

**CONFERENCE DE TERRITOIRE DU VAL DE MARNE**

### Séance du 23 septembre 2015, 13h30, Hôtel du Département

**Les points à l’ordre du jour :**

1. **Élection de la présidence de la Conférence de Territoire**

La conférence doit élire son nouveau président. Faute de quorum, la conférence de territoire est convoquée de nouveau au 23 septembre 2015 à 14H.

Jeannick LE LAGADEC (Conseillère départementale du Val de Marne) est la seule candidate à l’élection de Président de la CT 94. Elle est élue présidente de la conférence de territoire (22 votes pour et 4 blancs sur 26 votants).

1. **La démographie médicale dans le Val-de-Marne**
2. **Déclinaison val-de-marnaise de l’étude sur la démographie médicale du Conseil National de l’Ordre National des Médecins : Michel IKKA, représentant du conseil départemental de l’Ordre des médecins (cf power point).**

**Echanges :**

* Il s’opère un virage ambulatoire : Il y a une réduction des séjours à l’hôpital, en raison de recherche d’économies du secteur hospitalier mais dans le même temps, des communes du Val-de-Marne se retrouvent en pénurie de professionnels médicaux et paramédicaux. Avec l’augmentation de la dépendance lourde, du vieillissement de la population et de la fragilisation de certaines catégories de la population, il y a besoin de bien identifier et connaitre les outils permettant de faciliter et d’encourager de nouvelles implantations de professionnels de santé. Il faudra donc que ce virage ambulatoire se fasse progressivement pour éviter trop de difficultés dans l’accès aux soins des personnes les plus fragiles.
* Nécessité d’évaluer les outils déjà mis en place dans une perspective de voir ce qui a déjà fonctionné pour ensuite proposer une boîte à outils pratique, simple et utile aux acteurs intervenants pour l’implantation des professionnels de santé. Le CLS, les Maisons de Santé Pluri professionnelles sont des outils disponibles.
* Des insuffisances dans l’analyse du document au regard de la non prise en compte de la notion d’accessibilité aux soins la nuit et le weekend. Il faudrait donc intégrer dans l’analyse le travail effectué par les SAMI.
* Il faut agir de manière ciblée sur les 8/10 communes fragilisées.
* Il est important de présenter aussi les solutions qui font leur preuve dans l’accès aux soins des populations en difficultés. Surtout que l’implantation de professionnels de santé dans certains quartiers en grande difficulté ne sera pas simple. A Orly, le centre de santé est un outil pertinent pour favoriser cet accès aux soins.
* Prise de conscience chez les professionnels des enjeux autour de la démographie médicale et de l’accès aux soins de premier recours. La réorganisation des soins est indispensable ainsi que la continuité des soins. Les MSP sont des outils intéressants, en pleine dynamique (entre 600 à 700 MSP au plan national, 30 en IDF et entre 60 à 70 projets en cours au plan régional)

1. **Enquête sur la démographie de la médecine libérale et son évolution (cf power point): Mme Laurence BERGIER, Caisse Primaire d’Assurance Maladie et Jean Michel GRELLET, URPS psychiatre**

**Echanges :**

* Les déserts médicaux s’installent prioritairement dans les quartiers populaires et ce pour des raisons multiples : accessibilité aux cabinets médicaux difficiles car loyers trop onéreux, vieillissement des professionnels de santé, causes sociologiques.
* En raison d’une carence de professionnels dans un certain nombre de villes du département, de plus en plus d’habitants du Val-de-Marne ne trouvent plus de médecins traitants et ceux en souffrance psychologique non plus du fait d’un manque de professionnels dans le domaine de la santé mentale.
* Avec l’augmentation de l’espérance de vie, les maladies chroniques et l’augmentation des fragilités psychologiques, ceux qui auront le plus de mal à trouver un professionnel de santé seront les séniors et les personnes ayant des troubles psychologiques.
* Un des objectifs de la conférence de territoire du 23 septembre, au-delà du diagnostic sur la démographie médicale en Val-de-Marne, est aussi de s’inviter dans le débat parlementaire autour de la Loi de modernisation de notre système de santé de Madame Marisol Touraine et d’interpeller les parlementaires et pouvoirs publics sur des propositions permettant de favoriser l’installation de professionnels de santé et d’anticiper le plus en amont possible les évolutions futures. Une proposition de Lettre des membres de la Conférence de territoire du Val-de-Marne est donc proposée pour avis.

1. **Dispositifs de l’ARS visant à promouvoir l’installation des médecins généralistes (cf power point) : Éric BONGRAND, DT94 ARS**

Éric VECHARD, directeur de la DT94 ARS indique qu’il relayera auprès des autorités régionales de santé les attentes de la Conférence de territoire du Val-de-Marne sur les enjeux démographiques des professionnels de santé. Il souligne la disponibilité de la délégation territoriale pour accompagner les projets de MSP. L’agence régionale de santé et les pouvoirs publics ont pleinement conscience de ces enjeux mais il fut nécessaire dans un premier temps d’avancer sur les enjeux liés aux nécessaires évolutions du secteur hospitalier. D’autre part, les actions visant à soutenir l’implantation des professionnels de santé s’inscrivent dans un cadre légal et règlementaire et dans le principe réaffirmé de la libre installation des professionnels de santé. La mobilisation de tous les acteurs concernés est indispensable. Il rappelle que l’état de santé des Val-de-marnais est plutôt bon même si de fortes inégalités entre territoires existent. La réorganisation des soins est attendue des patients.

1. **Témoignage de Régis Charbonnier, Maire de Boissy-Saint-Léger sur les projets de MSP :**

Les élus sont conscients des problématiques liées à la démographie des professionnels de santé. Ils veulent agir pour améliorer l’accès aux soins sur leur territoire. Quel rôle pour les villes ?

Ils peuvent accompagner les projets de maisons de santé pluri professionnelle ou de centre de santé. Ce sont des réponses pertinentes pour répondre aux besoins des jeunes professionnels aux côtés de leurs aînés et dans un exercice favorisant les échanges d’expériences, de pratiques.

3 difficultés :

* La pratique actuelle est celle de cabinets individuels qui ne favorisent pas ces échanges. Il faut donc réunir l’ensemble des professionnels pour échanger sur les nouveaux besoins et pratiques
* L’acquisition des locaux et la charge d’investissement que cela représente. Les villes peuvent mettre à disposition des locaux ou réserver des locaux adaptés dans le cadre de futures opérations d’aménagement
* Identifier à quel moment les professionnels auront besoin de ces locaux au regard des temporalités des projets d ‘aménagement.

Les villes peuvent aussi décider de délibérer sur l’exonération en matière d’impôt foncier.

Les élus sont donc à la disposition de l’ensemble des acteurs pour réussir les projets émergents sur les territoires.

**Echanges :**

* La Présidente de la Conférence de territoire souligne les difficultés financières auxquelles doivent faire face les villes du Val-de-Marne, en raison des baisses de dotations de l’Etat. Cette réduction drastique des moyens financiers a un impact sur les capacités des villes, aussi dans le domaine de la santé, à porter des projets nouveaux en terme d’investissement ou de fonctionnement.

1. **Témoignage du Dr Anas TAHA, médecin généraliste sur les maisons de santé pluri professionnelles : présentation du projet de MSP de Sucy-en-Brie**

Ce projet est initialement né de la réflexion de 4 médecins généralistes qui se sont rencontrés à l’université. Il a débuté en Janvier 2014. Constat partagé d’un problème d’accessibilité des soins et souhait de proposer des alternatives pour répondre à ce problème. Pour cela, la pratique de soins adaptés à la santé communautaire en coordination avec les autres professionnels de santé que propose les structures de maisons de santé pluri professionnelles paraissait aux médecins une solution adaptée à ce problème.

Pour construire ce projet, ils ont demandé l’appui de l’université car ils souhaitaient renforcer également les missions de formation et de recherche de la structure. L’université dispose par ailleurs de beaucoup de porteurs de projets similaires dont l’expérience leur fut précieuse.

La prise de contact avec la délégation territoriale de l’ARS a permis de prendre connaissance des aides que l’ARS pouvait fournir ainsi que le cahier des charges relatif à ces aides. Suite à un diagnostic de santé portant sur les caractéristiques démographiques, socioéconomiques de la population et des professionnels de santé des territoires, plusieurs territoires dont les besoins de santé paraissaient importants ont été identifiés. En pratique, après avoir contacté plusieurs communes, un travail a été amorcé avec la mairie de Sucy-en-Brie. La ville a mis à disposition son expertise en termes de locaux disponibles, de contacts avec les autres professionnels de santé ainsi que des dispositifs de financement possibles.

Une fois le territoire d’implantation identifié, le recrutement d’autres professionnels de santé déjà implantés dans le territoire a commencé. Grâce aux contacts de la FEMASIF, des infirmières très orientées sur la coordination et la pluri professionnalité qui partageaient le même projet professionnel avec les médecins du projet ont été recrutées. Le financement par l’ARS au titre du FIR a permis de financer l’étude de faisabilité de la structure dont la restitution est prévue prochainement. L’ouverture de la structure est pressentie pour fin 2015.

Les dispositifs d’accompagnement ont été bénéfiques et indispensables. Les partenaires identifiés pour ce projet sont l’Université, la commune de Sucy-en-Brie, l’ARS et la FEMASIF. Le Dr Taha regrette toutefois l’absence d’interlocuteurs dédiés au sein de la CPAM. Ce manque de contact a posé problème en particulier pour l’adhésion au règlement arbitral des nouveaux modes de rémunération.

La coordination et la synergie entre professionnels et notamment entre médecins généralistes et infirmières est au cœur de l’activité des MSP.

Lors de rencontres avec des professionnels de santé, il a été constaté une méfiance vis-à-vis des structures d’exercice collectif, souvent en raison d’une méconnaissance de la nature de ce type de structure.

**Echanges :**

* Les pouvoirs publics doivent proposer des lieux de coordination pour faciliter l’émergence et la réalisation de projets de MSP ou de CDS.
* Il faut inclure ces dynamiques de santé aussi dans les GHT en construction.
* Il faut articuler ces nouveaux outils avec d’autres politiques publiques : prévention, politique de la ville…
* Attention à l’accompagnement des projets de MSP de manière à ce qu’ils répondent pleinement au cahier des charges de l’ARS.

1. **Professeur Renard, directeur du Département de médecine générale de la Faculté de médecine Paris Est Créteil, sur les Maisons de Santé Pluri professionnelles Universitaires :**

Le gradient entre les médecins de premiers recours et de second recours augmente. Pour qu’un système de soins soit efficient, il faut 50% de médecins de premier recours.

Dans le cadre de sa politique de maillage territorial du Val de Marne, la faculté de médecine de l’Université Paris Est Créteil (UPEC) souhaite implanter des antennes universitaires de formation et de recherche dans tous les secteurs du département. La faculté de médecine de l’UPEC soutient donc le montage en cours de maisons de santé à vocation universitaire dans le Val de Marne qui répondent à cet objectif de maillage territorial. Cette proposition se positionne en appui aux dispositifs déjà en place (centres de santé, maison de santé, PMI/CPEF) mais constitue une approche innovante en proposant en plus de sa mission de soin, des missions de formation et de recherche, apportant des solutions nouvelles aux axes définis par le SROS.

Ce projet de santé universitaire départemental regroupe donc comme acteurs les maisons de santé à vocation universitaire en cours de montage dans les communes de Sucy-en-Brie, Saint Maur-des-Fossés et Vitry-sur-Seine. En sus de leurs actions à visée locale, ces maisons proposent de coordonner leur offre de soin, de formation et de recherche afin de renforcer l’offre universitaire au sein du Val de Marne.

La reconnaissance d’une maison de santé par l’université permet d’ajouter des missions de formation et de recherche qui deviennent complémentaires de la mission de soin.

La labellisation universitaire d’une maison de santé n’est pas encore reconnue par le code de santé publique. En revanche, il existe une charte publiée par le Collège National des Généralistes Enseignants qui définit les conditions nécessaires à une reconnaissance d’une maison de santé par l’université. Ces éléments ont fait l’objet de discussion avec les tutelles, et d’un engagement de Madame la Ministre de la Santé de porter ces éléments au niveau réglementaire. Ces conditions portent sur la nature des professionnels de santé y exerçant, sur la qualité des activités cliniques, de formation et de recherche de la maison de santé.

**Personnel de la maison de santé**

Le personnel médical de la maison de santé doit comporter des enseignants universitaires (titulaire ou associé) de médecine générale exerçant une activité de soins, d’enseignement et de recherche en soins primaires. L’investissement direct de la faculté et de l’université réside dans la localisation de l’activité de personnel médical universitaire, et notamment de Chef de clinique des universités ou d’enseignant universitaire contractuel.

Le caractère pluri-professionnel de l’activité de la structure en soins primaires nécessite la présence d’autres professionnels, sage-femme, infirmière, kinésithérapeute, orthophoniste, etc... dont la diversité, le nombre et les éventuelles fonctions enseignantes sont à discuter au cas par cas.

**L’activité de soins**

L’activité clinique est définie sur plusieurs points sur lesquels les professionnels y exerçant s’engagent à travers la signature d’une charte et un travail régulier :

- Caractéristique : Il s’agit de soins primaires de premier recours avec des actions de santé publique.

- Fonctionnement : Il fait appel d’une part à la coordination entre professionnels de santé et d’autre part à des décisions pluri professionnelles.

- Qualité : L’activité s’appuie sur les données de la science en privilégiant une approche centrée sur le patient. Elle doit faire appel aux compétences définies dans la définition de la médecine générale, publiée au plan national comme européen. La qualité s’appuie sur la promotion et la déclinaison des critères de l’*Evidence Based Medicine* (EBM ou médecine fondée sur le niveau de preuve).

- Quantité : A l’instar de la charte nationale des Maîtres de stage, les professionnels s’engagent sur un plafond d’actes à ne pas dépasser pour permettre le développement de la qualité.

L’activité clinique répondra à des standards de qualité en se basant sur les données de la science et les compétences définies de la médecine générale.

Une labellisation universitaire suppose donc un axe de travail autour des soins primaires que ce soit pour l’activité clinique, pour la recherche ou l’enseignement.

**La formation**

La formation des étudiants fait partie des conditions nécessaires à l’universitarisation. Elle prend la forme de propositions de lieux de stage et de formation en situation réelle de soins, ou de cours au sein de la maison de santé.

Cette formation concerne les professions de la santé. Elle concerne donc les étudiants en médecine de 2ème et 3ème cycle (externes et internes en médecine générale).

Pour le 2ème cycle, seront ouverts des postes de stage sur le modèle des nouveaux stages longs conformément aux textes réglementaires en vigueur.

Pour le 3ème cycle, seront ouverts des postes de stage en médecine générale de niveau 1, et en médecine générale de niveau 2 (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée ou SASPAS), voire d’autres en fonction des possibilités locales et des évolutions à venir dans la réforme du 3ème cycle des études de médecine.

La maison de santé constituera également un terrain de formation par l’accueil en stage d’étudiants infirmiers, kinésithérapeutes ou autres selon le projet de la maison de santé.

**La recherche**

Les maisons de santé universitaires participent également à des projets de recherche dont la caractéristique est la connexion directe avec des thématiques de soins ambulatoires. Le but de ces projets est, de produire des données scientifiques relatives aux soins de premier recours ambulatoire, dans la perspective à terme, d’améliorer la qualité de la prise en charge proposée à la population en ville.

Les projets de recherche seront issus de contextes de soins ambulatoires. Ils pourront concerner des axes très divers :

- État de santé populationnelle

- Procédures de soins

- Prévention, suivi, éducation

- Collaboration interprofessionnelle

- Nouveaux modes de rémunération

Pour mettre en place ces projets, la maison médicale doit disposer d’un système d’informations structuré, informatisé, partagé entre les différents professionnels, et de postes universitaires dédiés (Chef de Clinique, Enseignant associé ou titulaire).

Les projets seront montés en collaboration avec les structures de recherche universitaires pour permettre une plus grande pertinence et un meilleur accès aux financements et aux publications.

La part universitaire d’une maison de santé renforce et sécurise l’activité de formation avec un nombre d’étudiants accueillis toutes professions confondues plus important. Elle introduit une mission de recherche.

L’implantation de maisons de santé pluri professionnelles de soins primaires universitaires de l’UPEC a donc vocation à dynamiser les soins primaires sur le département, à donner un élan à la formation et à l’implantation future des professionnels, à s’engager dans la recherche clinique en ambulatoire, et à promouvoir l’excellence et la qualité des soins.

Elle a pour ambition dans le respect de l’offre de soins existante de constituer des pôles fédérateurs, innovants et visant à améliorer le service médical rendu à la population.

1. **Professeur Bobin, Doyen de la Faculté de médecine de Paris-Sud, sur le rôle de l’Université pour valoriser la formation et l’installation des médecins généralistes**

**Des mesures ont été prises depuis plusieurs années pour encourager les étudiants à opter pour la médecine générale.**

Ainsi, en 2004, la médecine générale est devenue une spécialité à part entière (DES) et sa filière abondée comme les autres spécialités par des postes d’internes ouverts au décours des ECN. Ces postes représentent la moitié des postes d’internes ouverts toutes spécialités confondues. Une filière d’enseignants universitaires (Professeurs des Universités-Praticien ambulatoire) de médecine générale a été créée au sein des Facultés de Médecine. Pourtant malgré ces efforts bien réels on constate toujours un manque d’attrait de la part des jeunes pour la profession de médecine générale et un manque d’envie de pratiquer un exercice libéral.

Ainsi lors du dernier choix des étudiants en 2015 au décours des ECN seulement 4 des 200 premiers ont choisi la médecine générale. Tous les postes proposés ne sont pas pris. Parmi ceux qui ont pris la médecine générale, près de 50% d’entre eux vont tenter d’y échapper en s’orientant vers la médecine d’urgence, les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur ou les médecines complémentaires. Enfin près de 25% des médecins formés ne vont jamais s’installer.

**« La solution à ce problème d’attractivité ne se trouve pas dans l’augmentation indéfinie du numérus clausus** qui revient à vouloir remplir le tonneau des Danaïdes**, pas plus que dans les mesures incitatives (CESP)** prises jusqu’à ce jour. »

**« Le manque d’attrait de la médecine générale et de l’exercice libéral s’explique** assez aisément **par les modalités de formation des futurs médecins** depuis pratiquement la réforme Debré et la création des CHU par les ordonnances de 1958 ». Les CHU ont une triple mission de soins, de formation et de recherche.

Les enseignants sont hospitaliers ou hospitalo-universitaires. Les stages sont effectués en CHU ou dans les Hôpitaux généraux sous convention avec le CHU et jusqu’à une date récente, l’étudiant était en immersion complète dans ce milieu de la 2ème année d’étude jusqu’à la fin du 2ème cycle c’est à dire jusqu’au moment de choisir sa spécialité.

Or la spécialité est souvent choisie sur un coup de cœur à l’occasion d’un stage, excluant de facto la médecine générale et le mode d’exercice souhaité souvent le plus proche possible du milieu hospitalier rassurant.

**Alors que peut faire l’Université car il s’agit d’un vrai changement de paradigme**

**Continuer à développer sa filière universitaire de médecine générale** en augmentant le nombre de postes d’enseignants dans cette spécialité.

**Briser le caractère exclusif et hospitalo-centré de la formation** en ouvrant cette formation sur la médecine générale et l’exercice libéral.

**Encourager et stimuler la recherche en soins primaires**, la dimension recherche permettant d’améliorer l’image de cette spécialité et de la hisser à la hauteur des spécialités traditionnelles.

**Qu’en est-il sur Paris Sud ?**

**1-La filière des enseignants universitaires de Médecine générale**

Paris Sud est en phase de construction de cette filière qui reste fragile car les jeunes en formation ont des difficultés à construire un CV susceptible de rivaliser avec les CV des candidats venant des spécialités traditionnelles.

En outre les postes sont pris sur le contingent global et les résistances à ce changement sont importantes.

**2-Casser l’hospitalocentrisme et ouvrir la formation en dehors de l’hôpital et vers la médecine générale**

-En PACES, 3h sont consacrées aux métiers de la médecine dont 45 mn sur le système de soins et la médecine générale

-En 2ème cycle, un stage de 3 mois chez un praticien (maître de stage) de médecine générale est obligatoire. Cette disposition n’est pas récente et pourtant 100% d’une promotion ne fait réellement ce stage que depuis cette année.

Il est difficile de trouver des maîtres de stage car un étudiant de 2ème cycle est une charge pour le praticien. Des rémunérations plus attractives pour les maîtres de stage seraient sans doute bienvenues. La réticence vient aussi de certains étudiants qui n’en voient pas l’intérêt ayant un projet différent.

-En 3ème cycle, c'est-à-dire durant l’internat de médecine générale, les internes sont encouragés à réaliser un SASPAS (stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé). D’une durée de 6 mois, très formateur, il est facultatif et n’est réalisé que par 50% des internes, ce qui est insuffisant car 100% de ceux qui ont fait un SASPAS s’installent en libéral. La difficulté vient encore une fois des internes de médecine générale qui ont dès le début la volonté d’échapper à cette filière. Peut-être conviendrait-il de le rendre obligatoire ?

**3-Encourager la pratique libérale**

Les internes encore une fois sortant de leur milieu hospitalier redoutent l’exercice libéral. A Paris Sud, il a été mis sur pied un enseignement approfondi en 3ème année sur la gestion, la fiscalité, les financements afin de diminuer la crainte qu’ils éprouvent à l’idée d’être les gestionnaires de leur cabinet. Lors de l’amphi d’intégration des internes de médecine générale, les bourses nationales de service public et les bourses locales comme celles du Val-de-Marne sont présentées aux internes.

1. **Témoignage de François Antoine CASCIANI, étudiant en 4ème année de médecine (cf power point ci-joint)**
2. **Vote de la lettre de la Conférence de territoire aux parlementaires sur les enjeux de la démographie des professionnels de santé**

Après quelques modifications proposées par les membres de la CT94, la lettre est adoptée à la majorité (document ci-joint).

1. **L’avancement des Contrats locaux de santé dans le Val-de-Marne**

Power point présenté par la délégation territoriale de l’ARS (ci-joint)