

**Compte rendu de la 10^{ème} conférence de territoire des Hauts-de-Seine
Vendredi 5 octobre 2012**

Introduction

Madame Alexandra FOURCADE introduit la Conférence en indiquant que le Plan régional de santé (PRS) devrait être validé avant la fin de l'année. Il intègrera les schémas et préconisations émises par les CRSA et les conférences de territoire. Madame FOURCADE termine son introduction en annonçant que l'année 2013 constitue une opportunité pour la conférence de territoire de redéfinir son rôle dans le cadre de la mise en œuvre du PRS. Le bureau devrait établir des propositions avant la fin de l'année 2012.

➤ **Partie 1 : Présentation du cahier des charges régional de la Permanence des soins ambulatoires**

Monsieur OUANHON

Le cahier des charges s'inscrit dans un dispositif relevant d'une mission de service public, il doit répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés survenant aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux (dimanches, nuit, jours fériés). Le pilotage est régional, la partie forfaitaire de son financement étant confiée au Directeur général de l'ARS.

En Île-de-France, l'objectif est d'être en conformité avec le cahier des charges et il s'agit donc de tout mettre en œuvre pour accroître l'accessibilité, la qualité et la sécurité, et pour renforcer la composante ambulatoire de la PDSA (parcours de soins lisible et efficient). Monsieur OUANHON explique par exemple qu'il n'est pas aisé pour un patient de savoir à quel moment il a besoin d'un service ambulatoire ou d'un service d'urgence.

A/ Le contexte francilien se présente sous les quatre points suivants :

- Evolution 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, environ 5 fois inférieure à la moyenne nationale.

B/ Monsieur OUANHON présente ensuite les principaux objectifs de l'ARS.

Il s'agit tout d'abord de renforcer et valoriser l'implication des médecins libéraux dans la PDSA, qui s'est peu à peu réduite jusqu'à aujourd'hui. La professionnalisation de la permanence des soins progresse de manière favorable, mais l'objectif est de relancer cette dynamique de participation aux gardes des médecins de ville.

L'objectif suivant est la valorisation de la régulation médicale et de la collaboration entre les médecins libéraux et hospitaliers, au sein des CRRA-C15. Ainsi, certains patients n'auront pas à se déplacer, et seront orientés vers la bonne structure. De l'avis même des médecins libéraux et urgentistes, cela améliorera la qualité de la régulation médicale, à condition que cette gouvernance soit paritaire.

Envers les patients, l'ARS travaille sur la possibilité d'améliorer l'accessibilité financière (tiers payant et information) et l'information sur le bon usage du dispositif, afin de limiter progressivement la venue des patients aux urgences aux situations qui le justifient.

Ce dispositif devra être suivi et évalué, il semble important de vérifier que ces évolutions apparaissent comme conformes et efficaces tant au niveau qualité que sur l'aspect financier. L'enveloppe allouée initialement pour les forfaits de régulation médicale et d'effectation était de 6,8 M€, montant insuffisant pour atteindre les objectifs. L'ARS est actuellement prête à procéder à un effort financier afin d'atteindre un montant de 12M€.

C/ Le cahier des charges sera soumis à consultation.

Le cahier des charges sera soumis à consultation à la fin du 1^{er} semestre de l'année 2013, et sera élaboré en concertation au niveau régional avec les principaux acteurs de la PDSA (ARS, URPS-Médecins, représentants des SAMU, de SOS Médecins Comité de pilotage régional associant l'AM, les Ordres, les associations de PDS, ...), et au niveau territorial dans le cadre des sous-comités médicaux des CODAMUPS-TS.

Les points majeurs de ce nouveau dispositif sont les suivants :

- Ce centre de réception et régulation des appels deviendra à terme la maison commune de la régulation médicale ;
- La nouvelle gouvernance sera structurée au niveau régional mais aussi au niveau départemental ;
- La régulation médicale et l'effectation seront renforcées.

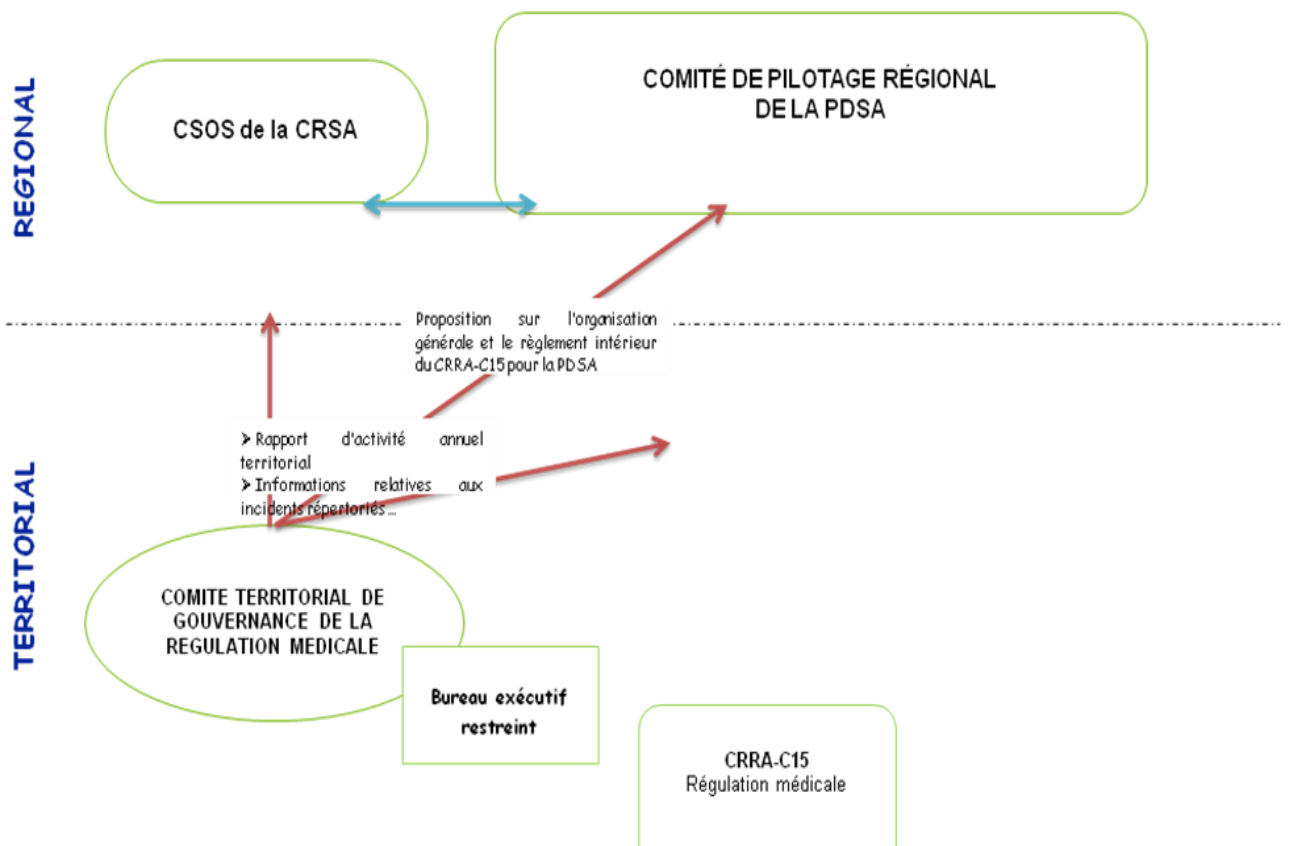
Monsieur OUANHON continue sa présentation en précisant qu'il ne s'agit ici que d'une étape, d'autres avancées sont espérées pour améliorer ce dispositif sur certains aspects : participation des nouveaux acteurs, prise en charge, etc.

Ce dispositif doit désormais permettre d'avoir systématiquement des acteurs libéraux et hospitaliers évoluant ensemble sur cette régulation, qui doit se faire sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Il faudra évidemment être vigilant pour qu'elle soit efficace.

Ainsi, un nouvel acteur territorial apparaît : « l'association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la PDSA ». L'objectif est d'avoir une possibilité d'organisation et de gestion des médecins libéraux qui soit visible et lisible pour l'ensemble des autres acteurs.

Le Comité médical territorial aura ainsi le pouvoir de réagir rapidement en cas de dysfonctionnement. Il sera composé de médecins libéraux, du SAMU (la présidence étant alternée entre ces deux acteurs), le Conseil de l'ordre des médecins, et l'ARS. Cependant, la présence de représentants des structures d'urgence, ou de médecins urgentistes, sera possible.

Monsieur OUANHON présente le schéma de gouvernance suivant :



Il s'agit d'un renforcement significatif :

- Renforcement de la régulation médicale en termes de gouvernance, de financement de la régulation médicale libérale, et 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'effecteurs qui ne bénéficiaient pas de forfait auparavant, forfaits spécifiques pour certains effecteurs mobiles (critère de ruralité) ;
- Réserve régionale pour un renforcement en cas de pic d'activité exceptionnel.

D/ Calendrier

Les instances (les 8 CODAMUPS-TS, les Préfets, les CDOM, l'URPS médecins, la CSOS de la CRSA) ont d'ores et déjà émis un avis favorable. Adaptation Les chaînes de liquidation de l'Assurance maladie seront adaptées aux dispositions du nouveau cahier des charges pour permettre le paiement des médecins. Le cahier des charges a été publié le 1^{er} octobre 2012 avec mise en œuvre immédiate.

Une grande campagne de communication sera lancée en novembre. Elle sera centrée sur le bon usage du dispositif de PDSA et sur l'utilisation du recours au centre 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 messages spécifiques pour chaque département.

➤ Partie 2 : Présentation du cahier des charges territorial de la PDSA Nelly Boussyguine

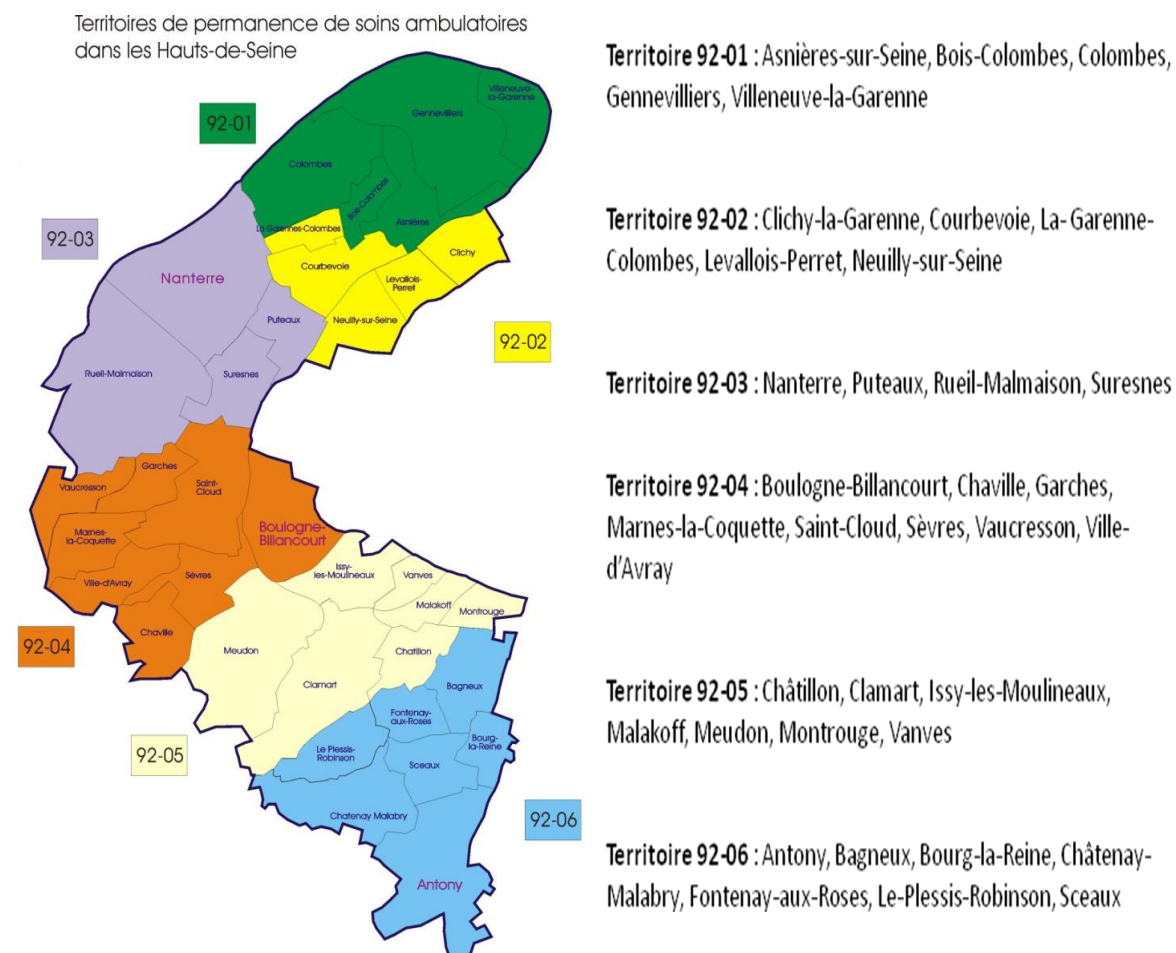
A/ Le cahier des charges territorial

Actuellement, 25 médecins participent à la régulation médicale au sein du CRRA-C15 à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches, les 2 lignes de médecins régulateurs sur les pages de PDSA étant maintenues. La revalorisation est de 80€ de l'heure.

S'agissant de l'effectif, les 13 secteurs de gardes initiaux sont remplacés par 6 territoires de PDSA, en maintenant le nombre d'effecteurs. La garde postée est revalorisée à 100€ pour 4 heures. Ce dispositif est toutefois dégressif, il existe un montant garanti de 60€ puis le montant est évalué en fonction du nombre d'actes. La rémunération de l'effectif mobile est quant à elle maintenue à 50€ pour 4 heures.

Les effecteurs postés sont les suivants: les cabinets libéraux au nord-ouest et au centre du département ; les maisons médicales de garde à Clichy, Suresnes, Boulogne-Billancourt, Issy-les-Moulineaux, Clamart et Antony.

Quant aux effecteurs mobiles, une association de visites à domicile, SOS 92 Garde et Urgences médicales, couvre l'ensemble du département pour l'intégralité des horaires de la PDSA.



DEPARTEMENT HAUTS-DE-SEINE - 92- EFFECTEURS MOBILES ET FIXES - 2012

Territoires PDSA	lundi au dimanche		samedi	dimanche / JF et PM
	20h à 24h	0h à 8h	12h à 20h	8h à 20h
92-01	1 libéral 1 SOS 92	1 SOS 92	1 SOS 92	1 libéral 1 SOS 92
92-02	1 libéral 1 SOS 92	1 SOS 92	MMG Clichy 1 libéral 1 SOS 92	MMG Clichy 1 libéral 1 SOS 92
92-03	1 SOS 92	1 SOS 92	1 libéral 1 SOS 92	MMG Suresnes
92-04	MMG Boulogne 2 libéraux 1 SOS 92	1 SOS 92	3 libéraux	MMG Boulogne 2 libéraux 1 SOS 92
92-05	MMG Clamart 1 SOS 92	1 SOS 92	MMG Issy 1 SOS 92	MMG Issy MMG Clamart
92-06	MMG Antony (WE-JF) 1 SOS 92	1 SOS 92	MMG Antony 1 SOS 92	MMG Antony 1 SOS 92

B/ Questions de l'audience relatives à la PDSA

Où sont les représentants des usagers, les collectivités territoriales, ou les centres de santé ?
Ces acteurs font partie du comité de pilotage régional, soit entre 80 et 90 personnes.

Au sein du SAMU existe une association dénommée AMU92, qui représentait jusque là les médecins libéraux dans le cadre de la PDSA. Qu'en sera-t-il désormais ?

Il n'y a pas la volonté de supprimer les associations telles que l'AMU92. Cependant, les petites associations pourraient devenir à terme le socle de l'association des représentants des médecins libéraux. L'URPS travaille actuellement avec l'ensemble des libéraux, a priori cette association devrait ainsi en faire partie.

Qui est chargé(e) de monter la réglementation de cette association ?

Il s'agit de l'URPS. Le financement de ces associations sera pris en charge dans le cadre du dispositif de la PDSA mais s'ajoutera uniquement pour la partie amenant des activités supplémentaires, donc les activités déjà assurées ne seront pas financées.

La conférence de territoire souhaite que soit clarifié le positionnement de cette nouvelle organisation avec l'AMU 92.

Existe-il un lien avec le numéro d'urgence 18 ?

Pour tout le domaine sanitaire, le numéro de référence est le 15. Le 18 sera toutefois inclus dans la boucle, il est par conséquent prévu des relations. Par ailleurs, les Sapeur-pompiers participent à l'élaboration du cahier des charges.

Quel rôle est-il possible de tenir afin de communiquer cette organisation auprès des acteurs locaux ?

Dans un premier temps, il s'agira de diffuser les informations auprès de toutes les instances et institutions, des établissements de santé, des EHPAD, et des médecins généralistes. Il s'agit ainsi de développer des outils et supports permettant d'être des relais afin d'informer les usagers. Dans un second temps, une communication auprès du grand public sera mise en œuvre avec affichages, informations dans les lieux publics, etc.

La complexité et le manque d'homogénéité de l'offre font que la politique de communication ne doit pas être trop précise afin d'être compréhensible par le grand public. Par ailleurs, la maison médicale de Suresnes devrait élargir son amplitude horaire.

Il existe une convention bipartite Assurance Maladie – AMU 92. A priori cette convention deviendra nulle, tant qu'il ne sera pas signé de convention tripartite.

Il n'existe aucune raison à ce que les associations de PDSA et l'Assurance Maladie changent les dispositions de leurs conventions, mais il peut effectivement y avoir quelques incertitudes quant aux délais.

Les centres de santé souhaitent participer aux gardes mais ils font face à des obstacles réglementaires et financiers, car les médecins des centres de santé sont salariés. Or tout notre dispositif ne concernerait que les non-salariés.

La CPAM des Hauts-de-Seine procède actuellement à l'analyse de cette problématique, afin d'en trouver l'issue en lien avec le niveau national.

Pourquoi ne pas appliquer les mêmes tarifs que les médecins hospitaliers ?

La négociation a été ainsi faite.

➤ **Partie 3 : Validation des CR de la séance du 27 juin**

La première partie porte sur le point fait avec Monsieur le DG de l'ARS, Claude Evin, à propos du bilan des deux années d'existence de l'ARS, notamment sur les champs sanitaires, médico-sociaux et relatifs à la prévention. Il n'existe pas actuellement de feuille de route issue de cette discussion, mais elle sera élaborée après 2013.

La seconde partie concerne les préconisations de la Conférence de territoire sur les différents schémas, présentés ci-après.

➤ **Partie 4 : Schéma ambulatoire** **Nelly Boussyguine**

Le volet « ambulatoire » du schéma régional de santé se décline selon 8 axes :

- Axe 1 : Promouvoir et faciliter l'installation de professionnels de santé, notamment dans les zones fragiles ;
- Axe 2 : Favoriser la promotion, l'implantation et le maintien des structures d'exercice collectif ;
- Axe 3 : Garantir l'accessibilité d'une offre de soins ;
- Axe 4 : garantir la disponibilité d'une offre de soins ambulatoire sur l'ensemble du territoire ;
- Axe 5 : Développer la transversalité et favoriser la fluidité du parcours de soins ;
- Axe 6 : Renforcer la qualité et la performance de l'offre de santé en ville ;
- Axe 7 : Favoriser la participation des professionnels de santé aux activités et programmes de pratiques cliniques préventives ;
- Axe 8 : Impliquer les acteurs ambulatoires collectifs et individuels dans les dispositifs de veille et de gestion des alertes et crises sanitaires.

A/ L'aide à l'installation des professionnels de santé (Axe 1)

1/ Les Journées Découvertes départementales interprofessionnelles

L'objectif est de promouvoir et faciliter l'installation des professionnels de santé en Ile-de-France en leur faisant découvrir les territoires en partenariat avec les collectivités territoriales. Ainsi, une demi-journée d'information et d'échanges interprofessionnels est organisée annuellement. S'agissant des Hauts-de-Seine, la demi-journée se tiendra le 15 novembre 2012.

Sont ciblés tous les professionnels de santé en fin de formation (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, biologistes responsables, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures podologues, orthoptistes), les remplaçants, les professionnels de santé à la recherche d'une reconversion, et les collectivités territoriales porteuses de projet d'aménagement de l'offre de soins.

2/ Les Permanences locales d'aide à l'installation des professionnels de santé

Des permanences locales d'accompagnement à l'installation sont mises en place dans la région. Elles sont organisées pour chaque profession. Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) en assurent la mise en œuvre en partenariat avec les Ordres, l'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie.

Elles sont un lieu de rencontre à échéance fixe pour l'accueil des professionnels de santé ayant un projet d'installation sur le territoire ; elles se construisent en relation avec les acteurs départementaux (Ordres, CPAM, DT-ARS, Collectivités...), et apportent des réponses personnalisées (coordonnées, structurées, confraternelles et administratives).

Chaque département organise une permanence mensuelle. Tous les jeunes professionnels de santé en fin de formation, les remplaçants et les professionnels de santé à la recherche d'une reconversion sont ciblés par ce dispositif.

Dans les Hauts-de-Seine, les permanences locales ont lieu soit à la DT 92 soit au CDOM 92 depuis le mois de juin 2012 (13 juin, 11 juillet, 12 septembre). Les trois prochaines permanences se tiendront les 10 octobre, 14 novembre et 12 décembre 2012.

3/ Les expérimentations départementales

Tout d'abord, un cours sur l'installation en libéral, en partenariat avec l'Ordre des infirmiers, a été mis en place auprès des élèves infirmiers de 2ème ou 3ème année dans 2 Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) du département.

Les questionnaires de satisfaction ont montré que, bien que 87 % des répondants connaissent l'exercice libéral, 94 % ont reçu de nouvelles informations sur les conditions d'installation, 85% sur le type d'activité, et 83 % sur la rémunération. Avant le cours, 43 % des élèves n'envisageaient pas de s'installer dans le département, tandis qu'après le cours, ils n'étaient plus que 18 % à ne pas vouloir s'installer, avec une importante frange (57 %) qui demeurait dans l'incertitude. L'évaluation est positive et en faveur d'une généralisation de ce type d'intervention dans les IFSI, voire dans les facultés ou autres écoles de professionnels de santé.

Ensuite, la manifestation CDOM 92 / URPS médecins « Médecin, s'installer dans les Hauts-de-Seine » du 17 novembre 2011 peut désormais être évaluée.

Les jeunes médecins sont venus chercher des informations sur la gestion du cabinet (100 %) et sur les opportunités d'installation dans le département (83 %). Ils ont particulièrement apprécié la présentation des particularités de la population des Hauts-de-Seine (générale et médicale) à 67 %, à égalité avec les opportunités d'installation. Cette évaluation pourra jouer un rôle de levier pour les prochaines matinées organisées dans les départements franciliens.

B/ La contractualisation avec les offreurs de services de santé dans le cadre du Programme Régional de la Gestion du risque (Axe 6)

1/ Les priorités nationales

Les 10 priorités nationales sur la période 2010-2012 sont les suivantes :

- Transports sanitaires ;
- Insuffisance rénale chronique ;
- Liste en sus ;
- Prescriptions hospitalières de médicaments effectuées en ville ;
- Imagerie médicale ;
- Chirurgie ambulatoire ;
- Efficience des EHPAD ;
- Efficience de la prescription dans les EHPAD ;
- Soins de suite et de réadaptation ;
- PDSA.

Ces priorités sont complétées par les priorités régionales 2012-2013 suivantes :

- Mieux connaître le risque en santé ;
- Renforcer l'accessibilité financière des soins ;
- Renforcer l'information et la prévention ;
- Promouvoir des parcours de santé plus cohérents et efficaces ;
- Promouvoir l'efficience en matière de médicaments.

2 La contractualisation en matière de transports sanitaires dans les Hauts-de-Seine

L'objectif est de réguler la progression des dépenses de transports sanitaires prescrits par l'hôpital tout en régulant l'offre. S'agissant des Hauts-de-Seine, 4 CAQOS sont développés avec des établissements de santé, et 5 CAQS-VSL avec des sociétés de transports sanitaires.

C/ Le développement des outils informatiques communicants entre les professionnels de santé dans le cadre du Programme Régional de Télémedecine (Axe 5)

Le programme régional de développement des activités de télémedecine définit les conditions requises pour la mise en œuvre d'activités de télémedecine à travers un cahier des charges de pré-requis. Il prévoit les modalités de déclinaison en région des 5 priorités nationales de déploiement de la télémedecine suivantes :

- Permanence des soins en imagerie (projet régional en cours d'élaboration pour un déploiement à partir de fin 2013) ;
- Prise en charge de l'AVC (projet TELENEURO démarré, pour un déploiement à partir de début 2013) ;

- Santé des personnes détenues (projet Télé-dermatologie, déployé courant 2013) ;
- Prise en charge des maladies chroniques (déploiement de projets de télé-suivi de patients obèses, insuffisants cardiaques, insuffisants rénaux, entre 2012 et 2015) ;
- Soins en structures médico-sociales ou en hospitalisation à domicile (déploiement des projets en EPHAD et en HAD entre 2012 et 2015).

A la suite de cette présentation, Madame Fourcade indique que lors de la précédente séance, il a été tenté d'étudier la déclinaison de ces dispositifs dans le 92. La télémédecine en est un exemple, il n'existe aucune visibilité sur ce qui est envisagé ou non. L'accessibilité financière concernant les maisons médicales de garde a été incluse. Des sujets ont pu être oubliés, de même que l'accent aurait pu être mis sur la lisibilité et la cartographie. Tout cela va être étudié avant le 15 novembre, le schéma étant par la suite examiné, le 27 novembre.

D/ Questions de l'audience relatives au schéma ambulatoire

Le dispositif permettant aux médecins salariés de réaliser des gardes est-il opérationnel ?

Une lettre réseau de l'Assurance Maladie prévoyant la possibilité pour ces médecins d'être rémunérés est évoquée, mais tout ceci n'est pas, à ce jour, opérationnel. Une communication sera alors nécessaire.

La rémunération des médecins assurant les gardes ne peut se faire que via des honoraires. Un médecin salarié devra alors « prendre un URSSAF », et de fait sera soumis à une double cotisation.

Il faut identifier les médecins salariés, afin de payer la structure qui répartira par la suite les rémunérations, dispositif déjà en place s'agissant de l'AMU.

Madame FOURCADE conclut ce débat portant sur le schéma ambulatoire en proposant à l'audience de lire dans les jours à venir les 8 propositions, puis de transmettre le cas échéant les remarques à l'ARS, avant la fin du mois d'octobre.

➤ Partie 5 : Schéma régional de prévention

Véronique DUGAY

A/ Les axes et priorités du schéma

Les axes et priorités du schéma régional de prévention (SRP) sont les suivants :

- Axe 1 : Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- Axe 2 : Favoriser l'intégration de la prévention dans le parcours de santé ;
- Axe 3 : Améliorer la qualité globale de l'offre de prévention ;
- Axe 4 : Augmenter la culture du « signalement » et du risque ;
- Axe 5 : Mobiliser les professionnels de santé pour renforcer les vigilances sanitaires ;
- Axe 6 : Poursuivre les actions partenariales répondant aux besoins des franciliens.

Parmi les points forts de ce schéma, il convient de souligner qu'il s'agit d'une offre de prévention riche et partenariale, avec des dispositifs de veille et de gestion des alertes développés et performants. Néanmoins, il subsiste de manière significative des inégalités sociales et territoriales de santé, ainsi qu'un manque de cohérence et d'évaluation des actions de prévention.

B/ La programmation des actions

Les dialogues de gestion sont la modalité principale d'entrée dans la programmation, l'enjeu étant de conforter ou réorienter les projets sur nos priorités territoriales, populationnelles et thématiques. Ces dialogues peuvent être complétés par des appels à projets, visant à mieux couvrir les populations concernées sur les territoires les plus en besoin.

Des outils spécifiques ont été mis en place, notamment le développement de la labellisation, la promotion de la culture de l'évaluation, et l'évolution des formations des professionnels de santé.

Ce schéma tend à s'articuler avec les divers plans, schémas et programmes, à savoir les recommandations des différents plans nationaux, les volets ambulatoire et médico-social du SROS, le volet bucco-dentaire et le volet santé des détenus du PRS, le PRAPS, et le PPRGDR.

C/ La réduction des inégalités

S'agissant de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans le 92, des efforts en matière de prévention ont été fournis, orientés vers les communes présentant les indicateurs socio-économiques et sanitaires les plus défavorables, dont l'IDH2 est inférieur à 0.52, ainsi que vers certaines communes, globalement moins défavorisées, mais comportant des quartiers CUCS dans lesquels les besoins en matière de prévention sont plus importants.

Toutefois, certaines thématiques demeurent insuffisamment couvertes :

- La santé mentale, identifiée lors des dialogues de gestion ou des négociations CLS comme une problématique ;
- La périnatalité, dans un objectif de réduction de la mortalité infantile ;
- La santé des jeunes, qui est une préoccupation pour l'ensemble du département ;
- La lutte contre l'habitat indigne et la prévention du saturnisme.

Madame Fourcade conclut cette présentation en précisant qu'il existe pour ces domaines beaucoup d'articulations avec le Conseil Général.

D/ Questions de l'audience relatives au schéma régional de prévention

Concernant les financements du Conseil Général, l'exécutif sera amené à assurer ces missions obligatoires. Ils financent des structures parfois de façon extra légale. Ces financements ne sont pas actuellement remis en cause. Qu'en sera-t-il des collégiens ?

Il existe une action en lien avec le champ médico-social et la prévention, à savoir la prévention des addictions. L'ARS travaille ainsi avec le Conseil Général depuis 2 ans.

Madame Fourcade propose de s'assurer de la cohérence en matière de prévention compte-tenu de la multiplicité des acteurs.

Qu'en est-il de la réduction des risques ?

Ce thème figure actuellement dans le PRAPS.

➤ Partie 6 : Schéma médico-social Olivier DEJEAN

A/ Les différents axes du schéma

Le premier axe du schéma concerne l'organisation d'une offre médico-sociale adaptée et de proximité. Il s'agit ainsi de réduire les inégalités territoriales pour une accessibilité de proximité par une diversification de l'offre et une création de places dans les territoires sous-dotés. Cela consiste également à restructurer l'offre afin de suivre l'évolution démographique et les aspirations nouvelles des populations. Enfin, il est nécessaire de renforcer la logique d'efficience du système.

Le second axe tend à améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de santé répondant aux besoins des personnes, par les actions suivantes :

- Organiser et renforcer la prévention tout au long du parcours de vie ;
- Favoriser les coopérations et les partenariats entre les acteurs concernés pour une prise en charge globale et sans rupture ;
- Améliorer la qualité des prestations ;
- Développer une démarche de « bientraitance » ;
- Améliorer le soutien aux aidants ;
- Valoriser les métiers du médico-social.

B/ Les dispositifs

S'agissant des personnes âgées, le point fort du dispositif concerne le taux d'équipement en EHPAD dans les Hauts-de-Seine, avec 83 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans, contre 78 places en Ile-de-France. Néanmoins, il est constaté divers points faibles, notamment une sous-activité dans les structures de répit, un sous-équipement en places de SSIAD (18,75 pour 1000 dans le département contre 21 au niveau régional), certaines difficultés de coordination entre les champs sanitaires et médico-sociaux, un certain déficit en matière de prise en charge de la psycho-gériatrie, et des difficultés de recrutement des personnels.

En ce qui concerne les personnes handicapées, il est possible de constater des points positifs en matière d'offre en équipements pour déficients moteurs et déficients auditifs. Toutefois, des déficits demeurent en matière de dépistage et de prise en charge précoce du handicap, de SESSAD (accompagnement des handicaps moteurs et sensoriels), d'ITEP (enfants et adolescents présentant d'importants troubles du comportement), de structures pour l'autisme et les troubles envahissants du développement, d'établissements pour personnes handicapées vieillissantes. D'autres difficultés sont également perceptibles, s'agissant de la socialisation des personnes handicapées psychiques, du recrutement de professionnels et concernant les mises aux normes des établissements.

Un diagnostic sur les personnes à difficultés spécifiques a également été établi, notamment en matière de conduites addictives chez les jeunes (11% d'usagers réguliers d'alcool à 17 ans contre 7% en IDF). Malgré un engorgement par manque de fluidité du parcours/extérieur, l'offre de structures est bien répartie sur le territoire, à savoir :

- 7 Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ;
- 1 Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) ;

- 76 places installées d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) ;
- 6 consultations « jeunes consommateurs » ;
- 1 établissement de Lits Halte Soins Santé (LHSS) de 48 places.

C/ Les programmations

1/ Programmation « personnes âgées »

La consolidation de l'offre médico-sociale en EHPAD (PRIAC) est en cours, avec un PUV de 27 places à Vanves, 123 lits à Garches, 99 et 122 lits à La Garenne-Colombes, 87 et 103 lits à Courbevoie, et enfin 92 lits à Clamart.

La priorité est fixée sur le maintien à domicile. Un appel à projets régional SSIAD a été lancé, dont, pour les Hauts-de-Seine, 73 places en SSIAD prévues à la fin de l'année 2012, et 15 places en SSIAD « renforcées » prévues pour le second semestre 2013.

Par ailleurs, l'offre de répit AJ/HT est en cours de restructuration grâce à une politique volontariste en faveur du développement des AJ, et le développement de réflexions engagées sur de nouvelles modalités d'accueil en hébergement temporaire.

Le Plan Alzheimer est poursuivi, via la prise en charge à domicile par la création de 4 nouvelles « Equipes Spécialisées Alzheimer » (ESA), le développement des MAIA, des plateformes de répit et d'accompagnement, et la montée en charge des dispositifs PASA/UHR.

L'objectif d'amélioration du parcours de santé de la personne âgée est également poursuivi, avec l'expérimentation de l'article 70 de la Loi de financement de la Sécurité sociale de 2012, et l'expérimentation « IDE de nuit en EHPAD ».

2/ Programmation « personnes handicapées »

L'offre médico-sociale Handicap (PRIAC) est consolidée grâce notamment aux dispositifs suivants :

- IME autistes de 20 places à Boulogne, prévu pour le premier semestre 2013 ;
- FAM polyhandicapés et handicapés mentaux vieillissants de 35 places à Boulogne-Billancourt, annoncé pour le second semestre 2013 ;
- FAM autistes de 32 places à Vaucresson, prévu au second semestre 2013 ;
- MAS cérébrolésés handicap intellectuel et moteur à Villeneuve-la-Garenne de 55 places, dont l'ouverture est prévue pour la fin de l'année 2013 ;
- MAS handicap moteur sévère à Garches de 30 places, annoncé pour la fin de l'année 2013.

Par ailleurs, le développement de l'offre médico-sociale se poursuit, avec l'arrêté du DG ARS du 15 juin 2012 fixant le calendrier prévisionnel 2012-2014. Ainsi, plusieurs créations sont prévues :

- MAS de 22 places pour personnes présentant des pathologies neurologiques avec handicap lourd, prévu au premier semestre 2013, avec une couverture nationale ;
- SESSAD expérimental de 10 places pour enfants et adolescents atteints d'autisme, qui sera ouvert pendant le second semestre 2013 ;

- SESSAD expérimental de 15 places pour enfants et adolescents atteints d'autisme, dont l'ouverture est fixée au premier semestre 2014 ;
- SESSAD expérimental de 30 places pour enfants et adolescents atteints de troubles spécifiques du langage, prévu au premier semestre 2014.

Toujours dans le cadre du développement de l'offre médico-sociale, un appel à projet conjoint ARS/CG a été lancé concernant le Pôle gérontologique, autour du parcours de santé de la personne handicapée vieillissante. Le cahier des charges sera élaboré à la fin de l'année, la création d'un FAM de 35 places adossé à un EHPAD existant est prévu. L'offre de répit sera de 15 places AJ/ 15 places HT, avec également un SSIAD de 20 places.

Parmi les perspectives 2015-2017, trois créations sont prévues :

- ITEP de 40 places (TCC) ;
- SESSAD de 35 places (TCC) ;
- SESSAD de 30 places (TSL).

3/ Actions et expérimentations « personnes handicapées »

Les agréments des établissements sont transformés afin d'adapter l'offre aux besoins. Par ailleurs, un observatoire du handicap, en lien avec la MDPH, est développé, ainsi qu'une plateforme de dépistage précoce de l'autisme.

4/ Actions et perspectives « personnes à difficultés spécifiques »

Le dispositif d'automates distributeurs / récupérateurs de seringues est structuré et renforcé, au même titre que les consultations « jeunes consommateurs ». L'opportunité d'ouverture d'un CAARUD dans le sud du département est quant à elle actuellement à l'étude. Par ailleurs, l'offre spécifique à certains publics est développée. Enfin, la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire est améliorée.

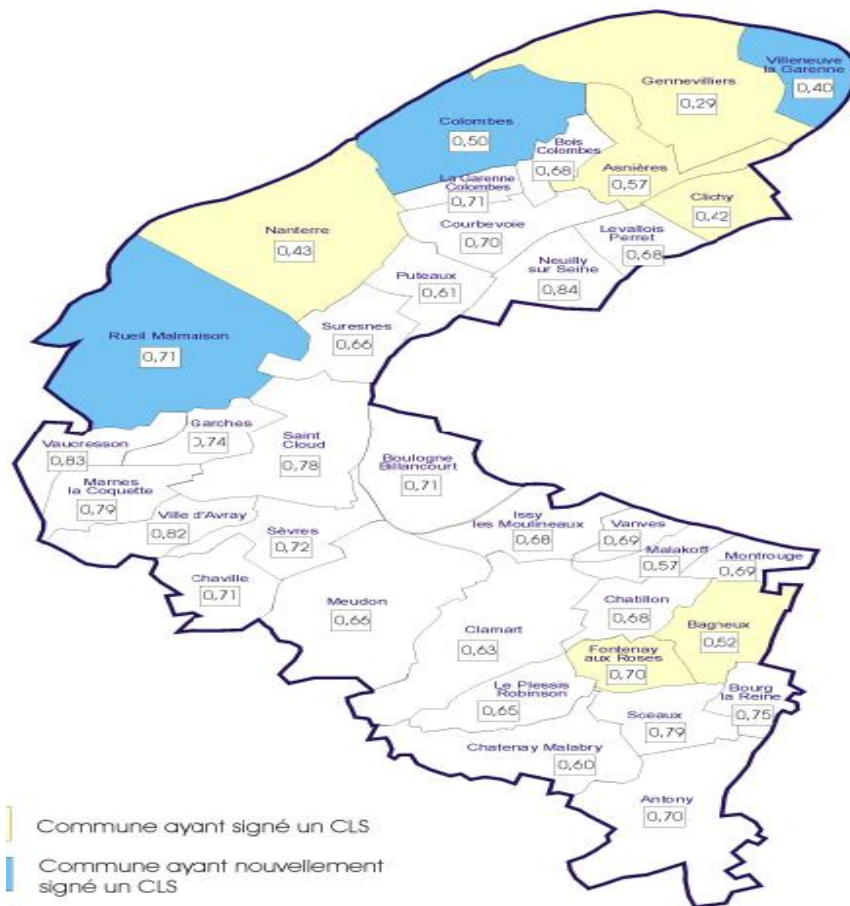
Madame Fourcade propose aux personnes présentes de lire le schéma et d'adresser les éventuelles remarques à l'ARS avant la fin du mois d'octobre.

➤ Partie 7 : Les Contrats Locaux de Santé **Véronique DUGAY**

A/ Présentation

Le CLS est un outil d'articulation entre le PRS et les démarches locales de santé existantes. Ils visent à mettre en cohérence la politique régionale de santé en permettant une meilleure articulation du PRS et des démarches locales de santé existantes : volets santé des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) et Ateliers santé-ville (ASV), projets de territoire ou d'accès au service, Agendas 21, etc.

Parmi les critères de sélection des communes figurent la volonté des élus de s'inscrire dans une démarche de contractualisation avec l'ARS, la présence de quartiers prioritaires classés en « politique de la ville », l'existence de dynamiques locales en matière de santé, des indicateurs sociodémographiques, économiques et sanitaires défavorables (notamment un IDH2 inférieur à 0,52).



B/ Le CLS de Colombes

La conclusion d'un CLS d'un an dans la ville de Colombes s'explique par l'engagement volontariste de la municipalité dans la démarche pour apporter une réponse adaptée aux besoins de santé des populations les plus vulnérables. Trois quartiers classés en « politique de la ville » regroupent 45% des habitants (Europe-Ile Marante, Fossé Jean-Gare du Stade, Petit Colombes). L'indice de développement humain (IDH2) est de 0,5 (contre 0,63 pour le département). Les indicateurs de santé de la ville sont peu favorables, avec un taux de mortalité infantile avant 1 an élevé, des problèmes liés au logement et une surmortalité par cancer du poumon.

Quelques données chiffrées sont présentées :

- 82 552 habitants (INSEE 2007) ;
- Indice de vieillissement : 56,3 (2007 ; Hauts-de-Seine : 70,9 ; IDF : 65,1) ;
- Revenu médian : 18 848 € (2008 ; Hauts-de-Seine : 24 503 € ; IDF : 21 234 €) ;
- 19% de familles monoparentales (2007 ; Hauts-de-Seine : 16,6% ; IDF : 16,1%) ;
- 7,9% de bénéficiaires de la CMUC (2009 ; Hauts-de-Seine : 4,2% ; IDF : 6%) ;
- Taux de grossesses peu suivies : 8,3 % (2009 ; Hauts-de-Seine : 7%) ;
- Taux de grossesses très peu suivies : 5,2% (2009 ; Hauts-de-Seine : 4,5%) ;
- Taux de mortalité infantile pour 1000 naissances : 4,3 (période 1999-2003), 5,2 (période 2003-2007 ; Hauts-de-Seine : 3,5 ; IDF : 3,9) ;
- Risque de saturnisme : 20,8% (2007 ; Hauts-de-Seine : 17% ; IDF : 15,5%).

Le premier axe de ce CLS est le complément du diagnostic local partagé de santé. Il s'agit d'actualiser la connaissance de la situation socio-sanitaire et environnementale, la description de l'existence et de l'accessibilité de l'offre sanitaire et médicosociale, ainsi que la définition des besoins et attentes des Colombiens.

Madame Fourcade souhaite connaître l'objet du contrat. La représentante de la ville de Colombes indique que les acteurs travaillent sur de petits territoires mais attendent que tous les professionnels puissent se réunir. Le CLS valide la démarche volontariste au niveau de l'ARS.

Le financement est de 20 000 euros pour la durée du CLS, soit un an.

C/ Le CLS de Rueil-Malmaison

Le CLS, d'une durée de 5 ans, a été souhaité par la ville de Rueil-Malmaison, en raison de la forte volonté des élus de s'engager dans une démarche résolument transversale, et par l'existence de deux quartiers classés en « politique de la ville » (Mazurières-Clos des Terres Rouges et Plaine gare).

La ville est impliquée depuis de nombreuses années dans une politique locale de santé fondée sur la prévention et s'attachant à développer la réflexion, la connaissance, la communication et la participation. Une démarche partenariale s'est construite avec les professionnels de santé dès l'élaboration du CLS. Une politique de santé active en faveur de la réduction des inégalités sociales et territoriales a été développée (bien qu'ayant un IDH2 plutôt favorable).

Quelques données chiffrées sont présentées :

- 78 145 habitants (INSEE 2007) ;
- Indice de Développement Humain (IDH2) : 0,71 (2006 ; Hauts-de-Seine : 0,63 ; IDF : 0,57) ;
- Indice de vieillissement : 64,1 (2007 ; Hauts-de-Seine : 70,9 ; IDF : 65,1) ;
- Part des naissances chez les mères de plus de 35 ans : 26,4% (2006 ; Hauts-de-Seine : 21,9%, IDF : 22%) ;
- Deux quartiers classés « Politique de la ville » (Mazurières-Clos des Terres Rouges et Plaine gare) ;
- Part d'enfants ayant un IMC supérieur à la norme (CM2 2007-2008) : 13,1 % ;
- CUCS Clos des Terres Rouges, école Buissonnets : 27,8 % ;
- CUCS Plaine Gare : 20,5 % ;

Le premier axe de ce CLS concerne l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et la prévention, avec la mise en place d'une Maison de l'Autonomie, la prévention et accès aux soins des populations en grande précarité (les maladies respiratoires, dont la tuberculose), l'information et accès aux soins gynécologiques pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les femmes isolées et les mineures, et le fait de favoriser l'accès aux dépistages (cancers, IST, VIH).

Le second axe porte sur la santé mentale, via la mise en place du Conseil Local de Santé Mentale, et des actions de prévention du risque suicidaire.

Le troisième axe traite de la prévention des conduites addictives, grâce à l'identification et la formation des professionnels et des acteurs de terrain, la sensibilisation des jeunes en

partenariat avec le Conseil Municipal des Jeunes, l'information individuelle et collective, le soutien des familles de proches sous l'emprise d'alcool, et la prévention des rechutes liées à l'alcool.

Le quatrième et dernier axe concerne la nutrition et l'activité physique, par des actions de prévention, d'information et de sensibilisation sur le diabète, de prévention dans le cadre de l'école primaire (en milieu collectif, scolaire et petite enfance), le niveau secondaire pour les populations fragilisées et/ou à risques, et par le maintien du « capital santé ».

S'agissant de la prévention du risque suicidaire, la clinique MGEN en aura la charge.

Allocution de madame Virginie MAMEL, élue en charge de la santé :

« La phase d'élaboration de ce CLS était un plaisir car, même si cela a représenté beaucoup de travail pour les équipes, c'était l'occasion d'être un exemple de transversalité, exprimé à tous niveaux, à la fois aux équipes de Rueil-Malmaison et aux autres élus, dont le Maire et le Premier Adjoint, mais aussi tous les partenaires de l'Assurance maladie et la MGEN. Nous avons vu la mayonnaise prendre entre ces interlocuteurs, les échanges étaient spontanés. Je tiens à remercier l'ARS qui nous a aidé à accompagner le processus d'élaboration du contrat. Si aujourd'hui nous signons le CLS, ce n'est qu'un début, et la mise en œuvre sera le travail au quotidien, qui s'annonce difficile. Mais nous avons une grande confiance en l'avenir ».

La durée du contrat sera de 5 ans, avec le maintien dans un premier temps des participations existantes.

D/ Le CLS de Villeneuve-la-Garenne

Ce contrat est encore au stade de l'ébauche.

Des données chiffrées sont présentées, dans un premier temps :

- L'indice de développement humain (IDH2) est de 0,40 ;
- Deux quartiers sont classés en « politique de la ville », regroupant 40% des habitants (La Caravelle et les quartiers sud) ;
- Des indicateurs de santé peu favorables : offre de soins basse, taux de mortalité infantile avant 1 an élevé, espérance de vie diminuée notamment chez les hommes ;
- 24 711 habitants (INSEE 2007) ;
- Indice de vieillissement : 47,1 (2007 ; Hauts-de-Seine : 70,9 ; IDF : 65,1) ;
- Revenu médian : 14 664 € (2008 ; Hauts-de-Seine : 24 503 € ; IDF : 21 234 €) ;
- 39% d'habitants vivant en ZUS (2006 ; Hauts-de-Seine : 10,8 ; IDF : 11%) ;
- 9,9% de bénéficiaires de la CMUC (2011 ; Hauts-de-Seine : 4,7%) ;
- 17,5% des naissances chez des mères de moins de 25 ans (2007 ; Hauts-de-Seine : 7,9% ; IDF : 12%) ;
- Densités de médecins inférieures aux moyennes du département, toutes spécialités confondues : omnipraticiens : 64,2 (Hauts-de-Seine : 79,8) ; spécialistes : 28,1 (Hauts-de-Seine : 120,6) ;
- Absence sur le territoire de certaines spécialités (dermatologue, pédiatre, sage-femme) ;
- Taux de mortalité infantile pour 1000 naissances : 4 (période 2003-2007 ; Hauts-de-Seine : 3,5 ; IDF : 3,9).

Le premier axe du CLS porte sur l'accès aux soins, à savoir l'actualisation du diagnostic local de santé, la planification de l'offre de soins sur la ville, et le fait de favoriser l'accès à la santé des habitants.

Le second axe, actif en 2013, concernera la périnatalité, la santé des jeunes (promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique adaptée ; prévention des pratiques sexuelles à risque, des conduites addictives et de la souffrance/du mal-être), et la santé mentale (prévention de la souffrance psycho sociale et du handicap psychique).

Véronique DUGAY clôt ces présentations en indiquant aux personnes présentes que ces CLS seront signés le 26 octobre 2012 à la Délégation territoriale des Hauts-de-Seine.

Conclusion

La conférence de territoire ne souhaite pas rendre un avis sur ces CLS car elle s'interroge sur les méthodes, et notamment sur la définition des messages que la Conférence souhaite faire passer sur la place des CLS dans un projet régional de santé. Les CLS sont très hétérogènes entre eux, sur le contenu, la durée, les moyens, mais peu d'éléments sont donnés sur les besoins.

Il serait ainsi souhaitable de définir plus précisément le cahier des charges, ainsi que des critères plus précis afin de juger l'opportunité de tels contrats. Et il apparaît impératif de les évaluer.

Il est indiqué de plus, que pour les 9 présentés récemment, c'est la position qui a été prise. Les communes connaissent mieux la situation que la Conférence. Par conséquent rendre un avis en étant moins au fait de la situation locale serait inopportun. La conférence doit pouvoir disposer d'une cartographie des besoins prioritaires sur l'ensemble du département en matière de CLS avant de pouvoir juger de l'opportunité de chacun d'entre eux et surtout de leur cohérence.

Par ailleurs, la phase d'évaluation fait partie de la mise en œuvre des CLS, il existe un système d'information pour obtenir l'évaluation la plus précise sur ces contrats. Mais il s'agit de nouveaux contrats, avec des disparités.

Madame GELLIOT précise en outre que le CLS est un véritable outil de réduction des inégalités. Ils correspondent à des villes dans lesquelles il existe des quartiers prioritaires. L'ensemble des actions est à réaliser dans ces quartiers et pour ces publics.

Madame FOURCADE conclut la conférence en réaffirmant sa position, au motif que les particularités locales n'empêchent pas d'établir des outils et méthodologies, l'obligation de résultat devant être tout de même présente, sans être trop rigide.

La prochaine Conférence de territoire aura pour objet la présentation du SROS hospitalier et de sa déclinaison territoriale. La date initialement retenue du 19 Octobre a été reportée au 16 Novembre.

ANNEXE

Membres de la conférence et invités permanents présents :

Collège n° 1 :

Docteur Anne BRULLE, madame Anne COSTA, monsieur Stéphane PARDOUX, monsieur Jean-Michel PEAN, madame Marie-Anne RUDER

Collège n° 2 :

Monsieur Jean-Pierre BELIN, monsieur Bernard FOUSSAT, madame Catherine HARPEY, monsieur Claude HEGE, madame Joanita TRZESICKI, madame Valérie VAN DE VYVERE, madame Julie VAREZ

Collège n° 3 :

Monsieur Frédéric VOIZE

Collège n° 4 :

Docteur Stéphane LANDAIS, docteur Jean-Luc LEYMARIE, monsieur Jean-Marc Moreau, docteur Gérard PERRUCHET

Collège n° 5 :

Docteur Hélène COLOMBANI

Collège n° 6 :

Madame Gisèle BAYARD

Collège n° 7 :

Néant

Collège n° 8 :

Monsieur Philippe BOUFFARTIGUE, monsieur François CHARLES, monsieur Claude CHAVROT, monsieur Michel DEFONTAINE, monsieur Michel GIRARD, docteur Patrick MARANDAS, madame Micheline SERFATY, monsieur Bruno VOYER

Collège n° 9 :

Madame Alexandra FOURCADE, madame Marie-Laure GODIN, madame Nicole GOUETA

Collège n° 10 :

Monsieur Jean-Claude LECLERCQ

Collège n° 11 :

Monsieur Laurent EL GHOZI

Invités permanents :

Docteur Michel BAER, monsieur Daniel VITTE, monsieur Etienne CHARRIEAU

Membres de la conférence et invités permanents excusés :

Professeur Olivier DUBOURG, Docteur Pierre LANOT, monsieur Georges SIFFREDI, monsieur Ioannis VOULDOUKIS

Invités :

Madame Odile BARRY, docteur BIOKA, madame Sonia CHOUAÏEB, madame Halima DJABOUABDALLAH, madame Liliane DUROCHER, madame Michèle ETCHEBERRY, madame Stéphanie HO HUNE, madame Cathy IDELBRANDT, madame Virginie MAMELLE, monsieur Pierre OUANHNON, madame Céline TRAN, monsieur Rodolphe WILS