans le cadre du SROS.

Le rôle de la CT est de veiller à la mise en œuvre des volets du SROS, dont le volet territorial de la Seine-Saint-Denis, à l'intérieur duquel se trouve la spécificité de la démographie. Ce qui jouera sur le paramédicale.

Il faut éviter de parler de mutualisation, on se sait pas comment de son côté, l'ARS l'entend.

Il propose que la CT produise une motion d'alerte et que l'on demande à l'ARS d'organiser une conférence spéciale à l'automne, avec les propositions écrites renforcées et retravaillées de la CT, afin qu'il y ait un vrai enjeu de sécurité. C'est un problème de corporation, un problème hospitalier, un problème de continuité et de sécurité des soins qui concerne tout le monde, notamment la CT. Attention à ce que l'on propose.

Mr SENTOU (président de CME) précise que le principal adversaire qu'il faudra affronter, concernant la refonte du métier d'anesthésiste, sera la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation), qui est un organisme de résistance absolument effarant et dont le pouvoir est gigantesque en termes de protection des modes d'exercices.

Pr BAILLARD précise qu'effectivement il va falloir faire évoluer les choses, mais réfute l'interprétation qui est faite de la SFAR, elle n'a absolument pas cette popularité.

Il y a des travaux en interne qui sont en cours, justement pour tenter de faire évoluer les choses et bien que tous les éléments de sécurité tels que la consultation d'anesthésie, la visite pré-anesthésie ou encore la salle de réveil ralentissent le système, c'est néanmoins grâce à cela que les patients se font opérer avec un maximum de sécurité.

Concernant les IADE, il ne faut pas y associer la difficulté démographique. Il est évident qu'il faut faire évoluer les choses. L'anesthésie est quasiment la chose la plus difficile à réaliser. Comment peut-on penser que l'on soit d'accord pour se faire endormir par une infirmière anesthésiste à la place d'un docteur ! Il faut éviter ce genre de raccourci.

Il y a effectivement des choses à mettre en place, un travail à réaliser avec les infirmières anesthésistes comme avec toutes les professions paramédicales. Le travail qui doit être réalisé au niveau de la profession doit être réfléchi. Cela fait déjà un moment que nous alertons, sans que les choses bougent vraiment et nous remercions la CT d'accepter de faire une motion.

Pour bâtir et réaliser ce travail, l'ARS doit mener les choses, initiée par les équipes médicales et en présence, des directeurs d'hôpitaux.

Dr SALA (ordre des médecins) donne la position du Conseil de l'Ordre à propos de la démographie. C'est un problème sur lequel l'Ordre attirera l'attention depuis plus de 30 ans déjà, à la suite des réformes qui datent de 84. Toutes les propositions et remarques émanant du Conseil de l'Ordre, ont été globalement entendues avec une surdité persévérante, de tous les pouvoirs politiques en place. On en subit les conséquences maintenant.

Concernant la notion de nomadisme médical, actuellement nombreux de nos jeunes confrères ne souhaitent pas s'installer de manière fixe et définitive, sur un poste hospitalier ou sur une installation libérale, toute spécialité confondue, médecine générale en tête. Ils préfèrent rester remplaçants. Bien que ce soit des remplaçants de carrière qui rendent des grands services, cela n'empêchera pas la démographie de baisser. L'inquiétude vient aussi beaucoup de la mentalité des jeunes générations qui n'ont plus envie de travailler sur le schéma des plus anciens.

Il a beaucoup été question de la situation très préoccupante de l'hôpital public, or la version libérale est tout aussi sombre, le travail y est tout autant conséquent y compris dans des maternités qui ont un gros débit. Ce n'est pas une équipe d'anesthésistes qu'il faudra mutualiser mais des services et des schémas de travail entiers, si on veut pouvoir poursuivre le souci de l'ARS.

Les résultats obtenus à ce jour, l'ont été au prix d'une constance qui a abouti à une efficacité. Tous les anesthésistes, syndicats et sociétés françaises en tête, ont été extrêmement précurseurs. Actuellement nous sommes épuisés et nous ne pouvons solder cet épuisement, cette efficacité et ces résultats, simplement parce que la démographie baisse.

Il va falloir revoir les schémas de travail et probablement mutualiser un certain nombre de choses si on veut voir perdurer une offre efficace dans le département, et même chose pour les autres départements.

Dr SIAVELLIS rajoute que l'on peut solliciter la participation du directeur général de l'agence.

Mr LAPORTE en résumé, la CT propose que le bureau rédige à l'attention de l'ARS, une motion sur la situation inquiétante des anesthésistes réanimateurs dans le département. Il y sera précisé les différentes pistes de travail et propositions qui ont été suggérées, et le souhait d'organiser une réunion élargie en automne, en l'étendant à l'ensemble du problème de la démographique médicale, et en présence de représentants de l'ARS.

3) Groupe de travail sur les sorties d'hospitalisation

Présentation : Mme BEAU

Elle remercie les personnes ayant participé au groupe de travail, qui s'est réuni par 2 fois : Mme OLLIVET, Mme FESTA, Mme MAURIN, Mme AIT-KACI, Dr SEBBAG, Dr GOMBEAUD, Dr SENTOU

Discussions

Mme COUDE propose la distribution d'un guide relatif aux personnes âgées, sur le fonctionnement des parcours de santé, mis à la disposition des patients dans les salles d'attente des médecins, des cabinets de santé etc...

Mr HERVE (association Aurore) précise qu'il existe dans les dispositifs les « lits halte soins santé » qui sont des dispositifs d'établissements médico-sociaux. Il y en a 80 sur le département. Ils reçoivent les personnes nécessitant des soins et ne relevant pas d'une hospitalisation. Or, il conviendrait de mieux les articuler entre les services hospitaliers, les soins de suite et de réadaptation, car il y a des confusions sur les compétences et les limites de ces établissements.

Mme DAIGREMONT (fondation hospitalière Ste Marie) il existe sur la Seine-Saint-Denis plus de 650 places de SSIAD (service de soins infirmiers à domicile). Elle souhaite mettre en avant l'exécution de certaines tâches, grâce à la bonne volonté du cadre infirmier présent, ou des services sociaux de l'hôpital lorsqu'ils existent.

Mme FESTA rajoute qu'il y a également les réseaux de santé qui sont souvent oubliés, sur les sorties d'hospitalisation, sur les pathologies. Or, en Seine-Saint-Denis, les réseaux de santé sur les maladies chroniques existent et sont très peu sollicités.

Il est souligné dans le PRS, que la Seine-Saint-Denis est le seul département d'Ile-de-France, où il n'y a pas de réseau d'accès aux soins, or il y a avec l'ARS et en particulier la DT93, des projets sur des plates-formes maladies chroniques accès aux soins. Il faudrait peut-être insister sur le fait que ces plates-formes pourraient être un début d'amélioration, concernant ces sorties d'hospitalisation.

Mme DJEMIL (médecin du travail) rapporte 2 constats observés sur la commune de Montfermeil, qui mériteraient une coopération afin d'éviter l'engorgement des hôpitaux :

- le manque de « tri médical » à l'arrivée des patients, aux urgences de l'hôpital. Cette tâche est effectuée par une secrétaire alors qu'elle est du ressort d'un médecin et,
- une pharmacie de garde ouverte le dimanche.

Dr GOMBEAUD formule quelques remarques :

- pourquoi le terme de contrainte financière n'est pas inscrit dans le document ? Il est utopique de penser que cela n'intervient pas dans la rapidité de la sortie et de sa désorganisation. Cet élément est fondamental.
- Concernant le problème de l'accès aux droits, pourquoi la solution de créer des PASS est-elle limitée aux CMS ? Il n'y a aucune raison de se limiter aux centres de santé qui réalisent 10% des actes médicaux dans le département. Cela pourrait être discuté, avec l'ensemble des professionnels.

- Enfin, pourquoi les caisses d'assurance maladie n'ont pas participé à ce travail de sortie, elles auraient pu apporter beaucoup de choses.

Mme BEAU que faut-il entendre par contraintes financières ?

Dr GOMBEAUD celles-ci pèsent à la fois sur les hôpitaux publics et sur les structures privées. Il y a des exigences de rationalité dans les coûts qui alourdissent la rapidité des sorties, la limitation progressive du nombre de lits, au terme de chaque réorganisation hospitalière etc...

Mr FEUTRIE revient sur une phrase du document, qui dit qu'il fallait que l'ARS bouscule tous les établissements de santé du public comme du privé ! Est-ce bien nécessaire d'en arriver là, alors que les hôpitaux subissent déjà une inspection tous les 2 mois ?

Pr PISSARRO souhaite qu'il soit rajouté un paragraphe sur le fonctionnement de l'hospitalisation à domicile, qui fait partie des aides à la sortie et dont il n'est pas fait état dans le document.

Sur l'accès aux droits, il faut rappeler systématiquement que les droits sont compliqués et qu'il y a un vrai travail fondamental à faire sur leur simplification.

Enfin, les chambres seules lorsqu'elles n'ont pas de clientèle, ne peut-on pas les utiliser comme des chambres doubles, sans faire payer de supplément ?

Mme BEAU concernant les chambres vides, il s'agit dans le texte de soins de suite. Un patient est admis en soins de suite sur dossier et non pas parce qu'il est rentré par les urgences, or si son dossier ne permet pas qu'il paie une chambre double alors qu'il y en a une de disponible, il n'est pas admis. C'est un problème majeur.

Toutefois on ne peut pas mettre en cause les établissements qui créent des chambres individuelles. Ils en ont besoin pour équilibrer leur compte. Ça n'est pas un jugement, c'est une constatation faite auprès de l'ARS sur le fait que des lits sont créés, sans être accessibles aux patients.

Elle propose de reprendre et d'intégrer au texte les divers éléments qui ont été évoqués au cours du débat, à savoir :

- Faire une information sous forme d'un guide, sur le fonctionnement du parcours de soins.
- Les lits halte soins santé avec les contraintes et limites particulières.
- Le lien avec le SSIAD et les infirmières libérales.
- Les réseaux à la sortie, notamment l'hospitalisation à domicile.
- Le tri médical aux urgences, avec la présence d'infirmiers d'accueil qui vont orienter les patients dès leur arrivée.
- L'installation de circuits courts qui ressemblent à des consultations de ville.
- L'absence de pharmacies ouvertes le dimanche.
- La notion de contraintes financières qui pèsent sur les établissements, les exigences de rentabilité et l'impact que ça peut avoir sur l'organisation des séjours et des sorties.
- Essayer de promouvoir en Seine-Saint-Denis un réseau d'accès aux soins et aux droits.
- Etudier l'idée d'avoir des PASS en cabinet libéral, sachant que cela demande la présence de personnels sociaux.

Mme FESTA souligne que le docteur Alain CHARISSOU fait une expérimentation sur les PASS ambulatoires avec les 5 CMS de la ville de Montreuil

Mr GAUTIER revient sur les difficultés entre ville/hôpital. Il existe le PRADO (programme d'accompagnement du retour à domicile), qui est une structure mise en place pour les infirmières, pour les kinésithérapeutes et pour d'autres professionnels de santé. C'est un partenariat entre l'ARS et la CPAM. Pour que la connexion puisse se faire dans les meilleures conditions entre l'hôpital et le retour au domicile, il faut promouvoir l'information entre le milieu hospitalier et les professionnels de santé/ville du département.

Mr BOUHAFS énonce 2 remarques :

1/ Le SROS/PRS avait émis un certain nombre de recommandations, notamment sur la démographie médicale et ce depuis 2 – 3 ans, depuis l'adoption du PRS. Or en termes de méthode, ce PRS avec son volet SROS ambulatoire et hospitalier, n'a été adopté qu'en décembre 2012, c'est-à-dire 6 mois seulement, plutôt que 2 ans.

La DT est prête à exposer ce qui a été fait pendant cette dernière année en termes de dispositifs incitatifs, ou d'aides à l'installation des professionnels de santé, nonobstant le fait de ne pas avoir travaillé la question des anesthésistes ou d'autres spécialités. Elle peut aussi évoquer un certain nombre de maisons de santé pluri-professionnelles qu'elle a financé, de dispositifs de centres de santé innovants initiés par l'agence, des expérimentations des nouveaux modes de rémunération etc ...

2/ Beaucoup de problématiques qui ont été évoquées ne relèvent pas du champ d'intervention directe de l'agence, telles que les transports jusqu'aux centres hospitaliers, ou des problématiques d'accès aux droits liées à des situations administratives comme les titres de séjour etc... ce sont de vrais problèmes qui se posent au niveau des établissements de santé, mais ce n'est pas une compétence directe de l'agence, néanmoins elle peut jouer un rôle de levier ou d'alerte auprès des administrations publiques de la préfecture ou d'autres services publics.

De manière plus générale, l'agence n'est pas étonnée du contenu du texte, et elle est prête à travailler avec la CT, sur certains sujets qui sont de vraies problématiques telles que l'aval des SSR. Un équilibre a été réalisé entre la période 2007, où de gros efforts ont été faits sur les chambres individuelles, et les autorisations de 2010. D'autres thèmes peuvent également être abordés comme les réseaux en lien avec la précarité, l'éducation thérapeutique etc...

Concernant les PASS un élément technique à rappeler, la réglementation l'impose, les PASS sont hospitalières, hôpital public ou privé. La question d'une PASS dans un centre de santé est déjà juridiquement très difficile à poser, l'évoquer dans un cabinet libéral est encore plus complexe, y compris en termes de composition des équipes. La DTARS est prête à travailler aussi sur des dispositifs innovants et originaux, à poser au niveau national.

Mr LAPORTE propose une fois le texte complété, qu'il circule et qu'il soit utilisé comme base de référence, afin d'avancer avec l'ARS et d'autres partenaires, sur les questions et propositions qui ont été formulées.

Concernant le schéma de la démocratie sanitaire, les conférences de territoire doivent rendre leur avis pour la fin juin. Il fait une brève lecture de la synthèse qui a été réalisée à l'issue de la réunion des présidents de CT d'Ile-de-France, au mois de mai dernier à la mairie de Neuilly-sur-Seine. Ce document peut être utilisé comme base de réflexion par la conférence.

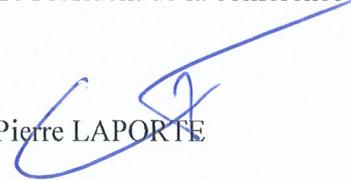
Enfin, un point rapide sur le schéma départemental en faveur des personnes âgées de la Seine-Saint-Denis. C'est un document participatif, qui a nécessité un travail colossal. La CT doit émettre un avis. C'est un schéma opposable.

Bien que le département soit pilote, d'autres acteurs y participent tels que les structures, les associations, les services de l'État dont la DTARS sur un certain nombre de choses, comme les places en établissements médico-sociaux ou les EHPAD pour les PA.

Chaque département crée son schéma PA/PH, le soumet, puis après avoir été accepté par l'ARS, il est présenté et voté à l'assemblée départementale.

La séance est close.

Le Président de la conférence de territoire


Pierre LAPORTE