



Conférence de territoire

Séance plénière du 28 février 2013

COMPTE-RENDU

Ordre du jour

1) Rencontre avec M. Eric VECHARD, délégué territorial 91, et nouvelle organisation de la Délégation Territoriale de l'Essonne

2) Présentation du Pacte Territoire Santé

M. Julien GALLI - Pôle Ambulatoire ARS Île-de-France

Mme Nathalie KHENISSI -Département Ambulatoire DT91

3) Points divers

Le jeudi 28 février 2013, 28 membres de la conférence de territoire dont 19 titulaires et 9 suppléants (12 excusés) se sont réunis pour débattre de l'ordre du jour ci-dessus.

I - Rencontre avec M. Eric VECHARD, délégué territorial 91, et nouvelle organisation de la Délégation Territoriale de l'Essonne

Le président ouvre la séance en souhaitant la bienvenue aux membres présents puis laisse la parole à M. Eric VECHARD nouveau délégué territorial de l'Essonne qui se présente à l'assemblée.

Monsieur VECHARD informe de ses origines professionnelles (vient de l'Assurance Maladie) et du plaisir qu'il a à œuvrer sur ce département qu'il ne connaît pas encore. Il souhaite aller à la rencontre de chaque acteur clé du département.

Le Président lui souhaite également la bienvenue dans le département et particulièrement au sein de la conférence de territoire.

II – Présentation du Pacte territoire-santé

Monsieur VECHARD introduit ce deuxième point en annonçant que l'objectif de cette présentation est d'obtenir des propositions des membres de la conférence.

Ce deuxième point est présenté par M. Julien GALLI (ARS siège – Pôle ambulatoire et services aux professionnels de santé) et le Dr Nathalie KHENISSI (Département ambulatoire de la DTARS 91).

Pacte territoire-santé :

- Une priorité présentée par la Ministre le 13 décembre 2012 :

L'accès de tous les Français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire

- Le « pacte territoire-santé » est composé de 12 engagements et s'appuie sur une méthode volontariste

Les engagements proposés

- Articulés autour des 3 objectifs :

- 1) changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins,
- 2) transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé,
- 3) investir dans les territoires isolés.

- Des propositions soumises à une double concertation :

- une concertation nationale,
- une concertation départementale menée par chaque ARS jusqu'à fin février. Les nouvelles propositions formulées à cette occasion pourront conduire à amender ou compléter le « Pacte territoire-santé ».

CHANGER LA FORMATION ET FACILITER L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS

Engagement 1 – Un stage en médecine générale pour 100 % des étudiants

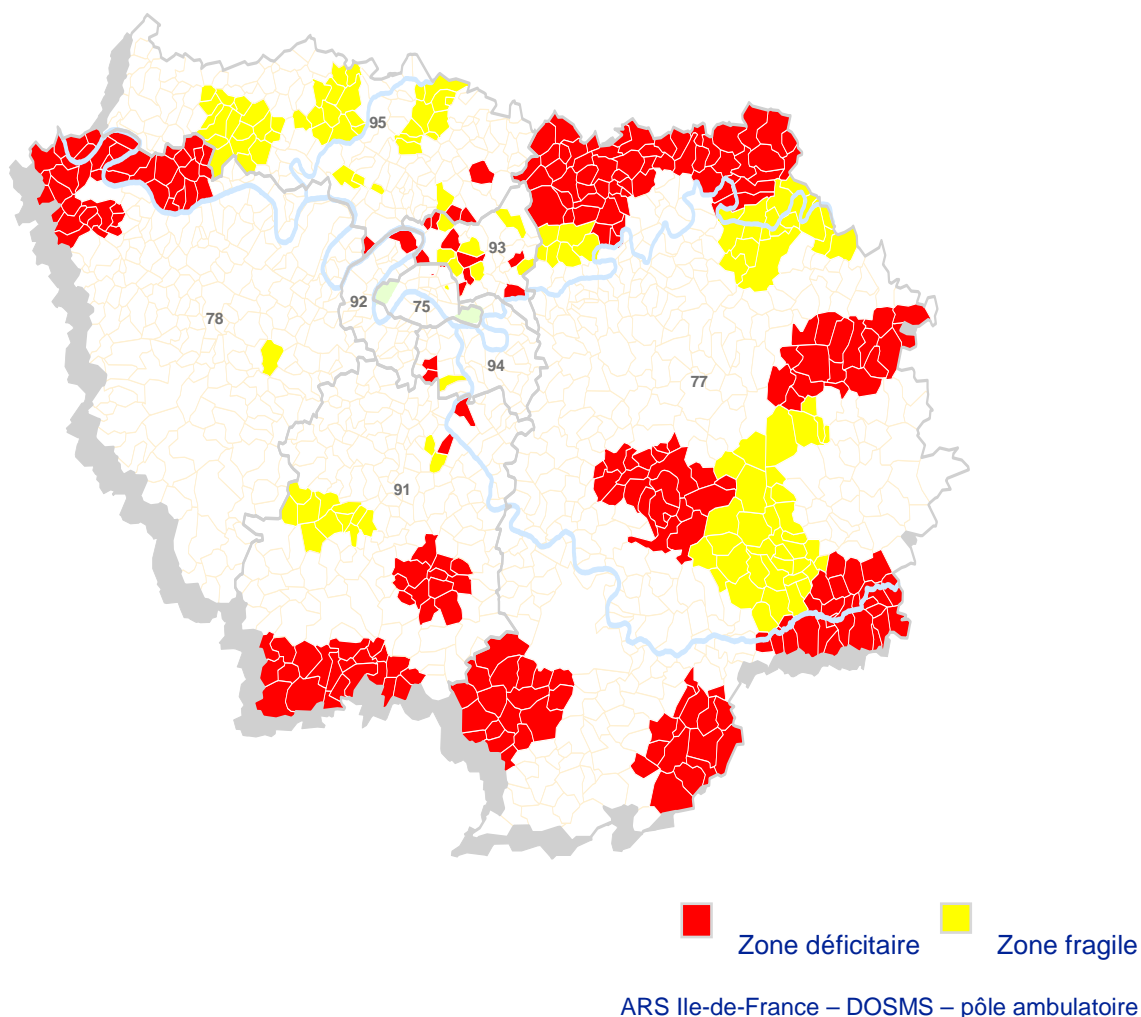
- **Constat** : la plupart des étudiants entrant à la faculté ont l'ambition de devenir médecin généraliste en ville. Seulement 10 % d'entre eux s'installent en libéral à l'issue de leurs études. L'université doit faire connaître et apprécier l'exercice en cabinet, avant l'internat. Le stage de 2ème cycle en médecine générale n'est effectivement effectué que par 50% des étudiants.
- **Description de la mesure** : Poursuivre la généralisation du stage de deuxième cycle de médecine générale en revoquant notamment l'encadrement réglementaire des stages dans les centres de santé et en accélérant la recherche des maîtres de stage.
- **Calendrier** : en 2017 tous les étudiants de 2ème cycle - soit 8000 étudiants auront suivi ce stage de médecine générale.

Engagement 2 : 1 500 bourses d'engagement de service public d'ici 2017

- **Constat** : Le CESP, bourse versée aux étudiants en médecine en contrepartie d'un engagement à s'installer en zone démedicalisée, n'atteint pas les objectifs qui lui ont été fixés. Seulement 351 contrats signés sur 800 proposés.
- **Description de la mesure** :
 - Simplifier le dispositif en donnant aux directeurs généraux d'ARS davantage de latitude dans la définition des zones concernées,
 - Créer un dispositif dédié pour chirurgiens dentistes,
 - Mettre en place des plans d'information des étudiants autour de ces contrats (au sein de chaque région) et établir un reporting très précis du nombre de contrats signés,
- **Calendrier** : à partir de 2013, forte mobilisation des ARS sur la signature des contrats et évaluation régulière du dispositif.

Définition des zones déficitaires et fragiles en Ile-de-France

Carte conforme à l'arrêté de l'ARS n° 12-209 du 25 mai 2012 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des pôles de santé et des centres de santé et des infirmiers libéraux



Engagement 3 : 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013

- **Constat** : le moment de l'installation pour les médecins constitue une période d'incertitude importante : arrivée sur un nouveau territoire, changement de vie, création d'une patientèle, difficultés de trésorerie, incertitudes financières... La sécurisation financière au moment de l'installation dans les zones en difficultés démographiques constitue une incitation efficace.
- **Description de la mesure** : Apporter une garantie financière de revenus pendant 2 ans aux jeunes médecins en contrepartie d'une installation dans une zone en voie de démedicalisation
- **Calendrier** : Les modifications législative et réglementaire sont en cours.

2013 : 200 premiers contrats signés

200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013

- **Des précisions réglementaires en attente**
 - quelle répartition des 200 PTMG de 2013 entre les régions
 - liberté de choix des lieux d'installation des PTMG par le niveau régional
 - quel statut pour le PTMG ?
 - qui rémunère le PTMG ? sur quelle source de financement ?
 - cabinet d'un retraité ?....
- **Les propositions en Île-de-France**

Quels territoires en Île-de-France ?

- Les zones déficitaires et fragiles (29 déficitaires et 21 fragiles)
- D'autres territoires en difficulté (diminution forte de l'offre (récente et à prévoir), zones urbaines sensibles,

Engagement 4 : Un « référent-installation » unique dans chaque région

- **Constat** : méconnaissance des mesures d'aides à l'installation : absence de lisibilité des lieux d'exercice possibles, complexité des démarches à accomplir lors de l'installation, difficultés à identifier le bon interlocuteur...
- **Description de la mesure** : dès 2013, les régions devront être en mesure de proposer aux étudiants et aux internes un service unique (site web) comportant :
 - ✓ information claire sur les stages (cartographie des lieux de stage, coordonnées des maîtres de stage ...),
 - ✓ accompagnement afin d'aider au choix du lieu d'installation,
 - ✓ plus grande lisibilité sur démarches à effectuer lors de l'installation et aides existantes,

- ✓ un correspondant identifié avec ses contacts, qui ira à la rencontre des futurs médecins.

■ **Calendrier** : 1er trimestre 2013, désignation par chaque ARS d'un correspondant identifié

Un « référent-installation » unique dans chaque région

■ En Ile de France :

- 2 référents régionaux : Julien GALLI et Fabienne LAFERERRE,
- 8 référents territoriaux : Dr Nathalie KHENISSI dans l'Essonne.

Le président propose un temps d'échange à l'issue de la présentation des quatre premiers engagements.

M. PULIK (*président de la conférence – représentant des établissements de santé au titre des établissements sanitaires privés à but non lucratif*) revient sur l'engagement n°1 : un stage en médecine générale pour 100% des étudiants. Puis pose la question suivante : est-il prévu un système assurant une répartition uniforme sur la région des stagiaires auprès des médecins généralistes et notamment pour les départements dépourvus de faculté de Médecine.

Par ailleurs il souligne que les nouveaux médecins installés dans le département ont un mode d'exercice différent : en effet, les quatre derniers nouveaux médecins installés dans l'Essonne ont remplacé deux médecins partis à la retraite. D'où ce constat : il faut deux nouveaux installés pour le remplacement d'un départ à la retraite et non un nouveau installé pour un départ en retraite.

M. NASZALYI (*Professeur à l'Université d'Évry - représentant des personnalités qualifiées*) pense que mettre une bourse au niveau de l'internat n'est pas une mesure idéale. La plupart des étudiants sont issus d'un milieu social favorisé, la bourse en fin d'études n'est pas forcément attractive. Il préconise l'attribution de bourses en début de cycle.

Mme BESSE (*représentant des communes*) : pharmacienne de profession, elle donne son expérience en tant que maître de stage et souligne que cette fonction qui demande du temps est malheureusement non rémunérée et de moins en moins attractive.

Mme LUBELSKI (*représentant des médecins libéraux*) : rappelle que les soins de premiers recours ne se font pas uniquement chez les médecins généralistes mais aussi chez les médecins spécialistes. Elle propose d'ouvrir l'activité de maître de stage aux médecins spécialistes, notamment en pédiatrie et confirme que cette activité est un travail lourd car c'est de l'enseignement et qu'il faut pouvoir dégager du temps pour la formation de l'interne.

M. GALINAND (*représentant des associations de retraitées et personnes âgées*) : interroge sur les mesures qui peuvent être prises pour fidéliser l'implantation des jeunes médecins ? La plupart des jeunes médecins vivent avec un(e) conjoint(e) qui a une activité professionnelle, trouvera t-il du travail, y a t-il des moyens de transport, s'ils ont des enfants, y a t-il des écoles, lycée, distractions, sports, cinéma, théâtre? Ne sera t-il pas tenté de partir au bout de 2 ou 3 ans dans une autre région plus importante?

M. CHABENAT (*chirurgien-dentiste - représentant des autres professionnels de santé*) : informe que pour les chirurgiens dentistes il n'a pas eu de zonage paru à ce jour.

M. LEFEVRE (*représentant des centres de santé, maisons de santé et pôle de santé*) : pense que la formation et la bourse ne suffisent pas pour créer une attractivité des étudiants et qu'il est nécessaire de prendre en compte d'autres critères. Le travail d'un maître de stage est lourd ce qui impliquerait une juste rémunération pour ceux qui acceptent de prendre en charge des étudiants.

Le frein de l'attractivité réside dans le poids social qui accompagne la profession. En effet, en plus de la pratique de la médecine, les médecins sont amenés à prendre en charge une part de «social» de plus en plus importante qui a pour résultat une charge administrative de plus en plus lourde. Face à ce constat, il propose de travailler autrement pour promouvoir l'attractivité.

Pour ce qui est du zonage présenté, la zone Évry-Courcouronnes n'a pas été prise en compte alors qu'il s'agit d'une zone déficitaire. On ne peut plus s'arrêter sur le nombre de médecins dans une zone pour déterminer s'il est déficitaire ou non, il faut étudier la quotité de temps passé au cabinet. Il est primordial de revoir les critères car les éléments pris en compte sont insuffisants. Il demande que cette zone soit associée au zonage.

M. MONTGOLFIER (*représentant des établissements sanitaires privés à but non lucratif*) déplore que l'offre de soins soit conçue pour la ville d'une part et pour l'hôpital d'autre part mais sans penser aux besoins du médico-social

Mme RAUZE (*représentant des conseils généraux*) : trouve que concernant les aides financières apportées aux étudiants il y a un «fouillis». En effet, la Région d'Île-de-France va lancer une bourse, alors que la présentation en propose également une aux étudiants. L'aspect financier n'est pas le point de départ de la réflexion.

M. GALLI répond que l'objectif de l'ARS est de coordonner les aides.

M. DUPORTET (*représentant des usagers au titre des associations agréées*) : interroge sur la fiabilité de l'étude menée sur l'attractivité des médecins généralistes. Il propose une orientation vers une réflexion globale en termes d'attractivité de façon à dégager des propositions autres que financières.

M. GALLI : précise qu'en ce qui concerne le zonage, le prochain exercice va prendre en compte l'aspect ville/hôpital qui n'est effectivement pas assez considéré aujourd'hui.

Plusieurs éléments ont été pris en compte dans le zonage présenté, il est évident qu'il y a des problèmes autres que ceux présentés dans la carte.

En résumé, plusieurs méthodes ont été mises en place pour orienter les étudiants vers les aides proposées, plusieurs zonages ont été effectués et ce pour différentes professions, la plus value de l'ARS est de donner de la synergie au système actuel.

TRANSFORMER LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Engagement 5 – Développer le travail en équipe

- **Constat** : souhait exprimé de plus en plus de passer d'un exercice individuel et isolé à un travail en équipe pluriprofessionnelle (Maisons de santé pluridisciplinaire, Centres de santé, pôles de santé). Cela doit permettre de :
 - dégager du temps médical disponible
 - mieux assurer la prévention, le dépistage, l'ETP,

- permettre aux professionnels de prendre des engagements concrets sur un territoire : garantie d'accueillir tous les patients, continuité des soins, extension des horaires d'ouverture, engagement sur des délais pour les patients...
- **Description de la mesure** : La loi de financement de la Sécurité Sociale 2013 a permis d'ouvrir une négociation conventionnelle interprofessionnelle sur le sujet de la rémunération des équipes de soins. Rémunération de « services tangibles ». Ces engagements seront formalisés à travers la signature entre les équipes de professionnels d'une part, les caisses primaires d'assurance maladie et les ARS.
- **Calendrier** : 1er trimestre 2013 : début de la négociation conventionnelle,
Et avant fin 2013 : versements des premiers forfaits d'équipe.

Engagement 6 – Rapprocher les maisons de santé des universités

- **Description de la mesure** : rapprocher les maisons de santé des universités permettrait de développer le vivier de terrains de stages très formateurs pour les étudiants et les internes. Il s'agit également d'accompagner l'essor de la filière universitaire par la création de terrains de recherche et d'enseignement pour la médecine générale et de renforcer ainsi l'attractivité de l'exercice en ambulatoire.

Cet engagement est soumis à la concertation, pour détecter les meilleures pratiques et les modalités qui permettront d'atteindre cet objectif.

Engagement 7 – Développer la télémédecine

- **Constat** : en facilitant les coopérations à distance, la télémédecine constitue un outil qui permet de libérer du temps de médecins spécialistes. Jusqu'à présent, la priorité s'est principalement attachée à la télémédecine entre hôpitaux.
- **Description de la mesure** : concrétiser la mise en place de la télémédecine en 2013 par une expérimentation sur la filière dermatologique
- **Calendrier** : *1er semestre 2013* : élaboration des protocoles, des modèles économiques, concertation, sur la filière dermatologie.

Deuxième semestre 2013 : déploiement de l'expérimentation par les ARS

Engagement 8 – Accélérer les transferts de compétences

- **Constat** : L'accès à certaines spécialités est de plus en plus long dans certaines villes. Ces activités pourraient être mieux réparties au sein de certaines filières, pour laisser plus de temps médical disponible en déléguant davantage de tâches. Ce constat est réalisé depuis un certain nombre d'années, mais les solutions sont souvent bloquées par des contraintes financières, juridiques ou organisationnelles.
- **Description de la mesure** : avancer concrètement sur la filière ophtalmologie par la finalisation des protocoles de coopération entre les professionnels de la filière.
- **Calendrier** : *1er semestre 2013* : élaboration des protocoles, des modèles économiques, concertation sur la filière dermato
 - *2nd semestre 2013* : déploiement du dispositif par les ARS sur les territoires les plus concernés par les délais d'attente.

M. PULIK : la délégation de tâches est un exercice compliqué. Pour l'avoir expérimentée il constate que le circuit est long et complexe entre l'HAS et l'ARS. Une simplification est-elle possible ?

Mme RAUZE : la question de transformation d'exercice est un axe à travailler. Elle regrette qu'il n'ait pas été fait mention des centres publics de santé. «L'argent public» peut imposer des zones de localisation. Il est obligatoire que les décideurs choisissent les lieux d'implantations. L'État et l'ARS devraient se mettre autour d'une table pour travailler de façon à améliorer le système et régler les problèmes.

M. LEBOUBE (*représentant des usagers au titre des associations agréées*) : fait le lien entre les engagements 5 et 8 et souhaite élargir la vision du document présenté. Le transfert de compétence ne vise pas uniquement les professionnels de santé. Dans les associations il existe des «patients experts». Avec l'expérience de leur maladie et avec une formation donnée ils mènent des entretiens individuels ou en groupe sur la prise en charge de la maladie ce qui décharge les professionnels de santé d'une partie de leur intervention. Cette opération est déjà en place dans certaines structures de l'Essonne notamment dans le Sud-Essonne en diabétologie, avec SOFIA et l'Assurance Maladie. Le but de cette démarche est de rendre le patient plus autonome par rapport à sa maladie. Un projet est en cours avec le CHSF.

M. VECHARD : pour répondre à la question sur les maisons de santé pluridisciplinaires, l'État et l'ARS travaillent ensemble sur le sujet. Il y a une coordination des maisons de santé qui s'installent dans les zones déficitaires. Même si l'action des collectivités locales n'est pas toujours synchronisée, les élus continuent encore à se mobiliser pour l'installation de centres de santé sur leur territoire. Les initiatives des élus restent toujours possibles. L'ARS joue un rôle d'accompagnateur pour l'installation des centres de santé. Elle n'a pas vocation à donner des subventions mais à donner des conseils en accompagnant le gestionnaire.

M. LEFEVRE explique qu'il existe la FEMASIF qui est en mesure d'aider les villes pour la mise en place de maison de santé. La majorité des professionnels de santé souhaite être salariés et non libéraux. La place sociale est différente, dans les maisons de santé et la prévention collective n'est pas rémunérée. Chaque municipalité est en droit de monter un projet de santé avec les ASV de sa ville car une maison de santé n'est pas uniquement un lieu de soins. D'autres professions paramédicales peuvent y trouver leur place entre autre les psychologues. Leur collaboration serait une aide pour les médecins.

M. CHABENAT : retourne sur les points 5 et 8, en ajoutant que l'éducation thérapeutique du patient est le lien entre ces deux points et que 82% de l'offre de soins est libérale.

Le 19 février 2013 lors d'un café URPS portant sur l'ETP (Éducation Thérapeutique du Patient) en ambulatoire, 15 projets financiers ont été présentés, tous pour le secteur hospitalier à l'exception d'un pour le secteur libéral.

Il demande la simplification des dossiers de projet.

Mme RAUZE demande une définition claire de l'Éducation thérapeutique du Patient (ETP). Pour répondre à sa demande, M. CHABENAT donne la définition de l'HAS (Haute Autorité de Santé).

M. PULIK informe que l'ARS a lancé un appel à projets pour l'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire. La clôture des dossiers est fixée au 24 mars 2013 (les dossiers sont peu complexes).

M. LEBOUBE : l'engagement 7 télémédecine est une initiative intéressante il est tout de même nécessaire d'expliquer au patient qu'il s'agit d'une aide pour le suivi médical. Il déplore par ailleurs que la présentation n'encourage pas ce qui se fait déjà dans le département. Pour le diabète, la télémédecine existe déjà, exemple au CHSF. La télémédecine est une démarche positive car les données sont communiquées en temps réel.

Il informe que le CERID au Génépole d'Évry est en train de mettre en place un système sophistiqué pour le suivi du patient.

Mme GAUSSENS (*représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux*), directrice de l'hôpital Les Magnolias, donne son expérience de la télémédecine. Ce projet a été porté par l'ARS et regroupe un réseau de 5 EHPAD pour l'accès aux soins des personnes âgées.

Le premier objectif : est d'assurer la permanence des soins (nuit et week-end) à partir d'une plateforme. La télémédecine permet de mesurer un certain nombre de paramètres à distance. Le but étant d'éviter l'hospitalisation et de permettre que les EHPAD gardent leurs résidents le plus longtemps possible dans ce lieu de vie.

Le deuxième objectif à atteindre est d'introduire le médecin traitant dans «la boucle».

Mme ELLIEN (*représentant des réseaux de santé*) : rappelle qu'il ne faut pas oublier le service rendu des maisons de santé pluridisciplinaires pour les citoyens. Ne pas oublier le travail des réseaux de santé, les médecins ont besoin de savoir qu'ils ont des équipes d'appui. Il est nécessaire de mettre à disposition des compétences autres (infirmiers, psychologues...) pour aider les médecins généralistes dans leur fonction. Il est essentiel de mettre en place un service d'appui et d'expertise aux soignants de premier recours. Il existe 55 psychologues cliniciens en Essonne qui peuvent travailler avec les médecins généralistes. Le Conseil Général a initié un maillage avec les psychologues dans le département. Elle suggère de mettre en place un dispositif de formation clinicien pour les psychologues.

Mme MAUGOURD (*représentant des établissements de santé au titre des établissements de l'AP-HP*) : rapporte la mise en place d'un projet de télémédecine pour le Sud Essonne avec une permanence d'écoute avec les gériatres de l'hôpital Clémenceau et SOS médecins Essonne. Ce projet consiste à avoir une présence téléphonique hors jours et heures ouvrables. Le projet a été éligible à une subvention dans le cadre du Grand Emprunt, quatre maisons de retraite sont volontaires. Dans six mois un compte rendu sera fait avec le SAMU de l'Essonne, les médecins libéraux et les réseaux de santé.

Pour compléter la réflexion sur le zonage en Île-de-France, elle propose de prendre en compte d'autres éléments spécifiques à la région notamment le réseau routier.

INVESTIR DANS LES TERRITOIRES ISOLÉS

Engagement 9 – Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015

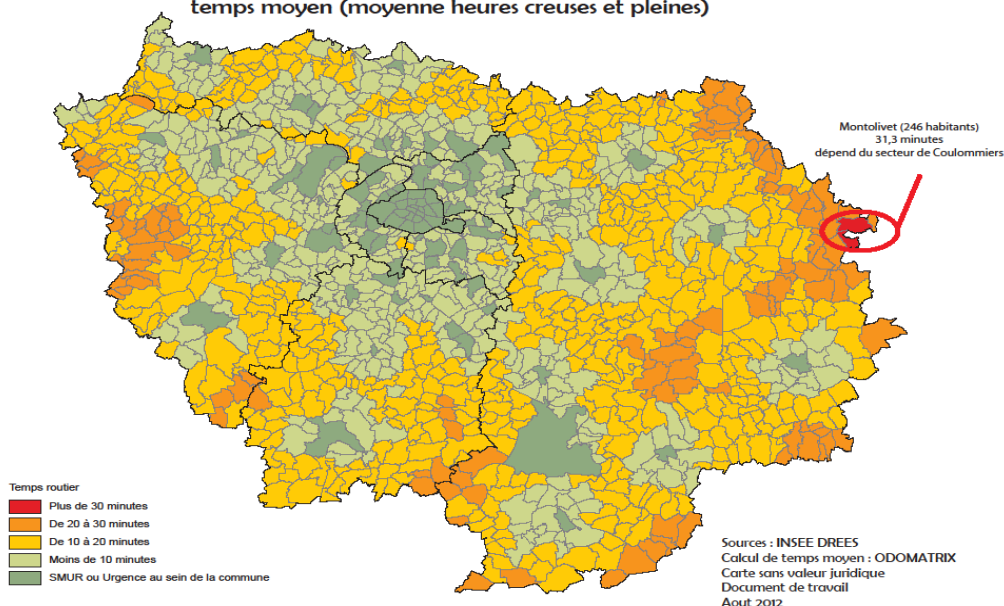
- Sur la base d'un diagnostic des territoires et populations situés à plus de trente minutes d'accès de soins urgents, trois axes de travail ont été identifiés en 2012 :
 - mise en place de nouveaux services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ou antennes de SMUR,
 - extension du statut de « médecins correspondants du SAMU », pour inciter des médecins généralistes à rejoindre le dispositif,

- coopération entre services d'urgence pour conserver le maillage du territoire et la qualité des prises en charge,
- déploiement des solutions par les ARS.

■ **Calendrier** : Janvier 2013 : instruction aux ARS

- 2013-2015 : mise en œuvre des mesures

Temps théorique d'accès routier à un service d'urgence (SMUR ou Urgence) à l'échelle de la commune
temps moyen (moyenne heures creuses et pleines)



Engagement 10 – Permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires

- **Constat** : Un certain nombre de médecins salariés de centres de santé, d'hôpitaux, de centres mutualistes sont prêts à diversifier leur activité pour exercer une partie de son temps dans des zones démedicalisées. Aucune possibilité n'existe aujourd'hui pour inciter leurs employeurs à le faire.
- **Description de la mesure** : Permettre aux ARS de signer des conventions avec les établissements hospitaliers, les centres de santé ou des organismes mutualistes, prévoyant la mise à disposition de médecins salariés qui iront exercer en ambulatoire dans les territoires les plus fragiles
- **Calendrier** : une modification législative et réglementaire est en cours.
 - 1er semestre 2013 : plan de mobilisation monté par les ARS

Engagement 11 – Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leurs territoires

- **Constat** : les hôpitaux de proximité sont, pour nombre d'entre eux implantés sur des territoires fragiles et jouent un rôle important en matière d'accès aux soins. Ils sont confrontés à des questions de financements et sont freinés dans leur volonté de coopérer avec la médecine de ville par des freins juridiques ou financiers, notamment pour la mise en place de consultation avancées de spécialistes.
- **Description de la mesure** : Adapter le modèle de financement des hôpitaux de proximité pour en garantir la pérennité dans le cadre des travaux de réforme de la tarification hospitalière
 - Identifier les leviers disponibles pour conforter la place des hôpitaux de proximité, notamment sur la question du développement des vacations de spécialistes, du développement des stages, de continuité de prise en charge de soins primaires ou d'articulation et d'amélioration du parcours de soins,
 - Mobiliser la responsabilité territoriale des centres hospitaliers de niveau régional pour appuyer l'action des hôpitaux de proximité.
- **Calendrier** : 2013, identification des principales mesures à prendre, notamment en termes d'adaptation du modèle de financement.

Engagement 12 – Conforter les centres de santé

- **Constat** : dans certains territoires l'offre libérale à elle seule ne peut répondre à l'ensemble des besoins. Il n'est pas envisageable de laisser nos concitoyens sans aucune réponse médicale de proximité. Dans ces zones, le recours aux centres de santé doit être envisagé, en assurant un fonctionnement pérenne.
- **Description de la mesure** :
 - une mission IGAS a été lancée pour rénover le modèle économique des centres de santé,
 - une négociation conventionnelle aura lieu à l'issue de cette mission.
- **Calendrier : Remise du rapport IGAS début 2013**
 - 1er semestre 2013 : - négociation de l'accord national entre les centres de santé et l'assurance maladie et identification des territoires qui nécessitent l'implantation des centres de santé,
 - 2nd semestre 2013 : mise en œuvre des solutions.

Pacte territoire-santé : Calendrier

- Retour de vos observations, contributions et/ou propositions **avant le 15 mars**
- Concertations départementales dans le cadre des conférences de territoire **du 8 février à fin avril**
- Remontée de l'ensemble des contributions Île-de-France au Ministère **fin avril**

M. MONTGOLFIER déplore l'absence du secteur médico-social dans ces projets et propose d'accoler les EHPAD dans les projets présentés.

Mme TRIOLLET (*représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux au titre des personnes handicapées*) explique les difficultés rencontrées par le secteur médico-social pour trouver des médecins généralistes, psychiatres et psychologues dans les structures. En ce qui concerne les soins dentaires se pose le problème d'accompagnement des personnes handicapées et polyhandicapées. L'adossement à un centre de santé peut être intéressant. Pour conclure son intervention, elle demande de ne pas oublier le secteur handicap dans les présentations car ce secteur rencontre de vrais problèmes.

M. PULIK : informe que le médico-social n'est pas oublié au sein de la conférence de territoire, la séance du mois de mai sera consacrée à l'accès aux soins somatiques des personnes en situation de handicap psychiques et physiques.

M. LEFEVRE : les missions des médecins sont très différentes, le paiement à l'acte n'est plus le mode de rémunération adapté. Il faut penser à la délégation de tâches, trouver d'autres modes de financements et réfléchir en termes de santé publique.

Mme RAUZE souligne que les centres de santé publique regroupent des médecins salariés alors que les maisons de santé pluridisciplinaires regroupent des professionnels libéraux qui pratiquent souvent des dépassements d'honoraire. Elle propose de conforter la création des centres de santé dans les zones difficiles mais aussi dans les zones rurales.

Dans le souci d'implantation des médecins libéraux il ne faut pas mettre de côté le cadre de vie des professionnels de santé. Pour faire face à cet aspect souvent mis de côté, le salariat est la solution trouvée.

M. PULIK : Le système de santé est-il moteur ou objet de l'aménagement du territoire ?

Mme KHENISSI : les maisons de santé pluridisciplinaires ne sont pas des cabinets les uns à côté des autres. Une coordination entre les professionnels de santé est obligatoire. Le cahier des charges peut être adressé aux membres qui le veulent.

M. BARGMAN (*Responsable du Pôle offre de soins et Médico-social à la DT 91*) : dans le cadre du PAERPA (Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie), la Ministre de la Santé a demandé aux ARS de se porter candidates afin d'expérimenter le dispositif.

Ce dispositif visera à appuyer différents projets locaux qui développent des pratiques, des parcours de soins, en vue de l'expérimenter fin 2013.

Il annonce qu'à ce titre l'ARS d'Île-de-France a candidaté et que la Délégation territoriale de l'Essonne s'est portée volontaire en tant qu'expérimentatrice pour la région.

M. VECHARD note la participation importante des membres de la conférence de territoire et la qualité des échanges qui en découle.

Le Président remercie les membres pour leur participation avant de lever la séance.

Prochaine conférence le jeudi 4 avril 2013