



Conférence de territoire

Séance plénière du 21 Juin 2012

COMPTE-RENDU

Ordre du jour

- 1) **Présentation des nouveaux membres**
- 2) **PRADO (PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile) - volet maternité et chirurgie orthopédique**
- 3) **PDSA (Permanence Des Soins - Ambulatoire) - Cahier des charges régional et "future" déclinaison territoriale**
- 4) **Actualités du SROS -PRS - Calendrier de concertation**
- 5) **Questions diverses**

La conférence de territoire de l'Essonne réunie en séance plénière le jeudi 21 juin 2012 débute à 10h20. Avec vingt-sept membres présents (dont 22 titulaires et 5 suppléants) le quorum n'a pas été atteint.

I – Présentation des nouveaux membres

Le Président annonce que des modifications sont apportées à la liste des membres de la conférence de territoire. Par son arrêté n°12-176 du 24 mai 2012, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France modifie comme suit la liste des membres :

Collège 1- Pour les représentants de santé

Au titre des personnes morales gestionnaires pour les établissements de l'AP-HP :

En tant que titulaire : arrivée de Mme Valérie DELEUZE-DORDRON (Hôpital Georges CLEMENCEAU) en remplacement de Monsieur Younes BENANTEUR.

En tant que suppléant : le directeur du Groupe Hospitalier Mondor ou son représentant, arrivée de Monsieur Didier CAZEJUST (par intérim) en remplacement de Madame Corinne BOUDIN-WALTER.

Collège 3 – Pour les représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité

En tant que titulaire : arrivée de Monsieur Frédéric GOUEDARD (Mutualité Française d'Ile-de-France) en remplacement de Monsieur Andrew CANVA.

Collège 5 - Pour les représentants des centres de santé, maisons de santé et pôles de santé

En tant que suppléant : arrivée de Dominique RICHARD (maison de santé pluridisciplinaire de Morangis).

Le président informe d'ores et déjà que d'autres modifications sont à venir.

II - PRADO (PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile) - Volet maternité et chirurgie orthopédique

Monsieur PULIK présente les docteurs PEYRE-COSTA et BOULE-FARGEAS (Médecins-conseil au Service Médical de l'Assurance Maladie de l'Essonne), co-chefs de projet du PRADO.

Présentation du programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés (Source des données Assurance Maladie)

Expérimentation dans le champ de l'orthopédie

Choix des Échelons Locaux du Service Médical de l'Assurance Maladie

Cible du programme :

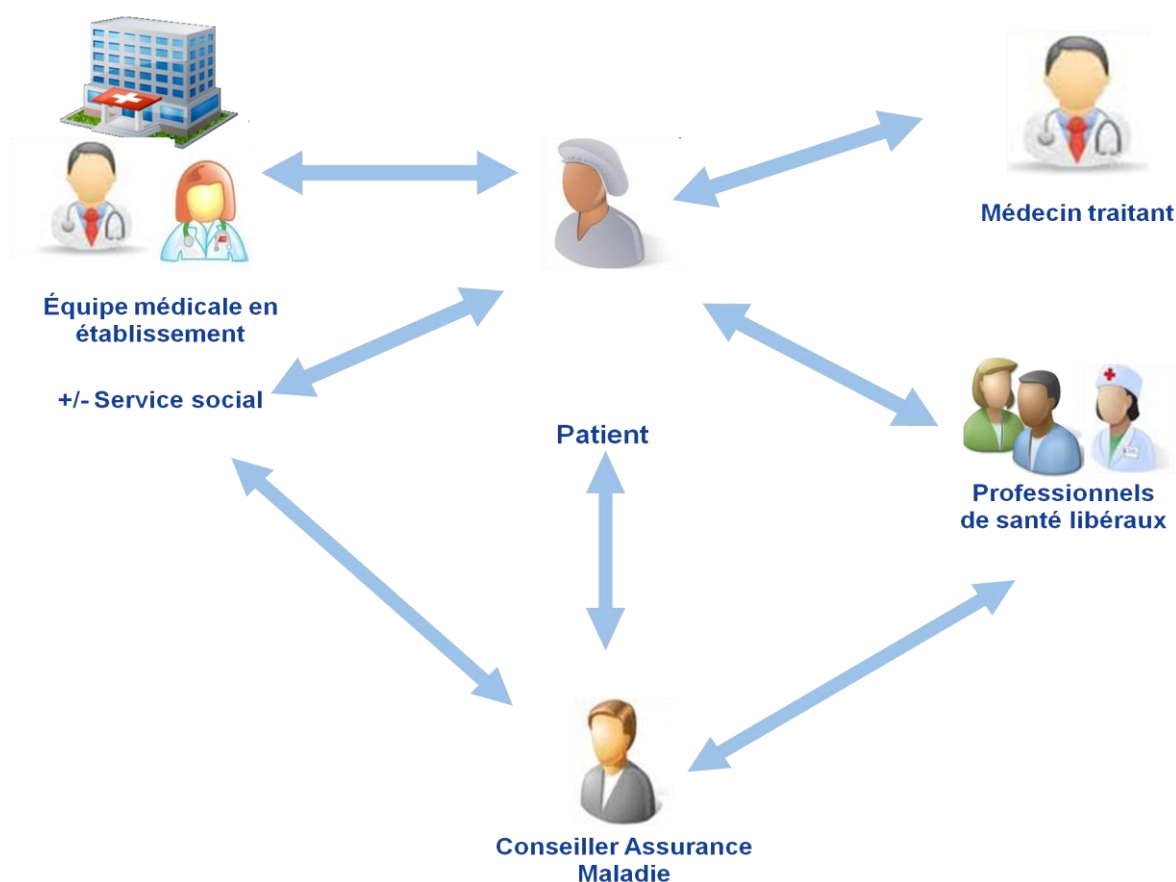
*Patient majeur du régime général hors SLM
ayant subi l'une des 6 interventions de chirurgie orthopédique ciblée*

Lancement de l'expérimentation dans 5 ELSM :

Marseille, Montpellier, Tours, Evry, Montauban.

Durée de l'expérimentation : 5 mois dans des établissements (privé et public)

Objectifs du programme : anticiper les besoins du patient lié à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital - ville



Le Conseiller de l'Assurance Maladie est un facilitateur entre les professionnels de santé de ville et le patient pour son retour à domicile.

Population visée par l'expérimentation

Assurés du régime général et affiliés à la Caisse primaire de l'Essonne ne présentant pas de contre indication médicale ou sociale au retour à domicile en postopératoire d'une des interventions chirurgicales ci-dessous.

Avec ou sans mise en œuvre d'aides à domicile (repas – aide ménagère)

4 interventions programmées :

- réparation chirurgicale des ruptures de la coiffe des rotateurs
- prothèse totale de hanche (première intention)
- ligamentoplastie du croisé antérieur du genou
- prothèse totale de genou (première intention)

2 interventions non programmées :

- ostéosynthèse fracture trochantérienne fémur
- prothèse de hanche pour fracture du col

Volumétrie = 25% des interventions d'orthopédie,
Taux de recours au SSR élevé et hétérogène France entière,
Existence de recommandations HAS pour l'orientation postopératoire et la rééducation

Les acteurs autour de l'assuré

Équipe médicale, paramédicale hospitalière

*Pré inscription
Prise en charge chirurgicale
Éligibilité postopératoire
Détection de besoin d'aide à la vie*

Service social de l'établissement et/ou de l'Assurance maladie

*Organisation de l'aide à la vie
Instruction du dossier si besoin d'aide financière*



Professionnels de santé libéraux

Soins ambulatoires pré et postopératoires

Service médical de l'AM

Information de l'assuré versant administratif, facilitation de l'organisation des soins décidés par l'équipe médicale hospitalière, facilitation de l'organisation de l'aide à la vie le plus en amont possible de l'intervention

CPAM

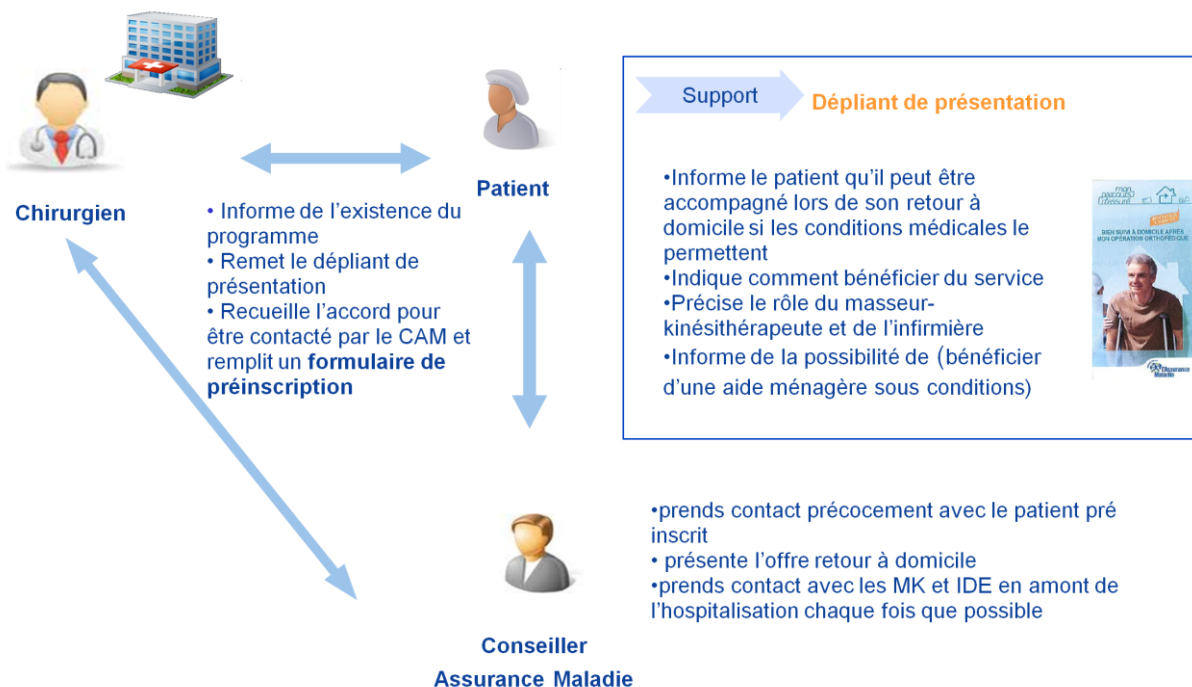
*Prise en charge des prestations
Attribution d'aides financières sous conditions de ressources*

Les 5 étapes de l'offre Orthopédie

	1
Avant l'intervention	Pré inscription - Information de l'assuré avant l'intervention
	2
Pendant l'hospitalisation	Éligibilité du patient au programme
	3
	Visite du Conseiller de l'Assurance Maladie
	4
	Initiation de la démarche aide à la vie
	5
De retour à domicile	Prise en charge par le masseur-kinésithérapeute et/ou l'infirmière

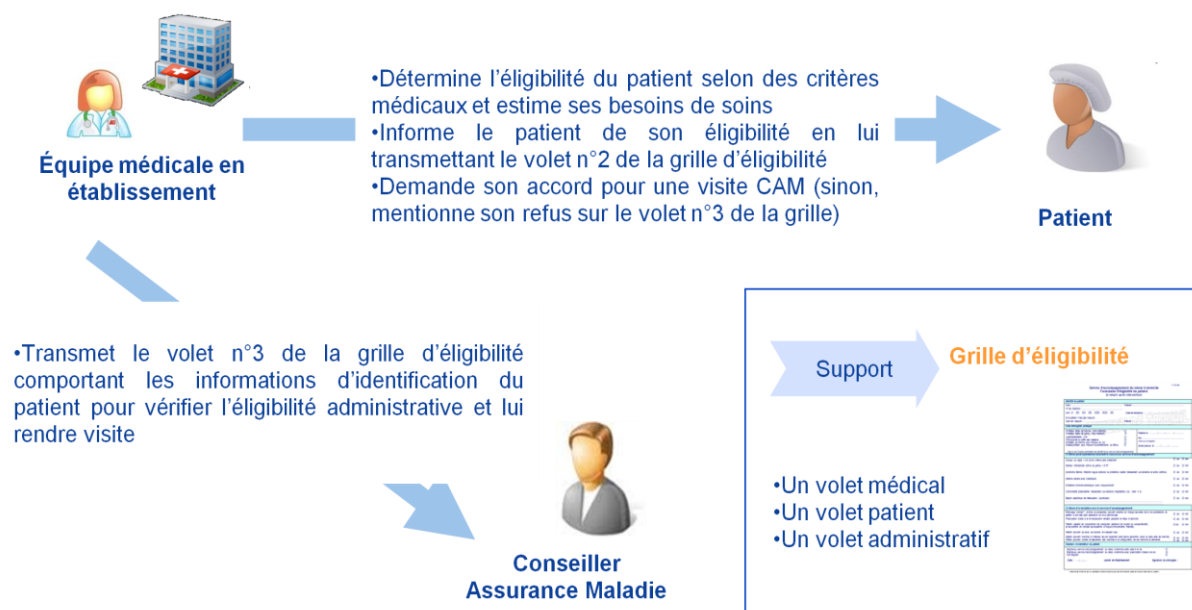
1) Avant l'intervention : information du patient

Objectif : sensibiliser les patients à l'offre proposée au moment de la consultation de décision opératoire.



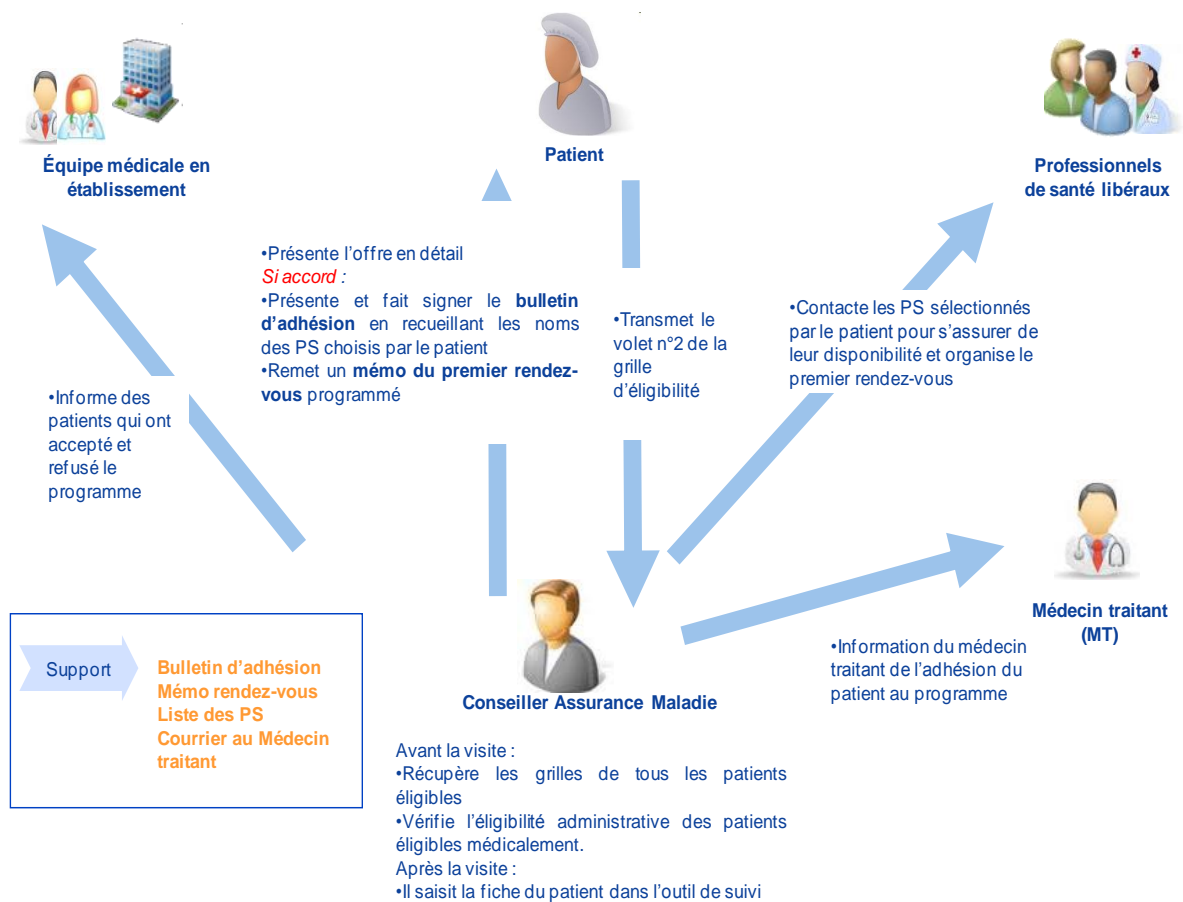
2) Pendant l'hospitalisation : Éligibilité du patient au programme

Objectif pour l'équipe médicale : identifier au plus tôt les patients qui respectent les critères d'éligibilité dans le programme et qui sont intéressés par la démarche



3) Pendant l'hospitalisation : visite du Conseiller de l'Assurance Maladie

Objectif du conseiller de l'Assurance Maladie : recueillir l'adhésion du patient, le choix du professionnel de santé et organiser le premier rendez-vous du patient avec les professionnels de santé libéraux à sa sortie



Offre d'aide à la vie : les acteurs du processus

L'établissement possède un service social (ou équivalent)

Conseiller Assurance Maladie



Présentation de l'offre retour à domicile

L'établissement ne possède pas de service social (ou équivalent)

Conseiller Assurance Maladie



Équipe médicale établissement



Évaluation et prescription des besoins d'aide à la vie du patient

Équipe médicale établissement



Service social Établissement



Transmission du dossier à la CPAM (ASS) et au service social de l'AM
 Organisation de la prestation aide à la vie
 Information du patient sur la prise en charge d'aide à la vie

Conseiller Assurance Maladie



Service social AM



Conseiller Assurance Maladie



4) De retour à domicile : prise en charge par le masseur-kinésithérapeute et/ou l'infirmier

Objectif pour le patient : Être pris en charge par les professionnels de santé libéraux qu'il a choisis



Professionnels de santé libéraux

Dispensent des soins au retour à domicile



Patient

- S'assure de la réalisation des rendez-vous avec les PS contactés par un contact téléphonique à J+1 du ou des premiers rendez-vous programmés ainsi qu'à J+15 pour un bilan
- Saisit ces éléments dans l'outil de suivi.

- Le CAM reste l'interlocuteur privilégié du patient sur l'organisation du service
- En cas de question d'ordre médical : le CAM invite le patient à contacter le médecin traitant, les professionnels de santé qui le suivent et/ou l'équipe médicale de l'établissement



Conseiller Assurance Maladie

Mise en œuvre dans le département de l'Essonne

Phase d'expérimentation dans les Echelons Locaux du Service Médical

Objectif national : lancement du programme dans 5 ELSM expérimentateurs
(Évry, Montauban, Marseille, Montpellier, Tours)



Objectif local : déployer l'offre dans au moins deux établissements du département pour une phase d'expérimentation de 5 mois.



Trois établissements ont été sélectionnés : CMCO d'Évry
CH de Longjumeau – CH d'Orsay

Volumétrie de séjours attendue dans ces 3 établissements sur 5 mois pour les assurés du régime général pour les 6 actes chirurgicaux ciblés : 148 séjours

Professionnels libéraux disponibles dans le département

Nombre de professionnels libéraux

Professionnel de santé	Effectif 2011
Masseurs-kinésithérapeutes	821
Infirmiers	619

Calendrier prévisionnel du déploiement dans le département

Professionnel de santé	Calendrier
Premiers contacts avec les ARS et sélection des établissements	février-mars 2012
Préparation de la mise en œuvre opérationnelle avec les acteurs locaux et interaction avec les services orthopédie et services sociaux des établissements proposés	février-mai 2012
Premières inclusions de patients dans les établissements volontaires la mise en œuvre de l'expérimentation	mai - juin 2012
Fin de la phase d'expérimentation	septembre - octobre 2012

Au début du mois de juin 2012, toutes les instances représentatives des professionnels de santé ont été informées. Le premier cas pour le département de l'Essonne est une assurée âgée de 87 ans qui a subi une intervention pour une prothèse du genou le 20/06/2012.

M. PULIK (Président) remercie le Dr PEYRE-COSTA pour la clarté et la précision de sa présentation.

Il poursuit en mettant l'accent sur la difficulté liée au nombre et à l'hétérogénéité des professionnels de santé (conseillers d'Assurance Maladie, établissements de santé, collectivité territoriales, SSIAD, réseaux, partenaires libéraux...) dans l'articulation des intervenants dans le parcours de santé. Chacun intervient sur un des maillons du parcours du patient mais une réflexion globale s'avère nécessaire sur la totalité du parcours de santé, en tenant compte des limites et de la place de chacun.

Mme MAUGOURD (représentant des présidents de CME pour les établissements de l'AP-HP) pense que le PRADO est un projet intéressant mais déplore un manque d'information des acteurs sur le terrain. En effet le réseau gérontologique Hippocampe découvre le programme. Il y a nécessité d'avoir une cohérence entre les actions.

Elle rappelle l'importance de l'ergothérapeute dans le suivi psychologique du patient. Ce suivi est financé par l'ONDAM mais le manque de connaissance entraîne une mauvaise utilisation des ressources d'où la nécessité d'avoir une cohérence dans le parcours de soins des patients.

M. PULIK précise que de la présentation du jour s'inscrit dans un objectif de d'information sur le PRADO.

Mme PEYRE-COSTA confirme que son objectif est d'informer un maximum de professionnels de santé. Les propositions formulées sont intéressantes par contre les cas pris en charge dans le cadre du PRADO sont des cas simples. Les cas compliqués intègrent un réseau ou un service SSR. L'intervention d'un ergothérapeute n'est pas nécessaire dans ce programme compte-tenu de la simplicité des cas traités.

Elle ajoute que le but principal du programme est de fluidifier le réseau ville/hôpital. En prenant en compte les éléments comptables on constate que de nombreux patients intègrent un service SSR alors qu'ils ne rentrent pas dans les critères qui justifient une telle prise en charge.

L'objectif du PRADO est de libérer les places en SSR et éviter l'hospitalisation à tort.

Mme GAUSSENS (représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux au titre des personnes âgées) interroge sur les critères utilisés pour déterminer l'éligibilité des personnes âgées dans ce programme ? L'avis d'un gériatre est-il prévu ?

Elle ajoute qu'il ne faut pas minimiser l'impact des limites financières dans l'organisation de la prise en charge car des refus du patient ou de son entourage liés aux problèmes financiers existent.

Mme PEYRE-COSTA explique que l'intention n'est pas de se substituer au gériatre. En citant le cas de la première patiente de l'Essonne âgée de 87 ans qui a subi sa deuxième prothèse de genou, elle met fortement l'accent sur le fait que c'est le chirurgien qui prend la décision d'inscrire ou non le patient dans le programme PRADO à partir d'une grille d'indicateurs.

Mme GAUSSENS confirme que sa crainte réside dans le fait que le seul décideur soit le chirurgien et qu'il ne prenne pas en compte la globalité de la situation (familiale, sociale hébergement, etc..).

Mme PEYRE-COSTA reconnaît que le coût reste un frein dans la mise en œuvre du programme de retour/maintien à domicile. Un budget y est cependant alloué, une ligne budgétaire de la CNAMTS avec un axe de progrès y est dédiée.

M. MALHERBE (représentant des communes) dit son intérêt pour ce projet, souligne le rôle des collectivités territoriales, et demande une prise de contact avec l'union des Maires de l'Essonne pour un rendez-vous.

M. VARROUD-VIAL (représentant des réseaux de santé) insiste sur la pertinence du projet et émet le vœu de connaître ses axes de progression. Il pressent d'autres niveaux de complexité qui vont apparaître notamment dans la prise en charge des personnes âgées et dans l'organisation de la filière de prise en charge. Conscient que la bonne prise en charge est un souci partagé entre la CNAMTS et l'ARS, il pense qu'il est nécessaire de définir clairement les possibilités d'interventions à tous les niveaux de complexité.

Il demande qu'un travail soit fait au niveau de la conférence de territoire pour une intégration des différentes possibilités de prise en charge notamment en ambulatoire (parcours de soins transversal).

Après avoir rappelé le rôle des réseaux dans la prise en charge des cas complexes n'entrant pas dans le cadre du PRADO, il souligne la nouvelle attitude de l'Assurance Maladie, qu'il qualifie de positive. Il insiste cependant sur le fait que ce nouveau concept doit bien s'intégrer dans le paysage médical afin d'éviter une superposition des acteurs.

Mme PEYRE-COSTA partage l'idée qu'une l'articulation avec les réseaux est indispensable.

Mme EUVRARD (représentant des établissements privés à but lucratif) interroge à propos des patients qui pourraient bénéficier de ce nouveau programme et qui encombrant des lits de chirurgie ou SSR car ils préfèrent rester hospitalisés plutôt que de retourner à leur domicile. Comment contacter un conseiller de l'Assurance Maladie pour les inciter à intégrer le PRADO ?

Mme PEYRE-COSTA répond que le choix de l'hospitalisation est une décision médicale qui incombe au chirurgien. Par ailleurs dans ce programme, seul le patient peut décider de son adhésion après que le chirurgien en ait posé l'indication.

Mme EUVRARD : Est-il prévu de voir tous les chirurgiens orthopédiques du département ?

Mme PEYRE-COSTA : cette démarche est déjà faite. Par contre le suivi postopératoire et l'entrée dans le PRADO se fait en fonction de critères médicaux décidés par le chirurgien.

Monsieur PULIK sollicite l'avis de Monsieur OUANHNON (directeur du pôle ambulatoire et services aux professionnels de santé au siège de l'ARS) sur le sujet.

M. OUANHNON : avec le PRADO, l'Assurance Maladie est dans son rôle qui consiste à bien utiliser les ressources. Le sujet est difficilement contestable car il tient de l'amélioration du suivi des patients. L'hospitalisation est nécessaire quand il n'y a pas de solutions de prise en charge en ville.

Il regrette par contre l'application d'une politique nationale sur des organisations régionales ou locales qui ont déjà pour but de s'organiser dans la région notamment avec les SROS en cours.

La transversalité est à prendre en compte. L'Assurance Maladie utilise des lieux d'expérimentation locaux qui réfléchissent déjà dans une organisation locale sans avoir pris en compte ce nouvel élément.

Il insiste sur le besoin d'informations en amont, le besoin d'une bonne articulation, sur l'importance du territoire dans la région et sur la nécessité d'une harmonisation au niveau national pour une mise en place localement.

Mme RAMEL (représentante des usagers au titre des associations de personnes handicapées) expose brièvement un projet visant au maintien à domicile de personnes souffrant de maladies psychiques. Ce projet n'a pas reçu l'agrément de la CPAM de l'Essonne lors de sa présentation. Renvoyé vers l'ARS un rendez-vous a été fixé pour une nouvelle présentation.

M. GALINAND (représentant des usagers au titre des associations de retraités et personnes âgées) : l'adaptation du domicile est oubliée lorsqu'il s'agit d'un retour à domicile. Suite à une hospitalisation, de nombreuses personnes âgées sont amenées à changer de logement (exemple : acquérir un logement plus petit). Elles se heurtent aux bailleurs sociaux qui leur présentent un logement plus petit mais plus cher. Qu'est-il prévu pour faire face à ce problème ?

Mme PEYRE-COSTA informe que la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse propose un budget aux personnes de plus de 60 ans pour aménager leur logement.

III - PDSA (Permanence Des Soins - Ambulatoire) - Cahier des charges régional et "future" déclinaison territoriale.

Volet régional présenté par Monsieur Pierre OUANHNON

LES ELEMENTS DE CONTEXTE

La PDSA dans le cadre de la loi HPST :

- Mission de service public.
Dispositif devant répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés survenant aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux.
- Nouveau dispositif formalisé dans un cahier des charges régional.
Pilotage régional, modalités d'organisation et partie forfaitaire de son financement confiées au Directeur général de l'ARS.
- En Ile-de-France, dans la logique du Plan stratégique régional de santé (PSRS), volonté de l'ARS :
 - d'accroître l'accessibilité, la qualité/la sécurité, l'efficacité de la PDSA,
 - de renforcer la composante ambulatoire de la PDSA (parcours de soins lisible et efficient).

Le contexte francilien :

- évolution démographique défavorable des médecins généralistes,
- progression du nombre des passages aux urgences hospitalières,

- recherche d'un parcours de soins efficient aux horaires de PDSA, enveloppe financière dévolue à l'Île-de-France sous-dimensionnée (1/2 euros en Île-de-France ; 2 euros sur le plan national).

Le cahier des charges régional - Les objectifs de l'ARS :

- renforcer et valoriser l'implication des médecins libéraux dans la PDSA (régulation et effecton),
- valoriser la régulation médicale et la collaboration entre médecins libéraux et hospitaliers au sein des CRRA-C15,
- promouvoir une gouvernance rénovée du dispositif, paritaire et partenariale,
- envers les patients : améliorer l'accessibilité financière et l'information sur le bon usage du dispositif,
- limiter progressivement la venue des patients aux urgences, aux situations qui le justifient,
- mettre en place le suivi et l'évaluation du dispositif, condition de succès du dispositif.

Un financement à la hauteur des enjeux :

- enveloppe allouée initialement pour les forfaits de régulation médicale et d'effecton : 6,8 M€, insuffisante pour atteindre les objectifs.
- forte volonté de l'ARS avec effort financier permettant de passer de 6,8 M€ à 12 M€.

LE CAHIER DES CHARGES :

Soumis à consultation : le 18 avril 2012.

Elaboré en concertation avec les acteurs :

- Concertation régionale :
 - ARS, URPS-Médecins, représentants des SAMU, de SOS Médecins,
 - comité de pilotage régional associant l'Assurance Maladie, les Ordres, les associations de Permanence des soins...,
 - Accord sur les principes régionaux d'organisation.
- Concertations territoriales :
 - dans le cadre des sous-comités médicaux des CODAMUPS-TS jusqu'en avril 2012.
 - démarches des DT ARS auprès des CPAM notamment pour la mise en place du circuit de paiement.

Points majeurs :

- le CRRA-C15 en tant que « Maison commune »,
- nouvelle gouvernance structurée aux niveaux régional et départemental,
- renforcement de la régulation médicale et de l'effectif.

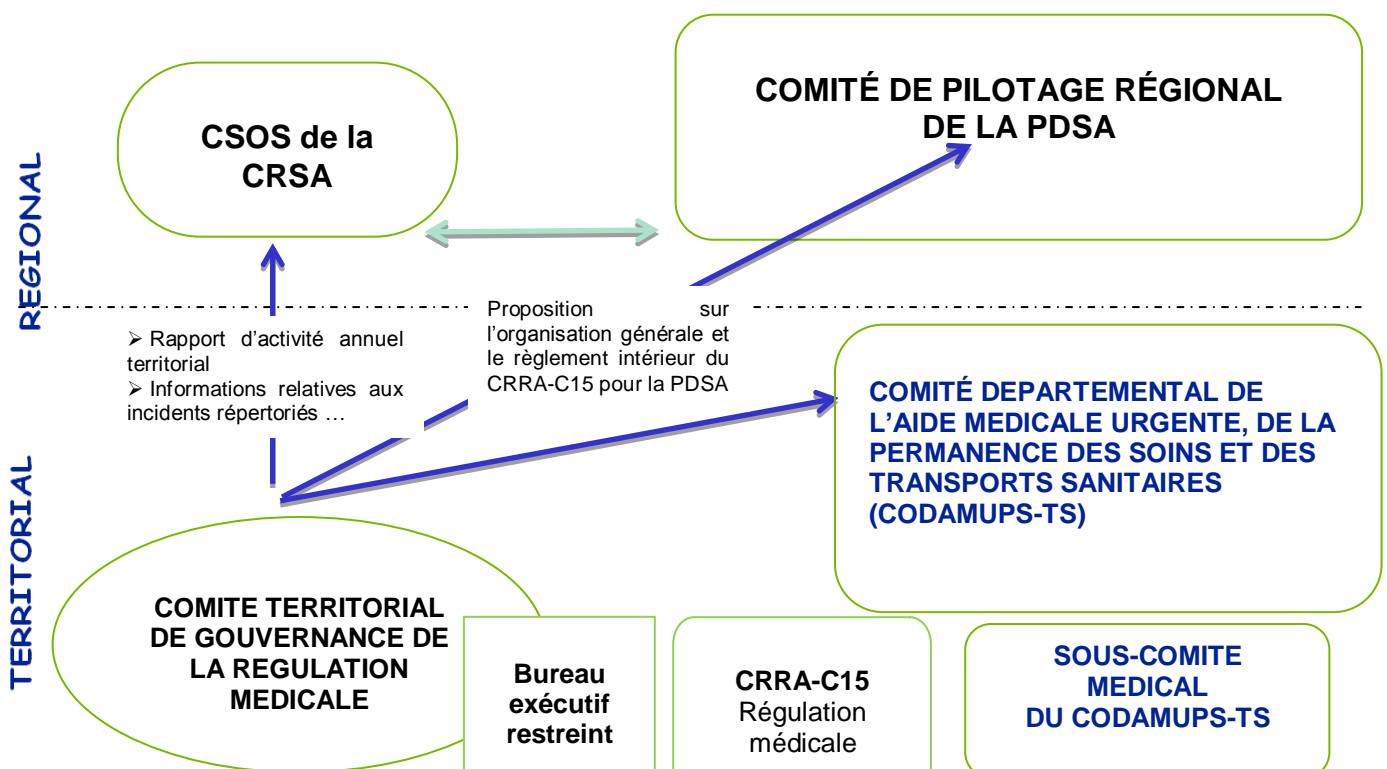
Le CRRA-C15 «Maison commune»

- organisation de la régulation médicale conjointe et équilibrée entre les médecins libéraux et hospitaliers, aux horaires de la PDSA (règlement intérieur du CRRA-C15 pour la PDSA),
- selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé,
- nouvel acteur territorial : l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires.

Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires (ADMLRM-PDSA)

- légitimité dans la nouvelle gouvernance,
- vocation à réunir tous les acteurs libéraux du territoire concerné :
 - régulateurs,
 - effecteurs fixes et mobiles,
 - et représentants de tous les médecins libéraux exerçant sur le territoire dans le cadre de la PDSA.
- mise en place dans chaque département.

Schéma de gouvernance



Nouvelles instances de gouvernance :

- Le comité de pilotage régional :
 - **suivi et l'évaluation** du dispositif et l'arbitrage de toute difficulté non résolue au niveau territorial.
- Le comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale :
 - présidé alternativement chaque année, par un représentant de l'Association départementale des médecins libéraux (ADMLRM-PDSA) ou par un représentant du SAMU-C15,
 - composition paritaire,
 - bureau exécutif restreint.

Le comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale :

- Ses missions dans le cadre de la PDSA :
 - s'assurer du bon fonctionnement de la régulation médicale au sein du CRRRA-C15 et du respect des dispositions du règlement intérieur s'appliquant aux horaires de PDSA,
 - de mettre en place une démarche qualité centrée sur les pratiques de régulation médicale,
 - d'évaluer la neutralité et l'indépendance des décisions de régulation médicale et leur conformité aux recommandations de bonnes pratiques médicales,
 - d'étudier les signalements en rapport avec d'éventuels dysfonctionnements et proposer des solutions adaptées,
 - de faire évoluer les règles de collaboration entre les différents acteurs,
 - de contribuer au recueil et à l'analyse des données d'activité locales,
 - de proposer au comité de pilotage régional, des évolutions de l'organisation générale et du règlement intérieur,
 - d'élaborer un rapport d'activité annuel territorial à destination du comité de pilotage régional et des instances départementales que sont les CODAMUPSTS et les sous-comités médicaux, et de la CSOS CRSA.
- Une gestion réactive est assurée par le Bureau exécutif restreint.

La gouvernance au niveau territorial :

Le CODAMUPS-TS et le sous-comité médical maintenus :

- co-présidés par le DGARS ou son représentant et par le préfet (ou préfet de police à Paris) ou son représentant,
- légitimité réglementaire (*décret n°2010-810 du 13 juillet 2010*),
- missions : organisation de la permanence des soins et de son ajustement aux besoins de la population, évaluation annuelle, propositions de modifications.

Un renforcement significatif :

- renforcement de la régulation médicale en termes de :
 - gouvernance,
 - financement de la régulation médicale libérale,
 - d'effectifs de médecins régulateurs libéraux présents à certaines plages horaires (fin de semaine, nuit profonde).
- renforcement de l'effectif :
 - revalorisation des gardes postées et rémunération d'effectifs qui ne bénéficiaient pas de forfait auparavant,
 - forfaits spécifiques pour certains effectifs mobiles (critère de ruralité)
- Réserve régionale pour un renforcement en cas de pic d'activité exceptionnel.

CALENDRIER ET PERSPECTIVES

Calendrier :

- consultation des instances : avis des CODAMUPS-TS, des Préfets, des CDOM, de l'URPS-Médecins et de la CSOS de la CRSA en mai : avis favorables,
- adaptation des chaînes de liquidation de l'Assurance Maladie aux dispositions du nouveau cahier des charges, pour permettre le paiement des médecins,
- publication envisagée début septembre 2012 avec mise en œuvre immédiate du cahier des charges.
- campagne de communication grand public en fin d'année (2012).

Communication :

- après publication de l'arrêté relatif au cahier des charges régional de la PDSA, une campagne de communication harmonisée sera élaborée sur le bon usage du dispositif de PDSA, du recours au 15,
- préparée et mise en œuvre en lien avec les partenaires impliqués aux niveaux régional et territorial,
- les différences d'organisation des dispositifs de chaque territoire conduiront à envisager des campagnes spécifiques pour chaque département,
- un axe de cette communication permettra d'identifier le CRRA-C15 comme une entité où collaborent des médecins libéraux et hospitaliers pour apporter une réponse efficace et permanente aux appels médicaux urgents.

Perspectives

- Dès publication de l'arrêté fixant le cahier des charges, une période de déploiement et d'observation pour :
 - mettre en place les outils de gouvernance locaux,
 - et le recueil des indicateurs de suivi et d'évaluation.
- Début 2013, évolutions envisagées dans ce 1^{er} cahier des charges :

- dispositif dégressif de rémunération en garde postée,
- après évaluation, renforcement de zones non couvertes, de la régulation libérale en nuit profonde ou autres ajustements.

- Suivi réactif des difficultés et dysfonctionnements éventuels, et évaluation systématique des différents aspects du dispositif.

Avant de passer à la déclinaison territoriale de la permanence des soins l'opportunité a été donnée aux membres de réagir sur la présentation régionale.

M. CHABENAT (*représentant des professionnels de santé – chirurgien-dentiste*) souligne l'absence de la chirurgie dentaire dans le cahier des charges régional. Il informe que le 12 avril 2012, l'Assurance Maladie a signé un protocole pour la rémunération des astreintes avec l'ordre des chirurgiens dentistes. Est-ce l'ARS le payeur ou l'Assurance Maladie ?

Autre point d'interrogation, la présentation met en évidence l'insuffisance de l'enveloppe de financement de la permanence des soins des médecins qu'en est-il pour la rémunération (application) pour les chirurgiens-dentistes ?

M. OUANHNON confirme que l'Agence Régionale de Santé se charge uniquement de la rémunération des médecins généralistes, pour ce qui est des chirurgiens dentistes, c'est la CNAMTS qui s'en charge.

Le CODAMUPS-TS de chaque département a cependant évoqué en assemblée la permanence des soins dentaires afin de recenser les besoins actuels des territoires et comment y répondre.

M. MALHERBE : Le dispositif est intéressant cependant il est précisé qu'un effort financier est nécessaire permettant un passage de 6.8 M€ à 12M€ pour le financer. Que se passera-t-il s'il n'est pas possible d'avoir les 12M€ ?

Il rappelle que pour l'Essonne le centre 15 partage les appels avec les sapeurs-pompiers.

En ce qui concerne les maisons médicales de garde, certaines sont tributaires de leurs implantations si elles sont installées ou non dans un hôpital.

M. OUANHNON répond à la question liée au financement du dispositif en informant que le FIR (fonds d'Intervention Régional) résultant de la fongibilité de certaines enveloppes sera utilisé et que la PDSA est clairement une priorité dans la ventilation des projets pris en charge par le FIR.

Pour ce qui est du travail partagé avec les services du SDIS, l'organisation se fait au cas par cas en fonction des départements.

Une réflexion est menée avec le ministère sur le problème compliqué des implantations des maisons médicales de garde. Le sujet est préoccupant mais aucune réponse ne peut être apportée ce jour.

Il précise que certains dispositifs financiers actuels (forfaits urgence, notions de seuils) ne favorisent pas le développement de l'activité des maisons médicales de garde et qu'une réflexion dans le domaine doit être menée.

Déclinaison territoriale de l'Essonne présentée par le Dr Nathalie KHENISSI (*Responsable du département ambulatoire et services aux professionnels de santé à la Délégation Territoriale de l'Essonne*).

Elaboration du volet départemental au cours de :

■ 4 sous comité médicaux :

- 8 novembre 2011,
- 26 janvier 2012,
- 15 mars 2012,
- 3 mai 2012.

■ de réunions bilatérales avec :

- le CDOM
- les associations de permanence des soins :
 - FAME (Fédération des Associations Médicales de l'Essonne),
 - ADUM (Association Départementale pour les Urgences Médicales),
 - associations médicales des maisons médicales de garde,
 - SOS médecins 91.
- le SAMU

Dispositif actuel :

■ Effecteurs fixes :

- 7 maisons médicales de garde (MMG) pour 9 territoires de consultations, les territoires de Dourdan et du Val d'Yerres sont sans effecteurs fixes
- les MMG, 5 sont ouvertes le samedi après-midi, les 7 sont ouvertes les dimanches et jours fériés, journée entière

■ Effecteurs mobiles :

- SOS médecins 91 assure les visites incompressibles à domicile la nuit, les samedis, dimanches et jours fériés sur l'ensemble du territoire

■ Régulation médicale :

- assurée par des médecins généralistes 7j / 7 et 24h / 24.

■ Rémunération des médecins correspondant aux rémunérations réglementaires.

Diagnostic :

Un dispositif qui correspond dans les grandes lignes aux principes d'organisation du cahier des charges régional

■ Points forts :

- des médecins généralistes 7j / 7, 24h / 24 au centre 15 organisés de manière à répondre aux pics d'activité,
- des médecins libéraux engagés,
- une couverture de tout le territoire par un effecteur mobile,
- dispositif lisible.

■ Limites :

- une démographie médicale défavorable et des médecins qui «saturent»,
- 2 territoires de consultations sans effecteurs fixes, (Dourdan, le val d'Yerres)
- manque de coopération entre certains services d'urgence et les maisons médicales de garde quand celles-ci sont implantées dans un établissement de santé ou à proximité,
- des conditions d'exercice en maisons médicales de garde jugées pour certaines insatisfaisantes.

Axes de travail :

- redécoupage du territoire de manière à ce que tous les territoires de consultations disposent d'un effecteur fixe,
- intégration du regroupement de la maison médicale d'Evry et de la maison médicale de Corbeil sur le nouveau site du Centre Hospitalier du Sud Francilien à partir de mars 2012.

Le nouveau dispositif :

- 7 territoires de consultations disposant chacun d'un effecteur fixe :
 - 7 maisons médicales de garde (fusion des maisons médicales de garde d'Evry et de Corbeil dans un an),
 - 1 point fixe de SOS médecins 91.
- à l'identique pour :
 - les visites à domicile,

- la régulation médicale.

Un territoire de consultation fragilisé, le territoire d'Etampes :

- la liste de garde repose sur une dizaine de médecins volontaires. Difficultés pour en mobiliser d'autres,
- nécessité de recourir aux réquisitions pour assurer les gardes d'avril à juin à la maison médicale de garde,
- une réflexion est en cours pour mettre en place un dispositif qui permette de continuer à assurer les consultations aux heures de la PDSA qui tient compte du contexte local (zone rurale, démographie médicale en baisse, moyenne d'âge des médecins élevés).

Objectifs :

- Accompagnement de la mise en œuvre du nouveau dispositif,
- Organisation d'une rencontre entre tous les acteurs de la permanence des soins du territoire afin de renforcer les liens entre la ville et l'hôpital

Pour terminer sa présentation, Mme KHENISSI ajoute qu'une garde pharmaceutique est en place dans chaque territoire, les dimanches et jours fériés ainsi que la nuit.

Les kinésithérapeutes assurent une permanence pour la kinésithérapie respiratoire.

Chaque dimanche et jour férié deux chirurgiens-dentistes assurent une astreinte à leur cabinet de 9h à 12h et de 14h à 17h.

Avant de passer la parole aux membres le Président fait remarquer que le regroupement des deux maisons médicales de garde sur le site du centre hospitalier sud francilien n'est peut être pas une bonne idée, la proximité géographique pour ce type de structure semblant un pré requis.

M. CHAVENON souligne le retour à une seule unité entre Evry et Corbeil pour la permanence des soins des pharmaciens sans que cela ait posé de problème.

Mme KHENISSI : certes le regroupement répond moins à la proximité mais ce regroupement sur un seul site répond à certains problèmes d'ordre humain et financier. Un effet bénéfique est à retirer de la mutualisation des équipes médicales pour les plannings de gardes. Par ailleurs l'accès à la maison médicale de garde d'Evry est totalement régulé via le Centre 15 qui centralise les appels et dirige les patients.

M. GALINAND : Y a t-il eu une réflexion sur les moyens de transports des usagers dans les maisons médicales de garde ?

Mme KHENISSI : la diminution de la démographie médicale est un véritable problème car de moins en moins de proximité reste possible. Une réflexion sur l'organisation de l'accès aux soins des populations éloignées qui n'ont pas de moyens de transports est nécessaire. Certaines villes ont déjà réfléchi sur ce problème et elles ont mis en place quelques solutions pour leur population.

M. OUANHNON : les moyens de transports représentent un problème majeur dans certains départements notamment dans les zones rurales (ex la Seine et Marne). C'est un sujet préoccupant pour l'accès aux soins de ces populations. Des pistes de réflexion sont à envisager entre autre l'utilisation des transports sanitaires et publics.

M. LUBEIGT (représentant des établissements publics de santé) : le sud du département de l'Essonne est un territoire inquiétant. La maison médicale de garde implantée au sein du site hospitalier a nécessité une solution extrême à savoir la réquisition des médecins. Avec les problèmes de démographie médicale, y a-t-il des pistes d'évolution pour ce territoire ?

Mme BURGEI (Déléguée Territoriale de l'Essonne) : la réquisition ne peut pas être une solution pérenne dans un système de permanence des soins qui repose sur le volontariat. Cette solution a été proposée au Préfet pour faire face à la situation bien particulière et dans la perspective de dégager une solution viable pour la PDSA dans le secteur d'Etampes.

Une réorganisation est conduite en collaboration avec la FAME et l'association de la MMG d'Etampes qui devra être effective pour septembre 2012.

En réponse à l'interrogation de Mme RAMEL au sujet de la place de la psychiatrie dans la PDSA, **M. OUANHNON** précise que la psychiatrie est un élément important de la permanence des soins. Elle est prise en compte dans le volet SROS. Bien que le calendrier ne le permette pas, l'idéal aurait été de travailler en même temps, la permanence des soins ambulatoire, le volet urgence du SROS ainsi que la permanence des soins en établissements de santé. Mais ce point sera pris en compte dans le volet SROS urgence.

Mme BURGEI ajoute que la permanence des soins dans le cadre de la psychiatrie nécessite un travail en collaboration avec la Police et la Gendarmerie. Une importante articulation est nécessaire avec des acteurs différents de ceux du soin rendant plus difficile la convergence des priorités.

M. VARROUD-VIAL pense qu'il est nécessaire de réfléchir sur une professionnalisation des médecins urgentistes. Dans les EHPAD, substitut de domicile, la permanence des soins est un réel problème à cause de l'important recours au service hospitalier.

Mme BURGEI : Le travail des réseaux est important, plusieurs dispositifs expérimentaux d'équipe mobile, de télémédecine et / ou de présence d'infirmière 24/24 sont en cours pour éviter les hospitalisations inutiles.

Mme MAUGOURD propose la rédaction d'un projet favorisant l'écoute gériatrique dans les EHPAD et proposant des réponses aux problèmes de tiers payant.

M. PULIK ajoute quelques mots sur le projet du volet hospitalier du SROS PRS. Celui-ci devrait être mis à la consultation fin septembre.

Le 2 juillet 2012, l'ensemble des établissements sanitaires du département seront réunis pour une première présentation sur les orientations générales de ce volet.

Une version V0 du SROS devrait être publiée par l'ARS vers le 20 septembre 2012.

Une présentation plus complète de ce volet sera à l'ordre du jour de la conférence de territoire du mois d'octobre.

Le président remercie à nouveau les membres ainsi que les intervenants pour leur présence avant de mettre un terme à la séance à 12h25.

LEXIQUE

ADUM	Association Départementale pour les Urgences Médicales
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CRRA-C15	Centre de Réception et de Régulation des Appels – Centre 15
CSOS	Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins
DGARS	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
ELSM	Echelon Local du Service Médical
FAME	Fédération des Associations Médicales de l'Essonne
FIR	Fonds d'Intervention Régional
MMG	Maison Médicale de Garde
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoire