

Relevé de décisions de la réunion de la Conférence de Territoire du 20 Janvier 2015

Monsieur Couptry ouvre la séance et présente ses vœux pour la nouvelle année. Il souhaiterait, pour la conférence de territoire, que s'ouvre une nouvelle étape, dans une histoire qui se construit petit à petit, et que l'on travaille sur des thématiques qui permettent d'avancer concrètement, sur la base d'un plan d'actions à construire. Le rythme des réunions de conférence de territoire sera d'une fois tous les deux mois (sauf nécessité absolue) mais pas plus de cinq par an.

Mr Couptry remercie Mr Kassel d'accueillir la conférence de territoire dans son hôpital et indique qu'il est probable que, pour les prochaines réunions, nous allions vers d'autres territoires, voire des formats un peu nouveaux.

Ordre du Jour

1 Révision du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – Orientations régionales et enjeux pour le Val d'Oise

Présentation de Marc Pulik, Conseiller Médical et chargé de mission ARS – Direction de l'offre de soins et médico-sociale

2 Projet de zonage ambulatoire pour le Val d'Oise

Présentation de Julien Galli, Responsable département régulation de l'offre ambulatoire – ARS

- Dispositif qui permet les aides à l'installation pour les médecins (PTMG : praticien territorial de médecine générale, aides conventionnelles, etc...)

3 Echange en vue de l'élaboration d'un plan d'actions pour la Conférence de Territoire

Pour notre échange et le choix des orientations à retenir, nous pourrions nous appuyer sur :

- les priorités de la délégation territoriale qui nous seront présentées par Madame Pennel-Pruvost
- les propositions des uns et des autres.

Révision du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – Orientations régionales et enjeux pour le Val d'Oise

Présentation de Marc Pulik, Conseiller Médical et chargé de mission - ARS – Direction de l'offre de soins et médico-sociale (***Diaporama Annexe 1***)

- Le développement de l'ambulatoire (HDJ, HAD,...) sera une tendance forte des prochaines années en SSR.
- La création de l'HAD n'entraîne pas la réduction des capacités mais a pour but de faciliter la prise en charge des patients. Il y a une vraie demande de la population d'être soigné à domicile.
- Les évolutions des techniques et des pratiques font que les capacités varient. On se trouve actuellement dans un phénomène de transition épidémiologique. La population vieillit de plus en plus et le nombre de patients à prendre en charge avec des pathologies chroniques est de plus en plus important. Les structures hospitalières ne sont pas faites pour prendre en charge ces pathologies chroniques au long cours. La coexistence d'un flux de patients chroniques programmé avec un flux d'urgence provoque n'est pas facile à gérer.
- L'effort de cette bascule ambulatoire ne va pas être porté uniquement par les hôpitaux. La diminution des durées moyennes de séjours hospitaliers, en se traduisant par une baisse en volume de l'activité, dégage de fait un potentiel de développement dans d'autres domaines comme l'HAD.
- Le développement de l'HAD est soutenu par Le champ d'intervention des HAD Il a été demandé à l'HAD d'intervenir dans les EHPAD, les établissements médico-sociaux, et de faire des soins palliatifs dans les EHPAD.

- Il ne sera pas procédé à une réduction partout de la même façon. Des places d'hôpital de jour SSR seront créées par substitution de places d'hospitalisation complète. La politique de bascule sera différenciée en fonction des sites. Dans un endroit où les durées moyennes de séjour sont très élevées et le taux de recours à l'HAD est inexistant, il est clair que la substitution sera plus forte mais elle ne devrait pas entraîner des bascules plus importantes car la base de notre réflexion est surtout de diminuer la Durée Moyenne de Séjour (DMS).
- Les projets d'établissements doivent être réfléchis autrement. Il doit y avoir une dimension d'hôpital hors les murs. En France pour 10 patients en SSR il y a à peine un patient en hôpital de jour. C'est un vrai changement mais les établissements ont les ressources, les professionnels et les compétences. Ce n'est pas une disparition des activités mais une modification.
- Problèmes tarifaires et réglementaires de l'HAD dans les EHPAD : il existe un certain nombre de freins mais les discussions sont en cours. Il y a également une méconnaissance forte de l'HAD dans les EHPAD. Constitution d'un groupe de travail avec des coordonnateurs d'EHPAD et l'HAD.
- Problèmes du transport dans le Val-d'Oise: le nombre de véhicules autorisé dans le Val-d'Oise est très faible.
- Le développement de l'HAD dans le milieu rural ne pose pas de problème particulier et se passe tout à fait bien. Les usagers ne sont pas réticents à l'HAD (90 % des gens souhaitent être soignés à domicile quand ils connaissent l'HAD et leur taux de satisfaction est supérieur à 95 %). Des réticences peuvent naître de la qualité de l'HAD qu'on leur propose.
- La démographie des médecins de ville est évidemment un problème car il y a peu de médecins qui se déplacent à domicile.
- De nouveaux systèmes sont à inventer pour aider les gens à rester à domicile. C'est la réflexion sur les équipes mobiles de SSR dans le domaine des handicaps locomoteurs. Une première expérience d'équipes mobiles SSR va être lancée cette année. Il y a d'autres expériences dans ce domaine : une équipe mobile de soins palliatifs qui va dans les EHPAD, des infirmières de nuit dans les EHPAD. Cela nécessite une refonte complète du système.
- Place des SSR dans le développement de l'HAD : l'augmentation du taux de recours à l'HAD va aussi impacter les SSR.
- En ce qui concerne la MPR (médecine physique rééducation), l'ARS a proposé que les différentes HAD MPR se rapprochent, elles sont 4 en Ile-de-France, pour créer une HAD MPR. Le développement de l'HAD vers la MPR doit se faire dans le cadre général de l'HAD polyvalente. Pour développer le versant SSR en HAD, il est important de s'appuyer, en ressource, sur les services de SSR.
- Pour permettre l'HAD d'un patient, il y a une organisation à mettre en place au domicile du patient, et les aspects non médicaux ne doivent pas être négligés (utilisation de nouvelles technologies, pose de gâche électrique pour la porte d'entrée...).
- Mise en place cette année de services de rééducation post-réanimation (SRPR) avec création d'un dispositif de suivi et d'évaluation. Une cellule a été financée qui va évaluer le fonctionnement, les comptes et éventuellement pouvoir modifier les organisations. Le même dispositif est prévu pour les appels à projets HAD : mise en place d'un suivi, tous les nouveaux promoteurs qui vont répondre aux appels vont être sélectionnés et regroupés au sein de l'Ile-de-France pour voir comment fonctionne le système (Directeurs d'établissement, médecins HAD, Directeurs d'Informations Médicales...).
- En ce qui concerne la psychiatrie, la bascule ambulatoire a eu lieu depuis longtemps. Actuellement 80 % d'hospitalisation en psychiatrie se font hors les murs mais cela ne relève pas de HAD car ce sont des soins complexes multi-professionnels et coordonnés. Par contre, il existe des systèmes de psychiatrie à domicile.
- Il ne peut pas y avoir de bascule ambulatoire sans échange d'informations entre professionnels libéraux et hôpitaux.

Projet de zonage ambulatoire pour le Val d'Oise

*Présentation de Julien Galli, Responsable département régulation de l'offre ambulatoire – ARS (**Diaporama Annexe 2**)*

- 48 % de la population est dans une situation fragile ou déficitaire pour l'accès à une offre médicale en ville, dans le Val-d'Oise. De nouveaux territoires qui étaient en zones fragiles (Viarmes-Auvers S/O, Gonesse et Marines) rentrent en zones déficitaires. Il faut faire en sorte que ces territoires bénéficient d'aides pour lutter contre ces difficultés.
- L'ARS a abaissé les seuils d'identification des zones médicale déficitaires en créant un nouveau palier.

- Les bourses d'études qui ont été versées depuis 2010 dans le cadre du CESP (Contrat d'Engagement de Service Public, qui a pour objectif de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragile où la continuité des soins est menacée) vont permettre dans les années 2015/2016 de voir les premiers médecins s'installer dans les zones déficitaires. Cela va permettre des possibilités d'installation un peu plus larges et des offres un peu plus complètes et d'avoir des activités un peu mixées (ville et hôpital).

Mme Feucher, Préfète déléguée pour l'égalité des chances, précise qu'elle est en charge de l'élaboration des contrats de ville - qui ont notamment un volet santé, et c'est pour cette raison qu'elle travaille avec l'ARS. Nous sommes dans la phase diagnostic et dans les territoires qui viennent d'être évoqués on voit bien que l'on a un réel besoin de professionnels de santé. Il y a une volonté convergente des différents acteurs concernés (administrations, collectivités locales,...) à aider les médecins à s'installer en zones déficitaires. Sur les territoires fragiles, et pour contribuer notamment aux politiques de prévention en faveur des banlieues, nous avons besoin des médecins.

- Les jeunes boursiers sont intéressés par des exercices mixtes, en ville et en équipe/établissement. Il y a une vraie question qui n'est pas assez abordée c'est le lien entre l'offre hospitalière, médico-sociale et ambulatoire. On remarque qu'autour des établissements hospitaliers, il n'y a pas de territoire déficitaire et que le territoire ambulatoire n'est pas le même que le territoire hospitalier. On travaille sur la notion de territoire de santé pour mieux comprendre le passage du premier recours au second recours et dans quelle maille territoriale il s'organise..
- Il faudrait inciter les médecins du Val-d'Oise à devenir maître de stage.
- On peut aussi aider au montage de structure de type MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire), en précisant que cette formule ne s'applique pas qu'aux zones déficitaires ou fragiles. Création d'une MSP en 2013 à Ermont, en 2014 à Garges-les-Gonnesse, projet à Goussainville et à Cergy (qui a également un projet de Centre de Santé Municipal). On voit que l'on est dans un département qui bouge avec des communes qui s'investissent pour faciliter l'installation de professionnels de santé.
- Lancement d'une étude DEMOMED par l'ARS. C'est une étude de terrain sur la démographie médicale qui est réalisée par les internes de médecine générale. Etude de 2013 étendue sur le Val-d'Oise avec derrière l'idée de recruter des maîtres de stage.

Echange en vue de l'élaboration d'un plan d'actions pour la Conférence de Territoire

Présentation des priorités de la délégation territoriale - Madame Pennel-Pruvost (Diaporama Annexe 3)

- Monsieur Couprie souhaite engager une discussion au sein de la conférence de territoire en vue d'identifier des thématiques de travail, utiles au territoire, pour établir un plan d'action. Il est important que les thématiques retenues concernent notre territoire.
- Un groupe de travail sera mis en place pour chaque thématique retenue, avec un pilotage animé, de préférence, par un binôme (professionnel/usager). Le groupe de travail peut être constitué de personnes volontaires ou cooptées, membres de la conférence de territoire ou extérieures (professionnels de santé, acteurs engagés...). Une lettre de mission sera adressée à chaque groupe de travail.
- Les groupes de travail devront apporter des propositions concrètes, répondant aux besoins identifiés sur le territoire. Il semblerait qu'une action soit plus facile à réaliser si elle concerne un périmètre géographique restreint, plutôt que de chercher – dans un premier temps, à impacter l'ensemble du département.
- Un suivi des travaux menés par chaque groupe sera fait deux fois par an, avec l'objectif de parvenir à des propositions concrètes dans des délais de réflexion raisonnables.
- Il est primordial de favoriser des synergies constructives entre les plans d'action et priorités de la délégation territoriale de l'ARS et de la Conférence de Territoire. Dans cette logique, Monsieur Couprie invite ainsi Madame Pennel-Pruvost à faire une présentation des priorités de la délégation territoriale sur le département (voir doc joint).

A l'issue de la présentation de Madame Pennel-Pruvost, une première discussion est engagée au sein de la Conférence de Territoire. Quelques thématiques sont évoquées :

- Le droit des usagers dans le cadre de soins et d'aide à domicile, notamment en HAD,
- La prise en charge au domicile des urgences psychiatriques dans le département (participants souhaitables : SOS Médecins, SAMU, police, pompiers....)
- Point sur le fonctionnement des Contrats Locaux de Santé et leur suivi.

Monsieur Couprie indique en conclusion de la réunion :

- qu'un relevé de décisions de la réunion de ce jour sera rédigé auxquels seront joints les diaporamas présentés,
- que la discussion sur les thématiques prioritaires à identifier pour un plan d'action de la Conférence de Territoire se poursuivra lors de sa prochaine réunion.

La prochaine réunion de la conférence de territoire est fixée au 26 mars 2015 à 9 heures. Le lieu de la réunion n'est pas encore défini.