

	DIRECTION DE L'ORGANISATION DES SOINS DÉPARTEMENT DE L'OFFRE HOSPITALIÈRE SERVICE AUTORISATIONS, CONTRACTUALISATION ET COOPÉRATIONS	
	PROCES-VERBAL CSOS 19/09/2023	
	VF 12/02/2024	

Participants :

Liste des présents : (cf liste émargement)

Direction de l'organisation des soins :

Anthony Valdez
Geneviève Védrières
Véronique Pellissier
Stéphanie Gathion
Myriam Humblot
Leila Lazreg
Rahyan Groune
Cécile Cam-Scialesi

1. Ouverture de séance

*La séance est ouverte à **09 h 30** sous la présidence de Monsieur François VALLI.*

Le président fait un rappel des règles du quorum.

En ouverture de séance, 26 membres ont émargé et 3 procurations ont été enregistrées.

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.

Le déroulé de la séance du jour est présenté aux membres de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS).

Approbation du PV de la CSOS du 2 mai 2023

François Valli demande si les participants souhaitent s'exprimer concernant le procès-verbal de la CSOS du 2 mai 2023.

Alice Barès Fiocca fait remarquer un contresens dans le compte-rendu soumis au vote. Elle précise que la retranscription de son propos est à l'opposé de ce qu'elle a voulu dire.

Alice Barès Fiocca a transmis une demande de modification écrite, qu'elle synthétise aux membres de la commission.

Alice Barès Fiocca souhaite que son propos soit ainsi rédigé : **page 2** du compte-rendu de la CSOS du 02/05/2023 : **Au lieu de** : « *La répartition proposée est pertinente. Néanmoins, il faudra tenir compte de la partie sur la démographie des professionnels de santé (en page 3) pour planifier l'offre.* ».

Il convient de lire « *Néanmoins, et en lien avec le paragraphe de la page 3 du document présenté, selon lequel « La démographie des professionnels de santé et leur répartition s'inscrit généralement dans une logique régionale. Son niveau et son évolution constituent des variables à prendre en compte pour planifier l'offre ». Dans certains groupes de travail du PRS 3, le sujet de l'évolution des ressources soignantes peut aboutir à une non reconnaissance des besoins de santé de la population et/ou à l'ajout de conditions d'implantation. C'est le cas de la notion « d'isolement géographique » des USIP non adossées pour des établissements demandant une simple mise en adéquation car ayant déjà les ressources soignantes, l'activité et assurant dès lors une réponse effective aux besoins de santé de la population ».*

François Valli prend en compte la modification proposée par Alice Barès Fiocca.

M. François VALLI, président, procède au vote concernant l'approbation du procès-verbal de la CSOS du 2 mai 2023 :

Votants	: 29
Favorables	: 28
Défavorable	: 0
Abstention	: 1

Le procès-verbal de la séance du 2 mai 2023 est adopté avec 28 voix favorables sur 29 votants.

Le Président confirme que les observations rectificatives demandées par Mme Barès Fiocca seront intégrées au procès-verbal.

2. Examen des dossiers portés à l'ordre du jour

Bastien Ripert, en liens d'intérêts sur le dossier 2023 A 029 (SAS B. BRAUN AVITUM France site d'Antibes) ne participe ni aux présentations, ni aux votes des dossiers 2023 A 028 et 2023 A 029. Il se déconnecte pour laisser les membres débattre et délibérer.

2023 A 028	Demande de confirmation après cession de l'autorisation d'activité de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale sous les modalités : Site de Manosque : <ul style="list-style-type: none">• Hémodialyse en centre pour adultes• Hémodialyse en unité médicalisée• Hémodialyse à domicile• Dialyse péritonéale par convention avec l'ATMIR Site de Digne-les-Bains : <ul style="list-style-type: none">• Hémodialyse en unité médicalisée en Télémédecine• Hémodialyse en unité d'auto dialyse simple et assistée Site de Sisteron : Hémodialyse en unité médicalisée en Télémédecine détenue par la SAS Centre d'Hémodialyse des Alpes au profit de la SAS BBRAUN AVITUM France	SAS BBRAUN AVITUM France 26 rue Armengaud 92210 SAINT-CLOUD FINESS EJ : à créer	Unité de dialyse de Manosque Pôle Santé Louis Raffalli Chemin Auguste Girard 04100 Manosque FINESS ET 04 078 486 0 Unité de dialyse de Digne 2 rue Nicéphore Niépce 04000 Digne-les-Bains FINESS ET 04 078 754 1 Unité de dialyse de Sisteron 4 avenue de la Libération 04200 Sisteron FINESS ET 04 000 311 3
-----------------------	--	--	--

Instructeur : Elodie Magaud - Rapporteur en séance : Stéphanie Gathion

Stéphanie Gathion propose une présentation groupée. Il s'agit d'une restructuration du groupe B. BRAUN qui simplifie son organisation. Il s'agit de transférer des autorisations détenues par des sociétés différentes de B.BRAUN à une SAS unique. Elle précise que ces dossiers n'appellent aucune difficulté.

François Valli résume : il s'agit essentiellement d'entériner une situation plus que de donner un avis ou un accord sur une cession.

M. le Président fait passer au vote :

Votants : 28
Favorables : 28
Défavorables : 0
Abstention : 0

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité

<p>2023 A 029</p>	<p>Demande de confirmation après cession de l'autorisation d'activité de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale sous les modalités :</p> <p><u>Site d'Antibes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémodialyse en centre. <p><u>Site de Cagnes-sur-Mer :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémodialyse en unité d'auto dialyse simple • Hémodialyse en unité d'auto dialyse assistée <ul style="list-style-type: none"> • Hémodialyse en unité médicalisée détenue par la SAS Centre de Néphrologie d'Antibes au profit de la SAS BBRAUN AVITUM FRANCE 	<p>SAS BBRAUN AVITUM FRANCE 26 rue Armengaud 92210 SAINT-CLOUD FINESS EJ : à créer</p>	<p>Centre d'hémodialyse de la Riviera Lieu dit "La Fontonne" 103 ter avenue de Nice 06600 Antibes FINESS ET 06 079 292 6</p> <p>Centre de néphrologie de Cagnes-sur-Mer 86 B avenue du Docteur Donat 06800 Cagnes-sur-Mer FINESS ET 06 002 568 1</p>
------------------------------	---	---	--

Instructeur : Maud Buguet - Rapporteur en séance : Stéphanie Gathion

M. le Président fait passer au vote :

Votants : 28
Favorables : 28
Défavorables : 0
Abstentions : 0

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité

Le Président indique que les votes étant clos, M. Bastien Ripert peut à nouveau se connecter et demande qu'il en soit averti.

SCHEMA REGIONAL DE SANTE – PROJET REGIONAL DE SANTE (SRS-PRS) 2023-2028

Consultation pour avis sur le projet de Schéma Régional de Santé PACA 2023-2028 conformément à l'article D. 1432-38 du Code de la Santé Publique

Le Président indique aux membres que cette présentation a pour but de rendre un avis et non de réécrire le projet de SRS.

Il précise également avoir été destinataire d'un courrier provenant de la direction de l'Hôpital Européen et a cru que ce courrier avait été envoyé à tous les membres de la CSOS puisqu'il lui a été adressé en tant que tel. Or, il s'avère que ce n'est pas le cas.

Sophie Dostert indique ne pas l'avoir reçu.

François Valli l'a relayé aux services de l'ARS PACA afin qu'ils aient connaissance des observations.

Isabelle Peschet, directrice de cabinet de l'Agence, précise que l'ARS en a été destinataire.

François Valli synthétise les remarques : l'Hôpital Européen, apprécie le document présenté par les services de l'Agence mais déplore qu'il n'y ait pas une adéquation entre les besoins de leur territoire et les moyens retenus à mettre en œuvre / les projets à développer. L'établissement fait état d'un décalage entre le secteur nord de Marseille, défavorisé selon eux par rapport à l'autre secteur marseillais. Le Président, n'étant pas de Marseille, ne s'estime pas suffisamment qualifié pour porter un jugement sur cette situation. Il demande si quelqu'un, dans la salle, souhaite s'exprimer sur ce sujet.

Sophie Dostert ne se prononce pas sur le fond des demandes car chaque établissement a la possibilité de s'exprimer, mais elle s'interroge sur la forme. En effet, un certain nombre d'établissements ont fait des remarques sur leurs autorisations auprès de l'Agence. A son avis, il y a deux possibilités : soit la CSOS examine tous les besoins individuels mentionnés dans les différents courriers adressés à l'Agence, soit la CSOS examine un seul courrier adressé aux membres de la CSOS. En tant que représentante de la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés (FEHAP), elle estime que l'analyse ne pourrait être qu'homogène et impliquerait l'examen de chaque demande adressée par les établissements, ce qui prendrait certainement plus d'une journée.

François Valli précise que son intention n'était pas d'examiner le courrier adressé par l'Hôpital Européen. Il souhaitait simplement vérifier si l'ensemble des membres de la CSOS avait reçu ce courrier qui faisait part d'une certaine inéquité entre deux secteurs marseillais.

Anthony Valdez rejoint la position de la FEHAP. Il indique avoir été sollicité au courant de l'été par les établissements et avoir eu des échanges lors de cette consultation. Il est convenu de formuler leurs remarques, par écrit, auprès des services de l'agence et des fédérations. La CSOS d'aujourd'hui a vocation à synthétiser les retours de chacun, les remarques et les suggestions complémentaires. Il souligne que la période de consultation s'étend jusqu'au 10 octobre. Il s'agit aujourd'hui de donner un avis sur le projet.

Florence Arnoux, en tant que déléguée de la Fédération Hospitalière de France PACA (FHF PACA), est surprise sur la forme et sur le fond par cette démarche. Elle précise qu'elle n'a pas reçu le courrier de manière officielle. Elle regrette qu'un établissement fasse cavalier seul sur ce type de démarche alors que l'organisation se fait autour des fédérations pour bien travailler sur ces sujets, notamment lorsque l'établissement est en proximité d'un CHU.

En outre, ce courrier fait écho à un article paru dans *La Provence*, laissant entendre que l'AP-HM ne répondrait pas aux besoins notamment sur la cardiologie, la chirurgie cardiaque, la radiothérapie et la cancérologie, en indiquant qu'il n'y aurait pas les plateaux techniques pour répondre à l'ensemble des besoins des quartiers nord. Ce n'est pas le cas et cela s'apparente à de la désinformation.

Il existe des réponses en lien avec les CPTS, les libéraux, etc. Des dispositifs existent avec l'accent mis sur certaines pathologies comme le cancer, le SIDA, les pneumopathies... Il serait souhaitable d'aborder les problématiques liées à la médecine de proximité et le sujet de la temporalité des ressources humaines. S'agissant de la radiothérapie et de médecine nucléaire, par exemple, le métier fait face à un creux démographique majeur. Il s'agit de ne pas désorganiser l'offre de soins actuelle, en créant de la concurrence et en favorisant le dumping. Elle indique que le dumping existe et prend l'exemple de diabétologues partis de l'AP-HM pour rejoindre l'Hôpital Européen. Elle précise que les rémunérations pratiquées ne sont pas connues. A ce titre, Florence Arnoux plaide pour la mise en place d'un observatoire national ou régional des rémunérations.

S'agissant de la radiothérapie, l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) a récemment émis une alerte concernant le manque de ressources médicales par rapport aux besoins de thérapies à venir. Aussi, il est temps d'arrêter les positions et propos qui divisent et d'être dans une logique fédérative, avec les fédérations. Il faut rapprocher les établissements dans l'intérêt des patients et dans l'intérêt collectif.

En l'absence de commentaires supplémentaires, François Valli propose de passer en revue une présentation powerpoint synthétique du Schéma Régional de Santé et invite les membres de la CSOS à formuler des remarques.

Le powerpoint a été transmis en amont.

Stéphanie Gathion propose aux membres de la CSOS de prendre la parole sur chacune des slides pour formuler leurs observations. Le Président fera part des remarques des membres de la CSOS à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), qui rendra ensuite un avis sur le projet de Schéma Régional de Santé 2023.

François Valli fait remarquer qu'il existe deux volets au schéma : les objectifs qualitatifs et les objectifs quantitatifs.

Anthony Valdez rappelle que cette présentation a pour but d'aborder, par activité de soins, les objectifs qualitatifs et quantitatifs afin de recueillir les avis de l'ensemble des participants.

Médecine

Anthony Valdez présente la première activité autorisée : la médecine. Il rappelle aux participants qu'il leur est possible de demander des compléments d'information sur les objectifs qualitatifs ou de suggérer des modifications. Il s'agit de l'objet de cette séance.

Les objectifs quantitatifs sont notamment les suivants :

- Création d'une autorisation de médecine supplémentaire dans les Hautes-Alpes.
- Création de deux autorisations supplémentaires de médecine dans les Bouches-du-Rhône.

Marie-Pierre Callet, élue, demande confirmation que, pour ces demandes d'autorisation, des établissements se proposeront et, ensuite, un choix sera opéré.

Anthony Valdez confirme ce point. L'ensemble des établissements intéressés pourront candidater. Les demandes d'autorisation seront présentées devant la CSOS. Elle donnera un avis sur les différents projets avant décision du Directeur général de l'ARS.

Sophie Dostert se félicite que la voix de la FEHAP ait été écoutée dans les groupes de travail pour permettre à certains établissements de santé d'accéder à une autorisation de médecine pour dérouler leur projet médical. Le deuxième point concerne la pédiatrie car il y a une particularité. Dans le texte, il n'y a pas d'Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) mais simplement une mention dans la décision d'autorisation (déclaration dans le dossier d'autorisation). La FEHAP souhaite donc qu'apparaisse, dans le texte du PRS, le fait que les besoins en pédiatrie sont couverts par les 18 établissements qui pratiquent la médecine pédiatrique. La question de l'évaluation des besoins en pédiatrie mériterait d'être précisée. Cela facilitera l'arbitrage en CSOS.

Xavier Vaillant salue le travail accompli et précise que la FHP Sud-Est a rédigé un avis sur le SRS, d'une vingtaine de pages, et propose de l'annexer au compte-rendu. La FHP indique que, lorsqu'un établissement fait du court séjour, la frontière est mince entre la médecine et la chirurgie. Par exemple, en urologie, certaines pathologies ne relèvent pas du bloc opératoire et les patients sont pris en charge dans des cliniques chirurgicales. Il s'agit d'un principe général.

Il précise, par ailleurs, que certains établissements peuvent lors de tensions hospitalières venir en décharge d'un hôpital en cas de besoin. C'est la raison pour laquelle la FHP a fléchi quelques établissements volontaires méritant un examen particulier. Enfin, il serait pertinent d'étudier l'impact du SRS et de s'assurer que les inconvénients sont effectivement compensés par ses avantages.

Alice Barès Fiocca indique que les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) sont trop précis et formule une demande de reformulation car ils ne visent qu'un opérateur ou deux alors qu'il faudrait une formulation plus ouverte, moins ciblée, dans le but de respecter l'égalité des chances des promoteurs, le zonage départemental et la réglementation.

La FHP Sud-Est s'étonne qu'il soit envisagé seulement deux évolutions supplémentaires de sites sur deux départements. Elle préconise, pour sa part, deux autres implantations, une dans les Alpes-Maritimes et l'autre à Avignon, dans le même esprit que les arguments de la FEHAP. En effet, le taux de recours dans ces deux départements est inférieur à la moyenne régionale et nationale, du fait des capacités moindres.

Chirurgie

Geneviève Védrines précise que la chirurgie comporte 3 modalités : la chirurgie adulte, la chirurgie bariatrique et la chirurgie pédiatrique. Le schéma comporte des orientations sur les trois modalités. S'agissant de la chirurgie pédiatrique, il est convenu que les établissements aptes à pratiquer des actes de chirurgie peuvent globalement pratiquer la chirurgie pédiatrique. En tout état de cause, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), dans ses dernières recommandations, ne manquera pas d'encadrer par des mesures limitatives les interventions sur les enfants, notamment en terme d'anesthésie. Concernant la mention de chirurgie bariatrique, un axe fort visait à assurer une qualité des soins et une prise en charge globale des patients.

Anthony Valdez indique, concernant la chirurgie bariatrique, que l'ARS aura l'obligation de vérifier l'atteinte du seuil d'activité des différents établissements dans un an, à compter de la délivrance de l'autorisation. Il précise que le seuil est fixé à 50 actes par an.

Cette activité sera évoquée en CSOS et certaines autorisations seront donc peut-être retirées. L'ARS PACA a fait preuve d'ouverture, aidée par les groupes experts, en délivrant des autorisations à des structures en phase de lancement ayant une faible activité et qui, sur une année, pourraient monter en charge dans le respect des seuils. Il indique que les exigences en terme de qualité seront particulièrement élevées.

François Valli met en lumière, concernant la chirurgie pédiatrique, les spécificités d'une opération de chirurgie sur un enfant en bas âge. Il précise que la pédiatrie, au sens littéral¹, concerne les patients jusqu'à l'âge de 18 ans et qu'une intervention sur un enfant de 2 ans ne peut se comparer à une intervention sur un adolescent de 16 ans. Il indique que beaucoup d'établissements, en théorie compétents pour faire de la chirurgie pédiatrique, n'ont pas forcément les compétences notamment en matière d'anesthésie des enfants en bas âge, ou ne dispose pas du matériel adéquat. Il conviendra certainement de réviser certaines autorisations en fonction des compétences et des moyens des établissements.

Florence Arnoux, indique qu'il est incontournable de se conformer aux recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) pour la chirurgie pédiatrique. Elle précise que la FHF PACA aussi s'est interrogée, notamment sur la chirurgie bariatrique. Il apparaît nécessaire de regrouper les services et il serait pertinent de se projeter, non pas par établissement, mais par territoire en fonction des besoins. La FHF PACA n'a pas été aussi rapide que la FEHAP et la FHP pour produire un document, mais s'apprête à le faire. Florence Arnoux remercie l'ARS PACA et ses homologues pour la qualité des débats et des échanges.

¹ L'article R. 6123-206 du CSP : « L'activité de soins de chirurgie pédiatrique mentionnée au 2° du I de l'article R. 6123-202, consiste en la prise en charge chirurgicale, définie au premier alinéa de l'article R. 6123-201, des enfants de moins de quinze ans ».

Sophie Dostert s'exprime sur la chirurgie bariatrique et salue la volonté de progressivité dans l'octroi ou le retrait des autorisations. La FEHAP et la FHP plaident pour des OQOS sous forme de « fourchettes » qui offriraient la possibilité de mettre en œuvre cette logique de progressivité sur d'autres chapitres. Elle constate une logique à plusieurs vitesses selon les activités. Sophie Dostert prend l'exemple de la chirurgie de l'obésité dans la région PACA. Pour celle-ci, l'approche est basée sur le fait que les établissements réalisant actuellement plus de 10 interventions par an peuvent prétendre potentiellement à une autorisation dans ce domaine via l'atteinte future des seuils. En revanche, en ce qui concerne d'autres chapitres, par exemple la chirurgie du cancer, on se concentre sur la prévision du nombre de cas à venir, mais les critères pour l'attribution de mentions ou de nouvelles modalités sont beaucoup plus drastiques avec des cas de suppressions d'implantations, et des exigences plus strictes en matière de qualité des soins et de résultats. Il conviendra par la suite de clarifier les situations via l'étude des besoins qui a certainement été réalisée. Celle-ci ne peut pas être introduite dans le schéma qui ferait, dès lors, un millier de pages. Si l'ARS PACA en est d'accord, la FEHAP propose d'annexer à la CSOS la note qu'elle a produite.

Anthony Valdez fait remarquer que, à l'inverse de la chirurgie bariatrique, la cancérologie s'inscrit dans une large continuité de plusieurs PRS. La chirurgie bariatrique est une activité nouvellement reconnue dans la nomenclature OQOS. Elle nécessite une approche particulière et des échanges nouveaux qui diffèrent de la poursuite des échanges antérieurs, via les SRS précédents, sur la prise en charge du cancer. Néanmoins, c'est aussi l'objet de ces échanges de faire le point sur les logiques appliquées et de se reposer la question, en interne, sur l'opportunité de resserrer davantage ou non la réflexion sur la chirurgie bariatrique.

Alice Barès Fiocca remarque que l'ARS PACA a choisi de faire une présentation figée des OQOS et de n'apporter aucune marge d'évolution. Du point de vue de la FHP Sud-Est, et compte-tenu de la situation actuelle, des objectifs quantifiés en « fourchettes » pour toutes les activités de soins seraient souhaitables. Elle indique que cela permettrait d'introduire de la fiabilité et davantage de marge de manœuvre, permettant aux OQOS de s'adapter aux dernières évolutions en matière de besoins. Par exemple, il est constaté concernant les soins palliatifs l'absence d'évaluation finie et d'étude d'impact.

Alice Barès Fiocca précise que les autorisations qui seront appréciées en 2024 et 2025 devront tenir compte des données d'activité les plus récentes, à savoir 2023. Or les simulations en interne sur la situation actuelle ont été faites avec des données de 2022, ce qui peut avoir une incidence importante pour la cancérologie et pour la radiologie interventionnelle en phase de développement.

Cela permettrait une appréciation in concreto des demandes d'autorisation et une évolution progressive pour les établissements, notamment les coopérations et les regroupements.

Il est à nouveau demandé plus de marge de manœuvre, de souplesse et de simplification pour pouvoir intégrer, sans avoir à réviser le SRS, soit la mention inférieure en cas de non-conformité aux conditions d'implantation qui apparaîtrait a posteriori, soit la mention supérieure en cas d'évolution des besoins ou erreur d'appréciation.

Elle indique avoir reçu un courrier d'une société savante en cancérologie thoracique indiquant ne pas avoir les critères pour le A et pour le B. Elle indique qu'il n'y a pas de critère, pour certaines chirurgies du cancer, qui permettent de façon fiable de positionner en A ou en B. Cette présentation en « fourchettes » permettrait d'atténuer des débats animés en CSOS ou des rétrogradations car l'ARS aurait prévu uniquement une ou deux implantations alors que quatre ou cinq établissements pourraient prétendre aux conditions techniques de fonctionnement et aux conditions d'implantation.

Pour les OQOS, la position est la suivante, également actée par la DGOS, dès qu'une structure est déjà autorisée et s'organise pour répondre aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement des nouveaux décrets, l'autorisation devrait être maintenue et/ou l'implantation devrait lui être attribuée.

Alice Barès Fiocca indique que, pour l'activité de chirurgie, il existe un écart dans le décompte des implantations dans les Alpes-Maritimes, comme s'il y avait un site en moins entre l'état des lieux et le tableau des OQOS. Un site manque également dans le tableau concernant le Vaucluse sans explication. Alice Barès Fiocca pense que ce ne sont pas des erreurs matérielles et demande à ce que soient communiquées les raisons de ces évolutions lorsqu'elles sont envisagées.

Stéphanie Gathion confirme que ce n'est pas une erreur. Dans le Vaucluse, l'autorisation de chirurgie dont il est question n'est pas exploitée seule, elle est la condition d'implantation d'une autre activité de soins qui n'a pas vocation à rester. Par conséquent, l'implantation de chirurgie disparaît.

S'agissant de l'autre site sur les Alpes-Maritimes, le mode de comptabilité est simplement différent en lien avec l'introduction des pratiques thérapeutiques spécifiques issues des nouveaux décrets. L'institut est accolé à un établissement qui était, autrefois, comptabilisé autrement de manière globale. Pour améliorer le suivi des pratiques thérapeutiques spécifiques, le décompte a été fait de manière différente. Stéphanie Gathion précise néanmoins que, pour les Alpes-Maritimes, cela ne change pas l'offre de soins.

Pour Alice Barès Fiocca, c'est une raison de plus pour prévoir des OQOS fourchettes, d'autant plus que l'ARS PACA prévoit le retrait d'autorisation.

Anthony Valdez fait remarquer qu'en fonction des retours des membres de la CSOS, le PRS peut encore évoluer. Il indique effectivement que, d'un point de vue technique, il existe une autorisation de chirurgie qui est liée à une autre autorisation dans le Vaucluse.

Alice Barès Fiocca remarque en outre un écart d'au moins quatre implantations entre la chirurgie adulte et la chirurgie enfants. Il faudrait expliquer cet écart.

Florence Arnoux a échangé avec les adhérents de la FHF PACA sur la question des OQOS fourchettes. Il en ressort qu'il faut fixer des seuils pour restructurer l'offre de soins car il faut faire face à la problématique de ressources humaines et de financement. Elle précise qu'il n'est pas facile de coopérer, de restructurer. A ce jour, les équipes des GHT interviennent pour les actes et les consultations dans les établissements et, à l'avenir, cela ne sera plus possible pour cause d'atteinte des seuils car chacun devra rester au sein de son propre établissement. Elle indique qu'il faut davantage se recentrer sur les besoins de la population et moins sur les enjeux des offreurs de soins, au sens large, et conclut sur la nécessité de mettre des seuils.

Périnatalité

Geneviève Védrières fait remarquer qu'aucun changement de grande ampleur n'a été apporté par rapport à l'existant en l'absence de réforme des autorisations sanitaires.

Anthony Valdez ajoute que, parmi les 21 activités soumises à autorisation, il existe deux grandes catégories :

- Les activités récemment réformées avec notamment des conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement plus exigeantes, ce qui amène la restructuration de l'offre ;
- Les activités qui n'ont pas fait l'objet de modification réglementaire.

L'offre n'est pas modifiée de façon substantielle ou disruptive, seules quelques exigences de qualité sont imposées avec la préoccupation du parcours de soins le plus adapté.

Florence Arnoux évoque, en sus de la révision, le sujet de la réévaluation du SRS. Elle suggère une clause de revoyure à mi-parcours afin d'examiner différents sujets : les niveaux des maternités sur le territoire, leur réponse aux besoins et leur évolution, les besoins en néonatalogie, les gradations et les ressources humaines. En effet, le PRS est établi pour plusieurs années et un passage en revue paraît nécessaire pour plusieurs raisons : évolution des besoins, nouveaux textes réglementaires, aspects RH, etc.

François Valli en convient, la clause de revoyure est impérative. Il n'est pas souhaitable d'attendre cinq ans pour réagir. Il apparaît nécessaire de faire un point sur les projets qui ont fonctionné et ceux qui n'ont pas fonctionné. Ce principe devrait d'ailleurs s'appliquer à l'ensemble des activités de soins.

Ginette Mostachi approuve l'ensemble des remarques et préconise d'œuvrer au plus près des besoins des territoires dans une dynamique évolutive.

Jean-Marc Minguet préconise de porter une attention particulière sur le personnel médical. Il cite les anesthésistes dans le cadre des accouchements et les gynécologues-obstétriciens, qui sont souvent les mêmes. Si des seuils sont développés dans un établissement, les gynécologues participent également à l'astreinte d'obstétrique dans le cadre de la PDSES (permanence des soins en établissement de santé). En conséquence, certains gynécologues sont difficiles à fidéliser car ils ne peuvent plus assurer leur activité de carcinologie ayant été d'astreinte la veille, ce qui désorganise le système. On en reparlera ultérieurement sur le sujet de la PDSES.

François Valli rappelle que le problème de l'organisation de la PDES sera un sujet crucial dans les années à venir et constitue déjà une préoccupation actuelle.

Santé mentale et psychiatrie

Anthony Valdez présente le sujet et constate qu'il y a désormais une nouvelle façon de comptabiliser les autorisations et de les classer. Il cite les 4 mentions : adulte, enfant et adolescent, psychiatrie périnatale et les soins sans consentement. Ces derniers relèvent désormais du droit des autorisations.

Pour les soins sans consentement, il précise que l'offre existante est globalement maintenue à l'exception de la création de trois nouveaux sites de soins sans consentement supplémentaires : un site dans les Hautes-Alpes, un site dans les Alpes-Maritimes et un site dans les Bouches-du-Rhône.

Il précise que, dans le cadre de la réforme, chaque promoteur doit déposer à nouveau un dossier. Par conséquent, juridiquement, on ne peut pas parler de maintien de l'existant car on considère que l'on repart de zéro : tout le monde peut déposer un dossier et les cartes sont rebattues.

Anthony Valdez précise qu'aucun changement drastique n'est apporté sur la prise en charge des adultes. Il est, en revanche, proposé des évolutions sur la prise en charge de l'enfant-adolescent. La volonté ici consiste à accompagner la pédopsychiatrie, un domaine en souffrance, notamment en raison du manque de pédopsychiatre. Il précise qu'il est nécessaire d'encourager la création de structures supplémentaires en renforçant notamment les territoires des Bouches-du-Rhône, des Alpes-Maritimes et des Alpes de Haute-Provence.

La mention psychiatrie périnatale est consacrée en tant que telle dans la nouvelle nomenclature avec la création de quelques sites supplémentaires en région, mais rien de disruptif.

En outre, la collaboration public-privé est plus que jamais nécessaire dans la mesure où les dossiers qui seront présentés à la CSOS devront comporter une convention de coopération avec l'établissement de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur². Cette convention devra décrire la participation de chacun à la prise en charge du patient psychiatrique « urgent ». Il existe différents degrés de participation mais cette mise en réseau est un point essentiel et obligatoire de la réforme pour l'ensemble des structures publiques et privées. Il précise que cette mesure nécessitera probablement un temps d'échange dédié.

Françoise Antoni considère que le tableau concernant le récapitulatif des autorisations est difficilement lisible du fait des nouvelles mentions. Elle n'avait pas déduit, à sa lecture, qu'il y avait des nouvelles autorisations de soins sans consentement dans plusieurs départements.

Françoise Antoni exprime sa surprise car, dans le chapitre santé mentale et psychiatrie, elle constate un souhait affiché de réduire le recours et le nombre d'hospitalisations en soins sans consentement. Elle précise que les établissements publics ont déjà une activité de soins sans consentement. Par conséquent, elle ne perçoit pas la motivation visant à créer de nouvelles autorisations de soins sans consentement. Elle souligne l'importance de la logique d'amont-aval, continuité des soins, programme de soins sur l'activité de soins sans consentement et la nécessité de l'organisation sectorielle avec une distribution de l'offre équilibrée assurant la continuité sur le territoire, indispensable pour cette activité. Elle indique qu'elle imagine que cette création d'offre serait en lien avec une ouverture aux établissements privés. Elle n'est pas favorable à ces nouvelles créations dans trois départements.

Anthony Valdez précise que tous les établissements publics prodiguent des soins sans consentement. Les autorisations ont été délivrées aux différentes entités juridiques mais pas forcément à chacun de leurs sites géographiques. De ce fait, tous les sites ne sont pas autorisés à pratiquer des soins sans consentement. Pour autant, les établissements privés aussi peuvent déposer une demande d'autorisation à l'attention du DGARS qui fera l'objet d'un passage en CSOS. La fréquence des hospitalisations SDRE enfant n'est pas importante mais, lorsque l'on en a, les hospitaliser par défaut dans des structures dédiées aux adultes est très délétère. Les structures autorisées pourront ainsi prendre en charge quelques enfants en soins sans consentement dans un cadre juridique dédié.

² Article R. 6123-176 du CSP: "Les titulaires de l'autorisation ne faisant pas l'objet d'une désignation au titre de l'article L. 3221-4 [c'est-à-dire les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur] contribuent à la mise en œuvre du parcours de soins des patients et exercent leur activité en partenariat avec les établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur dans la zone d'intervention dans laquelle ils sont implantés. Une convention de partenariat est signée entre ces établissements. Elle est transmise à l'agence régionale de santé avant la mise en œuvre de l'autorisation".

Françoise Antoni reconnaît qu'il existe une problématique majeure d'hospitalisation des enfants. Certains peuvent parfois se retrouver dans des structures de psychiatrie dédiées aux adultes, ce qui n'est pas satisfaisant, ou dans des services de pédiatrie non adaptés ; voire même ne pas être hospitalisés alors qu'ils devraient l'être.

Elle indique que le fait de prévoir des structures d'hospitalisation complète, même s'il y a des difficultés de recrutement de pédopsychiatres, est indispensable notamment pour assurer de bonnes conditions de travail aux personnels soignants (structure adaptée pour ne pas augmenter la pénibilité et alimenter la fuite). Une prise en charge adéquate suppose des structures de pédopsychiatrie autorisées, mais surtout correctement équipées. Elle précise également que la prise en charge actuelle des enfants est très souvent programmée pour des jeunes patients ne souffrant pas de troubles du comportement extrêmement important.

Alice Barès Fiocca précise que le plus important est de prendre en charge les patients et de répondre aux besoins de la population plutôt que de se focaliser sur le statut de l'établissement qui prendra en charge. Elle indique que le tableau est très complexe en psychiatrie. Elle demande confirmation que sur le territoire des Alpes-de-Haute-Provence, seul l'établissement de psychiatrie générale pourra déposer une demande d'autorisation de soins sans consentement.

Elle s'interroge également sur les départements du Var et du Vaucluse concernant la psychiatrie adulte car il n'est pas mentionné d'évolution alors qu'il existe des écarts non expliqués entre 2023 et 2028 : moins 1 implantation en psychiatrie générale dans le Var et plus 1 implantation dans le Vaucluse.

Stéphanie Gathion confirme les chiffres :

- Pour le département du Vaucluse, il y a trois implantations d'hospitalisation complète (HC) - et une structure d'HDJ (hospitalisation à temps partiel) rattachée à une entité juridique des Bouches-du-Rhône. Cette structure d'hospitalisation à temps partiel, compte-tenu du mode de comptabilité d'implantation par zone, se retrouve à compter pour une implantation à part entière. En effet, quand un promoteur a uniquement un HDJ dans la zone de santé concernée cela compte pour une implantation et, s'il en a deux, cela compte aussi pour une implantation car le deuxième HDJ est considéré comme site externe³.
- S'agissant du Var, il s'agissait d'une implantation d'un site annexe HC qui sera converti en HDJ en 2024, ce qui neutralise une implantation étant donné que l'HDJ va se retrouver « rattaché » à l'HC du site principal.

Enfin, pour les soins sans consentement, le principe est que, lorsqu'il y a une implantation disponible, tous les établissements peuvent candidater et l'on apprécie les dossiers au regard de la réglementation.

Alice Barès Fiocca demande confirmation qu'il s'agit d'une activité de soins autonome⁴, non-liée à la psychiatrie générale. Elle indique également qu'il faudrait créer une sorte de « mode d'emploi » sur la manière de comptabiliser les implantations, pour éviter toute incompréhension.

François Valli rappelle que juridiquement il s'agit d'une remise à zéro sans tenir compte de ce qui existe déjà même si l'on pense que ceux qui existent déjà vont candidater à nouveau pour poursuivre leur activité. Il comprend que les calculs peuvent paraître abscons, entre les compensations, les transformations et les créations.

Alice Barès Fiocca suggère un état des lieux très détaillé pour faciliter la comparaison avec l'évolution des OQOS.

³ Au sens de l'arrêté du 28 septembre 2022 fixant les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé prévus à l'article R. 6123-174 du code de la santé publique.

⁴ Nota bene : La mention « soins sans consentement » est une mention distincte des autres mentions (psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et psychiatrie périnatale) sur laquelle tout promoteur pourra candidater, dans la fenêtre de dépôt, dès lors qu'il existe une implantation disponible. Néanmoins, il y a un lien entre les mentions puisque l'article R. 6123-200 du CSP dispose :

« Pour être autorisé pour la mention « soins sans consentement » et prendre en charge des adultes en soins sans consentement, le titulaire doit être autorisé pour la mention « psychiatrie de l'adulte ».

« Pour être autorisé pour la mention « soins sans consentement » et prendre en charge des enfants et adolescents en soins sans consentement, le titulaire doit être autorisé pour la mention « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ».

« A titre exceptionnel, un mineur de plus de seize ans peut être pris en charge par un titulaire de la mention « soins sans consentement » et de la mention « psychiatrie de l'adulte ». Le titulaire doit disposer d'une convention établie avec un titulaire de la mention « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » prévoyant les modalités de prise en charge et de transfert du patient ».

Xavier Vaillant se félicite de l'ouverture de l'activité des soins sans consentement aux établissements privés, ce qui existe notamment en Occitanie.

Les adhérents sont conscients du niveau de difficulté qu'implique une telle prise en charge, mais de nouvelles candidatures ne sont pas à exclure.

Sophie Dostert fait remarquer que la phrase qui figure dans les libellés des OQOS : « *Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant, l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.* » lui paraît dépourvue de raison d'être. Elle indique, qu'à son sens, soit le besoin correspond à l'OQOS et, alors, en cas de suppression d'un site un autre pourrait le prendre ; dans le cas contraire, cela signifierait que des OQOS surnuméraires sont validés par rapport à l'évaluation des besoins. Elle indique que cette phrase ne figure pas dans tous les libellés d'OQOS ce qui pose un problème de lecture et d'interprétation de la vie de l'OQOS.

Elle partage la nécessité de mettre en place la clause de revoyure du PRS à deux ans. Néanmoins, si dans l'intervalle un site se désengage, quel que soit l'autorisation notamment pour l'activité de psychiatrie dont les besoins sont énormes, il ne faudrait pas considérer qu'un autre promoteur ne puisse pas se positionner sur une activité de psychiatrie, puisque par nature il est déterminé qu'il y a besoin d'autant de sites sur le territoire concerné.

Sophie Dostert ajoute concernant la psychiatrie, et plus précisément la géronto-psychiatrie pour laquelle il n'y a pas d'OQOS, que le corps du texte prévoit une filière d'organisation de géronto-psychiatrie par territoire en fonction de la taille du département. Elle indique que si un promoteur souhaite développer une activité de géronto psychiatrie, ce serait regrettable pour le territoire de ne pas bénéficier de ce projet médical si une autorisation venait à tomber en psychiatrie de l'adulte et que l'implantation n'était pas reconduite.

Elle conclut que cette phrase d'ordre général ne devrait pas figurer dans le SRS car cela expose à la question de l'évaluation des besoins.

Anthony Valdez répond que l'ARS PACA vérifiera ce point par activité. Il précise que cette mention peut être justifiée, dans certains cas, en particulier pour les activités de soins qui relevaient de l'ex-SIOS (schéma interrégional de l'organisation des soins). L'Agence examinera la pertinence de cette phrase et se demandera si elle est appropriée et s'il faut la conserver uniquement sur certains chapitres.

Françoise Antoni demande ce qui est entendu par territoire de santé, concernant la géronto-psychiatrie, car il conviendrait effectivement de moduler par département où il y a des notions de sous-territoires. Concernant les Bouches-du-Rhône, elle indique qu'il est en effet difficile d'imaginer une filière intégrée sur l'ensemble du département pour l'activité de psychiatrie de la personne âgée.

Florence Arnoux fait savoir que la FHF PACA a défini des indicateurs, en lien avec les psychiatres publics, pour consolider le suivi et la prise en charge dans ce domaine. Par ailleurs, la FHF PACA est préoccupée par le manque de lits d'hospitalisation de crise pour les enfants. En outre, la FHF PACA a l'impression d'un manque de projection en termes de soins et de prévention. Elle estime que l'attention est trop centrée sur les contraintes actuelles. Elle souhaite que les concepts relatifs à la transition entre l'ancien régime des autorisations et le nouveau soient clarifiés. Enfin, il existe un manque de coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social qui met à mal la prise en charge des personnes âgées, souvent en situation de handicap. C'est un problème majeur qui n'a pas été résolu par le PRS précédent et le nouveau ne semble pas apporter une amélioration de ce point de vue.

Florence Arnoux fait part également de son étonnement de ne pas avoir trouvé au sein du PRS l'organisation sectorielle de l'activité de psychiatrie, notion très importante.

Alice Barès Fiocca indique que les adhérents de la FHP Sud-Est regrettent que la coopération soit réduite, dans le texte relatif à la psychiatrie du SRS, aux urgences et à la contrainte. Il est primordial de faire un travail sur le terrain et sur le long terme en vue d'améliorer la coopération. Elle évoque le département du Var : une évaluation hebdomadaire de l'aval des urgences du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon-La Seyne-Sur-Mer a été réalisée cet été avec des délais d'admission très bons. Il faut regarder ce qu'il se passe sur le terrain. La rédaction donne l'impression de parler de façon générale et absolue. La menace de conditionner les autorisations à une participation à la permanence des soins est discutable et incompréhensible.

Anthony Valdez évoque le Code de la santé publique et l'assortissement de l'autorisation à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique et de l'organisation de la permanence des soins. Néanmoins, il pense que l'obligation de conventionnement négocié entre établissements publics et privés, prévue par les nouveaux textes, répondra certainement à cette problématique. Il évoque les retours

d'expérience en matière de coopérations et précise qu'il y a, certes, des expériences positives mais aussi négatives, y compris cet été dans le Var.

Alice Barès Fiocca évoque une réunion avec le Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon-La Seyne-Sur-Mer à l'issue de laquelle il a été demandé aux établissements adhérents de la FHP Sud-Est de remplir une fiche de suivi. La FHP a également demandé au CHITS de donner son avis et de faire un retour sur les difficultés rencontrées mais il n'y a pas eu de réponse.

Françoise Antoni reconnaît un sujet concernant le conventionnement. Elle précise que, dans certains départements, la répartition entre l'offre d'hospitalisation publique et l'offre d'hospitalisation privée n'est pas optimale comparée à d'autres régions. D'une part, dans le département des Bouches-du-Rhône, il y a plus de lits « privés » que de lits « publics », cela pose un problème d'aval et de coopération sur l'aval et de possibilité d'adressage y compris en situation d'urgence.

D'autre part, il existe des situations de tension accrue dans certains services dédiés à la prise en charge d'urgences psychiatriques. Elle rappelle que les médecins psychiatres enchainent un nombre de gardes très important difficilement tenable. Les désorganisations majeures sont de plus en plus fréquentes. Il ne sera plus possible d'envisager la présence des médecins psychiatres aux urgences sans prendre en compte les établissements privés et les psychiatres qui y exercent. Elle conclut en étant satisfaite que ce sujet soit évoqué.

Isabelle Peschet distingue deux sujets qui viennent d'être d'évoqués et largement abordés dans le PRS. D'une part, la question du lien entre le médico-social et la psychiatrie est abordée dans le chapitre sur la personne âgée ainsi que dans le chapitre relatif au handicap. Ils mettent en évidence qu'il y a un sujet de coopération. D'autre part, l'ARS a choisi de rédiger un chapitre sur les coopérations d'une manière générale dans le PRS car il y a un enjeu primordial sur les coopérations de façon générale, et pas seulement sur la coopération public/privé. Elle constate que malgré les efforts fournis et l'ensemble des dispositifs de coordination, de coopération et les conventions existantes, il est constaté quels que soient les secteurs (sanitaires, médico-sociaux, de ville, publics/privés ou associatifs) que le mécanisme des coopérations doit être amélioré.

François Valli comprend qu'Alice Barès Fiocca déplore un focus particulier sur les urgences psychiatriques alors que certaines coopérations se déroulent de façon satisfaisante. Il souligne que lorsqu'une situation d'urgence se présente, il n'est pas possible de faire une demande d'hospitalisation auprès d'un établissement qui répondra favorablement dans des délais acceptables, de manière posée, car il faut faire face à l'urgence. Ces situations désorganisent et perturbent le fonctionnement des structures qui assurent les urgences, il est donc souhaitable d'avoir le soutien d'autres partenaires dans ces situations difficiles pour fluidifier davantage les parcours de prise en charge.

Xavier Vaillant est d'accord avec les propos tenus. Il indique qu'il faut appliquer aux relations inter-établissements ce qui est appliqué à tous : la démarche d'amélioration de la qualité et, pour cela, il faut d'abord objectiver la situation. Or, la FHP Sud-Est a le sentiment que l'activité se déroule de façon satisfaisante dans le Var. Si cela ne fonctionne pas, il faut l'objectiver et mettre en œuvre des pistes d'amélioration.

Alice Barès Fiocca conclut en précisant que l'on ne peut pas résoudre un problème s'il n'y a pas de retour d'information sur celui-ci.

Florence Arnoux réagit enfin aux propos antérieurs d'Alice Barès Fiocca sur la permanence des soins. Elle ne pense pas que le terme de « menace » soit adapté. Il s'agit plutôt d'un impératif catégorique et organique car nous sommes tous interdépendants. Elle conclut en précisant qu'il existe des leviers et que nous devons être des « changemakers ».

Soins médicaux et de réadaptation (SMR)

Geneviève Védrières précise que l'offre SMR est relativement bien dimensionnée en région PACA. Le présent schéma n'a donc pas vocation à révolutionner la situation et les orientations restent les mêmes. Seuls quelques ajustements sont apportés à savoir renforcer l'hospitalisation de jour, la prise en charge des maladies chroniques et insister sur la prévention. En terme d'implantation, des ajustements ont été créés sur certains départements et certaines mentions pour mieux répondre aux besoins.

Anthony Valdez ajoute que, dans le cas présent, il n'est pas question de renforcer la concurrence, mais plutôt d'étoffer l'offre de services d'établissements existants.

Sophie Dostert a pointé une potentielle difficulté dans l'examen des dossiers, liée à la réforme des autorisations, qui consiste à souhaiter que tout établissement ayant historiquement une mention spécialisée ait une mention « polyvalent », ce qui conduit à l'élaboration d'un OQOS « polyvalent » pour chaque structure de chaque département. Elle indique que l'objectif est d'inciter les promoteurs à demander à la fois une mention spécialisée et une mention « polyvalent ». Cela expose à devoir examiner en CSOS des dossiers de primo-accédant qui voudront inaugurer une nouvelle activité de SSR « polyvalent » puisque les textes n'empêchent pas cette demande de primo-accédant sur l'unique mention « polyvalent ».

Sophie Dostert évoque ensuite deux mentions : addictologie et oncologie. Elle précise s'agissant de l'addictologie que rien n'est prévu malgré les besoins, notamment dans les Bouches-du-Rhône. Et concernant l'oncologie, elle appelle l'attention sur la tournure maladroite suivante « implantation de deux sites sur deux établissements » dans les Bouches-du-Rhône. Elle souhaiterait que la rédaction soit modifiée afin de prévenir toute interprétation erronée.

Marie-Pierre Callet, en tant qu'élue dans le nord du département des Bouches-du-Rhône, pense qu'il est approprié de fournir des éclaircissements en particulier pour les médecins exerçant dans des zones géographiques à faible densité médicale.

Alice Barès Fiocca suggère d'ajouter en introduction une définition de la notion d'implantation juridique et de site géographique, valable pour l'ensemble des chapitres. Puis éventuellement, affiner certains chapitres, notamment l'imagerie médicale, pour laquelle la façon de décompter a changé.

Pour le SMR, il faudrait rajouter une ligne « nombre de sites géographiques » pour prévenir les multiples dépôts pendant 5 ans et, ensuite, rédiger les mentions « polyvalent » en « OQOS fourchette ». En outre, en matière d'évolution de l'offre de soins, il serait opportun d'éviter de faire du sur-mesure pour les nouvelles implantations SMR et d'éviter de se référer à des qualificatifs sujets à interprétation, comme « une zone excentrée ». Elle précise que cela permettrait de respecter l'égalité des chances et ne pas ajouter de conditions supplémentaires vis-à-vis de la réglementation.

Hormis ces points, la FHP Sud-Est salue le travail réalisé sur ce chapitre. L'objectif consistait à rééquilibrer l'offre de soins entre les départements. Pour le département du Vaucluse, la FHP retient une proposition de transfert géographique d'un établissement des Bouches-du-Rhône vers le Vaucluse qui est très équilibrée. Concernant les Bouches-du-Rhône, il avait été constaté lors de deux CSOS en 2019 et 2021, sur l'addictologie, qu'il y avait des besoins supplémentaires dans Marseille Nord et un établissement s'était positionné pour un transfert par conversion partielle à capacité constante.

Pour les Alpes-Maritimes, il est demandé un objectif de rééquilibrage plus abouti en le comparant avec le Var qui a une population similaire. S'agissant de la gériatrie, la FHP Sud-Est souhaiterait une ou deux implantations supplémentaires.

Concernant la mention « neurologie », le Var va avoir sept implantations contre trois pour les Alpes-Maritimes, point sur lequel la FHP s'interroge. Elle indique également que, pour l'oncologie, les deux implantations sont insuffisantes au regard des besoins des patients sur ce territoire.

Par ailleurs, elle précise avoir des questions sur les méthodes de comptabilisation concernant la pédiatrie (assez techniques) qui mériteraient des précisions.

Florence Arnoux se souvient que le précédent PRS avait identifié un manque de lits de SMR, notamment « polyvalent » et orientation « gériatrique » dans le Var Est. Or, le présent PRS ne semble pas corriger cela. Dans les établissements publics, il est constaté des durées moyennes de séjour (DMS) qui sont très longues avec des saturations de lits post-urgence et de chirurgie pour des patients âgés, polyopathologiques et qui ont des troubles du comportement.

La FHF PACA se demande si les problématiques quotidiennes rencontrées par les urgentistes et les gériatres seront résolues avec le présent PRS et si ce dernier permettra de fluidifier l'aval vers des SMR « polyvalents » dans tous les départements, plus particulièrement dans le Var et le Var Est.

Anthony Valdez prend note des remarques formulées sur l'ensemble des mentions. L'offre est jugée suffisante dans le Var Est, cependant c'est la répartition public/privé qui est décrite par les structures comme étant compliquée notamment pour l'aval. Néanmoins, il est vrai que l'offre publique manque de lits ouverts. Cependant, il est possible d'ajuster à la hausse le nombre de lits sans ouvrir des implantations supplémentaires. Il est pris note des remarques sur les mentions « gériatrie » et « neurologie » et un examen des situations sera réalisé.

Médecine nucléaire

François Valli fait remarquer que, sur le plan quantitatif, le nombre de sites de médecine nucléaire implanté dans la région n'évolue pas.

Sophie Dostert rappelle qu'une clause de revoyure du PRS, à mi-parcours, a été évoquée en réunion médecine nucléaire. La réforme permettant de disposer à minima de trois équipements matériels lourds est bienvenue. Néanmoins, pour le traitement du cancer, la FEHAP considère que la Tomographie à Émission de Positons (TEP) ou TEP scan fait partie des protocoles de suivi thérapeutique récurrents. Disposer de sites supplémentaires autorisés à forte activité de cancérologie pour effectuer des suivis post-cancer mérite d'être discuté, notamment dans le cadre d'une révision objective du PRS.

Florence Arnoux rebondit sur les propos de Sophie Dostert, et préconise également un bilan à mi-parcours. Cela constituera une opportunité de faire un point sur l'évolution des effectifs médicaux et paramédicaux.

Xavier Vaillant approuve les propos de Sophie Dostert et de Florence Arnoux.

Alice Barès Fiocca demande une vérification des données régionales en matière d'équipement gamma-caméra et TEP scan, et une consolidation des moyennes régionales et nationales.

Traitement du cancer

Anthony Valdez présente le sujet « traitement du cancer ». La partie chirurgie a suscité beaucoup de remarques dans les échanges préalables. Cette thématique connaît une réforme importante, qui s'inscrit dans la continuité des travaux des experts, des politiques publiques, largement soutenue notamment par l'Institut National du Cancer (INCa). Les experts nationaux préconisent un relèvement des seuils afin de limiter les sites qui pratiquent ponctuellement de la chirurgie au détriment de la qualité attendue et de limiter la rupture d'égalité de la prise en charge des patients dans des structures largement expertes ou non.

Par ailleurs, la réforme a ainsi imposé un certain nombre de seuils avec une exigence de qualité et de sécurité des soins. Elle prévoit un développement des filières pour les cancers de mauvais pronostic, dotées des plateformes d'experts pluriprofessionnels capables de prendre en charge très rapidement les patients.

Le principe est que l'on fait bien ce que l'on fait souvent. Il précise que le temps de coordination n'est pas le même pour une structure qui consacre 0,1 ETP à de la coordination versus une structure avec une importante activité qui a 1 ou 2 ETP pour faire de la coordination : la qualité de prise en charge du patient sera améliorée dans le dernier cas. Il souligne clairement l'importance d'avoir des plateaux techniques denses avec des experts qui mettent en place des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) de recours. Fort de ce constat, nous en avons tiré les conséquences et quelques implantations ont été supprimées.

La réglementation prévoit que, dans l'année qui suit, les sites doivent atteindre au moins 80 % du seuil qualité-sécurité réglementaire un an après l'octroi de l'autorisation et 100 % deux ans après ; dans le cas contraire, la structure s'expose au retrait de l'autorisation. Il précise que la réglementation est venue graduer les prises en charge avec la chirurgie carcinologique « classique » mention A et la chirurgie « complexe » mention B. L'idée est de constituer des équipes expertes, reconnues et qui ont plusieurs pratiques thérapeutiques spécifiques et offrent une prise en charge globale et une technicité renforcée.

Xavier Vaillant partage le principe énoncé par Anthony Valdez qui est étayé par des études scientifiques incontestables. Il indique que la FHP Sud-Est partage l'analyse de l'ARS PACA sur la mention A car il constate que la restriction n'est pas excessive et que cela se situe dans une approche circonscrite. Il prend l'exemple de la chirurgie digestive. Dans le cas où un établissement réaliserait 29 actes au lieu de 30 et qui perdrait son autorisation ; cela signifierait, dans le cas d'un site éloigné, que les patients devraient parcourir un long trajet pour se rendre dans un établissement autorisé. De plus, pour l'établissement concerné, la perte de son activité en chirurgie digestive signifierait également la perte de son chirurgien. Il souligne l'importance de prendre en compte et d'analyser tous ces éléments de manière individuelle et mesurée, tout en étant d'accord avec la logique des seuils.

La mention B a fait l'objet de nombreuses discussions notamment sur le cancer de l'ovaire. En effet, en cas de respect des seuils, il n'y aurait que deux établissements autorisés en région PACA. Au regard de considérations pragmatiques, il est nécessaire d'adopter une approche plus souple. Concentrer toutes

les activités dans un seul établissement comporte le risque, du jour au lendemain, de le mettre en difficulté en termes de volumes.

Certaines disciplines n'ont pas donné lieu à des débats aussi poussés. Par exemple, pour la chirurgie thoracique, la Société Française de Chirurgie Thoracique ne discerne pas clairement la différence entre la mention A et la mention B. Il rappelle la nécessité d'être certain des approches scientifiques, des bénéfices de la concentration de l'activité sur certains établissements et de laisser aux promoteurs la possibilité d'argumenter sur leurs compétences, plateaux techniques, volumes d'activité et donc leurs capacités à réaliser l'activité et de prétendre à la mention B.

La FHP Sud-Est comprend la logique mais il faut être prudent concernant la mention B pour permettre d'avoir des alternatives dans un département avec une offre de soins privée et publique quand les établissements sont capables de répondre à tous les critères.

Sophie Dostert prend la parole sur les mentions A et B. Elle fait remarquer que les établissements ne pourront déposer qu'une seule demande d'autorisation, soit en mention A ou en mention B, en fonction de leur classification si les OQOS ne sont pas présentés en « fourchettes ». L'établissement qui dépose un dossier en mention B, alors que son OQOS est prévu en mention A, n'aura ainsi plus aucune possibilité de détenir une implantation, ni de mettre en avant le niveau de plateau technique et de complexité des prises en charge qu'il peut mettre en place.

Elle précise que quelle que soit la mention (A « simple » ou B « chirurgie complexe ou de recours »), les seuils s'appliquent sans distinction mention A ou B. Par exemple, pour la chirurgie thoracique, il n'y a pas une liste d'actes qui permettent de calculer le seuil car il s'agit du même seuil avec les mêmes extractions. Il est donc souhaitable d'élargir le nombre de mentions ou de prévoir que des établissements puissent émarger aux deux. Elle souligne que, mise à part le groupe de travail sur le cancer de l'ovaire, il n'y a pas eu de discussion étayée en amont sur l'évaluation des besoins en chirurgie carcinologique. Aussi, la FEHAP plaide pour une relecture, au regard du délai de deux ans accordé pour se mettre en conformité avec les textes afin que la réforme se mette en place de manière graduée et progressive, notamment au regard du niveau des plateaux techniques et des capacités de recours des établissements, quelle que soit la mention.

Anthony Valdez remercie les membres de la CSOS pour leurs interventions qui met en évidence que les membres de la CSOS partagent globalement la dynamique et l'esprit. S'agissant du passage de B en A, il convient de rappeler qu'à l'exception du 1, la chirurgie digestive, avec des pratiques thérapeutiques spécifiques et qui obéit à des seuils spécifiques, si les seuils ne sont pas atteints en B, ils ne seront pas atteints non plus en A car ils sont identiques.

D'un autre côté, il est légitime de se demander ce que recouvre la mention B en ce qui concerne la chirurgie thoracique. Il s'agit, entre autres, de la zone irradiée et de la récidive. Certains grands experts plaident, études internationales à l'appui, pour la réduction du nombre de centres dédiés aux affections thoraciques, car statistiquement cela entraîne un meilleur taux de survie. Il indique qu'il s'agit de la raison pour lesquels les choix ont été restreints.

Il souligne qu'il y a environ 160-180 patientes par an nécessitant une prise en charge pour l'ovaire complexe dans les Bouches-du-Rhône, ce qui justifierait trois autorisations en mention B, et 19 patientes dans le Vaucluse. Il lui paraît plus opportun que ces patientes soient traitées dans un établissement de haut niveau, même si cela signifie qu'elles doivent s'éloigner de leur domicile. Il termine en soulignant que l'ensemble des questions et remarques de l'assemblée seront réexaminées.

Fabienne Remant-Dole fait savoir que la FNEHAD PACA est satisfaite de la feuille de route du traitement du cancer, avec un indicateur précisé concernant le développement de la chimiothérapie à domicile en HAD. Elle précise qu'il s'agit d'une avancée notable.

Bastien Ripert comprend la méthode des seuils même si elle présente des limites. Il explique que, du côté de l'offre de soins publique, il y a des enjeux de groupements hospitaliers de territoire (GHT) d'approche territoriale avec les PMSP (projets médicaux et de soins partagés) et que l'on raisonne également avec les directions communes, les partenariats qui se développent et les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) qui sont extrêmement présents. Dès lors, le concept d'établissement (appréhendé seul) lui semble désuet. Il existe, par exemple, des filières dans les Alpes-Maritimes comme l'urologie dont l'approche dépasse clairement le niveau simple de l'établissement.

Par ailleurs, s'agissant de la qualité, il estime que l'approche basée sur le nombre d'actes est connectée à la tarification à l'activité (T2A) mais ne correspond pas à l'approche actuelle qui met en avant les enjeux de prévention et de pertinence. Par ailleurs, quid de la qualité d'un établissement où de nombreux

opérateurs interviennent en réalisant chacun quelques actes. Il conviendrait également d'explorer la pertinence des actes et l'expérience du professionnel.

Il ajoute que derrière les recompositions, il faut veiller à ce que si des offres disparaissent, l'accès aux soins soit préservé avec une possibilité d'y accéder quel que soit son niveau de revenu (sans reste à charge et dépassement d'honoraire), en limitant l'éloignement géographique. Ces réflexions s'appliquent non seulement à la chirurgie mais aussi aux traitements médicaux et contrôles (chimiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire...). Il indique enfin que, lorsqu'une offre publique disparaît, il ne faut pas que l'établissement qui voit disparaître son offre se retrouve à gérer les patients, hors horaires ouvrés, alors qu'il n'a plus l'autorisation de les prendre en charge.

Alice Barès Fiocca s'exprime tout d'abord sur la mention B. Elle indique que, sur le site Onco-PACA-Corse, il est précisé que les RCP de recours étaient réservées aux CHU et aux Centres de lutte contre le cancer. S'agissant de la mention B (nouvelle autorisation), le DGARS sera certainement amené à arbitrer sur des dossiers déposés par des établissements qui proposeront de mettre en place des RCP de recours. Or, les établissements ne peuvent pas s'autodéclarer RCP de recours.

Alice Barès Fiocca souligne, comme exemple à dupliquer, que le PRS précise pour la chirurgie du cancer de l'ovaire, l'organisation de la RCP de recours est mise en place, si besoin, conjointement avec d'autres titulaires d'une autorisation de chirurgie oncologique avec la mention B. Elle souhaiterait que cette modalité organisationnelle soit mentionnée dans le PRS pour toutes les nouvelles autorisations de mention B afin de ne pas conditionner l'octroi d'une autorisation de mention B à la volonté d'un cocontractant.

En outre, elle demande si l'ARS PACA compte désynchroniser l'ouverture des fenêtres avec d'abord la fenêtre pour les mentions B, puis celles pour les mentions A. En effet, elle indique que si l'ARS PACA ouvre une fenêtre commune aux mentions A et B, il y a un risque que les structures ne demandent que la mention B, et en cas de décision de rejet du DGARS, l'établissement concerné perdrait de façon générale l'autorisation d'exercer la chirurgie oncologique et devrait attendre la fenêtre suivante pour pouvoir demander la mention A avec l'écoulement d'un délai. L'ARS ne peut pas préjuger et indiquer aux promoteurs, en amont de l'instruction des dossiers et de la CSOS, la mention à retenir dans leurs situations respectives. Cela reviendrait à préjuger.

Stéphanie Gathion explique que la fenêtre est définie par activité de soins soit « traitement du cancer », de façon globale, avec des dépôts de demandes concurrentes. Elle précise que l'échelon national est conscient de la problématique et réfléchit pour que, techniquement dans le SI-AUTORISATIONS, le promoteur puisse déposer à la fois une demande d'autorisation pour la mention A et pour la mention B. Ensuite, il y aura une appréciation des mérites respectifs par la CSOS, puis le DGARS.

Alice Barès Fiocca s'interroge sur la mention A pour le territoire de Vaucluse. Les données PMSI de l'activité concernant l'urologie, pour les années 2021/2022, révèlent que deux établissements ont atteint les seuils requis, alors que trois établissements sont autorisés (dont l'un a interrompu son activité). Elle indique que l'ARS PACA prévoit quatre implantations, dont trois mentions A et une mention B, avec deux établissements atteignant les seuils. Or, cela va à l'encontre des discours sur la qualité.

Anthony Valdez répond qu'il s'agit d'un cas particulier et que cela s'inscrit dans le cadre d'une coopération public-privé. Il précise que les seuils s'appliquent. Plusieurs sites sont autorisés dans le but de faciliter la mobilité et les interventions des chirurgiens, sur certains sites, au plus près des patients et sur des plateaux techniques reconnus.

Pour Alice Barès Fiocca, du point de vue des deux établissements privés qui atteignent les seuils, cela risque de les déstabiliser.

Anthony Valdez répond que cet exemple illustre que l'ARS PACA ne fait pas que restreindre et regrouper. Elle est également capable d'accompagner des projets et des coopérations.

Alice Barès Fiocca indique qu'elle n'était pas au courant. Elle évoque ensuite des établissements qui n'atteignent pas les seuils et devront arrêter leur activité sur certains territoires alors que, sur d'autres, des établissements qui atteignent les seuils pourront poursuivre leur activité. Il serait pertinent d'harmoniser les pratiques.

Anthony Valdez informe que suite à la CSOS, l'ARS procèdera à un réexamen des situations et pourra rectifier, si nécessaire, pour prendre en compte les réalités locales avant la publication définitive du

schéma. En ce qui concerne la méthode, il est courant de faire des comparaisons entre les départements. Néanmoins, le diagnostic doit prendre en compte les spécificités. Il est important de prendre en considération la situation particulière de chaque zone en fonction de son contexte particulier (données socio-démographiques, spécificités de la zone, densité médicale, etc.).

Elodie Créteil-Durand explique, concernant les RCP de recours, que les ARS attendent la publication d'un référentiel de l'Institut National du Cancer – INCa (en cours de relecture). Il ne devrait pas apporter de grands changements. Il convient de noter qu'un groupe de travail a, par ailleurs, été constitué pour travailler sur la prise en charge du cancer de l'ovaire pour fluidifier les parcours, notamment entre la gynécologie et la prise en charge du cancer. S'agissant de la RCP de recours, étant donné le faible volume de patientes - environ 265 patientes en région PACA - concernant le cancer de l'ovaire avancé, le groupe a préconisé la mise en place d'une RCP régionale. Pour les autres mentions B, pour certaines chirurgies, il y aurait un intérêt à condenser certaines réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cependant, cela dépendra du volume de patients et pourrait permettre d'alléger le travail des médecins.

Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie

Geneviève Védrines indique que l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie bénéficie de la réforme des autorisations avec une gradation des soins selon trois modalités : rythmologie interventionnelle, cardiopathies congénitales hors rythmologie et cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte. Seule la rythmologie interventionnelle en mention A, soit la pose de pacemaker, connaît un changement et devient désormais une activité soumise à autorisation, d'où les créations de sites par rapport au schéma précédent. L'objectif est de réaliser cette activité en proximité en lien avec des centres plus importants.

Concernant l'activité de rythmologie interventionnelle - ablations, défibrillations, etc.-, une analyse des besoins a été effectuée sur l'activité actuelle et la saturation ou non des plateaux techniques pour formaliser les OQOS. Compte tenu de l'évolution possible de l'activité dans le futur, la situation sera réexaminée à mi-schéma pour apprécier s'il convient de le réviser (activité d'ablation et défibrillation auriculaire).

Anthony Valdez ajoute que la mention C était souhaitée par certains, mais le plateau existant n'étant pas saturé, il n'était pas nécessaire d'en ouvrir d'autre ou d'envisager une répartition différente sur le territoire à ce stade.

Xavier Vaillant approuve cette position. Il indique que la profession est partagée entre des détenteurs d'autorisation satisfaits du fonctionnement et ceux qui n'ont pas l'autorisation et pour lesquels, cela constituerait un avantage significatif pour leurs projets médicaux.

Anthony Valdez souligne la plus grande attention portée au degré de qualité des différents plateaux.

Radiologie interventionnelle

Pour Anthony Valdez, cette activité pourrait justifier une approche en « fourchettes » comme le préconisent certains intervenants. Il indique que le cadre juridique pose des questions à ce stade en lien avec les effecteurs et le périmètre des actes.

Véronique Pellissier indique que la difficulté réside dans la liste des actes qui n'a pas été clairement définie et publiée à ce stade. Une réévaluation des besoins ne sera possible qu'au moment où le document aura été diffusé. Les OQOS ont donc été défini à ce stade dans l'attente des textes complémentaires et, lorsqu'ils auront été transmis, la situation pourra être revue.

Sophie Dostert remercie l'ARS PACA d'avoir pris en compte les remarques formulées.

La mutualisation des plateaux techniques en radiologie interventionnelle est une gageure pour avoir tenté de la faire dans le cadre de la permanence des soins. Cela mériterait une définition plus claire de la mutualisation - s'agit-il de mutualiser l'astreinte des radiologues interventionnels qui se déplacent sur des plateaux techniques ou le plateau technique qui est d'astreinte sur l'ensemble du territoire avec des

patients qui se déplacent -, d'autant plus que la radiologie interventionnelle en contexte de permanence des soins est souvent le cas d'une urgence extrême.

François Valli donne raison à Sophie Dostert pour sa remarque : doit-on déplacer le patient ou doit-on déplacer l'équipe ? Certaines équipes ont des réserves lorsqu'il s'agit d'intervenir sur d'autres plateaux techniques. Il souligne, en tant que praticien au SAMU, que les patients sont fréquemment transportés, alors qu'il serait souhaitable de leur faire bénéficier d'une prise en charge sur place. Cependant, cela se fait souvent à la demande de l'opérateur qui souhaite que le patient soit amené.

Alice Barès Fiocca ne retrouve pas le positionnement de la FHP Sud-Est, au regard des éléments colligés auprès des établissements et communiqués au groupe du travail. Elle serait partie du principe que lorsqu'un établissement a une activité de réanimation, il peut se positionner en mention D elle constate que seules huit implantations sont prévues en mentions D. Or, il y a beaucoup plus de services de réanimation dans la région. Elle s'interroge sur le mode de répartition des implantations entre les mentions A, B, C et D.

Sylvie Chevallier explique qu'un établissement peut avoir des lits de réanimation mais pas d'équipe de radiologie interventionnelle en place qui comprend donc des radiologues. Elle constate qu'il y a parfois une confusion chez les directeurs d'établissements entre un acte réalisé par un radiologue et un acte réalisé par un cardiologue. En l'absence d'une liste d'actes définis, il a été décidé de contacter chaque établissement et d'interroger les radiologues sur place afin de savoir s'ils pratiquaient de la radiologie interventionnelle. Ces démarches ont permis de classer les actes de A à D. Les établissements dotés de lits de réanimation n'auront pas systématiquement une autorisation de radiologie interventionnelle. Le décret modificatif est attendu pour le 1^{er} septembre 2023.

Xavier Vaillant émet des doutes sur la méthode décrite par Sylvie Chevallier qui consiste à appeler des radiologues, qui n'engagent pas forcément la position de l'établissement.

Sylvie Chevallier répond que la prise de contact a été accompagnée par le Docteur Bartoli, expert faisant partie des groupes de travail ministériel de la DGOS.

Alice Barès Fiocca demande que la méthode soit fiabilisée.

Sylvie Chevallier souligne la difficulté de l'exercice en l'absence d'instruction ministérielle concernant le périmètre des actes à l'heure où il est annoncé que des actes initialement pressentis en mention A seraient retirés de cette mention. Le cadre étant « flou », la démarche utilisée est celle qui a été considérée comme la meilleure pour rédiger ce chapitre PRS avec les éléments en présence. Concernant la mutualisation des plateaux techniques, elle précise avoir eu des contacts avec l'ANAP. Une réflexion est en cours sur une possible mutualisation de lignes d'astreintes.

Florence Arnoux reconnaît la difficulté particulière de la situation et approuve la méthode employée compte tenu du contexte difficile.

Équipements matériels lourds (EML) : plateaux techniques IRM-scanner

Anthony Valdez explique le nouveau paradigme de la réforme. La nouvelle implantation permettra un droit de tirage à 3 EML, sur le même site géographique, sous réserve de mixité scanner-IRM. On autorise désormais un plateau technique et non plus une autorisation équipement par équipement.

Par ailleurs, deux raisonnements s'affrontent au sujet de cette activité. Le premier consiste à éliminer la régulation et à « ouvrir » l'accès aux implantations car il faudrait trouver partout des scanners et des IRM dans le cadre de la radiologie moderne. La seconde consiste, au contraire, à ne pas trop ouvrir l'accès aux implantations du fait de la démographie en tension des radiologues et des manipulateurs radio et d'une situation existante de dumping.

Enfin, certaines populations vulnérables et isolées semblent éloignées de ces équipements. C'est ce qui justifie l'ouverture de certaines autorisations dans le cadre de coopération ville/hôpital et public/privé dans des zones d'intervention prioritaires, mais globalement l'offre existante est reconduite.

Véronique Pellissier ajoute que l'offre avait déjà été largement améliorée par le recours aux besoins exceptionnels en imagerie.

Florence Arnoux et la FHF PACA partagent les propos tenus et souhaitent obtenir des informations sur les délais d'attente et leurs suivis, mais aussi sur des indicateurs de pertinence des actes en imagerie. Il faut également se pencher sur le sujet des rémunérations. En outre, il faut aussi mener une réflexion sur les besoins en formations par rapport à l'évolution démographique, les installations d'EML à venir et les équipements autorisés non mis en service. Il convient de s'en tenir à une logique d'adéquation avec les besoins.

Xavier Vaillant est en accord avec les grands principes. Il n'est pas favorable à une dérégulation totale en raison notamment des difficultés liées au recrutement de manipulateurs radio. Cependant, il plaide en faveur d'une compétition renforcée pour encourager l'émergence des meilleurs dossiers sur les nouvelles implantations.

Alice Barès Fiocca, concernant les objectifs opérationnels, indique qu'il faudrait revoir l'ordre des priorités. La dérogation ne peut pas primer sur le principe qui est l'adossement de ces structures sur des établissements de santé. Il faudrait également faire primer les critères généraux sur les critères particuliers car, dans le cas contraire, cela ne cible qu'un seul promoteur ce qui ne reflète pas l'esprit du droit des autorisations.

François Valli précise qu'il n'y a pas d'évolution de l'offre sur les caissons hyperbare et les cyclotrons.

Hospitalisation à domicile

Anthony Valdez présente l'hospitalisation à domicile (HAD) et précise que, compte-tenu du délai imparti, il n'a pas été possible de revoir l'ensemble des zones d'intervention. Les HAD se développent dans des zones qui leur sont attribuées. Il a été constaté peu de lisibilité dans certaines parties du territoire, mais à ce stade, il n'a pas été possible de rendre le sujet plus lisible pour la population.

Un groupe de travail doit encore travailler sur les « aires géographiques d'intervention » que les HAD doivent respecter (juste dimensionnement, critères socio-démographiques de l'HAD...). Il est essentiel de définir clairement les zones d'intervention d'hospitalisation à domicile (HAD) car, actuellement, certaines HAD couvrent des zones très vastes, équivalant à presque un département, tandis que d'autres se limitent à des zones extrêmement restreintes, correspondant à un simple quartier. Néanmoins, l'objectif de zéro zone blanche est entendu. Les communes non couvertes ont été clairement identifiées dans le PRS et seront prises en charge par les HAD qui candidateront. En l'absence de volontaire, la couverture de ces zones blanches sera imposée. Par ailleurs, Anthony Valdez vise une répartition équilibrée des HAD lors de la révision à venir du PRS avec des ajustements dans les zones d'intervention. Il précise que cette activité se décline en quatre mentions pour lesquelles il existe des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement communes et spécifiques à chacune. Une mention « socle » et trois mentions spécialisées, réadaptation, ante et post-partum et enfants de moins de trois ans. Ces mentions spécialisées sont un élément nouveau.

Véronique Pellissier ajoute que les prises en charge dite « spécialisées » étaient déjà existantes mais seront désormais reconnues par une mention spécialisée. Elles représentent néanmoins une faible part d'activité des HAD. En définitive, le nombre d'autorisations est plutôt limitatif et l'ARS PACA préconise de prendre davantage de temps pour apprécier au mieux les prises en charge sur le terrain au regard de la réforme. L'offre de prise en charge spécialisée, réanimation et ante et post-partum, a été ouverte de façon équilibrée sur le territoire. Cependant, elle estime délicat d'ouvrir, de façon significative, l'accès à la mention spécialisée pour prise en charge des enfants de moins de trois ans, dans un premier temps.

Anthony Valdez explique qu'il s'agit de prendre acte de la réforme et de la nouvelle réglementation. Cette activité doit néanmoins poursuivre son effort de restructuration et de clarification. Il souhaiterait que cette activité soit inscrite lors de la révision du PRS à deux ans.

Christophe Barcelo, au nom de l'URPS Infirmières PACA, souhaite que soit réaffirmé, dans le PRS, la position que les soins de ville libéraux sont la filière naturelle de sortie d'hospitalisation. Il constate de plus en plus de sorties d'hospitalisation vers une prise en charge en HAD, qui ne sont pas justifiées. Il demande un référentiel clair des personnes justifiant une admission en HAD, d'autant plus que l'HAD représente un coût 40 % supérieur à une prise en charge de soins par des professionnels de santé libéraux. Il indique qu'il y aurait lieu de s'interroger sur ce point comme l'a indiqué la Cour des comptes.

Fabienne Remant-Dole revendique une complémentarité entre les structures d'HAD et les professionnels de santé libéraux et précise que le référentiel demandé par Christophe Barcelo existe. Elle remercie Véronique Pellissier pour la qualité des travaux notamment sur l'HAD qui peine à trouver sa place mais qui progresse grâce aux actions de l'ARS. Les enjeux précisés sur ce PRS sont intéressants, l'objectif étant que l'ensemble de la population puisse accéder à ces soins en mettant l'accent sur les actions pour combler les zones blanches. Elle ne fait pas de remarques particulières concernant l'HAD « socle ».

Concernant les mentions spécialisées, notamment pour la prise en charge des enfants de moins de trois ans, les demandes sont effectivement peu nombreuses, mais il eût été pertinent d'ouvrir davantage d'autorisations plutôt que deux implantations pour les 5 prochaines années. Elle recommande de mettre en place un OQOS en « fourchette ».

Concernant le travail sur les aires d'intervention géographiques, il convient de ne pas fractionner davantage le territoire pour ne pas complexifier le recours à ce type de prise en charge. Enfin, concernant les deux autres mentions, la FNEHAD plaide surtout pour que les HAD avec la mention « socle » puissent avoir également une mention réadaptation si elles le demandent, ainsi que l'ante et post-partum.

Concernant le tableau des OQOS, les zéros s'expliquent par le fait que, parfois, le siège des HAD ne se trouve pas dans le département concerné. Il convient d'ajouter une colonne avec les HAD autorisées dans le département afin d'améliorer la lisibilité sur les zones d'intervention de chaque HAD autorisée.

Véronique Pellissier indique que cela sera précisé notamment pour le département des Alpes de Haute-Provence où le siège de l'HAD autorisée est situé dans les Bouches-du-Rhône. Certains tableaux comportent des coquilles qui seront rectifiées.

Sophie Dostert fait savoir que les adhérents de la FEHAP adhèrent à ce chapitre. Il faut arriver à une cohérence dans le maillage territorial. Néanmoins, la rédaction des OQOS a suscité un certain trouble chez certains des adhérents de la FEHAP, notamment de la concurrence entre eux à éviter. Il serait souhaitable d'ouvrir les zones blanches afin de permettre aux structures d'HAD de se positionner. Les disparités entre territoires ne sont peut-être pas si difficiles à régler.

Véronique Pellissier convient qu'un travail reprendra sur les redéfinitions des zones d'intervention.

Florence Arnoux suggère de dresser un bilan à deux ans afin de régler ce problème de surjuxtaposition des zones d'intervention. Il convient également d'ajouter que tout promoteur qui voudrait s'étendre doit prioritairement avoir l'obligation de s'installer dans les zones blanches.

La séance est suspendue de 12h25 à 14h00.

Soins critiques

Geneviève Védrières explique que, dorénavant, des autorisations sont nécessaires non seulement pour les unités de réanimation mais aussi pour les unités de soins intensifs polyvalents (USIP) ainsi que les soins intensifs de spécialité c'est-à-dire les soins intensifs de cardiologie (USIC), les soins intensifs de neurologie vasculaire (USINV) ainsi que les unités de soins intensifs d'hématologie (USINV).

Le groupe de travail avait conclu à la nécessité de ne pas modifier le nombre de sites d'implantation de réanimation avec leurs USIP accolées. Elle précise que les USIP isolées sont une évolution des unités de surveillance continue (USC). En effet, elles ont vocation à devenir des unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires ou des unités de soins renforcés. A ce stade, les textes relatifs à cette évolution ne sont pas encore tous parus.

Concernant les unités de soins renforcés, des travaux sont toujours en cours au niveau de la Direction Générale de l'Offre de soins (DGOS). De plus, en raison d'une absence de clarté sur la réforme de la tarification, la décision a été prise de ne pas accorder d'USIP dérogatoire, que ce soit pour les adultes ou les enfants. Il a également été décidé de reconduire les unités de surveillance continue, comme cela va être possible grâce à un nouveau cahier des charges qui va paraître. Les établissements ayant une unité de surveillance continue, actuellement autorisée dans le cadre de la reconnaissance contractuelle, pourront en demander la prorogation. Il a été décidé pour les USIP dérogatoires de s'accorder deux ans de réflexion supplémentaire, accompagnés de l'engagement de la révision du schéma en vue de faire évoluer pour leur permettre peut-être de se mettre en adéquation avec les nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement des USIP dérogatoires. Les OQOS ne changent pas puisque toutes les activités de réanimation sont reconduites. Tous les services qui disposent d'une unité de cardiologie interventionnelle ont tous une USIP, hormis deux exceptions qui

n'ont pas de plateaux de cardiologie interventionnelle dans les Bouches-du-Rhône. Les Unités de Soins Intensifs Neurovasculaire (USI NV) et les USI hémato sont également reconduites.

Xavier Vaillant se félicite que les activités de réanimation soient stabilisées sans réduction de sites. S'agissant des surveillances continues, certains services sont plus actifs que d'autres. Un outil développé par l'ANAP permet de s'autoévaluer visant à évaluer son niveau d'activité et sa conformité aux critères de l'USIP et l'USIP dérogatoire s'il n'y a pas de réanimation de proximité. Par ailleurs, certains établissements sont particulièrement motivés et l'autorisation apporte une reconnaissance du travail accompli. De ce fait, il est compréhensible de vouloir s'accorder un temps de réflexion supplémentaire en l'absence de certaines données, mais ce sont deux ans de perdus pour certains établissements ce qui est dommageable.

Alice Barès Fiocca suppose que l'ARS PACA a défini des critères pour les autorisations accordées aux USIP adossées. Il suffirait de les dupliquer pour les USIP non adossées.

Geneviève Védrières rappelle que ce sont des services complètement différents. Elle indique que les USIP seront autorisées de facto avec la réanimation en mention 1 : « *Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant* » alors que les USIP dérogatoires relèvent d'une autre mention. Elle précise c'est une décision qui a fait l'objet de discussion et qui est spécifique à la région PACA, qui compte un grand nombre d'unités de surveillance continue. De plus, l'outil de l'ANAP évoqué par Xavier Vaillant n'est pas reconnu au niveau national. Elle précise que les deux ans à venir seront mis à profit pour accompagner les établissements désireux d'obtenir une USIP dérogatoire.

Florence Arnoux fait remarquer que certains services de réanimation isolés, dans des départements faiblement dotés, sont l'aval de service de réanimation lourde. La FHF PACA estime qu'il faut consolider ces services sur ces territoires.

Alice Barès Fiocca souligne qu'une des demandes générales est de réunir tous les groupes de travail qui ont travaillé sur le PRS, une ou deux fois par an, pour effectuer un suivi. En outre, concernant les USIP non adossées, des fourchettes des implantations éviteraient une révision du PRS et permettraient d'ouvrir les implantations si nécessaires.

Geneviève Védrières ne comprend pas comment instaurer des fourchettes si aucune implantation n'est prévue.

Jean-Marc Minguet aborde la question de l'activation de 6 lits d'unité de sevrage ventilatoire de type 2 pendant la période Covid au profit du Centre Hospitalier de la Dracénie. Suite à cette mise en service il a été demandé éventuellement de migrer vers un service de rééducation post-réanimation (SRPR). Il s'interroge de savoir si le PRS prévoit la création de ce service ou bien d'un USIP. Il indique que ces lits sont actuellement occupés par quatre à cinq patients originaires du Var et de l'ouest des Alpes-Maritimes.

Geneviève Védrières répond qu'une unité SRPR est prévue dans chaque département de grande envergure. Concernant les services de rééducation post-réanimation, des travaux sont en cours. Normalement, cela devrait être des soins intensifs avec unité SRPR. A ce jour, il manque des informations car les conditions d'implantation ne sont pas connues. Il existe simplement un cahier des charges au niveau national mais pour le moment, les conditions d'implantation et de financement ne sont pas clairement établies. En PACA, il n'existe qu'un seul SRPR, celui de l'Hôpital Européen comprenant 12 lits, financé comme de la surveillance continue. Les unités de surveillance continue seront reconduites, ce qui lui garantira le financement. Dans deux ans, lors de la révision du schéma, il faudra vraisemblablement donner les implantations de SRPR ainsi que les USIP dérogatoires dans un cadre juridique plus éclairé.

Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie

Véronique Pellissier présente la réforme des autorisations pour cette activité de soins. Elle comporte deux mentions : une mention A qui couvre le périmètre de la mention B sauf la neurochirurgie, et une mention B. Il a été décidé de ne pas octroyer de mention A pour ne pas fragiliser les mentions B existantes à ce jour. L'obtention d'une mention A implique la nécessité d'avoir une garde sur place de neurologues sur site et, actuellement, nos unités neurovasculaires sont fragiles pour la majorité d'entre elles. L'objectif du PRS est de consolider l'existant, et non de le fragiliser, afin d'améliorer la filière.

Accident vasculaire cérébral

Véronique Pellissier explique qu'il s'agit d'une filière et non d'une activité de soins. Elle précise que les activités de soins concernées dans la filière « accident vasculaire cérébral » sont les unités de soins intensifs de neurologie vasculaire (USINV), la neurologie interventionnelle, ainsi que les soins médicaux et de réadaptation avec des services spécialisés. L'objectif est de créer des filières de territoire pour améliorer la prise en charge des AVC.

Gilbert David demande si la Corse est incluse dans les prévisions.

Véronique Pellissier répond par la négative. La Corse établit son propre SRS. Pour autant, l'ARS PACA travaillera avec les autorités sanitaires corses. Elle précise que la Corse dispose d'une unité de neuroradiologie interventionnelle. Il faudra voir comment cette unité peut fonctionner et comment se déroule le transfert de patients.

Médecine d'urgence

Anthony Valdez annonce que les décrets n'ont pas été publiés. Il est probable que ces derniers prévoient la création d'antennes d'urgence (fonctionnement en 12h) pour lesquelles l'ARS actera probablement les fermetures de nuit. L'ARS PACA préfère attendre que les textes soient publiés pour envisager l'inscription de création d'antennes d'urgence dans le PRS car actuellement ces notions n'existent pas. Ce délai permet de s'interroger sur la définition d'une antenne et comment utiliser le dispositif réglementaire à venir. A ce jour, l'état de l'offre est stabilisé en terme de médecine d'urgence. Quelques adaptations seront à prévoir à la marge concernant les SMUR. À compter de la publication des nouveaux décrets, l'ARS PACA disposera de 18 mois pour réviser le SRS.

Jean-Marc Minguet a souligné, en premier lieu, que lorsqu'on évoquait les antennes d'urgence, il était question d'une création ex-nihilo. L'évolution récente de la médecine d'urgence montre que désormais maintenir certains services H24 devient plus difficile, ce qui, selon lui, retarde la publication des textes. On va désormais parler de transformation de service d'urgence, hors antenne d'urgence. Il pense que c'est une des difficultés qui explique l'absence de publication des textes ainsi que la raréfaction des urgentistes.

En outre, le maillage est fondamental et la fermeture de certains services de nuit représente une perte de chance réelle pour les patients. En outre, il y a un travail important à réaliser dans le cadre du Comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR) afin de déterminer les effectifs cibles permettant de travailler dans de bonnes conditions. De plus, il convient également de réfléchir sur l'évolution des implantations de SMUR et de l'offre de soins de réanimation saisonnière, qui engendrent un travail important avec le groupe « offre de soins » du CCAR. Enfin, Jean-Marc Minguet demande pourquoi le terme d'Observatoire Régional des Urgences (ORU), au profit d'un intitulé plus abscons (entité régionale permettant le recueil de données).

Anthony Valdez estime que la notion d'ORU est restrictive. Il est probable qu'un terme recouvrant une réalité plus large sera défini mais il n'est pas possible de le préjuger avant d'avoir réalisé les travaux. La mission est d'animer et d'analyser le réseau des urgences. Un dispositif régional spécifique est à mettre en œuvre sur la thématique des urgences sans préciser l'intitulé officiel à ce stade.

Jean-Marc Minguet indique que, compte-tenu du plan de refondation ministériel des urgences, il était convenu que les urgentistes se recentraient sur les urgences. Inclure les soins non programmés dans un observatoire l'interpelle. Il indique qu'il est nécessaire qu'une entité recueille les données et soit au plus près du terrain.

François Valli attire l'attention de la CSOS sur la nécessité de distinguer le service d'urgence qui devient une antenne d'urgence par raréfaction des ressources et le service d'urgence qui devient une antenne d'urgence par opportunité de se désengager de la permanence de soins. Les antennes d'urgence doivent être adossées par une convention avec un SMUR de proximité, il précise que cela sera la condition sine qua non pour transformer un service d'urgence en antenne d'urgence.

Selon Fabrice Danjou, les textes préciseront également l'obligation de participation à une équipe mobile de territoire afin de limiter les abus. Compte-tenu de la situation actuelle des services d'urgence, le challenge consistera à éviter une dégradation de l'offre. Les réflexions vont être initiées dans le cadre du

CCAR et « l'entité régionale », quel que soit son nom définitif, nous aidera dans cette démarche.

Jean-Marc Minguet s'interroge au sujet de la valorisation de la prime de 1000 € pour les équipes territoriales, comparée à une prime PST d'au moins 1400 €.

Patrice Danjou précise, qu'à l'issue de la parution des textes, l'instruction devra définir une équipe territoriale et ses conditions de mise en œuvre.

Fabienne Remant-Dole évoque les urgences gériatriques et le rôle des HAD pour fluidifier le parcours de soins. Elle suggère de ne pas limiter le PRS sur les urgences gériatriques. On pourrait prévoir des infirmières ou infirmiers de liaison jusque dans le palliatif avec des liens directs avec le SAMU, et éventuellement de limiter le passage aux urgences.

François Valli donne raison à Fabienne Remant-Dole et se souvient de la mise en place d'une équipe d'infirmiers dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) au SAMU 06, qui intervenaient à domicile chez des patients en soins palliatifs pour lesquels des passages aux urgences n'auraient rien apporté en termes de prise en charge.

Florence Arnoux revient sur les urgences pédiatriques et les urgences psychiatriques qui rencontrent des problématiques de gradations. Ce sont des notions sur lesquelles il faudrait effectuer des contrôles de la gradation par territoire. Il serait également nécessaire d'avoir un cahier des charges précis pour la psychiatrie et la pédiatrie. S'agissant du terme ORU, la sémantique est importante et il convient d'utiliser un terme qui parle à tout le monde.

Concernant le cahier des charges de conventionnement, elle précise que des centres de soins non programmés se développent sur le territoire, notamment dans les Bouches-du-Rhône et les Alpes-Maritimes parfois en collaboration avec des établissements de santé publics et privés. Il convient de les réguler. Elle indique qu'il serait souhaitable que le PRS envisage ou rende obligatoire des conventions entre les centres de soins non programmés, les maisons médicales de garde, et les services d'accueil aux urgences. Enfin, il faut accorder une attention particulière par rapport aux autorisations dans une logique de permanence des soins en fonction des besoins et des territoires. Il faut s'y pencher à la carte et mettre en place un pacte pour éviter les pertes de chance médicales.

Traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC)

Anthony Valdez explique que l'objectif du PRS est de construire le parcours du patient dialysé et de s'assurer de l'accessibilité géographique des centres de dialyse, ou tout au moins limiter l'éloignement du domicile. L'objectif est avant tout d'assurer un parcours permettant de proposer les différentes modalités d'IRC. Cette notion de proximité n'est pas évidente pour certaines parties du territoire et peut faire débat. Il indique que toutes les implantations d'IRC du PRS précédent n'ont pas été attribuées, faute de promoteurs intéressés.

Fabrice Danjou explique les grandes problématiques qui ont guidé la réflexion : la démographie médicale avec plus de 50 néphrologues en moins dans les cinq années à venir, la non-couverture de certaines zones, difficiles d'accès et peu denses dans certaines grandes parties du territoire et un ratio modalité hémodialyse en centre / hors-centre. Il évoque le maintien d'un certain nombre de besoins observés lors de l'élaboration du PRS précédent, et qui n'avaient pas été attribués notamment dans les zones montagneuses difficiles d'accès. Le sujet du vieillissement de la population, l'augmentation des comorbidités et la nécessité de suivre ces évolutions ont également été pris en compte dans la réflexion ainsi que les enjeux de travail en réseau, de dépistage et de prévention ainsi que la greffe préventive.

Xavier Vaillant estime que la prévision de 50 départs et seulement de 25 arrivées est préoccupante et n'est pas propice à l'atteinte des objectifs fixés pour la prise en charge des patients en centre lourd, ni pour la création d'antennes. La prise en charge étant inégale d'un département à l'autre, la position de la FHP Sud-Est est différente selon les territoires car la démographie médicale ne présente pas les mêmes problématiques en fonction des départements.

Florence Arnoux, compte-tenu de la difficulté de la répartition de l'offre sur le territoire, rappelle l'obligation réglementaire d'adossement de centres lourds à des établissements qui disposent d'une autorisation de soins critiques [réanimation aujourd'hui]. Elle indique qu'il serait opportun de réaliser une réflexion sur les

patients en insuffisance rénale chronique en phase terminale, qui ne transparait pas dans le PRS, puis insiste sur l'importance des indicateurs pour évaluer la répartition des besoins sur le territoire.

Fabrice Danjou indique qu'un groupe de travail a mené une réflexion sur l'offre et la maladie rénale chronique en partant de la prévention avant le stade de l'IRC jusqu'à la phase terminale.

Diagnostic prénatal

Sophie Figueroa mentionne que compte-tenu de l'évolution des techniques et du développement du diagnostic prénatal non invasif⁵, il est possible de détecter certaines anomalies chromosomiques grâce à une prise de sang. Deux nouvelles implantations ont été actées en concertation avec les acteurs de terrain, une dans les Alpes-Maritimes et une dans les Bouches-du-Rhône. Elle précise qu'actuellement il y a une implantation dans les Bouches-du-Rhône (APHM).

Permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

Anthony Valdez présente le sujet. Cette rubrique irrigue l'ensemble des activités et, règlementairement, elle renvoie au cahier des charges de la permanence des soins en établissement de santé, qui sera révisé annuellement et qui ne l'a pas toujours été. Il fixe des enjeux, des objectifs et des spécialités. Il reste toutefois des points à préciser et des passages à modifier. Il reste également des questionnements, comme faire apparaître la psychiatrie et la financer en PDSES, la psychiatrie relevant historiquement de la DAF psychiatrie. Il précise également que la question des urgentistes libéraux devra être intégrée dans le cahier des charges annuel afin que ce sujet apparaisse de manière très claire. La mutualisation des moyens devra également faire l'objet d'une mention dans le cahier des charges ainsi qu'éventuellement la participation obligatoire à la PDSES.

Il conclut par le fait que le PRS et le cahier des charges de la PDSES sont deux éléments complémentaires.

Sylvie Chevallier indique qu'une révision du cahier des charges avait été faite, en 2022, avec les fédérations. Mais, ce dernier n'avait pas été publié du fait des travaux sur le PRS.

La révision concernait de nouvelles lignes d'instances de garde. Elle précise que l'IGAS a rendu son rapport récemment et demande que la DGOS fasse une enquête nationale qui sera réalisée en septembre, pour une durée d'un mois minimum.

Une demande a également été envoyée à l'ANAP pour travailler sur la mutualisation des plateaux techniques et des lignes de garde d'astreintes. Sylvie Chevallier fait remarquer que la mutualisation des plateaux techniques est parfois difficile à mettre en place. L'Agence nationale d'appui à la performance – ANAP- et la Direction générale de l'offre de soins – DGOS - vont travailler en septembre et en octobre et interrogeront les établissements de santé à ce sujet, dans le cadre du lancement de cette enquête nationale.

Alice Barès Fiocca souhaite que soit reconnue la spécificité du fonctionnement des établissements de santé privés. Les médecins libéraux s'exprimaient lors des premiers schémas PDSES. Les mutualisations sont compliquées à mettre en œuvre, cependant certaines sont en place et sont opérationnelles. L'information sur la réalisation d'enquêtes sera transmise aux adhérents de la FHP pour les encourager à y participer. La FHP Sud-Est demande non pas une révision du cahier des charges, mais simplement une mise à jour des lignes de Permanence des Soins en Établissements de Santé (PDSES) qui sont financées. Par ailleurs, elle indique que certaines lignes d'astreintes ont un fonctionnement effectif au sein des établissements privés et qui ne sont pas financées au nom de la PDSES.

Sylvie Chevallier avait justement proposé à la DGOS d'interroger tous les établissements pour connaître les lignes de gardes d'astreinte financées par les établissements. Elle précise que cette question devrait figurer dans l'enquête.

Florence Arnoux propose de conditionner l'octroi des autorisations à l'obligation de participation à la permanence des soins qu'elle considère comme un principe fondamental. Elle est favorable à une

⁵ Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.

actualisation des arrêtés, notamment pour ce qui concerne les urgences pédiatriques et psychiatriques. Elle souligne que la PDSES est majoritairement supportée par le secteur public, que beaucoup de lits ont été fermés en raison de la difficulté à les faire fonctionner la nuit et le week-end. Elle demande la mise en place de dispositifs de régulation, de suivi d'évaluation, de coopération et de contrôles.

Sophie Dostert, souligne la fréquente confusion entre la permanence des soins financée et la permanence des soins assurée par les établissements. Il est juste de dire que la permanence des soins est davantage financée dans le secteur public que dans le secteur privé. Cependant, les établissements privés quel que soit leur statut participent à la permanence des soins avec des lignes d'astreintes et de gardes organisées non financées. Il faut préciser que certains établissements privés sont fortement engagés dans la permanence des soins malgré l'absence de financement.

Françoise Antoni pense que le sujet des astreintes et des gardes joue un rôle dans les problématiques d'attractivité des établissements publics. Elle évoque la concurrence/le déséquilibre entre les établissements publics et les établissements privés qui vient aggraver cette problématique d'attractivité. Il y a aussi la considération du partage des responsabilités en matière d'organisation et de réponse aux besoins ainsi que la question de la répartition des contraintes entre les professionnels de santé.

Xavier Vaillant préconise une évaluation discipline par discipline, comme cela se pratiquait il y a quelques années. Il rappelle que les lignes d'astreintes sont mises en place dans tous les établissements et qu'elles sont probablement sous estimées.

Gilbert David souligne que, dans le privé, l'activité est libérale et rémunérée à l'acte. Si un chirurgien a opéré dans la journée et qu'il faut reprendre le malade, la nuit, il doit le reprendre ou déléguer. C'est différent du public où il y a un manque de praticiens, par un problème de rémunération notamment.

François Valli appuie les propos de Xavier Vaillant concernant l'évaluation par discipline car financer certaines permanences qui ne seront sollicitées que rarement n'est pas efficient.

Hervé Caël souligne, suite à l'intervention de Gilbert David, qu'il convient de distinguer la continuité des soins (son exemple : reprise chirurgicale d'un patient connu) de la permanence des soins. Le sujet est la permanence des soins, particulièrement pour la prise en charge par un chirurgien d'une urgence concernant un nouveau patient.

François Valli en convient. Il ne faut pas mélanger les deux concepts.

Soins palliatifs

Anthony Valdez indique que cette activité ne dépend pas du régime des autorisations stricto sensu mais qu'il s'agit d'une politique active que l'ARS PACA souhaite soutenir.

Elodie Crétel-Durand informe que la feuille de route régionale est calquée sur le plan national en cours. Une instruction nouvelle abroge la circulaire de mars 2008. Elle est récente et le document du SRS sera actualisé en intégrant sa publication. Les objectifs sont issus de la concertation, mais aussi du plan national. La coordination entre les différents acteurs des établissements sanitaires, la collaboration entre les équipes de soins palliatifs et les HAD, et le renforcement des compétences palliatives dans les établissements médico-sociaux en sont des points forts. La cellule d'animation régionale soins palliatifs est en place depuis le mois de juin. Il est nécessaire de poursuivre le renforcement de l'offre. L'ensemble des lits identifiés de la région PACA devront faire l'objet d'une reconnaissance contractuelle pour les cinq ans à venir. Cela donnera lieu à un rapport annuel. L'ARS PACA est dans l'attente d'une instruction de la DGOS pour mener à bien ces reconnaissances. Des unités de soins palliatifs (USP) pourront être ouverts en MCO et SMR grâce à l'instruction. La permanence des soins en soins palliatifs est également un point d'attention particulière et un enjeu important.

Fabienne Remant-Dole regrette que l'état des lieux n'aborde pas l'HAD pour la prise en charge des soins palliatifs, ce qui représente environ 20 % des prises en charge HAD en région ; même si l'ARS PACA aborde le point de l'HAD dans le volet « soins palliatifs ». Concernant les conventions, elle précise qu'il y a un travail en cours sur les conventions avec deux établissements. Elle exprime sa surprise en apprenant que les équipes mobiles ont des listes d'attente alors que les HAD ne sont pas régulièrement sollicités. Les HAD pourront participer à l'astreinte territoriale des soins palliatifs.

Elodie Crétel-Durand indique que l'instruction mentionne que les HAD sont parties prenantes des soins palliatifs. Elles ont l'obligation d'y participer.

Sophie Dostert se demande comment l'ARS PACA compte procéder pour l'attribution des nouvelles unités ou lits identifiés en SMR et MCO, et demande si cela passera par des appels à projets.

Elodie Crétel-Durand confirme ce point, mais les modalités de formalisation des reconnaissances contractuelles restent encore à préciser (calendrier, etc.). Les établissements sont appelés à se préparer, et, d'ailleurs, les candidats sont peu nombreux. Il y a des exigences plus importantes dans la nouvelle instruction concernant les lits identifiés : les services devront ainsi vérifier s'ils sont aux normes. Concernant les unités de soins palliatifs (USP), il n'y a pas beaucoup de candidats.

Sophie Dostert indique donc que, pour les USP, les établissements se manifestent. Pour les lits identifiés, il y aura un dossier type à renseigner en lien avec l'instruction.

Elodie Crétel précise que ce dossier devrait être communiqué ultérieurement par l'échelon national (groupe de travail en cours auquel l'ARS PACA participe). Le dossier devrait être communiqué en fin d'année 2023.

Florence Arnoux regarde les données et demande comment s'explique le décalage entre les territoires, notamment entre le département des Hautes-Alpes et les autres départements.

Elodie Crétel-Durand lui répond que c'est lié à la démographie et précise que la création d'un nouveau lit, par exemple, peut induire mécaniquement une augmentation rapide du ratio.

Soins de longue durée

Anthony Valdez fait remarquer que les OQOS n'évoluent pas. Une probable réforme devrait bientôt aboutir, dont l'échéance n'est pas connue. Certaines USLD pourraient être transformées en Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC) : les critères seront à déterminer. Il précise que toutes les USLD n'auront pas vocation à se transformer en USPC. Une grande réforme est attendue.

Nadine Ferrand préconise d'attendre, compte tenu des recommandations du rapport Jeandel et Guérin concernant les USLD. Elle précise que, en région PACA, il est prévu une augmentation du nombre de lits sans augmentation du nombre de structures (ouverture de lits autorisés en attente de mise en œuvre, restructuration de certaines USLD).

Alice Barès Fiocca demande des précisions sur les données, notamment les implantations figurant dans le dernier bilan OQOS USLD sont plus nombreuses que celles de 2023 dans les Bouches-du-Rhône (de 14 à 13) et les Alpes-Maritimes (de 10 à 9). Elle indique que cela lui paraît contradictoire notamment pour les Alpes-Maritimes alors qu'il s'agit d'un maintien annoncé de l'existant.

Stéphanie Gathion explique qu'il existe une implantation en moins dans les Alpes-Maritimes en raison d'un regroupement, prévu au schéma en 2022, pour lequel le service autorisations a réceptionné la lettre de mise en œuvre en 2023. Par conséquent, le bilan OQOS a été actualisé par la suite. Ainsi, le besoin est couvert via un regroupement d'USLD sur le département des Alpes-Maritimes. Dans les Bouches-du-Rhône, le dossier est passé en CSOS. Il s'agit d'une USLD expérimentale, convertie en médecine. Dans ce cas également, le besoin de santé reste couvert mais la structure a changé d'activité de soins pour prendre en charge les patients. Aucune caducité n'a été prononcée dans le cadre du nouveau schéma pour les USLD.

Alice Barès Fiocca suggère de le préciser dans le document.

Greffe d'organes

Anthony Valdez indique qu'une implantation supplémentaire de « greffe de pancréas » est prévue, dans les Alpes-Maritimes, pour la réalisation de greffe d'îlots de Langerhans.

Greffes de cellules souches hématopoïétiques

Anthony Valdez annonce le maintien de l'existant. L'offre répond aux besoins.

Traitement des grands brûlés

Anthony Valdez informe que l'offre n'a pas vocation à évoluer.

François Valli indique que l'offre actuelle répond aux besoins avec deux centres en région PACA.

Activité de chirurgie cardiaque

Anthony Valdez précise qu'il s'agit d'une activité qui relève de la zone de santé régionale. Elle est issue de l'ancien schéma interrégional de l'organisation des soins (SIOS). Il informe que la proposition consiste à ne pas modifier le nombre d'implantations déployées, mais de porter une attention particulière sur l'activité de chacune des structures déjà autorisées.

Sophie Dostert indique qu'il faut porter une attention spécifique sur les Alpes-Maritimes sur l'autorisation « co-détenue » dans l'appréciation des seuils et des fuites de patients vers Monaco. Sur ce dossier, il y a deux sujets. Celui du choix du promoteur, il convient de laisser les choses avancer dans le respect de l'existant. Il y a clairement une question d'atteinte de seuil qui se pose sur ce site et qui devra être analysée, au regard des fuites organisées vers Monaco échappant, par nature, au projet régional de santé.

François Valli évoque le fait qu'il existe des partenariats organisés entre certains établissements et des structures monégasques pour le transfert des patients directement vers Monaco.

Sophie Dostert évoque également le seuil sur les TAVI. Il y a des enjeux sur l'atteinte du seuil de TAVI mais aussi une nécessité de maintenir l'offre pour répondre aux besoins de santé.

Neurochirurgie

François Valli précise qu'il s'agit d'une activité régionale, relevant anciennement du schéma interrégional de l'organisation des soins (SIOS).

Anthony Valdez et Véronique Pellissier indiquent que l'offre n'évolue pas. Les implantations actuelles sont maintenues.

L'assistance médicale à la procréation

Stéphanie Basso annonce qu'il n'est pas prévu, dans le nouveau schéma, d'ouverture d'un nouveau centre d'AMP. En revanche, dans le cadre de la mise en œuvre de la loi bioéthique, certaines nouvelles activités sont proposées avec de nouvelles implantations dans les Bouches-du-Rhône, pour la préservation de la fertilité médicale, ainsi que dans le Vaucluse (volets biologique et clinique). De plus, concernant la conservation des gamètes en vue d'une utilisation ultérieure (en dehors de la préservation médicale), il est également proposé une implantation dans le Vaucluse qui ne dispose d'aucun établissement public pour répondre à cette demande.

Génétique

Sophie Figueroa annonce que l'offre n'a pas vocation à évoluer.

Anthony Valdez annonce que l'ensemble des activités ont été présentées.

François Valli demande s'il y a des interventions avant de procéder au vote.

Xavier Vaillant trouve compliqué de se prononcer sur un document de 326 pages. Il s'abstient même s'il en approuve la majeure partie. Cela lui paraît difficile de valider ce jour l'ensemble du document. Il considère que l'on doit passer d'une V1 à une V2.

Pour Françoise Antoni, l'objet de l'examen du PRS et la consultation en CSOS est d'apporter des précisions et des modifications et non de donner un avis « oui/non ». Au niveau du comité territorial de santé, ce vote n'est pas appréhendé comme un couperet.

François Valli précise que la demande d'avis ne doit pas être vécue comme un couperet. Il explique que l'objectif de l'examen du PRS en CSOS est d'amender, de clarifier et d'apporter des demandes de rectifications. Les observations des intervenants seront consignées dans le PV de la présente réunion. Il indique que, lors de la réunion plénière de la CRSA, chaque sous-commission doit présenter l'avis qui aura été rendu par chacune ; sauf si l'assemblée lui donne mandat devant la CRSA pour dire que les membres de la commission n'ont pas souhaité se prononcer en l'absence de lecture de la version 2 du PRS.

François Valli rappelle alors la procédure en précisant que le vote aura lieu avec les mentions « favorable », « défavorable » ou « abstention » et chacun aura la possibilité de s'exprimer comme il le souhaite.

Isabelle Peschet fait savoir que le Préfet, le président du Conseil de surveillance, la CRSA et l'ensemble des collectivités territoriales sont obligatoirement consultés sur le PRS.

Il existe trois positions :

- Avis favorable ;
- Avis favorable avec des recommandations ou des réserves ;
- Avis défavorable.

La CRSA s'appuiera sur l'avis de la CSOS pour rendre le sien.

Françoise Antoni demande si les remarques formulées lors de la présente réunion seront consignées.

François Valli confirme ce point.

Sophie Dostert indique avoir été habituée, lors des CSOS, à rendre des avis favorables assortis d'un certain nombre de propositions sur des dossiers de demandes d'autorisation. Il lui semble que personne ne peut raisonnablement donner un avis défavorable sur le PRS. Cependant, elle n'est pas favorable à un blanc-seing au document présenté qui n'est pas définitif et est amené à évoluer. Il lui semble que les échanges qui ont eu lieu aujourd'hui font globalement consensus, à l'exception d'échanges sur les fourchettes d'OQOS. Il est raisonnable d'émettre un avis favorable accompagné de recommandations et de l'ensemble des remarques dans un contexte de réforme sanitaire.

Florence Arnoux approuve le propos de Sophie Dostert car le PRS est évolutif. Elle donnera un avis favorable pour la FHF PACA. Il s'agit, à son sens, d'un avis raisonnable et responsable.

Xavier Vaillant maintient son abstention. Nos commentaires positifs seront dans le projet verbal.

Alice Barès Fiocca se demande comment participer à la rédaction de la synthèse de cet avis de la CSOS. Il faudrait faire ressortir les demandes générales et récurrentes ainsi que les points d'opposition et les idées soulevées par activité.

François Valli vient d'apprendre que la CRSA lui demande de produire une synthèse, de la présente réunion, pour vendredi.

Alice Barès Fiocca demande à recevoir le projet d'avis pour d'éventuels amendements.

Sophie Dostert et Alice Barès Fiocca se proposent d'aider François Valli qui les en remercie. Il est également demandeur de tout élément qui lui permettra de rédiger la synthèse compte-tenu des délais contraints.

Alice Barès Fiocca insiste sur la nécessaire révision, via l'ARS, du schéma régional de formation sanitaire et sociale qui a été adopté par la région Sud pour la période 2023-2028. Ce schéma prévoit actuellement l'ouverture d'une seule place de manipulateur radio dans le Var, malgré des besoins considérables. Les

objectifs du PRS 3 offrent une opportunité propice pour obtenir la révision du schéma régional de formation sanitaire et sociale.

François Valli pense que l'augmentation du nombre de places d'internes dans les deux CHU, de Nice et de Marseille, serait des plus nécessaires. Les doyens réclament des postes supplémentaires. L'aspect RH est fondamental.

Par ailleurs, il indique qu'il fera une synthèse des propos de la commission, en vue de la CRSA, sans opposer les différents participants ou fédérations.

Sophie Dostert suggère d'insister sur le fait qu'il existe un consensus entre les différentes fédérations, quant à la promotion des besoins de santé publique et l'importance de veiller à l'équilibre entre les offreurs de soins quels que soient leurs statuts, au regard du droit et des besoins de santé.

Plusieurs membres indiquent qu'ils souhaitent voter « favorable avec prise en compte des différentes observations ».

Le Président indique que si l'avis de la CSOS est majoritairement favorable, il sera considéré suite aux échanges qu'il s'agit d'un avis « favorable avec prise en compte des différentes observations ».

M. François VALLI, président, procède au vote concernant le projet de schéma régional de santé PACA 2023-2028 conformément à l'article D. 1432-38 du Code de la Santé Publique :

Votants : 24
Favorables : 18
Défavorable : 1
Abstentions : 5

Le projet de schéma régional de santé PACA 2023-2028 fait l'objet d'un avis favorable, assorti de recommandations et réserves, avec 18 voix favorables sur 24 votants.

Anthony Valdez remercie les membres de la CSOS pour leurs remarques constructives et pour l'engagement de tous, au côté de l'ARS.

François Valli remercie également les participants.

Séance levée à 15h42
