

En présence de : URPS (Pédicures-podologues, Pharmaciens, Masseurs-Kinésithérapeutes, Internes en médecine, Sages-femmes, Chirurgiens-dentistes, IDEL), Représentants des usagers, FNEHAD, FEHAP Ile-de-France, ARS (siège et DT), FNCS.

Document remis :

Le COPIL régional du volet Ambulatoire du SROS- PRS s'est réuni le 03 novembre 2011 avec l'ordre du jour suivant :

1. Introduction par Monsieur Claude Evin, directeur général de l'ARSIF
2. Présentation des points d'articulation avec le schéma sanitaire et la biologie médicale. Point d'étape sur la permanence des soins ambulatoires
3. Réaction des membres du COPIL à la version du volet Ambulatoire soumise à concertation

I. Introduction par Monsieur Claude Evin

Monsieur Evin rappelle que le volet ambulatoire ne donne que les grandes orientations de l'offre ambulatoire et qu'il n'est pas opposable. Ce volet s'inscrit dans les orientations du projet stratégique régional de santé qui a été publié à la mi-octobre. Sans attendre la finalisation des travaux de planification ambulatoire, plusieurs actions sont déjà en cours. Il peut ainsi être noté la signature d'une convention de collaboration entre l'agence et l'URPS Médecins. Des actions s'agissant des centres de santé sont également sur le point d'être lancées.

Monsieur Evin souligne que les exigences posées par les différents volets ne permettent pas toujours de faire ressortir l'effort de transversalité de l'agence. Cette dernière veillera à la mettre en œuvre dans l'application des volets.

Monsieur Evin fait lecture d'un courrier de l'URPS Médecins. Cette dernière a en effet décidé de ne plus siéger dans le comité de pilotage, estimant que les orientations prises dans le cadre de l'avant-propos du volet ne se traduisent pas dans le document soumis à concertation. Le courrier est fait état d'une déconsidération de l'offre de soins ambulatoire libérale.

II. Point d'étape sur les articulations de l'ambulatoire et des autres volets

A. Ambulatoire et volet sanitaire

Monsieur Echardour précise que les groupes de travail sur le volet sanitaire sont constitués et commenceront à travailler à partir du 07.11.2011. Le schéma sanitaire se décompose en plus d'une vingtaine de thématiques. Pour chacune d'elles, un groupe de travail ad hoc composé de représentants des fédérations hospitalières, des professionnels de santé et des représentants des usagers, a été mis en place.

Les axes de concertation de ces différents groupes de travail sont le décloisonnement et l'approche transversale des spécialités, l'amélioration de l'efficacité de la prévention et du dépistage, les adaptations de l'offre aux évolutions démographiques, notamment. Sur ce dernier thème, il est à préciser que la raréfaction de la ressource médicale se rappelle à l'agence avec une particulière acuité. S'agissant du calendrier du volet sanitaire, un premier livrable est envisageable à l'horizon de la fin du mois de mai 2012.

B. Permanence des soins ambulatoires

Le cahier des charges régional de la PDSA en préparation vise à décliner la dimension ambulatoire de la PDS et de limiter les recours à des soins non-pertinents. Le cahier doit formaliser l'organisation de la PDSA au niveau régional et infra-territorial. Il doit préciser le montant des rémunérations forfaitaires des médecins participant à la PDSA (forfaits de régulation et d'astreinte). L'agence devra fixer cette rémunération de la participation des professionnels libéraux, dans le cadre des enveloppes dédiées.

L'agence tient à plusieurs principes dans le cadre de l'élaboration de ce cahier des charges PDSA. En premier lieu, l'agence estime qu'il doit y avoir une régulation médicale en conformité avec les recommandations de la HAS pour limiter les recours inadéquats. L'agence souhaite également renforcer l'implication des médecins libéraux dans l'activité de régulation de l'offre ambulatoire. Les régulateurs devront être formés et évalués.

S'agissant de la mise en œuvre de la PDSA, les maisons médicales de garde doivent être le pivot du système réformé. L'accent sera mis sur la PDSA pour les zones actuellement non couvertes. Le cahier des charges sera soucieux d'une exigence d'accessibilité financière avec le développement du tiers-payant.

La gestion du dispositif sera assurée par un comité de suivi régional (URPS, Ordre, SAMU, AM, ARS). Pour ce faire, le développement d'un système d'information partagé entre tous les acteurs est un préalable auquel l'agence travaille actuellement.

S'agissant du financement, l'agence dispose de 6,9 millions d'euros pour les gardes et astreintes, soit 10% de plus que l'année 2009. Toutefois, la région Ile-de-France est sous-dotée au regard de la moyenne nationale (0,59€/habitant en Ile-de-France contre 2,38 €/habitant au niveau national).

L'agence travaille avec les professionnels médicaux sur la régulation médicale dans le cadre de la PDSA. Un accord sur ces principes est intervenu entre l'agence et les représentants de professionnels médicaux. Après quelques ajustements, le cahier des charges fera l'objet d'une concertation départementale. Il est à rappeler que plusieurs concertations sont obligatoires : URPS médecins, CSOS de la CRSA au niveau régional ; CODAMUP-TS, Conseil départemental de l'ordre des médecins, préfecture et préfecture de police pour Paris au niveau départemental. Un arrêté du DG-ARS devra rendre effectif la nouvelle organisation.

Début novembre, les principes régionaux seront arrêtés. Jusqu'à début décembre 2011, des travaux départementaux auront lieu notamment avec les sous-comités médicaux des CODAMUPS-TS. Mi-décembre 2011, le cahier des charges fera l'objet d'une concertation réglementaire. Les CODAMUPS-TS seront consultés en janvier 2012. Fin février 2012, l'arrêté du DG-ARS fixant le cahier des charges sera pris.

Sur une interpellation de l'URPS Chirugiens-dentistes, Claude Evin précise que s'agissant de cette profession, un volet bucco-dentaire dédié est en cours de rédaction. L'offre de soins ambulatoires bucco-dentaires sera intégrée à ce volet.

C. Volet Biologie médicale

La biologie médicale contribue aux deux tiers des diagnostics en Ile-de-France. La biologie médicale représente, au niveau national, 3,6% d'ONDAM et 3,5% des charges des établissements soit 570 millions d'euros de l'enveloppe de ville (intégrant les établissements commerciaux) et 432 millions d'euros sur l'enveloppe hospitalière (établissements publics de santé et ESPIC).

L'activité de biologie médicale est en pleine mutation sur le plan juridique. Il passe d'un régime d'autorisation à un régime de déclaration d'accréditation sous l'égide du COFRAC. L'offre en biologie médicale est aujourd'hui en pleine restructuration (concentration et regroupement) en Ile-de-France depuis le 1^{er} janvier 2011 pour la biologie médicale de ville. Le mouvement a été plus rapide s'agissant de l'activité de biologie en milieu hospitalier.

En Ile-de-France, il existe 850 sites de biologie médicale au 1^{er} octobre 2011. Ces derniers sont massivement privés commerciaux et très inégalement répartis, avec une densité moindre sur les TS 77 et 93, dans l'ouest des TS 95 et 78, toutefois compensée actuellement par une densité d'IDEL dans le sud du TS77 et l'ouest du TS95.

Sur les 850 sites, seule une trentaine est entrée dans la démarche d'accréditation. Il est rappelé que l'échéance de l'accréditation est fixée au 1^{er} novembre 2013.

En termes de dépenses, au niveau national, le volume d'actes facturés à l'AM est en augmentation de 7,2%. Le taux de remboursement s'établit à 75,5%.

Concernant les professionnels médicaux assurant cette activité, la répartition est d'un tiers de médecins biologistes, de deux tiers de pharmaciens biologistes. A l'horizon 2030, l'évolution de la démographie médicale précitée est négative, respectivement de -9% et -40%, ce que l'agence doit prendre en considération dans les travaux en cours.

III. Réaction des membres du comité de pilotage sur le volet ambulatoire

L'URPS IDEL regrette que les prises en charge ambulatoire par les IDEL ne soit pas suffisamment valorisée. Ce point est à revoir. La permanence de la prise en charge par les IDEL (week-end notamment) est à souligner en ce qu'elle la spécifie par rapport aux prises en charge par l'HAD et les SSIAD. L'ordre des MK estime que le rôle des MK reste également peu mis en valeur dans la proposition de volet, au détriment d'un accent mis principalement sur les professionnels médicaux.

Il est demandé à la FEHAP Ile-de-France d'intervenir dans la suite de son courrier adressé à l'agence le 27.10.2011. La FEHAP Ile-de-France souligne l'important travail mené. Elle rappelle que, dans la même logique de décloisonnement intersectoriel promue par l'agence et partagée avec elle, l'approche en filière et en complémentarité des secteurs doit être renforcée. Deux illustrations peuvent être données. La première est celle de la nécessité de mieux concilier les offres de soins infirmiers salariée (planification médico-sociale) et libérale (planification ambulatoire) au regard de l'interdépendance des deux offres – 80% des SSIAD font appel à plus de 20 000 professionnels libéraux dont 90 % sont

IDE d'après les études nationales disponibles. La seconde est celle de l'articulation des offres MK salariée (planification sanitaire et médico-sociale) et libérale (planification ambulatoire). Chaque offre, quelle que soit sa forme juridique, remplit une mission non alternative mais complémentaire au service des patients, axe de définition de la transversalité des prises en charge qu'il convient de mieux retranscrire dans le document soumis à concertation.

L'agence rappelle que les acteurs peuvent faire remonter leurs positions par écrit. Cette première version, complétée des observations formulées jusqu'alors, sera transmise aux conférences de territoires. L'agence rappelle que cette transmission est facultative dans la mesure où leur avis, que l'agence considèrera avec une attention toute particulière, n'est toutefois pas juridiquement obligatoire.

Au niveau territorial, des actions parallèles au processus de finalisation de la planification auront lieu dans le courant du premier semestre 2012. Elles auront une vocation expérimentale propre à ajuster le volet sur les points qu'elles entendent mettre en pratique.

La prochaine réunion aura lieu à la fin du mois de janvier 2012 au siège de l'ARS. Les membres du comité de pilotage seront informés de sa date précise par courriel.