



Assistants spécialistes régionaux, levier de coopération AP-HP/CH ?

Pierre FOUCAUD, conférence des PCME de CH d'Ile de France
CME de l'AP-HP, 10 juin 2014

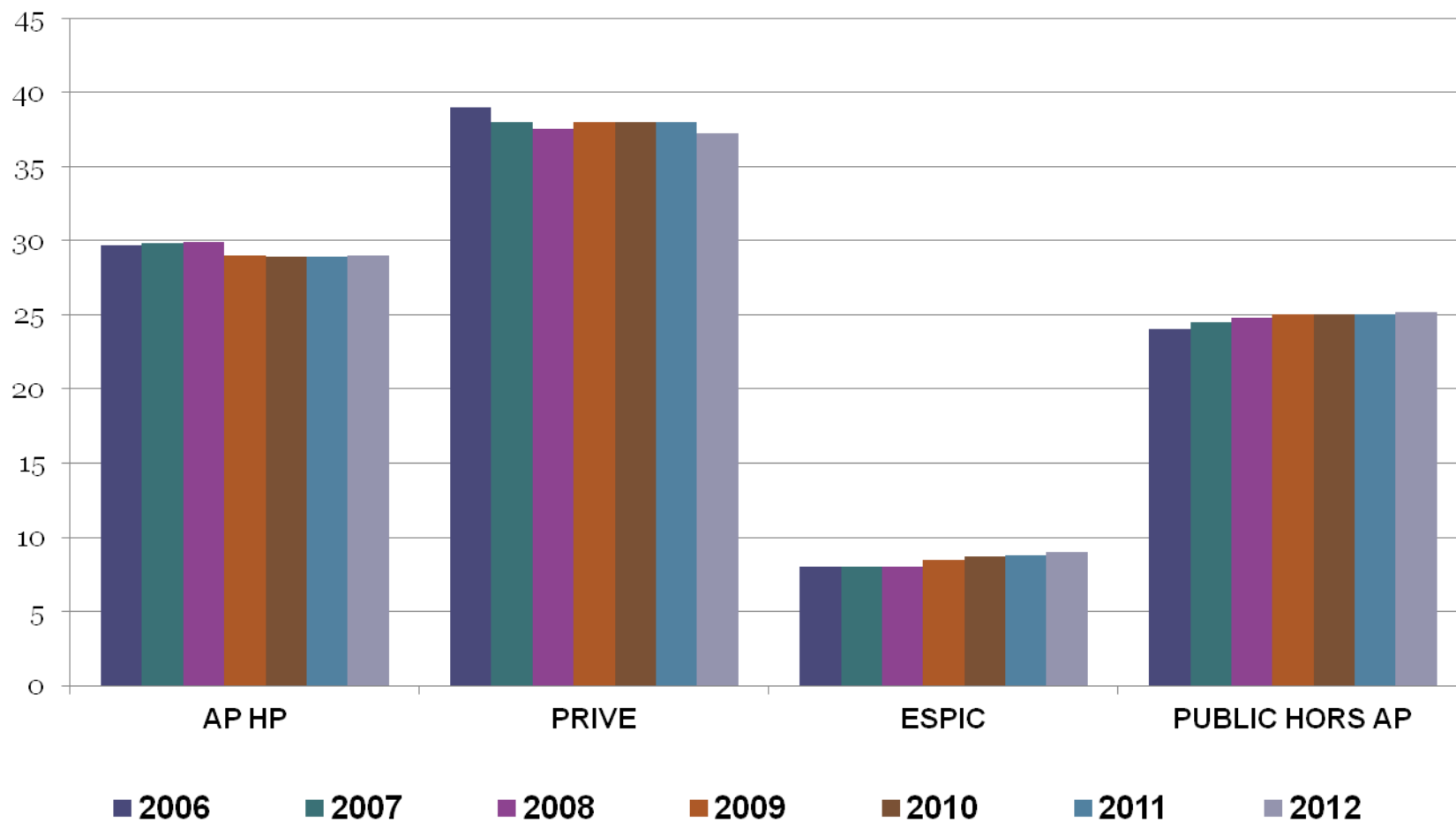
Coopérations territoriales : éléments de contexte

- Une offre de soins déséquilibrée entre le centre et la périphérie de la région
- Une fragilisation des hôpitaux publics
 - Démographie médicale en tension
 - Contraintes budgétaires (+ 2 milliards € d'économies 2015-16)
- Des activités de recours qui se diversifient
 - AP-HP
 - CH/ESPIC/CLCC/privé lucratif
- Plan stratégique 2015-2019 de l'APHP en cours de rédaction

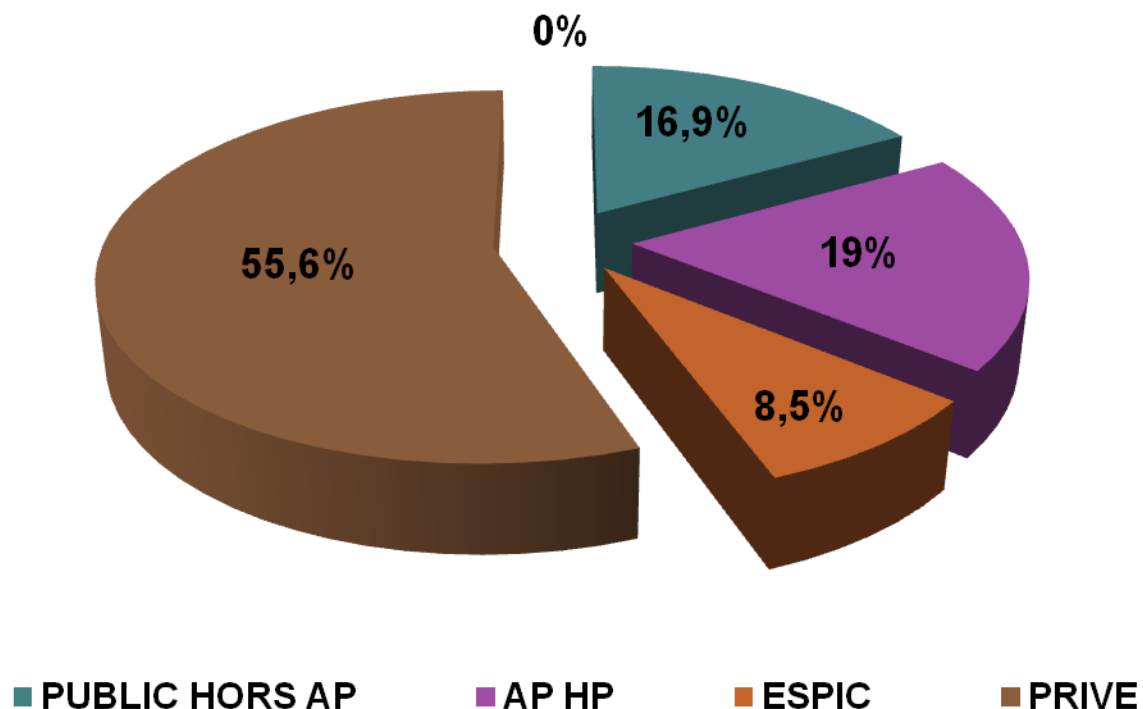
Les spécificités de la grande couronne

- Les grands CH
 - Activités importantes, en progression
 - Importantes cohortes de patients (maladies fréquentes)
 - Secteur concurrentiel fort
 - Coopérations infra-territoriales se structurent
 - ex : Pontoise/CHIPO, Versailles/Rambouillet, Sud francilien/Longjumeau, Jossigny/Coulommiers/Meaux, ...
 - Le plus souvent en proximité (CH d'un même infra territoire), parfois à distance (télémédecine)

Activités MCO IdF 2006-2012 (données ARS)



Parts de marché **Chirurgie** 2012



MEDECINE APHP 34,3% CH : 28,1%
OBSTETRIQUE APHP 23,8% CH : 40%

Stratégies de groupe public-public : les freins au plan national

- Menaces liées à la concurrence, fragilité de certaines activités : ignorance souvent, déni parfois
- Repli de certains médecins sur leurs activités cliniques ou de recherche, rempart à la morosité ambiante
- Confusions entre coopération et fusion
- Poids de l'Histoire, asymétrie de taille des établissements engagés : résistance des professionnels
 - Pour les uns, OPA hostile
 - Pour les autres, déperdition d'énergie et de ressources
- L'hôpital, important bassin d'emploi : résistance des élus
- T2A, frein au retour au service d'origine
- Absence de distinction entre les coopérations « curatives » et « palliatives »

Les freins aux coopérations CHU/CH en Ile de France, vus par les CH

- AP-HP : restructuration interne complexe et longue; crainte pour certains d'une ouverture signant l'éclatement de l'institution
- Multiplicité d'interlocuteurs : DG, CME, ARS, Doyens (n=7), GH (n=12)
 - Niveau de délégation aux GH non encore clairement contractualisé
- Peu d'expérience pour l'AP-HP du « gagnant-gagnant »

Les freins aux coopérations CHU/CH en Ile de France, vus par l'AP-HP ?

- CH: flottille dispersée, établissements « autonomes »
- Rôle de la FHF mal connu
- Vision « parisienne » de nos bassins de vie et de nos hôpitaux
- Nous gagnons à être connus !



Coopérations : les leviers opérationnels

- Projet médical, en privilégiant les activités structurantes (blocs, imagerie, biologie, PUI, cancer, filières gériatriques, ...)
 - nouvelle culture : le projet médical intra et extra muros
- Etablissements « relativement » proches
- Culture du réadressage, du CRH rapidement envoyé
- Interopérabilité des systèmes d'information
- Gouvernance médicalisée et souple des GCS, CHT, ...
- Tableaux de bord de suivi trimestriels
- Mutualisation des ressources rares, des fonctions support
- Télémédecine
- **Postes médicaux partagés**

Postes médicaux partagés

- Contournement des effets pervers de la T2A
 - Le médecin se déplace plutôt que le patient
 - Ouvre la voie à de nouveaux modèles économiques
 - Impose la sanctuarisation de l'enveloppe « prime multisite »
- Financement : activité, DGOS
- Pourrait engager l'AP-HP sur une réflexion sur le projet professionnel des jeunes médecins qu'elle a (très bien) formés et qu'elle ne peut ou veut titulariser
 - Vers CH ou établissements concurrents ?

Postes d'« assistants spécialistes régionaux »

- Depuis 2009, la DGOS finance annuellement, et sur des contrats de 2 ans, 200 postes d'assistants spécialistes partagés pour
 - Accompagner l'augmentation du numerus clausus
 - Compenser les postes de CCA transférés en MG
 - Améliorer la répartition territoriale des médecins (favoriser l'exercice hors CHU)
- En Ile de France
 - 2012-2014 : 15 postes (financement des CH 25%)
 - 2013-2015 : 12 postes en anesth-réa, néonatalogie, gynéco-obs

Assistants spécialistes régionaux en IdF, pourquoi ?

- Objectif : attractivité
- Tremplin à terme pour occuper des postes de PH dans des CH avec 20% de temps dans l'établissement tête de pont (offre graduée)
 - Renforce l'amarrage CH-CH en grande couronne
 - Renforce l'amarrage CH-CHU en petite et grande couronne
 - Clarifie les rôles en matière d'animation territoriale
 - Les gros CH pour la grande couronne = enrayer les phénomènes de désertification
 - L'AP-HP pour structurer les filières patients et consolider les activités soumises à seuil des EPS
- Difficulté en CHU : cohabitation CCA/assistants : delta rémunération/statut

Assistants spécialistes régionaux en IdF, comment ?

- Profil du poste en sortie d'internat ou de clinicat (souplesse, adaptation au contexte local), annoncé dès le recrutement
- Exemple possible de temps partagé (modèle Nord-Pas de Calais)
 - 1^{ère} année : 80% CH tête de pont ou CHU
 - 2^{ème} année : 20% CH tête de pont ou CHU
 - 3^{ème} année : titularisation en CH avec maintien de 20% du temps en CH tête de pont ou CHU (poste vacant ou financé par l'activité)
- Profil : clinicien, sens de l'organisation, début d'autonomie
- Prime multisite de l'assistant financée par établissement qui va recruter le PH

Conditions à réunir pour avancer sur ces postes partagés

- Portage du projet par les CH (conférence PCME et FHF) et l'AP-HP (direction générale et CME)
- Convaincre l'ARS ...

Conclusion

- S'accorder sur l'intérêt à agir
- Rédiger conjointement critères d'éligibilité et de priorisation
 - 1^{er} critère : projet médical co construit entre les 2 EPS
 - 2^{ème} critère : croiser logique discipline et logique établissement
- Se mobiliser ensemble rapidement pour obtenir le financement de 30 à 40 postes/an