

Comité de pilotage du projet Richerand

Réunion numéro 2 du 21 juin 2016



L'accent a été mis d'emblée sur la situation des victimes de violences. Elles sont mal prises en charge par nos institutions médicales qui ne savent pas les reconnaître. Et pourtant ces patients font l'objet de tant d'exams médicaux, si souvent inutiles ! **Hélène Bidard** comme élue a pu dire que nous sommes face à un enjeu majeur de santé publique, tandis que **Gérard Lopez** président de l'Institut de victimologie, partenaire du projet Richerand, a affirmé qu'il n'était pas satisfaisant que 4% seulement des signalements d'enfants en danger proviennent du corps médical. Un sujet un peu grave, bien sûr. Mais après tout, s'occuper des problèmes sérieux qui peuvent le concerner, c'est ce que le patient attend de son médecin.

La reconnaissance des victimes de violence est-elle un enjeu de bonne utilisation des cotisations de l'assurance maladie ? On en a l'intuition. C'est pour le moins un bel enjeu de qualité des soins. La **qualité et la sécurité des soins**, autre axe majeur du projet comme l'a relevé **Anne Castot-Villepelet**. Et de beaux challenges en matière de formation des futurs soignants selon les représentants des **Facultés de médecine** présents.

Le dossier **santé et travail** a également été évoqué, avec l'ambition d'améliorer la prise en charge médico-sociale, individuelle et collective, lorsque les problèmes de santé et le travail s'entremêlent. Les **agents des industries électriques et gazières**, soutiens vitaux du Centre de Santé Richerand à travers leurs activités sociales, sont concernés au premier chef. Mais à travers eux, c'est un peu tous les salariés qui le sont potentiellement. De nouveaux services en perspectives pour les patients et pour leurs médecins traitants dans certaines situations complexes ? C'est à voir.

La création d'un centre de PMI au sein du projet Richerand, un temps évoquée, semble actuellement moins prioritaire. Du coup le souhait émis par **Antoine Bastide** de renforcer les collaborations entre PMI et médecine générale dans le cadre du projet Richerand devra trouver sa traduction concrète. Les idées ne manquent pas. La **santé de la femme et la sexualité** feront-elles l'objet de

services dédiés, accompagnés de leurs financements, au sein du projet Richerand ? Plusieurs voix ont défendu cette hypothèse. L'association **Parcours d'Exil** était venue en voisine en la personne de sa présidente, à la recherche de synergies avec le projet Richerand.

Adelpe de Taxis du Poët a présenté l'hypothèse qui tient la corde, celle d'une **Société Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC)** qui pourrait reprendre en gestion le centre de santé Richerand. Reste à mettre en musique ce choix de principe. Tout est à écrire. Il faudra opérer des choix à partir de règles comme un homme une voix, dissociation entre capital et gouvernance, pondération, collèges de voix. La SCIC n'évacue pas l'enjeu d'équilibre financier, nodal dans le projet selon **Antoine Bastide**. Une chose est certaine, le projet devra avoir trouvé un **équilibre économique durable** pour voir le jour.

Dans ce contexte une contradiction potentielle du projet Richerand a été soulevée, notamment par l'un des représentants de l'ARS, **Alexandre Farnault**. Le projet entend faire la part belle à des activités de prévention, or les activités de prévention ne sont pas traditionnellement les plus rémunératrices. Ce qui soulève la question du **retour sur investissement de la prévention**. Comment financer la prévention, l'organisation des parcours des patients, voire le temps consacré par des équipes ville-hôpital à modérer les prescriptions et les actes médicaux ? De beaux sujets d'étude et d'action pour la **recherche en soins primaires** et **l'économie de la santé** représentées par **Hélène Colombani** et **Yann Bourgueil**.

Autre question centrale, la place des usagers. Quels seront **la place et le rôle des usagers** dans la SCIC ? Les usagers seront-ils des acteurs de la gouvernance avec voix au chapitre ? Ou bien à l'inverse la caution d'un système où les décisions seraient prises ailleurs ? Comment s'équilibrera leur point de vue avec celui des professionnels ? Comment définir leur représentation ? Attention cependant à la terminologie, a expliqué **Catherine Ollivet**. Usagers ? Bénéficiaires ? Il faudra choisir, à moins qu'un troisième terme ne vienne coiffer les deux autres au poteau.

En tout état de cause a-t-elle encore déclaré, les différents groupes de sociétaires et institutionnels devront être **complémentaires et non rivaux, sinon le projet est mort d'avance**. Approbation générale.

Trois groupes hospitaliers marquent de l'intérêt pour le projet Richerand. Cet intérêt va bien au delà du besoin, légitime au demeurant, de contribuer à

l'amélioration de leur activité propre. Pour autant, au sein de partenariats les hôpitaux aspirent à *retrouver leurs petits* sur le plan budgétaire. Le message implicite a été clair : que personne n'attende des hôpitaux qu'ils combent aveuglément le déficit actuel du CNS Richerand.

Pour le Groupe Hospitalier **Lariboisière Saint-Louis Fernand-Widal**, appartenant à l'APHP, **Eve Parier**, directrice générale a rappelé les partenariats déjà mis en place avec le centre de santé Richerand. En urologie du côté de Saint-Louis et plus récemment en médecine interne avec Lariboisière. **Christophe Seguin** a formulé l'hypothèse que certains suivis de pathologies chroniques, sous certaines conditions, pourraient être de meilleure qualité en ville, citant l'hématologie, la diabétologie ou la dermatologie. Ont également été évoqués la facilitation du passage ville-hôpital, l'intérêt pour le patient d'un lien direct avec le médecin ou l'équipe réalisant un acte technique ou chirurgical. **Sophie de Chambine** a rappelé l'intérêt de l'APHP pour la collaboration avec les centres de santé.

Anne Fabrègue directeur général du **Groupe Hospitalier Diaconesses Croix-Saint-Simon** a évoqué les collaborations possibles en matière de plateau technique, notamment de biologie, et de système d'information. Elle a insisté également sur l'importance des parcours des patients et les atouts des centres de santé avec lesquels son groupe peut déjà se prévaloir de collaborations réussies.

La **Fondation Ophtalmologique Rothschild** participait pour la première fois au Comité de pilotage. L'établissement, lui aussi à but non lucratif et sans secteur privé, très proche géographiquement de l'avenue Richerand, est spécialisé dans les pathologies portant sur la tête et le cou, avec 50 % de son activité dans le domaine de l'ophtalmologie. **Julien Gottsmann** a témoigné de la nécessité de développer l'offre de 1er niveau, s'appuyant notamment sur l'expérience du centre de santé créé par son établissement, dédié à l'ophtalmologie et complété par une PASS ophtalmologique. Avec l'objectif d'essaimer, de trouver des partenariats, notamment en ophtalmologie, voire en neurologie ou ORL.

Attention cependant à **la gouvernance de la SCIC** a-t-il mis en garde, à l'unisson d'**Anne Fabrègue**. L'importance majeure de ce point faisant clairement consensus autour de la table.

Question plus classique pour la médecine de ville dans laquelle le projet Richerand a un pied, comment organiser les visites à domicile par des

généralistes et des infirmier(e)s ? Et comment les financer ? Le dossier est ouvert, retenant notamment l'attention d'**Alexandre Farnault** et de **Pierre-Yves Traynard** médecin généraliste. Ce dernier a été très écouté lorsqu'il a expliqué pourquoi, dans un projet de type co-construction, **la complémentarité nait de l'affirmation des différences.**

Un mot des **investissements**. La CAMIEG, c'est à dire le régime de sécurité sociale des agents des industries électriques et gazières, souhaiterait affecter une partie de ses excédents au capital de la SCIC en appui aux **investissements (restructuration du bâtiments, équipements médicaux)**, sous réserve de l'accord de sa tutelle, la Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère de la santé. S'il se confirme, ce soutien pourrait être un atout déterminant pour le projet.