

	<b>DIRECTION DE L'ORGANISATION DES SOINS / DEPARTEMENT DE L'OFFRE HOSPITALIERE / SERVICE AUTORISATIONS ET CONTRACTUALISATIONS</b>	
	PV CSOS du 11 décembre 2017	
<b>MAJ</b> : 12.02.2018	Rédigé par : P. CONSTANT	Validé par : A. GERMAIN

Participants :

- Liste des présents : cf. Liste d'émergement.
- Service des autorisations, contractualisations et coopérations :
  - \* M. Ahmed EL BAHRI
  - \* Mme Aleth GERMAIN
  - \* Mme Patricia CONSTANT
  - \* Mme Josiane ALOYAN
  - \* Mme Leïla LAZREG
- Démocratie sanitaire :
  - \* Mme Isabelle ARZOUMIAN

Rapporteurs/ Instructeurs :

- \* Mme Marie-Pierre AGUILAR
- \* Mme Stéphanie HIRTZIG
- \* M. Gérard MARI

<b>1. Ouverture de séance</b>
-------------------------------

La séance est ouverte à 14 heures 10 sous la présidence de Monsieur Henri ESCOJIDO.

En ouverture de séance, 22 membres ont émergé et 3 procurations ont été enregistrées.

Un rappel des règles de quorum a été fait ainsi qu'une présentation du déroulé de séance du jour.

Monsieur le président rappelle que, conformément à *la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique* et à *la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires* :

- *«constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou à paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction» ;*
- *Dans une situation de conflit d'intérêts, « les membres des collèges d'une autorité administrative indépendante ou d'une autorité publique indépendante s'abstiennent de siéger ou, le cas échéant, de délibérer. »*

Par conséquent, toute personne qui se trouverait en situation de conflit d'intérêts lors de l'appel d'un dossier devra s'abstenir de siéger lors de l'examen du dossier et ne participera ni aux débats ni au vote.

Après lecture de modifications à apporter au procès-verbal (P.V) de la CSOS du 02 octobre 2017, le P.V de la CSOS du 2 octobre 2017 a été voté comme suit :

- Nombre total de votants : 22
- Abstentions : 0
- Défavorables : 0
- Favorables : 22

**PV voté favorable à l'unanimité.**

M. ESCOJIDO donne la parole à M. BOUFFIES, qui remercie les membres de la CSOS du travail effectué en commun ces dernières années lors des commissions. Il leur annonce son retrait de la commission dû à une nouvelle affectation professionnelle.

## **2. Bilan de l'action entreprise au sein de l'ARS sur les Evènements Indésirables Graves (EIG)**

Présentation réalisée par **Mme Brigitte MASINI**, (annexe 1 au présent PV).

**Arrivée de M. DANDREIS.**

### **DISCUSSIONS**

#### **M. ESCOJIDO**

Il faut développer en médecine, une culture de la déclaration des EIG, sécurisée et anonymisée pour les personnels de santé, qui les incite à faire des déclarations afin de pouvoir mettre en place des procédures d'anticipation et de prévention contre d'éventuels futurs EIG.

#### **M. GEHAN**

Il faut éviter de vouloir « refaire l'histoire » et rester vigilant sur les analyses qui seront faites de ces EIG et s'assurer que les barrières mises en place pour s'en prémunir soient bien appropriées et non source d'erreur. Nous devons prioritairement nous concentrer sur l'application effective des mesures prises pour éviter ces EIG.

#### **M. ESCOJIDO**

Nous devons tout de même nous interroger sur les barrières à mettre en place pour des situations identiques, afin d'empêcher qu'un EIG ne passe à la phase suivante en provoquant des dommages.

#### **M. GEHAN**

Lorsque l'on arrive au volet n°2 de la déclaration des EIG, on prend conscience que bien qu'il y ait eu des barrières, le dossier est devenu éminemment complexe, car toutes les causes de l'EIG n'ont pas été décelées. De fait, par « effet de dominos », des situations initialement singulières deviennent par la suite difficilement gérables.

Au final, la meilleure des protections ne serait-elle pas dans la prévention afin d'éviter tout incident ?

#### **M. ESCOJIDO**

Il faut effectivement être prudents sur les interprétations à posteriori afin d'éviter toute possibilité de réponse humaine inadaptée face à une situation technique dégradée.

### **Mme BARES FIOCCA**

Dans le cadre de la gestion des EIG, une structure régionale d'appui à la qualité doit être mise en place, pour laquelle un cahier des charges doit être établi. Nous souhaiterions que les fédérations soient associées tant au niveau de l'appel à projet que de la réalisation de ce cahier des charges.

### **Mme MASINI**

Pour l'instant, nous n'avons installé qu'une toute petite structure qui est en train de se constituer un réseau. Nous attendons la parution du cahier des charges pour pouvoir lancer les appels à candidature.

### **M. DALMAS**

Je m'associe à la FHP Sud-est pour demander à ce que les fédérations participent au cahier des charges et à la mise en place de cette structure.

Il faut que nous puissions intervenir dans ce changement de culture, car l'objectif de la mise en place de ce dispositif reste la sécurité des patients. Cela nous permettra d'en faire une démarche pédagogique au sein des établissements. Il est essentiel de développer une culture de la déclaration appuyée sur une « non sanction », dont la seule finalité est de permettre à des professionnels de mener ensemble des analyses objectives basées sur les déclarations d'EIG, voire même sur des presque accidents ou encore également des événements qui n'ont pas entraîné de décès mais de justesse.

### **Mme MASINI**

Il y aura tout de même des cas pour lesquels nous serons obligés de réaliser une inspection, entre autres pour les EIG ayant pris une dimension médiatique.

Pour pouvoir compléter le volet n°2 des EIG, il faudra que les établissements qui rencontrent des difficultés d'analyses n'hésitent pas à faire appel à l'aide de la structure régionale d'appui.

### **M. ESCOJIDO**

La déclaration des EIG doit rester l'élément d'une démarche de qualité, sous anonymat, non punitive, dont le but est de progresser tout en évitant de tomber dans le piège de la judiciarisation à tout prix, aujourd'hui très prisée des médias.

### **M. BOUFFIES**

Il faut revenir avant tout sur la définition des EIG. Il faut qu'au sein des établissements des actions pédagogiques soient menées afin de développer cette culture de la déclaration des EIG. Actuellement, ils l'utilisent plus comme un outil de protestation que comme un outil d'amélioration de la qualité de la sécurité du patient. Il ne faut pas que la déclaration des EIG soit détournée de son objectif initial et devienne, entre autre pour les établissements publics, un moyen de contestation et de protestation. D'autres instances sont déjà en place pour pallier à ce type de problème.

### **M. ESCOJIDO**

C'est la mission en effet du CHSCT.

### **M. GEHAN**

Pour revenir sur la judiciarisation, il en est autant de justifiées que d'abusives. A ce titre, je comprends que l'ARS ait besoin de pouvoir y répondre, compte tenu de l'importance de la communication, des médias et des réseaux sociaux dans notre société.

Nous ne devons cependant pas oublier que l'objet qualité de la déclaration des EIG est de déterminer qu'elles en ont été les causes. Elles peuvent être de nature humaine, financière dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre financier, ou encore de nature technique comme pour un problème d'alimentation électrique, ou autre...

Mais il ne faut pas circonvenir le problème sur une pratique déviante ou le non-respect d'une procédure qui aurait été mise en place soit à priori soit à posteriori après un événement grave.

### **M. ESCOJIDO**

Nous devons rester attentifs dans l'interprétation d'un EIG, et réaliser une analyse fine de l'organisation et des procédés de réforme interne mis en place au sein de l'établissement, plutôt que d'en attribuer automatiquement la cause à un défaut de moyens. Nous devons considérer une déclaration d'EIG dans sa globalité et avec prudence. C'est grâce à la mise en place de ce système, que nous deviendrons performants.

## **3. Le zonage des médecins généralistes libéraux en région PACA**

Présentation réalisée par **Mme GUEZ**, (annexe 2 du présent PV).

### **DISCUSSIONS**

#### **M. ESCOJIDO**

Ce qui est intéressant dans votre démarche, c'est votre volonté de travailler en coopération avec les professionnels de santé et d'avoir avec eux cette démarche de concertation.

#### **Mme GUEZ**

Nous avons la possibilité d'élargir le périmètre des zones prioritaires à 3,8% :

\* 1,2% de la population PACA dans la sélection nationale ;

\* 2,6% de la population au niveau de l'ARS.

Nous avons également la possibilité d'élargir le vivier à 5%.

#### **M. SAMAMA**

Il faut remédier au problème de la désertification médicale.

Pour y parvenir, différentes actions doivent être menées : mise en place de structures, d'assistants, d'aides à l'installation, d'aides contractualisées à l'installation.

En tant que représentant et porte-parole de l'URPS, je participe aux IRC sur le zonage et suis conscient de la difficulté rencontrée à devoir choisir un critère pour effectuer ce zonage.

D'autres découpages auraient pu être déterminés en fonction de l'âge des médecins, de la démographie, du nombre de consultations par habitants....

Le critère de découpage sélectionné pour ce zonage a ses avantages et ses inconvénients et paraît adapté aujourd'hui. Le système de santé étant en évolution permanente, il pourrait cependant être remis en question dans un avenir prochain.

J'ai fait part de mes conclusions à l'ARS dans la rédaction d'une note qui devrait lui parvenir sous peu.

J'y ai également fait mention du désir de l'URPS de garder en réserve des zones qui nous permettront de nous adapter au cours du temps, aux modifications spectaculaires qu'il peut y avoir au sein d'un bassin de population.

J'attire l'attention de l'assemblée sur le fait que l'ensemble de la France ait vu le pourcentage du périmètre des zones prioritaires augmenter de façon significative. Tel n'a cependant pas été le cas de deux régions, dont la région PACA. Lorsque le ministre a annoncé qu'il allait étendre à 18% le pourcentage de zones éligibles au zonage, c'était à l'exclusion entre autre de la région PACA.

#### **M. ESCOJIDO**

La région PACA a en effet été considérée comme sur dotée.

Que se passe-t-il, si un médecin, ayant bénéficié d'une subvention incitative de 6000€ bruts pendant deux ans pour s'installer dans une zone de désertification médicale, décide de partir à l'issue ?

#### **Mme GUEZ**

Rien, il est libre d'aller s'installer ailleurs.

### **M. ESCOJIDO**

L'ARS fait actuellement de gros efforts pour promouvoir l'installation de maisons médicales de santé pluri disciplinaires. Est-ce un moyen adéquat susceptible d'améliorer la situation dans ces zones où l'installation de praticiens n'est plus possible ?

### **Mme GUEZ**

C'est effectivement l'exercice coordonné de professionnels qui va leur permettre d'avoir une approche pluri disciplinaire et de libérer du temps médical pour les médecins au sein de la maison de santé.

### **M. SAMAMA**

Au sein de l'URPS, nous travaillons sur le terrain en étroite collaboration avec un maximum de médecins afin de réaliser une prospective la plus précise et la plus fine possible.

Nous ne pouvons pas nous fier aux différents annuaires en vigueur, (du conseil de l'ordre des médecins, de l'ARS, ou de l'URPS...) pour quantifier les médecins réellement en exercice. De plus, ces annuaires n'en reflètent pas non plus les perspectives à court terme. Ils ne contiennent pas de données sur les intentions, les possibilités ou les départ programmés à la retraite des personnels de santé...

Toutefois, ce zonage a essayé d'aller au maximum possible dans les analyses menées. Bien qu'au final, il ne soit pas tel que le souhaitait l'URPS, nous y souscrivons tout de même volontiers.

Cependant l'expérience montre que les motivations d'installation sont loin d'être basées sur l'aspect purement financier, j'espère que ces mesures incitatives sauront convaincre des médecins de venir s'installer dans des zones de désertification médicale.

### **Mme GUEZ**

Dans le cadre de son plan d'accès territorial aux soins, le ministre a également mis en avant un certain nombre d'autres mesures qui permettent de libérer du temps médical : les pratiques avancées, les infirmières ASALEE. Ces mesures devraient pouvoir pallier à cette problématique forte de démographie médicale.

### **M. BOUFFIES**

En France, pour l'instant, avec ce nouveau dispositif, nous restons dans le domaine des incitations.

Dans l'hypothèse où ce système échouerait, il reste cependant d'autres solutions :

- Les hôpitaux dits "anciennement locaux", qui sont dans ces territoires un peu isolés, peuvent contribuer au maintien de la médecine de ville à travers la mise en place de maisons de santé pluri disciplinaires. Ils permettent aussi, entre autre, de mutualiser des plateaux techniques ;
- Ce qui incite aujourd'hui les praticiens à s'installer, c'est le mode d'exercice, participatif, collectif, mais aussi sécurisé ;
- Enfin, par les consultations avancées dans des territoires éloignés, les hôpitaux publics participent aussi à la couverture médicale.

Les médecins doivent aller au-devant de la population. Aujourd'hui, le nouveau dispositif, en cours de mise en place puisque dépendant des GHT, n'est pas incitatif pour les médecins hospitaliers.

Le problème de la désertification médicale sera très certainement à réétudier dans deux ou trois ans.

### **M. BARCELO**

Avant d'utiliser les infirmières ASALEE ou des infirmières salariées et subventionnées dans ces zones difficiles, nous pourrions utiliser les compétences des infirmières libérales qui sont pour la plupart, d'ores et déjà en place dans des maisons de santé médicales. Ces dernières ont pour avantage d'avoir une parfaite connaissance de la démographie infirmière et sont également implantées selon un zonage prédéfini.

Pour les pratiques avancées, cela pourrait être en effet une bonne solution. Il faudrait toutefois revoir les modalités d'accès aux pratiques avancées et les étendre aux infirmières libérales, qui sont déjà présentes dans ces secteurs de zones blanches. Pour l'instant, sur la région PACA, il n'y a actuellement que 5 infirmières libérales de formées.

**Mme GUEZ**

Le décret sur les pratiques avancées est attendu pour le mois d'avril 2018.

L'ARS n'exclue pas d'accompagner financièrement les professionnels de santé qui s'engageront sur une formation de "pratiques avancées", afin de compenser leur perte de revenu pendant cette période.

**M. BARCELO**

Les infirmières libérales souhaitant bénéficier d'une formation de "pratiques avancées" ne se heurtent pas à un problème financier. Elles ne peuvent pas y accéder pour les motifs suivants :

- Présentes sur des zones difficiles, elles sont sur sollicitées et saturées de travail. Afin de répondre à la demande en santé de la population, elles ne peuvent pas interrompre l'exercice de leur profession pendant deux ans ;
- Les conditions d'accès à cette formation impliquent la pratique de l'anglais courant que beaucoup d'infirmières ne maîtrisent pas.

Il faudrait informer le ministère de la nécessité de revoir les conditions d'accès et les modalités de déroulement des formations de pratiques avancées. Une reconnaissance des acquis pour les infirmières libérales pourrait être une bonne solution.

**M. ESCOJIDO**

Nous tiendrons compte de l'ensemble de ces remarques lors de la prochaine réunion de la CRSA, qui doit statuer sur le zonage.

**Mme GUAGLIARDO**

Dans le cadre des territoires de vie, les espaces de santé de proximité n'existent plus ?

**Mme GUEZ**

Si mais au sein d'un nouveau maillage.

**Mme GUAGLIARDO**

Ces nouveaux territoires de santé ont-ils été validés officiellement ?

**Mme GUEZ**

Pour le moment nous sommes dans le cadre de la concertation. Lorsque l'avis de la CRSA aura été donné, le DG ARS publiera alors l'arrêté concernant le zonage.

Par contre, la délimitation des territoires de vie de santé est connue et n'est pas modifiable.

**M. ESCOJIDO**

Cette délimitation n'est pas modifiable pendant la durée du schéma régionale en cours. Elle pourra éventuellement faire l'objet de réaménagements géographiques dans le prochain SRS.

**M. VAILLANT**

Les maisons de santé semblent être réservées aux établissements publics alors que les établissements privés de santé pourraient également les accueillir.

**M. ESCOJIDO**

Le fait que les maisons de santé soient adossées à des établissements publics n'est pas une obligation. Il est possible de créer des maisons de santé pluri disciplinaire adossées à des établissements privés dans le cas de conventions trans sectorielles.

A titre d'exemple, il existe une maison de santé pluri disciplinaire à Béziers qui fonctionne avec deux sites :

- Un à Béziers,
- Un second à Saint Pons dans une zone médicale désertifiée, qui fonctionne en coordination avec un GHT et des établissements privés du voisinage, formant ainsi un réseau de santé.

•  
**Mme BARES FIOCCA**

Il y a confusion avec une autre structure de santé qui ne peut en effet pas être adossé à un établissement privé.

**M. ESCOJIDO**

Il s'agit des maisons médicales de garde, qui avaient pour obligation d'être adossées à un établissement disposant d'un service de soins d'urgence.

Les maisons de santé médicales pluri disciplinaires ont un cahier de charges qui est intermédiaire entre les centres de santé et l'exercice libéral pur. Elles peuvent être adossées à un établissement de santé de quelque secteur que ce soit, PSPH, privé, public, voire les trois. Elles bénéficient forcément de conventions avec des plateaux techniques autour.

Ces éléments seront retranscrits et portés à la connaissance du président de la CRSA, M. DUTREIL.

<b>4. Avis sur les demandes d'autorisation</b>
--

**Début d'instruction des dossiers : 15H 40**

**Sortie de M. SEMPOL.**

<p><b><u>Dossier n°2017 A 083 : Demande d'autorisation d'activité de soins de suite et de réadaptation sans mention spécialisée, sous les modalités adultes et enfants et sous les formes d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel de jour.</u></b></p>
---

<p><b><u>Implantation géographique : Hôpital San Salvador, 4 312 route de l'Almanarre, BP. 300 080 Hyères Cedex.</u></b></p>
--

**Instructeur** : Mme HIRTZIG représentée par Mme GERMAIN

**Audition du promoteur** : Mme Sandrine CURNIER, directrice de l'hôpital San Salvador.

**Remarques au promoteur**

**M. MAURIZI**

Ma fédération, favorable à ce dossier, votera pour.

Dans cette région, il y a un taux de recours en SSR qui est important. Cela fera d'ailleurs certainement partie des enjeux du futur PRS 2.

Cela fait cinq ans que la fédération de l'hospitalisation privée essaie d'obtenir une règle de fongibilité d'enveloppe sanitaire vers le médicosocial, ce qu'il faudra expliquer à la nouvelle ministre. Cela nous permettrait de faire basculer des établissements sanitaires vers le médicosocial.

Et notamment dans les deux départements alpins, où des solutions pourraient passer par la création de maisons de santé.

Cet établissement a la particularité de détenir un nombre important de lits d'éveil au coma, d'EVC EPR et de LISP.

Nous souhaiterions attirer l'attention du directeur général de l'ARS sur le fait que ces lits sont nécessaires, et ne doivent pas être comptabilisés dans les quotas. Nous espérons également que l'agence régionale d'Ile de France fera également suivre le budget rattaché à ces lits de SSR.

### **Sortie du promoteur**

## **DELIBERATIONS**

### **M. ACQUIER**

La FHF PACA votera également pour ce dossier pour les mêmes motifs évoqués par M. MAURIZI.

Mme GERMAIN a rappelé justement que les lits de SSR adultes dans cet établissement sont de 23 et de 10 places et que les lits de SSR enfant sont de 18 et 16 places. J'aimerais avoir une clarification sur l'unité expérimentale de soins prolongés, qui ne relève ni du SSR ni du médicosocial et pour laquelle nous sommes en attente d'une réponse du ministère. Comment cette unité sera-t-elle financée et par qui ? Nous souhaiterions avoir l'assurance qu'elle ne sera pas financée à partir des crédits FIR.

### **Mme GERMAIN**

Nous n'avons pas le contrôle du budget de l'hôpital San Salvador qui est géré par l'ARS Ile de France. Pour autant, les lits de l'unité expérimentale de soins prolongés complexes vont être pris en charge par le médicosocial. C'est dans ce but que nous avons demandé la fongibilité des crédits sanitaires sur le médicosocial, demande pilotée et gérée par l'ARS Ile de France, responsable de cette opération. Ces crédits sortiront donc complètement de l'enveloppe sanitaire.

Par ailleurs, cette partie médicosociale va être rattachée pour la partie enfant à un EEAP et pour la partie adulte à une MAS. L'expérimentation est donc rattachée à une structure existante du médicosocial.

### **M. ACQUIER**

Nous voudrions avoir la garantie que l'enveloppe Ile de France sera transférée au titre de la fongibilité, sur la base des tarifs auxquels ces lits sont actuellement financés.

### **M. DALMAS**

Nous voterons pour ce dossier tout en mettant en exergue trois points distincts :

- Nous ne souhaitons pas que cette autorisation puisse entraîner à long terme la suppression d'un site, sous prétexte qu'au final nous ayons saturé l'offre de santé ;
- L'Ile de France va transférer les crédits relatifs aux 83 lits d'EVC-EPR. Il ne faut pas que d'ici deux ans, il y ait une saturation des ressources de la région du fait de l'intégration de cette structure complémentaire.
- Ce dossier concerne-t-il vraiment du SSR ? Il semblerait qu'il y ait à la fois du SSR classique et de l'EVC EPR qui ne doit pas être inclus dans le SSR.

### **Mme GERMAIN**

Par défaut, la circulaire ministérielle a rattaché cette activité à de l'activité de SSR.

### **Mme BARES FIOCCA**

En réalité, bien que rattachés à une autorisation sanitaire, il y a à la fois des lits identifiés en soins palliatifs, éveil du coma, EVC-EPR.

Il conviendrait cependant de les distinguer et de ne pas les prendre en compte dans le taux de recours. Ils répondent à une réglementation et à des normes qui leur sont propres. Les patients pris en charge n'ont rien à voir avec les patients SSR et ne bénéficient ni des mêmes soins ni des mêmes périodes de prise en charge.

J'ai identifié à peu près 60 lits d'éveil au coma, rattachés à l'activité SSR alors qu'ils n'en font pas partie.

**Mme GERMAIN**

Les lits d'EVC ne sont pas de l'éveil au coma.

**Mme BARES FIOCCA**

Je souhaiterais cependant voir distinguer de l'activité SSR et du taux de recours, l'état végétatif EVC EPR.

S'ils ne sont pas distingués, nous risquons de créer une sur capacité de SSR en région, alors que ces dernières années nous avons fait de nombreux efforts de restructuration, de propositions d'évolution des textes sur le SSR afin de ne pas être sur dotés.

Par ailleurs, qui va gérer le CPOM de l'hôpital San Salvador, sachant que la partie autorisation et la partie financière ne relèvent pas de la même ARS.

**Mme GERMAIN**

Nous sommes en effet responsables du CPOM mais pas de l'avenant financier qui relève de l'ARS Ile de France.

**M. BOUFFIES**

Nous voterons pour, mais nous aurions dû détacher ce dossier de l'assistance publique.

**M. VAILLANT**

Nous risquons de rencontrer le même problème avec les Hospices civils de Lyon.

Grâce à l'étude que vous avez faite dans le cadre de ce dossier, vous avez listé des catégories, des lits, afin de neutraliser les effets de la partie qui relève de Paris. Vous avez ainsi isolé ce qui ne relève pas du Var pour pouvoir identifier clairement le nombre de lits restant à l'issue pour ce département.

**Mme GERMAIN** et **M. MAURIZI** s'accordent sur le fait que l'hôpital San Salvador est un établissement, qui bien que rattaché à l'APHP, est en réalité implanté dans le Var et soigne des patients provenant majoritairement de ce département.

**M. MAURIZI**

Cet établissement devrait être rattaché au futur GHT de Toulon.

**Mme GERMAIN**

Sauf que l'APHP ne souhaite pas se libérer de cet établissement.

**M. ESCOJIDO**

Nous devons en effet faire remonter l'incongruité de cette situation.

**M. le président fait passer au vote :**

Votants	: 22
Abstentions	: 0
Défavorables	: 0
Favorables	: 22

**Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité, sous réserves :**

- D'une fongibilité réelle et effective dans les délais les plus brefs ;
- De la réalisation du CPOM à l'issue de l'octroi de l'autorisation ;
- D'une définition précise dans ce dossier, d'ici une date à échéance déterminée, des activités de soins qui feront l'objet d'une fongibilité des crédits.

**Dossier n°2017 A 082 : Demande de confirmation d'autorisation après cession des activités de :**  
\*SSR sans mention spécialisée ;

\*SSR avec mention spécialisée dans les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien pour adultes sous la forme d'hospitalisation à temps partiel de jour ;

\* SSR avec mention spécialisée dans les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien pour enfants de 6 à 18 ans sous la forme d'hospitalisation à temps partiel de jour;

Détenues par la S.A.S Maison de régime Saint Jean sur le site de l'Unité Méditerranéenne de Nutrition à Marseille, au profit de l'IHMCA, 12 rue Jean Jaurès à Puteaux (92).

**Instructeurs : M. PATINEC représenté par Mme GERMAIN**

**DELIBERATIONS**

**M. DALMAS**

Nous voudrions des précisions quant au fait que nous allons accorder un agrément à de l'hospitalisation à temps partiel, qui devrait normalement être adossé à un agrément d'hospitalisation à temps complet. Cet argument, opposé sur d'autres dossiers, n'est pas avancé dans le cas présent. Par conséquent, si nous avons des demandes similaires pour d'autres structures à venir, nous ne pourrions plus nous y opposer sous couvert des décrets et de la circulaire de 2008.

**Mme BARES FIOCCA**

Cet établissement est adossé à St Jean.

**Mme GERMAIN**

Les textes ne s'opposent pas à ce qu'il y ait une activité qui soit uniquement en hospitalisation à temps partiel de jour.

**M. MAURIZI**

Dans ma région, nous avons deux établissements, le CERS de Saint Raphaël et le Grand Large à Marseille qui ne sont qu'en hospitalisation à temps partiel de jour. Ils ont des conventions qui leur permettent d'être adossés à des établissements ayant un agrément d'hospitalisation à temps complet. En l'occurrence, ils travaillent en complémentarité avec l'assistance publique de Marseille.

**M. le président fait passer au vote :**

Votants : 22  
Abstentions : 0  
Défavorables : 0  
Favorables : 22

**Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité**

**Sorties de M. MAURIZI et de M. AGOPIAN**

**Dossier n°2017 A 084 : Demande d'autorisation d'activité de psychiatrie.**

**Implantation géographique : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée, Site Edouard Toulouse  
23 impasse Magne, 13 015 Marseille.**

**Instructeur : Mme AGUILAR représentée par Mme GERMAIN**

**M. le président fait passer au vote :**

Votants : 20  
Abstentions : 0  
Défavorables : 0  
Favorables : 20

**Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité.**

**5. Présentation du prochain calendrier des CSOS 2018**

**Mme GERMAIN** explique que le prochain calendrier des CSOS 2018, qui tient compte de l'arrêté fenêtre 2018, sera déposé pour consultation sur le site de la CRSA et confirme aux membres de la CSOS qu'il leur sera également envoyé par courriel à l'issue de la commission.

Elle précise que certaines CSOS n'auront pas lieu le premier lundi du mois ainsi que prévu, du fait des vacances scolaires.

Une CSOS **est envisagée le 9 avril 2018**, en dehors des fenêtres, afin de leur présenter le nouveau schéma régional, qui devrait être mis à la consultation entre le **1<sup>er</sup> février et le 1<sup>er</sup> mai**. Après cette commission, une seconde CSOS sera organisée pour qu'ils puissent rendre leur avis sur le prochain schéma, avant la fin de cette période de consultation.

Elle détaille de futures difficultés du fait du nouveau schéma :

- Un calendrier de fenêtres avec des BOQOS publiés selon les implantations de l'ancien schéma, pour des dossiers déposés au cours des fenêtres correspondantes avec des implantations de l'ancien schéma ;
- Un décalage de ces demandes avec le nouveau schéma en cours d'étude et donc avec les nouvelles implantations.

Elle informe donc les membres de la CSOS, que dans la mesure où le futur schéma sera en consultation pendant la première période de fenêtres, (basée sur l'ancien schéma), étant sollicités pour avis, ils auront tout de même une connaissance assez large des orientations du nouveau schéma. Il faudra donc en tenir compte, avant que les établissements ne déposent des dossiers.

Le président précise que la prochaine CSOS aura lieu **le 12 mars 2018**.

Levée de la séance de la CSOS à 16h20.

▪ **Diffusion :**

- \* Membres de la CSOS
  - \* M. Ahmed EL BAHRI
  - \* Mme Aleth GERMAIN
  - \* Mme Patricia CONSTANT
  - \* Mme Josiane ALOYAN
  - \* Mme Leïla LAZREG
  - \* Mme Isabelle ARZOUMIAN
  - \* Mme Marie-Pierre AGUILAR
  - \* Mme Stéphanie HIRTZIG
  - \* M. Gérard MARI

Le Président de la Commission  
spécialisée d'organisation des soins



Henri ESCOJIDO