

	<b>DIRECTION DE L'ORGANISATION DES SOINS / DEPARTEMENT DE L'OFFRE HOSPITALIERE / SERVICE AUTORISATIONS ET CONTRACTUALISATIONS</b>	
	PV CSOS du 9 avril 2018	
<b>MAJ</b> : 18/04/2018	Rédigé par : CCS	Validé par : A. GERMAIN

Participants :

- Liste des présents : cf. Liste d'émargement.

Conseiller médical

Dr Marie-Claude DUMONT

Direction de l'organisation des soins

M. Ahmed EL BAHRI

Département de l'offre hospitalière :

Mme Magali NOHARET

Service Pilotage médico-économique

Dr Geneviève VEDRINES

Service des autorisations et contractualisation :

Mme Aleth GERMAIN

Mme Cécile CAM-SCIALESI

Mme Melvie DELON

Mme Leïla LAZREG

Direction des politiques régionales de santé

Mme Marion CHABERT

Service Parcours et territoires :

Mme Céline MANSOUR

Service Démocratie en santé :

Mme Isabelle ARZOUMIAN

## 1. Ouverture de séance

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

En ouverture de séance, 20 membres ont émarginé.

Monsieur le président précise que le PV de la CSOS du 12 mars 2018, en cours de rédaction, sera approuvé lors de la commission qui se déroulera le 14 mai 2018.

Il rappelle également les règles de la déclaration d'intérêt, 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. »*

Un seul point va être présenté lors de la commission de ce jour : les travaux sur le PRS

Cette première réunion de présentation se déroule à la demande du président de la CRSA Monsieur Christian DUTREIL afin de donner un avis sur le PRS et ses déclinaisons.

Les membres pourront donc formuler leurs observations par écrit jusqu'à la prochaine commission du 14 mai 2018 lors de laquelle un avis sera donné sous la forme d'une motion.

Dans un premier temps Madame Marion CHABERT va présenter le PRS afin de rappeler les fondamentaux et repositionner le PRS dans son cadre général.

Dans un deuxième temps Madame Aleth GERMAIN présentera des objectifs du schéma avec un focus sur les conséquences du PRS et les déclinaisons de la stratégie nationale de santé, par la présentation du SRS ;

- les objectifs du parcours (partie 2),
- les principales thématiques sur l'offre de soins (partie 3),
- les conséquences sur les implantations (partie 4).

**PRESENTATION GLOBALE DU PROJET REGIONAL DE SANTE (PRS) \_ Mme Marion CHABERT (Présentation annexée I)**

**PRESENTATION DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE (SRS)\_ Mme Aleth GERMAIN (Présentation annexée II)**

**PRESENTATION GLOBALE DU PROJET REGIONAL DE SANTE (PRS) \_ Mme Marion CHABERT  
(Présentation annexée I)**

**DISCUSSIONS**

G GEHAN : Le paramètre manquant est le financement. On nous parle de modifier nos pratiques, d'organiser les réseaux, cela nous prend beaucoup de temps qui de fait n'est pas consacré aux soins. Il va falloir financer les restructurations. Je n'ai pas relevé d'éléments concernant les moyens, l'adaptation des moyens mais uniquement les grandes orientations. Chaque orientation prise individuellement est réalisable mais prise globalement certaines sont antinomiques.

M CHABERT : Concernant les moyens nous avons plusieurs outils à notre disposition notamment pour le temps de la coordination notamment pour les parcours complexes et l'appui aux professionnels. Nous avons également un outil qui nous a été proposé par la loi de financement de la sécurité sociale dans son article 51 qui nous donne un cadre pour les expérimentations organisationnelles innovantes du système de santé.

Il est donc envisagé de proposer des innovations qui permettront de financer différemment car il est constaté la difficile coordination entre les acteurs et les différentes prises en charge liée à la grande sectorisation des financements.

A EL BAHRI : Est surpris par la question de M. Gehan.

Avant de se poser la question du financement il faut savoir si l'on est d'accord avec celui mis en place actuellement car des financements existent. Les hôpitaux et les cliniques pour le sanitaire sont financés par ailleurs. Il faut voir comment on répartit les ressources de manière efficace. S'il s'agit d'accompagner des mesures nouvelles qui nécessitent de l'impulsion il n'y a pas de problème vu les dispositifs dont a parlé Marion Chabert à l'instant.

Il est prématuré de parler les moyens avant de trouver comment faire avec ce qui existe déjà à moins que l'on considère que ce que l'on fait aujourd'hui est parfaitement optimisé et parfaitement adapté au besoin. Ce qui n'est pas le cas, il faut donc réfléchir à de nouvelles organisations.

**PRESENTATION DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE (SRS) \_ Mme Aleth GERMAIN (Présentation annexée II)**

**DISCUSSIONS**

J GROS : Mme Gros attire l'attention de la commission sur la difficulté de trouver des moyens humains et financiers mais surtout humains. A l'heure actuelle les hôpitaux sont de moins en moins bien dotés, elle prend l'exemple du Vaucluse où le nombre de médecins diminue. En conséquence comment faire fonctionner ce beau système ?

H ESCOJIDO : évoque la mise en place des techniques nouvelles telle que la télémédecine comme solution potentielle qui devrait permettre demain de combler un certain nombre de déficit.

A JULLIEN : évoque le repérage diagnostique du PRS et précise qu'elle a des recommandations pour le TDAH (troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité) pour lequel rien n'est mis en place. Il y a donc des conséquences pour les patients avec suicides, accidents, addictions. Actuellement il n'y a pas de repérage pour les enfants avec très peu de médecins formés et pour les adultes il y a 3 médecins en région PACA. 3 % des adultes et 5 % des enfants en sont atteints

H ESCOJIDO : précise que cela a été signalé à plusieurs reprises. Il est en effet constaté des zones de lacune.

JL DALMAS : souhaite faire part de remarques générales de personnes ayant lu le schéma et ayant fait retour à M. Dalmas.

Il donne acte à l'Agence de la procédure de concertation en cours et fait le comparatif avec les schémas précédents qui n'ont pas toujours été du même formalisme que le SRS actuel. Il souligne que l'exercice est compliqué. Beaucoup d'aspects sont dans le schéma mais ils seront d'obsolescence rapide telle que l'imagerie interventionnelle ou les soins critiques. Des textes sont à venir et M. Dalmas souligne que le schéma aura besoin d'être réécrit très rapidement.

A EL BAHRI : précise qu'il y a des évolutions sur les autorisations, sur l'imagerie, sur l'interventionnel, sur les soins critiques qui vont arriver qui vont impacter le PRS. Ce dernier n'est pas figé pour 5 ans.

JL DALMAS : pour la FEHAP annonce qu'il a besoin d'une vision prospective, en insistant sur la nécessité d'une certaine souplesse car la médecine a la particularité d'évoluer très rapidement, les techniques évoluent très rapidement. Il y a 5 ans on ne parlait pas de Récupération Améliorée après Chirurgie (RAAC), le virage ambulatoire existait déjà mais pas avec la même insistance. Des restructurations et regroupements de structures envisagées aujourd'hui qu'en sera-t-il dans 5 ans ? Des regroupements ne se seront pas faits et d'autres auront peut être vus le jour.

Pour certains objectifs du schéma M. Dalmas fait remarquer l'impression d'être en phase avec ce qui s'est fait dans l'ICR mais pour certains autres on a l'impression qu'ils ont été réécrits. Il sera donc demandé des précisions. Il fait remarquer que l'écriture de certains domaines va bien au-delà de ce qui avait été débattu dans l'ICR notamment sur l'insuffisance rénale chronique.

D'une manière générale les personnes qui ont lu le schéma constatent la faiblesse du diagnostic. Il relève l'impression que l'on renvoie à un diagnostic à faire, un état des lieux à refaire.

L'état des autorisations disponibles dans une spécialité n'a pas été suffisamment fait, ce qui oblige de chercher les informations sur les regroupements, les suppressions, les mutualisations.

Et quand on veut être dans une logique d'accompagnement cela peut être un exercice un peu difficile et on demandera probablement des éclaircissements.

Une problématique particulière sur le médico-social car il y a des objectifs très ambitieux de restructuration. La FEHAP est directement concernée mais il est nécessaire d'avoir des précisions.

Il y a également un sujet récurrent à savoir la relation avec les GHT. PRS/PMP. Le GHT est un outil de recomposition de l'offre publique ; il s'agit d'un acteur incontournable mais il ne peut pas être à lui seul une référence. Il est donc nécessaire de trouver l'articulation entre la nécessaire recomposition qu'il y a en cours dans les GHT et ce que la FEHAP peut apporter dans ces restructurations.

JL MAURIZI : partage ce qu'a dit M. Dalmas. Pour la FHP, nous avons participé aux ICR. Nous sommes toujours un peu insatisfaits de la façon dont l'évaluation est retranscrite.

J'ai participé à des groupes et nous avons beaucoup progressé. M. Maurizi témoigne de la qualité des réunions lors desquelles les choses ont été mises à plat. Cependant, pour certaines thématiques comme le SSR pédiatrique, dans le département des Hautes-Alpes, les restructurations proposées étaient déjà expliquées dans le précédent schéma et concrétisées dans le schéma actuel.

Il est dommage que cela ne soit pas mieux traduit. Des choses ont été mises en place notamment en cardiologie (registre), il est dommage que cela ne soit pas davantage mis en avant  
Pour la réanimation un travail d'analyse a été fait

M. Maurizi fait remarquer que les fédérations n'ont pas toujours un rôle facile. Car elles font le diagnostic avec l'Agence, elles sont amenées à accepter et à partager mais elles doivent par ailleurs expliquer aux adhérents les raisons pour lesquelles à tel endroit il n'y aura pas de création et d'en d'autres endroits il y aura des suppressions.

Il y a également une autre difficulté c'est que dans le projet apparaît un certain nombre d'objectifs avec l'expression « d'objectif opérationnel ». Il y a un souci de compréhension de ces objectifs opérationnels avec le risque d'ajouter des normes supplémentaires.

La DGOS a lancé sur 2 ans une réforme des autorisations et à travers des labellisations. Cela est-il anticipé ?

M. Maurizi en tant que président de la FHP en région Paca compare les travaux effectués par plusieurs ARS et reconnaît le travail de l'ARS PACA.

C'est donc un bon travail mais d'ici le 14 mai prochain il est demandé un certain nombre d'éclaircissements car dans le détail, certaines implantations se lisent facilement et d'autres non. Il y a également des sujets comme les unités neurovasculaires : le besoin est-il bien calibré ?

H ESCOJIDO : rappelle qu'il y a un mois entre les deux CSOS pour formuler les interrogations par écrit.

T ACQUIER : Il y a eu une forte intensité de participation de la totalité des professionnels dans les ICR ; Nous regrettons également qu'il y ait une lecture variable suivant les sujets. J'ai participé à des groupes de travail sur l'imagerie en coupe et je m'y retrouve parfaitement ce qui n'est pas le cas pour d'autres thématiques pour lesquels il y a des écarts conséquents et des incompréhensions de la part des participants. Il manque dans le schéma une lisibilité des objectifs opposables dans les objectifs opérationnels. L'exercice est délicat pour nous dans la lecture des tableaux des implantations sur les suppressions et les créations supposées. Il y a certes des enjeux politiques. Mais il nous faut des précisions et des clarifications. Il ne faut pas que des normes régionales se mettent en place de manière indue au-delà de la norme nationale. Vous avez anticipé parfois l'application de textes à venir dont vous avez connaissance. Ce qui dénature un peu l'objectif du texte dans sa vocation à être opposable ou pas.

MC DUMONT : précise qu'il ne faut pas confondre normes et recommandations-labellisations. Dans le cas présent il s'agit de recommandations que ce soit pour l'imagerie ou d'autres thématiques. En aucun cas cela ne peut avoir de valeur réglementaire. Concernant les interrogations sur les implantations le Dr Dumont précise également qu'il y a les nombres d'implantations et les capacités des établissements en terme d'hospitalisation pour tendre vers les regroupements des plateaux techniques et des capacités adaptées et non pas une augmentation du nombre de centres.

A EL BAHRI : répond aux interrogations sur les GHT qui pour l'hospitalisation publique est une manière de structurer son offre mais qui doit le faire en prenant en compte son environnement. La rédaction actuellement des projets médicaux partagés (PMP) ne prend pas suffisamment en compte les partenaires sur le territoire qu'ils soient publics, privés ou médico-sociaux. La première version des PMP doit être améliorée. La deuxième version doit se faire en adéquation avec le PRS et en concertation avec l'ensemble des acteurs de santé afin d'avoir une vision globale. La place des Espic et des établissements médico-sociaux étant très importante .

Il y a la question du GHT mais aussi de la filière qui doit intégrer l'ensemble des partenaires concernés par la filière mais surtout l'ensemble du territoire.

A BARRES FIOCCA : rappelle que le document est rédigé pour chaque volet avec 6 ou 7 objectifs opérationnels, sans distinction sur les objectifs qualitatifs opposables. Mme Barres Fiocca pose la question de savoir si ces objectifs opérationnels sont uniquement opposables et liés aux autorisations.

A EL BAHRI : précise qu'il est nécessaire de rebalayer tous les objectifs afin de regarder précisément les caractères opposables ou non de chacun.

A GERMAIN : indique qu'il sera difficile d'apporter des précisions sur ce qui est opposable ou non. Cependant. Il est difficile de faire un tri entre les objectifs opérationnels et de les requalifier et le juge sera peut être amené à trancher. Mais cela mérite réflexion.

JL DALMAS : ne conteste pas l'inexistence des objectifs qualitatifs ni leur pertinence mais évoque le problème de la solidité juridique. Soit les objectifs sont opposables avec un risque de recours ou s'agit-il d'intentions et de recommandations n'ayant pas la même incidence.

A GERMAIN : rappelle que le texte est très général et qu'une autorisation doit être compatible avec les objectifs du schéma.

MC DUMONT : reprend l'exemple cité par M. Dalmas pour la radio interventionnelle ou la chirurgie pédiatrique. Le groupe de travail mis en place donne des recommandations et une volonté de labelliser les centres, ce n'est pas une autorisation. Cependant les centres dits « labellisés » auront plus vocation à accueillir plus facilement des patients que les autres établissements non labellisés, l'objectif étant

d'améliorer la qualité. Mais cela n'est pas opposable ce n'est pas une interdiction de pratiquer l'activité concernée.

A BARRES FIOCCA : s'interroge sur la labellisation, sous quelle forme sera-t-elle mise en œuvre, par appel à projet ?

A EL BAHRI : précise que la labellisation donnera lieu à des appels à projet, l'objectif étant l'amélioration qualitative de la prise en charge. Les recommandations sont importantes car issues des ICR et des professionnels.

MC DUMONT : donne l'exemple du travail effectué sur les traumatisés sévères dans la région PACA et la prise en charge déclinée dans le volet urgence du schéma. Dans le schéma il s'agit d'un renvoi aux recommandations avec un impact qualitatif important dans la prise en charge des patients.

G VEDRINES : précise également qu'il en est de même pour l'HAD en matière de recommandations et de recherche de la qualité.

JL DALMAS : attire l'attention de la commission sur le fait que la réglementation a modifié le cadre du PRS. Auparavant l'Agence pouvait retirer des autorisations qui n'étaient pas conformes au PRS, dans le cadre de la nouvelle réglementation sur la simplification du régime des autorisations l'Agence a une obligation d'intervenir dès lors qu'une d'activité n'est pas conforme à l'autorisation délivrée. Le régime des autorisations ayant été modifié par les textes le rendant à la fois plus fragile pour les établissements et consolide les autorisations si l'Agence n'intervient pas.

A EL BAHRI : relève que ces points ont besoin d'être précisés à savoir les recommandations et les objectifs notamment qualitatifs et indique que tous les objectifs seront maintenus.

JL MAURIZI : au nom de la fédération partage les points de vue concernant les distinctions à faire. Ce qui est important pour lui c'est de pouvoir gérer dans le temps et que les établissements aient le temps de s'adapter. Il y a beaucoup de volets auxquels la fédération adhère mais il faut de la clarté. Eu égard aux nouveaux textes sur les autorisations, le volet cancérologie par exemple devra être revu par rapport aux seuils.

H ESCOJIDO : indique que le nouveau régime des autorisations va dans le bon sens notamment en matière de durée de l'autorisation, 7 ans au lieu de 5 ans.

A EL BAHRI : confirme que la question des seuils en cancérologie va amener la révision du volet cancer.

T ACQUIER : est conscient de l'évolution de la réglementation et indique les difficultés de la mutualisation de l'HAD dans la région.

A EL BAHRI : précise que l'HAD ne va pas être traité spécifiquement dans les implantations. Cela sera revu dans le cadre des CPOM.

J COUSTAU : aborde le sujet de la prévention mis en exergue dans les propos introductifs et traitée de manière transversale et fait remarquer qu'il n'y a pas de volet dédié à la prévention. Il n'y a donc pas de priorisation apparente, notamment pour le parcours éducatif de santé des élèves qui est une thématique prioritaire de prévention quand on connaît la pénurie de médecins scolaires (1 pour 10000).

H ESCOJIDO : précise que la prévention est tellement importante qu'elle figure dans tous les volets du PRS. Mais comme le suggère Mme Coustau il est possible de faire une extraction des principales actions existantes dans les différents domaines de manière à donner une plus grande lisibilité à l'ensemble.

M CHABERT : indique que les interrogations de Mme Coustau se sont posées lors de la rédaction du schéma mais le choix s'est porté sur l'intégration de la prévention à l'ensemble de l'offre de santé, dans tous les parcours, l'évolution des métiers, l'offre de soins de proximité, y compris les professionnels du sanitaire afin qu'ils intègrent la prévention. Le risque de ne pas intégrer la prévention dans tous les parcours était que les autres acteurs hors champ de la prévention ne fassent pas de prévention. Ce choix n'est pas parfait mais il répondait à la logique de travail sur les parcours de santé.

G ALLIONE : constate la volonté de consultation qui est de permettre aux uns et aux autres d'amender et de faire des propositions dans un délai raisonnable. M. Allione a noté « faire ensemble et autrement » cependant il n'entend pas parler du secours d'urgence aux personnes et de la demande qui augmente chaque jour ainsi que de la désertification médicale qui oblige à faire différemment au quotidien. C'est un sujet prégnant pour le service d'incendie et de secours qui n'est que peu évoqué dans le PRS. Cependant M. Allione précise qu'il aimerait que figure au PRS le sujet de la régulation et de la réponse aux carences. Il souhaiterait également que soit évoqué la corrélation entre le schéma régional de santé et le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR) qui analyse la réponse à la couverture des risques qui incombent aux pompiers.

MC DUMONT : précise que les éléments concernant le service d'incendie et de secours ne figure pratiquement que dans le volet des urgences et s'interroge sur la manière la plus simple de coordonner un schéma régional de santé plus général avec un schéma plus spécifique que le SDACR décliné au niveau départemental.

A BARRES-FIOCCA : souhaite évoquer l'HAD et demande pourquoi il n'y a pas d'implantations.

MC DUMONT : précise que cela n'est pas prévu réglementairement.

A GERMAIN : indique qu'il serait possible de décliner les implantations puisqu'il s'agit d'autorisations. Cela n'est pas fait car il y a un travail en cours d'organisation des HAD et il est difficile aujourd'hui de fixer des implantations du fait que les HAD ont une zone géographique de compétence non identique au siège de la structure. En revanche ce qui est prévu par les orientations inscrites dans le schéma c'est de contractualiser au travers des CPOM l'amélioration des parcours en HAD (structures HAD et structures MCO).

Mme Germain précise également que toutes les orientations du schéma ne se traduisent pas par une implantation. Le niveau « implantation » n'est pas le seul levier du schéma. Concernant les regroupements liés à des opérations déjà autorisées, elles sont obligatoirement remises dans le schéma car, en terme de bilan ; tant que l'autorisation de regroupement n'a pas été mise en œuvre les établissements faisant l'objet d'un regroupement existent toujours.

A BARRES-FIOCCA : précise que pour le SSR il y a certainement des choses en cours de discussion que M NOHARET confirme.

ANDREIS : se pose la question d'autorisations SSR financées sur une enveloppe de l'ARS Ile de France. M. Andreis se pose la question de savoir si ces questions sont traitées dans le schéma ce que M. EL-BAHRI confirme pour l'Ile de France et Rhône Alpes.

JL MAURIZI : fait remarque que la FHF aurait aimé qu'il soit fait référence à la circulaire de fongibilité en cours de signature. Cela permettrait de financer des besoins en PA par transfert d'enveloppe.

A EL-BAHRI : précise toutefois qu'il est difficile de parler de cette circulaire qui n'est pas encore signée. Elle permettrait d'adapter les besoins du sanitaire en médico-social.

JL MAURIZI : s'interroge sur la réforme des autorisations qui impacte tous les domaines y compris le SSR et la réflexion de la DGOS à la possible fusion entre les établissements polyvalents et gériatriques. M. Maurizi pense qu'il est nécessaire d'en tenir compte. M. El-Bahri précise qu'il ne faut pas trop anticiper.

M NOHARET : précise qu'il y a actuellement une réforme du financement du SSR par le ministère mais qui est actuellement gelée et également une réflexion lancée récemment par la DGOS afin de donner les orientations à venir sur la place des SSR d'une manière générale.

A EL-BAHRI : précise sur la DMA (dotation modulée à l'activité) en SSR : il a été présenté en 2017 des impacts de la DMA passée à 100 %, il faut l'oublier car le financement à 100% n'aura pas lieu. La DMA à 50% semble être un élément plus raisonnable.

A BARRES-FIOCCA : précise que les évolutions du SSR n'ont pas été souvent abordées dans les ICR SSR et les besoins. Mme Barres-Fiocca demande la vérification pour les Alpes-Maritimes si l'offre SSR PAP HC répondait bien au besoin car dans le Var il va y avoir une création supplémentaire de prise en

charge spécialisée PAP en HC ce qui fait que l'on répond au même nombre de SSR spécialisés dans les Alpes-Maritimes et dans le Var. Cependant dans les Alpes-Maritimes il y a un peu plus de personnes âgées et des établissements avec des petites unités.

M NOHARET : précise qu'il y a le même nombre d'habitants dans les Alpes-Maritimes et le Var. Dans le schéma il est indiqué le nombre d'implantations et non le nombre de lits et l'on peut vérifier la réelle effectivité de tous lits.

A BARRES-FIOCCA : sur le cancer, présente des prises en charge de qualité et évoque la mutualisation des plateaux techniques. Mme Barres-Fiocca s'interroge de savoir si cela va être imposé et si cela allait se traduire dans les autorisations.

JL MAURIZI : indique que la FHP souhaite seuls les établissements doivent être porteur des seuils et non les équipes.

JL DALMAS : rejoint la proposition de la FHP

H ESCOJIDO : précise que cela n'empêche pas d'avoir une accréditation des médecins ou des équipes médicales par spécialité avec le respect d'un certain quota ce que confirme M. El-Bahri.

C JULLIEN : souhaite parler de la périnatalité et de l'amélioration de la prise en charge des enfants vulnérables et notamment des grands prématurés. Elle demande s'il existera également une prise en charge pour les enfants plus grands 6/7 ans.

G VEDRINES : précise qu'il est prévu un parcours de prise en charge « petit enfant » mais à ce jour qui n'est pas toujours organisé et qui manque un moyens humains dans le secteur libéral il y a un gros travail à mener avec le secteur médico-social. Mais cela reste une priorité.

J GROS : revient sur la thématique de la cancérologie et relève qu'il y a des départements de bord de mer bien dotés en établissements et l'arrière-pays qui est beaucoup moins bien doté. Mme Gros s'interroge sur les moyens à trouver pour avoir une égalité par rapport à l'offre de soins pour ces populations. Les personnes devront elles se déplacer ce qui couterait cher à la sécurité sociale qui reproche aux médecins des transports de patients non justifiés.

A EL-BAHRI : indique que des consultations avancées peuvent être organisées, que les transports devront tout de même exister dans certains cas et que pour la chimiothérapie les protocoles pratiqués dans les établissements permettent aux patients d'accéder aux soins. L'essentiel étant d'avoir une égalité de chance pour l'ensemble des patients.

A BARRES-FIOCCA : intervient sur le volet IRC. Mais suite aux ICR les membres participants ont été étonnés par les créations prévues (notamment d'UDM) alors qu'elles n'ont pas été discutées. Elle évoque des craintes au sujet d'une certaine complexité et une déstabilisation de l'offre existante

G VEDRINES : précise qu'il s'agit d'une volonté d'essayer de rapprocher le traitement de la proximité puisque les ICR ont constaté que la dialyse à domicile avait des difficultés à se développer.

JL MAURIZI : intervient sur le volet AVC. Il fait part de sa déception sur le calibrage des UNV et que sur le territoire de Marseille il devrait y avoir 2 implantations organisées. Il a été fait un travail de comparaison avec le schéma de l'ARS Hauts de France qui a sensiblement la même population que PACA.

MC DUMONT : précise que la prise en charge des AVC est considérablement modifiée, il est assez difficile d'avoir des neurologues et des UNV particulièrement dans des zones éloignées. Sur la zone de Marseille se pose le problème de la capacité d'hospitalisation plus que le nombre d'UNV. Mme Dumont indique qu'il devra être intégré dans le schéma les établissements qui ont une activité de neuro radio interventionnelle qui ont vocation à disposer d'une UNV.

JL MAURIZI : intervient sur le volet « chirurgie », il indique que pour les Alpes-Maritimes et la disparition d'un établissement de la FHP tout a été mise ne œuvre pour trouver une solution. M. El-Bahri précise que l'établissement sera reçu pour lui signifier la décision.



G GEHAN intervient sur le volet « soins critiques », il précise que le schéma indique qu'il y a beaucoup de lits en PACA. Il est également dit que les lits de soins continus sont adossés à la réanimation que cela est plus performant. M. Gehan pense qu'il faut prévoir de fermer certains sites mais d'un autre côté autoriser des augmentations de lits non pas de réanimation mais de soins continus autour des réanimations de façon à libérer l'aval car en réanimation la problématique c'est la sortie. M. Gehan demande que soient précisés les lits autour des réanimations.

Mme Védrines lui fait savoir qu'elle partage son point de vue et précise qu'à ce jour la surveillance continue n'est pas une autorisation mais sera prise en compte dans le cadre de la réforme des autorisations. Le schéma dans son volet « soins critiques » c'était le but de faire l'inventaire des lits actifs ou non.

VAILLANT a le sentiment sur le volet « soins critiques » d'être d'avantage, ayant participé aux ICR, sur la description et non sur la gradation. Sur ce sujet il y aura une priorité faite à la réglementation nationale et on devra s'y adapter.

A BARRES-FIOCCA : a une interrogation sur la compréhension du volet réanimation et souhaite avoir un complément d'information, il en est de même pour M. Dalmas.

A GERMAIN : précise qu'il ne faut pas perdre de vue que ce qui est écrit dans le schéma et que les conditions d'une création, d'un regroupement, d'une suppression doivent être préalablement posées avant les suppressions, créations... A noter, les disparitions de sites n'entraînent pas de facto la diminution des capacités pour le territoire.

A BARRES-FIOCCA : intervient sur le volet « imagerie en coupe », elle précise qu'un établissement des Bouches du Rhône avait déposé il y a quelques années un dossier de demande de TEP supplémentaire et c'est l'AP-HM qui avait eu l'autorisation. Un besoin nouveau est acté mais il est orienté pour un établissement hospitalo-universitaire.

MC DUMONT : confirme le besoin supplémentaire sur un établissement déjà autorisé. Elle précise que le nombre d'appareils a été considérablement augmenté pour les TEP. Les besoins vont croissants du fait de l'extension des indications et surtout des nouveaux marqueurs qui permet de prendre en charge un certain nombre de cancers notamment pour le cancer de la prostate dont l'incidence est importante. Par ailleurs le régime des autorisations va autoriser des plateaux techniques de médecine nucléaire et non plus un nombre d'équipements matériels lourds. Le PRS sera sans doute révisé à mi-parcours.

T ACQUIER : s'interroge sur les SMUR saisonniers.

MC DUMONT : précise qu'il s'agit du travail à faire sur le schéma avec la réorganisation d'un service d'urgence à faible activité qui pourrait être transformé en centre de soins non programmés avec la nécessité de mettre en place une antenne de SMUR durant la période de forte activité.

G GEHAN : fait remarquer que nulle part il n'est fait état du « lit d'aval » et pour les urgences c'est le « lit d'aval » qui est une vraie problématique. On voit également régulièrement dans les hôpitaux des plans « hôpitaux en tension » qui devaient être exceptionnels et qui deviennent le quotidien. Autre problème : la participation des médecins libéraux à la permanence des soins qui, d'après les chiffres du conseil de l'ordre des médecins, est en baisse mais avec de fortes disparités régionales. Pour la population précaire de notre région le recours aux services d'urgence va se généraliser.

H ESCOJIDO : il faut des solutions pour éviter les passages inappropriés aux urgences.

G ALLIONE : partage pour partie le constat, il y a plusieurs sujets, les urgences mais aussi le nombre de lits. Le nombre de sites est évoqué mais pas le nombre de lits. Par ailleurs les hôpitaux sont tous les jours en tension, M. Allione évoque la nécessité de mesurer les activités communes et qu'elles figurent au schéma. Il précise également que dans les Bouches du Rhône la population n'apprécierait pas que les pompiers ne se préparent pas aux feux de forêts.

Mme Dumont précise que cela pourrait faire l'objet d'une réflexion commune avec l'ensemble des partenaires, notamment pour l'hôpital en tension.

F VALLI : indique qu'il y a deux antennes SMUR dans les Alpes-Maritimes. Il s'agit d'une erreur matérielle confirmée par Mme Dumont.

G ALLIONE : évoque également le problème de la régulation du flux entrant. La départementalisation a permis de performer l'organisation, la qualité et l'analyse de l'activité. A ce jour 80% des interventions sont des secours aux personnes et + 7,5 % d'augmentation dans les Bouches du Rhône ces derniers mois.

J GROS : précise que sur le site de l'ordre des médecins il y a la carte de la permanence des soins nord-sud et une désertification en PACA.

A GERMAIN : pas de présentation sur la médecine et la psychiatrie inclus dans le parcours santé mentale.

A BARRES-FIOCCA : a des questions sur le volet « psychiatrie » concernant le rapprochement d'autorisation de psychiatrie sur des sites de MCO, le questionnement porte notamment sur la mise en œuvre et ce qui est concrètement attendu.

JL MAURIZI : fait référence à ce qui a été fait à l'hôpital d'Aix (cap 72) sur les urgences psychiatriques.

TOUSSAINT : fait référence à ce qui est fait à l'hôpital d'Antibes la création d'un accueil psychiatrique d'urgence à l'intérieur des urgences, avec des lits réservés. Mais ces lits dépendent de l'hôpital psychiatrique. Et cela fonctionne très bien.

C JULLIEN : évoque un problème par exemple à l'Hôpital de la Timone où elle a eu des patients qui se sont sauvés des urgences psychiatriques.

C VEDIE : est étonné par l'importance de l'hospitalisation de nuit en psychiatrie, il faudrait une hospitalisation de semaine à la place.

A BARRES-FIOCCA : pense que le nombre de sites était celui prévu dans le SROS actuel. Mme Barres-Fiocca salue une certaine souplesse de cette modalité.

A GERMAIN précise que pour le Dr Falip l'hospitalisation de nuit est une façon de favoriser l'intégration dans la cité soit pour la poursuite de la scolarité pour les enfants ou une activité pour les adultes.

JL DALMAS : intervient sur la cardiologie interventionnelle il lui semblait que dans l'ICR il y avait un consensus du groupe pour le développement de nouvelles autorisations notamment pour le trouble du rythme. C'est un sujet sur lequel nous voulons revenir dans les semaines qui viennent en accord avec les autres fédérations.

G VEDRINES apportera une réponse mais le besoin doit d'abord être évalué ; un bilan sera fait dans 2 ans.

P SAMAMA : indique que des éléments ont été cités dans le texte mais qui n'ont pas été abordés en ICR pour la cardiologie interventionnelle comme la surveillance des pacemakers. Mme Védrières précise que cela a déjà été abordé dans l'ancien schéma.

P SAMAMA : précise qu'il était important d'écrire ce schéma régional de santé. Chaque ARS a fait à peu près le même travail. L'Ars PACA n'a pas le plus long schéma. Le cœur de la commission ce sont les autorisations. M. Samama félicite les rédacteurs du PRS qui traduit un travail considérable. Mais aujourd'hui le problème c'est l'inégalité d'accès aux soins dans un pays riche comme la France c'est intolérable. Mais il est difficile de le transcrire. Par contre, une fois encore, les besoins sont estimés par rapport à la consommation, ce qui est partiel

Le président de la  
Commission spécialisée d'organisation des soins  
Henri ESCOJIDO

