



SEANCE PLEINIÈRE DU 17 NOVEMBRE 2011 COMPTE-RENDU

Le Jeudi 17 Novembre 2011 l'ensemble des membres constituant la Conférence de territoire était convié à une séance plénière.

Avec 21 titulaires présents/46 nommés et 15 suppléants présents/43 nommés, la séance débute à 10h10. Un exemplaire papier du PSRS est remis aux membres présents.

Ordre du jour

- 1) Présentation de la Permanence Des Soins - Etablissements de santé (*Mme BARRETEAU*),
- 2) Présentation du volet ambulatoire (*M. DE LA SEIGLIÈRE*),
- 3) Point sur la réunion du 16/11/2011 avec M. EVIN et les présidents et vice-présidents des conférences de territoire d'Ile-de-France (*M. PULIK*),
- 4) Divers :
 - Point de situation sur l'ouverture du CHSF (*M. DELPECH*).

En préambule de la première présentation, Monsieur Jean-Camille LARROQUE (Délégué territorial Adjoint) rappelle le principe général de la présentation des schémas par rapport au calendrier du PSRS. Ce principe pose la concertation informelle et officielle sur les schémas et un calendrier de présentation devant les conférences de territoire.

Pour mémoire le calendrier pour notre département est le suivant :

- 17 novembre 2011 Présentation de la PDSES et du volet ambulatoire,
- 15 décembre 2011 Présentation du schéma régional d'organisation médico-social,
- 19 janvier 2012 Présentation du volet de biologie médicale et bucco-dentaire et soins aux détenus,
- 16 février 2012 Présentation du schéma de prévention et Permanence des soins ambulatoire.

I – Présentation de la Permanence Des Soins – Etablissements de Santé (PDSES)

Le dispositif régional est présenté par Mme BARRETEAU (Directrice de l'offre de soins et médico-sociale à l'Agence régionale de sante d'Ile-de-France).

La PDSES est une réforme importante pour la région. Elle a nécessité un an de travail et une concertation importante mise en œuvre par l'Agence Régionale de Santé. Cette réforme répond à trois enjeux :

- Sécuriser la prise en charge aux horaires de permanence des soins,
- Améliorer l'efficacité notamment par une meilleure répartition de la ressource médicale,
- Garantir l'accessibilité des parcours de santé.

La prise en charge des patients pendant les horaires de permanence des soins est à ce jour, correcte en Ile-de-France mais pas totalement satisfaisante. En effet, en 2010-2011 on relève des incidents, accidents, des cas difficiles ayant pour conséquence une perte de chance pour les patients et des procédures juridiques à l'encontre des équipes médicales.

Une meilleure organisation est donc nécessaire. Le but n'étant pas la réalisation d'économies mais la sécurité des patients.

La PDSES se définit comme suit :

Permanence des soins :

Accueil et prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant dans un service d'urgence aux horaires de PDSES :

- nuit
- samedi après-midi
- dimanche ainsi que jours fériés.

Elle :

- nécessite un engagement volontaire des établissements,
- ne concerne pas l'activité d'ensemble des services de médecine d'urgence, puisque dans cette phase seule est concernée l'activité chirurgicale viscérale et orthopédique en nuit profonde.

La continuité des soins :

Prise en charge et surveillance des patients déjà hospitalisés au sein de l'établissement
⇒ obligation réglementaire pour les établissements.

La Méthode utilisée :

Comme précisé en introduction, ce travail a nécessité une grande mobilisation :

- 2 groupes régionaux :
 - Comité de pilotage (fédérations, AP-HP, conférences de directeurs, conférence de Président de CME, organisations professionnelles...),
 - Comité de concertation (syndicats de praticiens),
- 6 consultations d'experts,
- 3 groupes de travail thématiques régionaux,
- 3 enquêtes (Etablissements de Santé, SAMU-SMUR). Six mois de travail pour regrouper les données,
- 3 séries de réunions départementales (février, juin, octobre 2011).

Les travaux PDES en 2012 :

Réorganisation de la prise en charge en chirurgie la nuit :

- chirurgie viscérale et digestive
- chirurgie orthopédique et traumatologique

Cette réorganisation se fera :

- sur la base d'un cahier des charges ad-hoc
- avec un passage devant les instances avant 01/01/2012
- pour 2012, année préparatoire permettant des ajustements pour le schéma cible SROS-PRS.

Autres chantiers en cours

- Autres spécialités chirurgicales :
 - ORL, stomatologie, vasculaire, ophtalmologie, urologie, pédiatrie, polytraumatisé,
 - Intégrées en 2012 après avis d'experts.
- Psychiatrie
 - Intégrées aux réflexions urgences psychiatriques (loi 5 juillet 2011)
- Imagerie
 - Expérimentations de télé imagerie à lancer d'ici fin 2011
- Neuro-chirurgie et neuro-radiologie interventionnelle
 - Intégrées en 2012

Ces travaux seront finalisés dans le SROS-PRS fin 2012.

Un cahier des charges pour un réseau d'établissements

Un réseau gradué d'établissements :

- couvrant l'ensemble des territoires et l'ensemble de la nuit
 - ↳ du début de la garde jusqu'à 22h30 les mêmes jours,
 - ↳ de 22h30 à 8h30 :
 - un établissement pour 400 000 à 600 000 habitants, sauf Paris
 - une procédure de sélection
- permettant un accès sécurisé à chaque francilien,
- permettant une prise en charge par des équipes complètes, disponibles, «séniorisées» et motivées.

7 engagements contractuels liés à la mission de PDSES :

- Mettre en place une gouvernance interne et territoriale PDSES avec un responsable identifié,
- Disposer d'un coordinateur PDSES, interlocuteur unique,
- Dimensionner ses ressources de manière à pouvoir assurer la PDSES,
- S'engager au « 0 refus », au moment de la prise en charge,
- Favoriser le retour des patients vers l'établissement souhaité ou à domicile (importance de l'évaluation des besoins pour la prise en charge SSR par exemple),
- Assurer le suivi et l'évaluation du dispositif, avec notamment la mise en place d'un registre des refus,
- Garantir l'accessibilité financière aux soins.

Le dispositif d'évaluation

- Mise en place d'un registre des refus et des dysfonctionnements,
- Procédure de gestion des risques en lien avec la plateforme de veille sanitaire de l'ARS,
- Protocole d'évaluation du dispositif :
 - prise en charge chirurgicale
 - répercussions éventuelles (urgences, transports...)
 - conditions d'exercice des praticiens
 - recommandations de bonnes pratiques par les sociétés savantes.

Procédure de sélection envisagée pour les établissements assurant la PDSES «nuit complète»

- Diffusion du cahier des charges à tous les établissements. Un travail est fait en collaboration avec les sociétés savantes pour trouver les bonnes décisions à prendre. Arriver à élaborer des référentiels,
- Confirmation et dépôt de dossier par les établissements : 30 octobre 2011,
- Avis du comité consultatif PDSES : autour du 24 novembre. 40 dossiers ont été reçus suite au cahier des charges. Les dossiers sont traités par un comité d'agence et un comité de pilotage. L'étude des candidatures se fait sur la base d'une grille d'analyse. Seize candidats seront reçus car leurs dossiers présentent un manque d'informations,
- Décision par le DG de l'ARS Ile-de-France au 30 novembre 2011,

- Avenant au CPOM de l'établissement au 1^{er} janvier 2012.

Il n'y a pas de procédure de sélection pour les établissements assurant la première partie de nuit.

Démocratie sanitaire

Seront reçus pour une explication du travail réalisé :

- Instances : Commission Régionale, Conférences de territoire, CRSA...
- Professionnels, notamment la conférence régionale des urgentistes d'Ile-de-France,
- Usagers.

Monsieur EVIN adressera un courrier d'explication :

- Aux élus.

Avant de donner la parole aux membres, Monsieur PULIK souligne le volontarisme dont fait preuve l'Agence de s'attaquer à ce sujet complexe et non résolu de longue date.

Il poursuit en expliquant que le bureau de la conférence de l'Essonne a examiné le cahier des charges ainsi que le projet de PDSES. Le bureau a conclu que ce projet présente une garantie de prise en charge de qualité des usagers et que la sécurité des soins sera assurée. Le bureau de la conférence envisage une évaluation trimestrielle de ce dispositif en 2012 afin d'être en mesure de faire une remontée à l'ARS dès le mois de septembre 2012.

En réaction à la présentation, le **Docteur LEON** (Président de l'ordre des médecins de l'Essonne) interroge sur :

L'évaluation du coût de la mise en place de la PDSES ? Le financement est-il assuré ? Compte tenu de la pénurie de médecins est-il prévu un recrutement ? Et pour terminer pourquoi il n'y a pas eu une articulation avec les maisons médicalisées ?

Mme BARRETEAU : l'enveloppe de la MIG (Mission d'Intérêt Général) 2011 pour la PDSES s'élève aujourd'hui à 145 millions d'euros. Celle de la PDSA à 6.8 millions d'euros.

Le but est de revoir la répartition régionale en fonction des territoires et de leur niveau d'activité dans le cadre de la PDSES.

Le travail a été effectué sur la base des dépenses 2011. Il ne faut pas écarter une révision à la baisse en 2012 de l'enveloppe destinée à la PDSES.

Concernant le recrutement des médecins, il n'y a pas lieu de recruter plus de médecins. Le but étant d'assurer les listes de garde en regroupant sur un nombre de sites moins importants les chirurgiens de garde. Il est sûr que les cinq prochaines années s'avèrent difficiles en raison du numérus clausus.

Pour ce qui est du lien avec la PDSA (Permanence des Soins en Ambulatoire), c'est une idée à reprendre ultérieurement car de plus en plus de patients continuent à se rendre aux urgences pour des cas où ils peuvent être pris en charge en soins de premier recours.

Mme HADDAD (Directrice de L'institut hospitalier Jacques Cartier) : les chirurgiens travaillant dans des structures non agréés pour la PDSES pourraient participer aux gardes dans d'autres établissements ?

Mme BARRETEAU : Dans le privé, les chirurgiens peuvent intervenir au sein d'autres blocs opératoires. Certains territoires seront amenés par ailleurs à s'organiser avec des cliniques privées car le secteur public seul ne permettra pas de faire face à la demande. L'ARS recommandera une organisation territoriale à ce sujet.

M. PULIK : Qu'en est-il du repos de sécurité, des pistes de réflexion sont-elles étudiées pour prendre en compte cette réglementation ?

Mme BARRETEAU : La réglementation sur le repos de sécurité entre le privé et le public n'est certes pas la même. Il n'y a pas de repos de sécurité dans le privé, alors qu'il est obligatoire dans le public.

Cependant, une organisation territoriale permettant d'avoir un plus grand nombre de chirurgiens sur les listes de garde devrait diluer l'impact du repos de sécurité sur chaque établissement.

Question : Le nombre de candidatures pour la mise en place de la PDSES est déjà prédéfini. Qu'est-il prévu dans le cas où l'offre territoriale ne reflète pas les besoins des usagers ? S'agira-t-il de praticiens en secteur 1 (y compris les anesthésistes) ?

Deux sujets importants à ne pas perdre de vue : le retour des patients vers leurs établissements d'origine et le problème des transports sanitaires.

Mme BARRETEAU : l'histoire des départements demeure. Pour ce qui est du département de l'Essonne plusieurs candidatures ont été recueillies alors que ce n'est pas le cas pour d'autres départements.

Cette faiblesse de candidatures entraîne un certain interventionnisme de l'Agence qui est amenée à rechercher des candidats pour un maillage cohérent.

Pour ce qui est du choix du secteur d'activité, l'ARS veillera au respect absolu du secteur 1.

Pour la question liée aux transports sanitaires, il s'agit d'un vrai problème mais ce n'est pas le sujet du jour. Elle précise par contre que d'autres pistes de réflexion sont à l'étude notamment la mise en place de SMUR déportés.

La déclinaison territoriale de la PDSES est présentée par Mme Sophie SACHEAU (Responsable du département Etablissements de santé à la Délégation territoriale de l'Essonne) :

Situation actuelle en Essonne :

- 14 établissements ont participé aux enquêtes réalisées courant 2011 (7 établissements publics dont 1 bi-site, 7 établissements privés),
- 3 ont un service d'urgence avec plus de 30 000 passages par an, 7 entre 15 000 et 30 000 passages, 1 avec moins de 15 000 et 3 sans service d'urgence,
- L'identification des interventions chirurgicales en nuit profonde au titre de la PDSES reste problématique. L'évaluation des interventions chirurgicales en nuit profonde reste difficile à déterminer,
- Un établissement assure un système de garde en nuit profonde en chirurgie orthopédique et viscérale (CHSF),
- Un autre établissement assure un système de garde en nuit profonde en chirurgie viscérale uniquement (astreinte en orthopédie) (Centre Hospitalier de Longjumeau)

- Les autres établissements ont mis en place un système d'astreinte (80%) (astreintes de sécurité, opérationnelles ou forfaitaires).

L'appel à candidatures pour le département de l'Essonne :

- 3 réunions départementales préparatoires : mars, juin et octobre 2011
- 8 candidatures :
 - ↳ 4 établissements publics de santé : CHSF, CH Longjumeau, CHSE et CH Arpajon,
 - ↳ 4 établissements privés : Claude Galien, Jacques Cartier, Clinique de l'Yvette et l'Hôpital Privé du Val d'Yerres.

Quatre candidatures ont été jugées recevables : le Centre Hospitalier de Longjumeau, le Centre Hospitalier Sud Francilien, l'Hôpital Privé du Val d'Yerres, le Centre Hospitalier Sud Essonne (Dourdan Etampes).

Trois candidatures ont été jugées irrecevables le CH d'Arpajon qui a présenté un dossier pour la première partie de nuit, l'hôpital Galien et l'institut Jacques Cartier.

Une candidature sera examinée ultérieurement lorsque l'on abordera la chirurgie spécialisée: la Clinique de l'Yvette, spécialisée dans la chirurgie de la main.

Seront auditionnées par le comité de pilotage les candidatures du CHSE et de l'Hôpital Privé du Val d'Yerres, pour obtenir des précisions complémentaires. Les candidatures du CHSF et du CHL paraissent recevables d'emblée.

Pour le département de l'Essonne, deux à trois implantations sont possibles.

Mme RAUZE (Conseiller général de l'Essonne) : lance la réflexion sur le sud du département qui présente un contraste en termes d'urbanisation. Etant proche d'une autre région est-il possible d'avoir des bassins à cheval sur deux régions différentes ?

Elle fait le constat que beaucoup d'inconnus demeurent pour le succès du projet et souligne le manque de moyens financiers et humains pour sa réalisation.

Mme BARRETEAU : le but de cette réforme est avant tout la sécurisation, une meilleure prise en charge et une meilleure organisation des équipes et pas spécialement la réalisation d'économie.

M. MALHERBE (Représentant des associations des Maires de l'Essonne) : attire également l'attention sur la particularité du sud du département. C'est un vrai challenge de vouloir faire travailler ensemble tous les acteurs de la santé car cela représente à ce jour une difficulté majeure.

Le président reprend la parole en rappelant que la PDSES est une réforme intéressante et volontariste. Il conclut la présentation de la première partie en rassurant les membres sur le fait que les réflexions de chacun ont bien été entendues par Mme BARRETEAU.

II- Le Volet ambulatoire.

La présentation du dispositif régional du volet ambulatoire est réalisée par Monsieur De La Seiglière (chargé de l'organisation et de la régularisation de l'offre ambulatoire à l'ARS Ile-de-France).

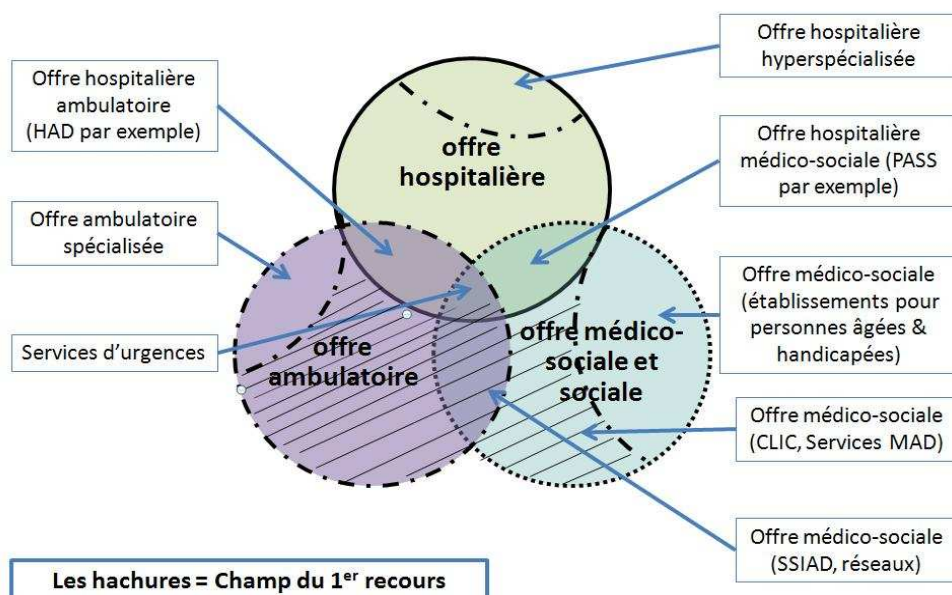
Schéma régional d'organisation des soins Les objectifs du SROS – (Article L1434-7)

- Prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population, aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique
- Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux.
- Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé
- Il détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé...
- Il organise la coordination entre les différents services de santé et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé.

Trois principes d'action du volet ambulatoire

- Le volet ambulatoire du SROS ayant une valeur essentiellement indicative, seules des priorités partagées avec les professionnels de santé et les élus locaux obtiendront la légitimité nécessaire à leur mise en œuvre sur le terrain.
Attention : le zonage prévu par l'article L.4134-7 du code de santé publique fait partie du SROS et est quant à lui opposable.
- L'approche pragmatique a été privilégiée, dans un contexte de libre choix du patient et de liberté d'installation
- Il conviendra de cibler les priorités d'action sur les zones fragiles où l'offre doit être consolidée et resserrée sur quelques projets structurants pour l'offre de soins de premier recours. (non exclusif de travailler sur l'ensemble du territoire).

Le premier recours, une priorité au sein du volet ambulatoire



Modalités d'élaboration du volet Ambulatoire

- Le comité de pilotage régional (COPIL)
 - ↳ Partage, concertation, supervision, orientations
- Les groupes de travail :
 - ↳ Régionaux : à l'issue du diagnostic, trois thématiques prioritaires ont été identifiées :
 - l'aide à l'installation des professionnels de santé,
 - les structures d'exercice collectif,
 - le développement de l'exercice coordonné.
 - ↳ Territoriaux composés des acteurs de santé concernés de chaque département :
 - validation du diagnostic de l'offre,
 - déclinaison des thématiques régionales,
 - espace d'échange sur les problématiques territoriales et de réflexions sur les pistes d'amélioration envisageables dans le Schéma.
 - ↳ Emergence de propositions d'amélioration présentées sous forme d'orientations (axes stratégiques, objectifs opérationnels) et d'actions qui seront mises en œuvre sur la durée du volet ambulatoire soit les cinq prochaines années.

Les zones déficitaires et fragiles

- La loi HPST a modifié les modalités de définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé.
Les zones sont dorénavant déterminées dans le volet ambulatoire du SROS (art. L1434-7 Code de Santé Publique)
- Résultat du zonage déficitaire en Ile-de-France :

Au total, 29 territoires franciliens sont identifiés comme déficitaires, regroupant 251 communes et 2 ZUS. Conformément au seuil de population fixé par le ministère, ces territoires regroupent 817 559 habitants (7,01 % de la population) et près de 400 médecins généralistes.
- L'ARS Ile-de-France propose également de publier une seconde liste de territoires considérés comme « fragiles » dans le volet ambulatoire du SROS. Ces zones fragiles seront plus particulièrement suivies tout au long de la durée du SROS et les actions de l'agence, en complément des dispositifs portant sur les territoires déficitaires, seront également déployées au sein de ces territoires.

Axes stratégiques et objectifs opérationnels du volet Ambulatoire

- Promouvoir et faciliter l'installation de professionnels de santé notamment dans les zones fragiles,
- Favoriser la promotion, l'implantation et le maintien des structures d'exercice collectif,
- Garantir l'accessibilité d'une offre de soins,
- Garantir la disponibilité d'une offre de soins ambulatoire sur l'ensemble du territoire,
- Développer la transversalité et favoriser la fluidité du parcours de soins,

- Renforcer la qualité et la performance de l'offre de santé en ville,
- Favoriser la participation des professionnels de santé aux activités et programmes de pratiques cliniques préventives,
- Impliquer les acteurs ambulatoires collectifs et individuels dans les dispositifs de veille et de gestion des alertes et crises sanitaires,
- Les priorités d'actions et de calendrier,
- Lancement immédiat ou début 2012 des actions concernant :
- Le renforcement de l'offre de 1^{er} recours :
 - ↗ Aide à l'installation des professionnels de santé : permanences, journées « découverte » départementales, PAPS, CESP, ...
 - ↗ Développement et accompagnement des SEC
 - ↗ Consolider les centres de santé
 - ↗ Développement des lieux de stages notamment en Médecine Générale
 - ↗ Favoriser la participation des professionnels de santé autres que médecins à l'offre de 1^{er} recours
 - ↗ Promotion du métier d'infirmière et maintien des professionnels de santé en région
- L'accessibilité géographique et financière
 - ↗ Utiliser le zonage (déficientaire + fragile) pour favoriser les territoires en difficulté,
 - ↗ Mise en place de l'Observatoire de l'accès aux soins et actions ciblées,
 - ↗ Développement de l'offre à tarif opposable (*centre de santé et Maison de santé Pluridisciplinaires*).

La déclinaison territoriale est présentée par le Docteur Nathalie KHENISSI (Responsable du département Ambulatoire et services aux professionnels de santé à la Délégation territoriale de l'Essonne).

Diagnostic ambulatoire territorial

- Un tissu sanitaire riche MAIS :
 - ↗ manque de lisibilité
 - ↗ manque de coordination entre les acteurs de santé
- L'Essonne est un département CONTRASTE :
 - ↗ des territoires bien dotés
 - ↗ des territoires très déficitaires en offre de soins et / ou des territoires avec mauvais indicateurs socio-sanitaires
- Déficit en professionnels de santé et difficulté de recrutement :
 - ↗ médecins généralistes
 - ↗ médecins spécialistes : psychiatre et gynécologues +++
 - ↗ chirurgiens dentistes
 - ↗ Kinésithérapeutes
 - ↗ Orthophonistes
- Déficit majoré par la diminution du temps «soignant» :
 - ↗ du fait de l'augmentation des tâches administratives

↪ du fait de l'augmentation du temps passé à résoudre les problèmes sociaux des patients dans certains secteurs

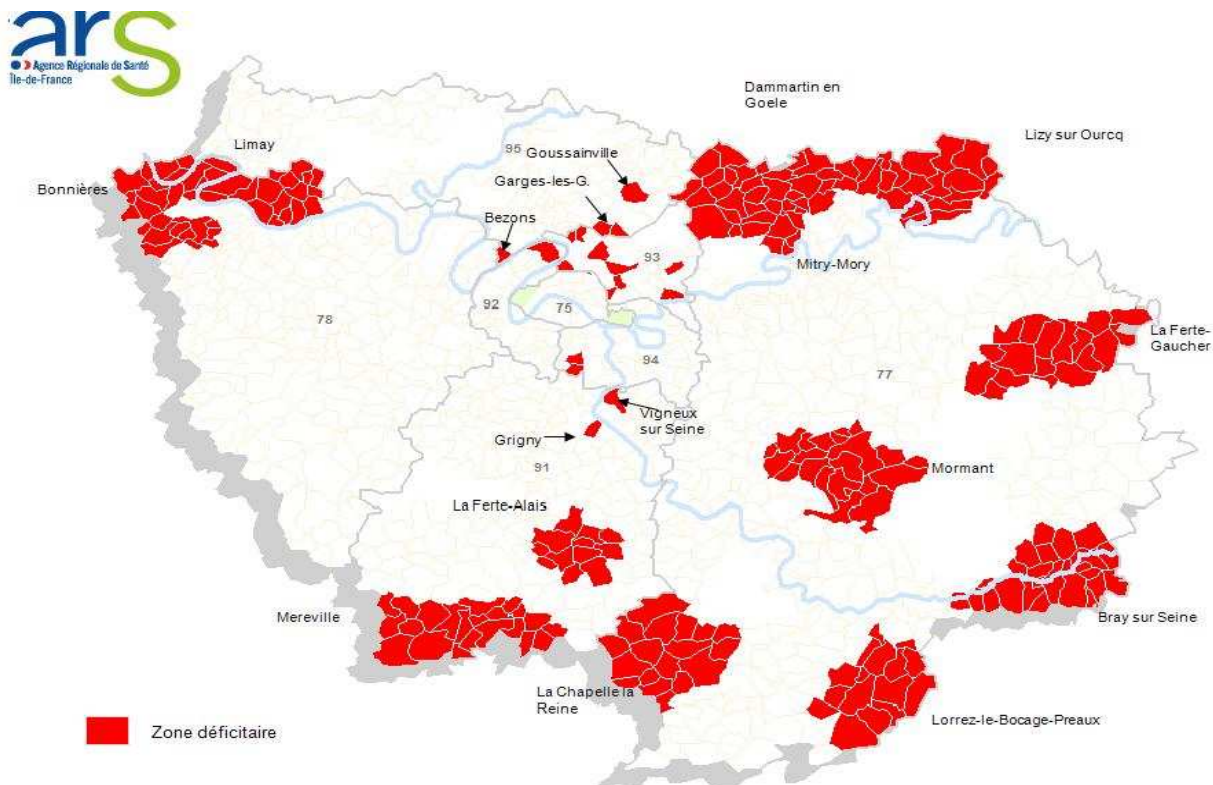
■ Des thèmes prioritaires :

- ↪ Santé mère / enfants
- ↪ Santé mentale
- ↪ Éducation à la santé, prévention, éducation thérapeutique

Les points forts du département :

- de nombreux réseaux et une couverture de l'ensemble du département pour la gérontologie, les soins palliatifs et la cancérologie
- des professionnels de santé et des collectivités territoriales mobilisés :
 - ↪ pour le développement des structures d'exercice collectif (nombreux projets de MSP, pôle de santé)
 - ↪ pour développer / favoriser les stages de formation chez les professionnels du 1^{er} recours, dont une structure accueillant des étudiants en médecine bénéficiant d'un CESP (contrat d'engagement de service public)
- 5 structures d'exercice collectif bénéficiant de l'eNMR pour le module de coordination et éducation à la santé +/- le module éducation thérapeutique

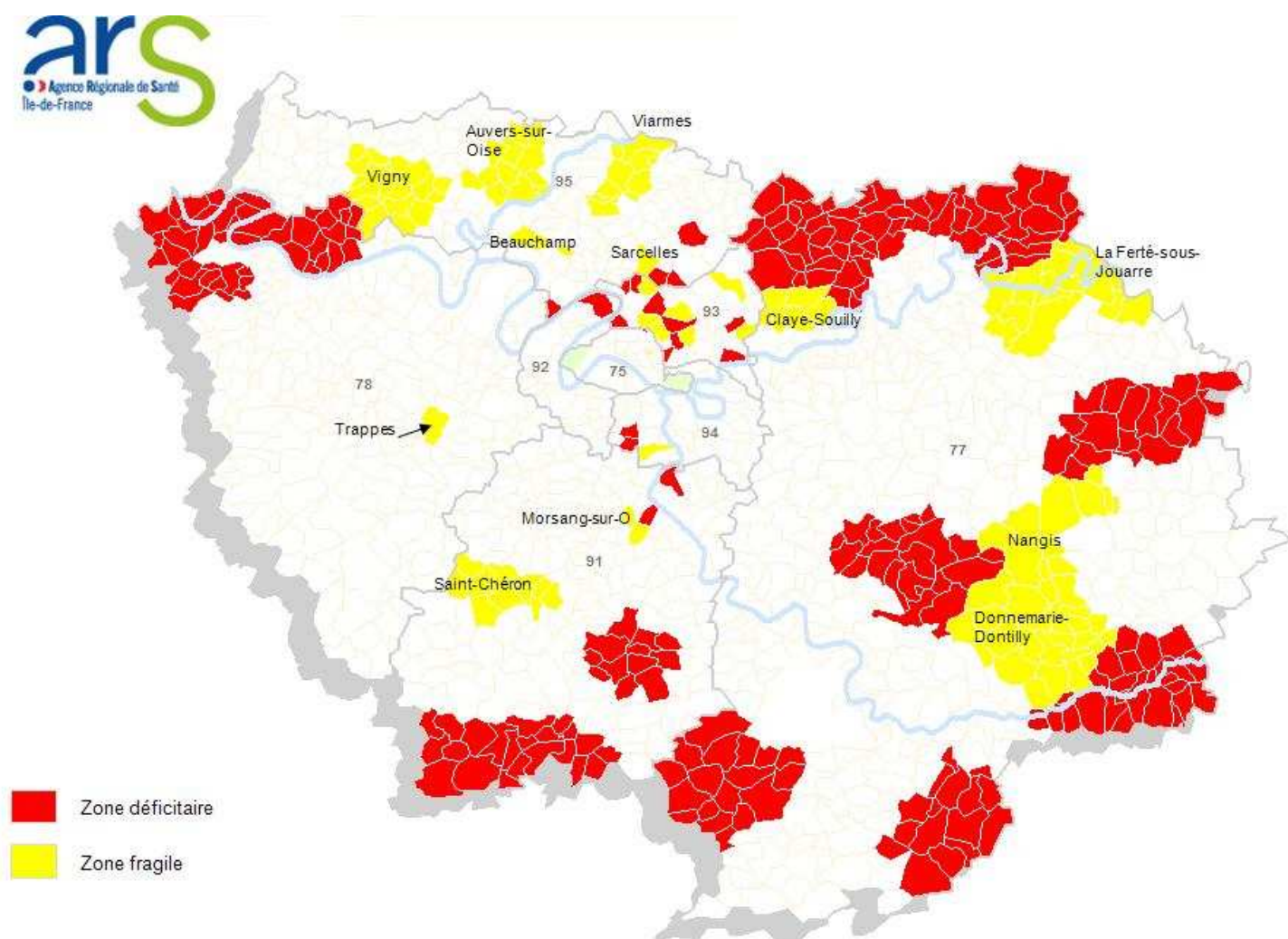
Les zones déficitaires :



On note quatre zones pour l'Essonne :

- ↗ La zone de Vigneux sur Seine qui compte 26 991 habitants avec 14 généralistes et un quartier classé ZUS,
- ↗ La zone de Grigny qui compte 27 196 habitants avec 13 généralistes et deux quartiers classés ZUS,
- ↗ La zone de la Ferté Alais avec 12 communes qui regroupe 24 189 habitants, 12 généralistes
- ↗ La zone de Méreville qui regroupe 22 communes, 15148 habitants, 11 généralistes. L'offre de soins est répartie sur quatre communes.

Les zones fragiles



On recense deux zones fragiles dans l'Essonne :

- ↗ première zone regroupant les communes de Morsang-sur-orge et Fleury-Mérogis (30 187 habitants, 15 généralistes)
- ↗ deuxième zone : Saint-Chéron (11 communes) avec 14 généralistes pour 26 511 habitants.

Actions envisagées sur le territoire

- Favoriser l'installation des professionnels de santé :
 - ↗ Participer au recueil des données alimentant la PAPS
 - ↗ Mettre en place d'une permanence locale interprofessionnelle
 - ↗ Organiser une demi-journée annuelle de découverte interprofessionnelle
- Développer les coopérations entre les professionnels de santé. Ce travail va reprendre au niveau régional avec des déclinaisons dans les territoires.
- Accompagner les sites expérimentant les NMR
- Coordonner les programmes d'éducation thérapeutique entre la ville et l'hôpital. En septembre 2011, on recense 49 programmes, 14 thèmes, 15 promoteurs dont 10 établissements de santé, 3 réseaux et 2 structures d'exercice collectif.

Les thématiques propres à l'Essonne

- Favoriser l'installation des professionnels de santé
 - ↗ valoriser le 91 auprès des universités, des instituts de formation, des étudiants en stage dans les établissements de santé du département, élaborer une stratégie de recrutement des chirurgiens dentistes (*groupe de travail à mettre en place*)
 - ↗ favoriser les stages des étudiants, en partenariat avec les maîtres de stage du 91 et l'Union des Maires de l'Essonne
- Rendre plus lisible les missions des différents réseaux
- Structures d'exercice collectif (SEC) :
 - ↗ information
 - ↗ accompagner les projets identifiés de SEC
- Aides aux professionnels dans le parcours de santé des personnes en difficultés sociales (*groupe de travail à mettre en place*)

Calendrier et Modalités de concertation

- Fin 2011 et 2012 :
 - ↗ poursuite des travaux territoriaux et régionaux dans le sens des axes et objectifs du volet,
 - ↗ finalisation du volet ambulatoire dans le cadre du SROS PRS fin 2012,
 - ↗ deuxième phase de concertation formelle à partir d'octobre 2012 pour avis officiel et qui s'achèvera avec la parution des arrêtés sur le PRS en décembre 2012.

Mme MAUGOURD (Président du Comité consultatif médical de l'hôpital G. CLEMENCEAU) dit son inquiétude en tant que gériatre. En effet avec la diminution du nombre de médecins généralistes et d'infirmières, la population représentée par les personnes âgées est pénalisée. De plus en plus de personnes âgées se retrouvent sans médecin généraliste, c'est une classe de la population en perdition.

Mme RAUZE adhère à la précédente réflexion et met également l'accent sur la fermeture de lits en USLD.

Comment demander au corps médical et paramédical de régler des problèmes liés à la dégradation de l'aménagement du territoire entraînant ainsi un manque d'épanouissement professionnel et humain de ces professionnels de santé.

Mme BARRETEAU : La France est encore bien classée dans le rapport nombre de médecins par habitant. Une nouvelle réflexion peut se faire sur la possibilité de retravailler voir de simplifier le travail des médecins généralistes? A ce sujet, elle prend comme exemple le renouvellement des ordonnances. Chaque consultation nécessiterait vraiment le travail d'un médecin ? Il faut travailler de façon différente coopération entre professionnel, recentré, créer des professions intermédiaires entre 3 ans en 10 ans d'études avec 5 années d'études. Les infirmières souhaitent voir évoluer leur carrières et leur compétences. Cela lance la réflexion sur une évolution de l'emploi des infirmières qui auraient auparavant échoué dans les études de médecine en mettant en place des protocoles de coopération par exemple.

En ce qui concerne la fermeture d'USLD, elle précise qu'il ne s'agit pas de fermeture d'USLD mais de transformation en EHPAD. Le but n'étant pas de réduire l'offre mais de la rendre plus efficiente. Les personnes âgées qui relèvent d'une place en USLD sont classées en GIR 1. Il n'y a pas eu de réduction de capacité mais une adaptation du type de prise en charge.

Mme LUBELSKI (représentant de médecins libéraux) constate que l'offre de premier recours ne prend en considération que l'intervention du médecin généraliste, qu'en est-il de la médecine spécialisée en ville ? C'est un recours utile pour désembouteiller les hôpitaux.

Réponse : les spécialistes ne sont pas oubliés cependant ils ne sont pas pris en compte au même titre que les généralistes dans le cadre des soins de premier recours. Cinq spécialistes de 1^{er} recours ont été identifiés : OPH, ORL, gynécologues, psychiatre et pédiatres. La problématique de la pédiatrie est connue. L'ARS va d'ailleurs favoriser les stages des internes de pédiatrie dans les cabinets de pédiatres.

Dr LEFEBVRE (représentant des centres de santé, maisons de santé, pôle de santé) souligne un facteur important à prendre en compte : l'augmentation de la complexité de la prise en charge, le poids social qui est souvent difficile à porter. C'est une dimension importante à prendre en considération particulièrement dans les secteurs difficiles.

Réponse : la prise en compte de l'accompagnement social dans la prise en charge n'a pas été occultée. Il reste cependant difficile à mettre en œuvre.

M. MALHERBE : relève l'absence du pays de Limours de la cartographie présentée.

Réponse : le fait de ne pas être répertorié comme zone déficitaire n'exclut pas certaines aides. Les projets émanant de cette zone sont ou seront accompagnés.

M. GALINAND (représentant des associations de retraités et personnes âgées) : A quel niveau sera pris en considération les associations d'aide à la personne, d'aide aux aidants ? Ces associations rencontrent des difficultés financières et de personnels importantes ?

Réponse : Le travail de ces associations seront pris en compte dans l'intersection des différents schémas. Cela relève plus du schéma médico social.

M. MALHERBE rappelle qu'il ne faudra pas oublier les pharmaciens lors de l'organisation des demi-journées annuelles de découverte interprofessionnelle.

Réponse : Pas d'inquiétudes, tous les professionnels de santé seront représentés.

Mme MAUGOURD souligne également l'importance de la présence des réseaux aux séminaires.

Réponse : l'organisation de la journée n'est pas achevée. La liste des participants ainsi que la maquette sont à finaliser.

Le but de cette journée est d'enlever la peur qui peut être éprouvée par certains professionnels de santé lors de leur installation.

Dr LEFEBVRE : la cartographie a été réalisée par canton alors que les inégalités sont souvent infra-canton. Que faire ?

Réponse : le problème relève de l'indisponibilité des données. L'analyse est de plus complexe à mener.

Mme RAUZE dit son désaccord avec la réponse précédente. Elle affirme que les données existent. Si l'objectif de l'Agence est de réduire les inégalités elle pense que la réponse apportée à la précédente question va à l'encontre du but de l'ARS car il existe des quartiers qui sont plus grands que les zones cantonales.

Le président reprend la parole pour préciser que cette discussion sera reprise dans la présentation du SROMS.

Il enchaîne avec la présentation du quatrième point en remerciant Monsieur DELPECH directeur délégué au CHSF en charge du nouvel hôpital d'avoir répondu favorablement à la demande de la Délégation territoriale. Monsieur DELPECH a été invité pour faire un point de présentation sur l'ouverture du nouvel hôpital.

IV - Point de situation sur l'ouverture du Centre Hospitalier Sud Francilien

Le CHSF se présente comme l'hôpital public de référence du sud de l'Île-de-France.

Né de la fusion en 1999 des hôpitaux de Corbeil-Essonnes et d'Evry, le Centre Hospitalier Sud Francilien est le 1^{er} groupe hospitalier public du département de l'Essonne. Il rayonne sur les trois départements du sud de la périphérie de Paris (totalité de l'Essonne, sud de la Seine-et-Marne et sud est du Val-de-Marne).

Il assure la couverture sanitaire d'une population de près de 600 000 habitants de la grande couronne. Le territoire de santé de son ressort a la particularité d'être en zone urbaine et en zone rurale.

Effectif :

Il emploie 2 800 ETP (Equivalent Temps Plein) personnels non médicaux soit :

- ↗ 2250 ETP personnels soignants,
- ↗ médico-techniques et secrétaires médicales (82% du personnel) ;
- ↗ 250 ETP personnels administratifs ;
- ↗ 300 ETP personnels techniques.

330 ETP médicaux + 100 internes ou Faisants Fonctions + 50 externes.

Son budget d'exploitation est de 277 M€ et il accueille plus de 150 000 patients par année.

Le nouveau bâtiment :

Placé sur un terrain de 8 hectares, le nouvel hôpital mesure 300m sur 130m. C'est un bâtiment de 6 niveaux pour une superficie de 110 000 m² Un parking de 2500 places pour le stationnement des employés et les visiteurs.

Quelques particularités :

- ↗ Passage d'une ligne de bus,
- ↗ Chaudière biomasse (3,5 MW),

■ Une offre significative en chirurgie de spécialités

- ↗ chirurgie digestive et viscérale,
- ↗ orthopédie et traumatologie,
- ↗ gynécologie-obstétrique,
- ↗ chirurgie cervico-maxillo-faciale
- ↗ ORL,
- ↗ urologie
- ↗ chirurgie vasculaire ...

Depuis 2007, de nombreuses interventions sont proposées en chirurgie ambulatoire

■ Une offre complète en spécialités médicales :

- ↗ Des médecines de spécialités qui rayonnent au-delà de notre territoire de santé : hématologie, rhumatologie, diabéto-endocrinologie,
- ↗ Sa maternité et son service de médecine néonatale « type 3 » : prise en charge des grossesses à risque et des grand prématurés,
- ↗ L'établissement est également classé « centre de coordination en cancérologie »,
- ↗ Il dispose d'un secteur de soins de suite et réadaptation et accueille les personnes âgées dépendantes
- ↗ 5 secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile

■ L'établissement assure la prise en charge somatiques et psychiatriques des détenus de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis.

■ Pôle Urgences

- ↗ Secteur d'accueil des urgences adultes
- ↗ Secteur d'imagerie dédiée «urgence»
- ↗ Secteur d'accueil des urgences pédiatriques
- ↗ Secteur d'accueil des urgences psychiatriques
- ↗ Secteur d'accueil des urgences gynéco-obstétricales
- ↗ Service de Médecine légale

■ Pôle médico-technique

Principaux équipements :

- ↗ Secteur de naissance dimensionné pour 4 000 accouchements,
- ↗ Secteur opératoire de 20 salles (8 salles pour les patients ambulatoires et 12 salles pour les patients hospitalisés et les urgences),

- ↵ Imagerie médicale : 2 IRM, 3 scanners, 8 salles de radiologie conventionnelle, 6 salles d'échographie, etc...
- ↵ Médecine nucléaire : un TEP-Scan et deux gamma-caméras,
- ↵ Radiothérapie : deux accélérateurs de particules
- ↵ Dialyse : 12 postes
- ↵ Secteur de consultations organisé par pôle

(60 salles de consultation et 70 salles techniques).

- ↵ 3 laboratoires (biochimie, biologie et hématologie)
- ↵ 1 service d'Anatomie de Cytologie Pathologique
- ↵ 1 service de médecine légale (médecine légale du vivant et thanatologie) fait partie des plus importants centres de recours de l'Autorité Judiciaire en France

■ La Rue

- ↵ Accueil et orientation des visiteurs
- ↵ Cafétéria
- ↵ Boutiques
- ↵ Maison des usagers
- ↵ Salles de réunion
- ↵ Amphithéâtre de 300 places (à venir)
- ↵ Bibliothèque des patients
- ↵ Lieu multi-cultuel

Lieu de vie pour le personnel hospitalier :

Restaurants du personnel de 500 places ouvert aux entreprises.

■ Recherche médicale et enseignement

- ↵ Une communauté médicale ouverte sur la recherche : plus de 50 essais cliniques en cours, 420 articles publiés sur les 10 dernières années.

■ Un établissement qui met au cœur de son activité la formation

- ↵ 4 instituts de formation
- ↵ Internes de médecine et chirurgie et des étudiants en Médecine
- ↵ L'éducation thérapeutique au service du patient
- ↵ Le CESU

■ Le CRCT : l'hôpital intégré dans un réseau de recherche public et privé

- ↵ l'opportunité de créer un continuum entre la recherche fondamentale, la recherche clinique et le développement pré-industriel
- ↵ Ce projet est le résultat d'un partenariat de plus de dix ans, puisque dès 2000 une convention avait été signée entre Génopole, Généthon et des médecins hospitaliers autour des maladies neurovasculaires et des maladies génétiques rares.

■ La recherche au CHSF :

Une recherche alternative et complémentaire de celle menée au sein des CHU.

Projet capacitaire

SERVICE	ACTUEL		Nouvel Hôpital							
			A		Programmé		Dispo		Non équipé	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	300	31	30	48	17	2	32	13	0	0
Chirurgie	92	12	92	12	8	0	20	10	0	0
Obstétrique	90	0	10	0	6	0	0	8	0	0
SSR	50	10	40	23	0	0	0	0	0	0
Psy + UPLI	90	0	90	0	0	0	0	0	0	0
UHTCD	23	0	28	0	2	0	0	0	0	0
Soins critiques	59	2	66	0	11	0	3	2	0	0
Divers	0	0	0	0	0	0	12	0	62	0
Total général	704	55	72	83	44	2	67	33	62	0

Capacité

1016 lits et places en MCO, SSR et PSY

Organisation des spécialités en pôles architecturaux :

- ↺ Pôle Femme-Mère-Enfant,
- ↺ Pôle Chirurgie,
- ↺ Pôle Médecine,
- ↺ Pôle Médecine tumorale,
- ↺ Pôle Psychiatrie.

L'architecture

- ↺ Des pôles à taille humaine avec environ 168 lits d'hospitalisation
- ↺ Des unités de 28 lits chacune avec près de 95% de chambres individuelles
- ↺ Des patios privilégiant la lumière naturelle
- ↺ Organisation privilégiant les soins d'une part et l'hôtellerie d'autre part
- ↺ Un plateau technique rassemblé au centre du bâtiment sur deux étages

Transfert 2011/2012

Début décembre 2 S	Les directions (2^e étage pôle A) et démarrage chain e pré analytique de biologie
23 janvier 2 S	Transfert psychiatrie et SSR
6 février 2,5 S	Transfert Corbeil
22 février 3,5 S	Transfert Evry

Monsieur DELPECH a tenu à souligner que le maître d'ouvrage est le Groupe Eiffage et non le CHSF. Il a cité quelques difficultés liées à cette particularité notamment certaines

défaillances ou malfaçons au niveau du réseau électrique, eau, réseau VDI... Dans une recherche de sécurité optimale de nombreux travaux rectificatifs ont du être réalisés.

A l'issue de la présentation, Monsieur PULIK remercie à nouveau Monsieur DELPECH. M PULIK s'étonne du programme capacitaire du CHSF qui lui semble très surdimensionné par rapport à la situation actuelle d'Evry + Corbeil. Il ne comprend pas comment, dans une période où l'équilibrage budgétaire doit reposer plus sur des diminutions de charges que sur des augmentations de recettes, ce projet a été pensé.

Il donne alors la parole aux membres.

Mme KIBRI-ROMDHANE remercie Monsieur DELPECH de la présentation. Elle attire l'attention sur le départ du directeur du CHSF qui est selon elle lié au dossier du nouvel hôpital.

A ce sujet, **Mme BURGEI** (Déléguée territoriale de l'Essonne) l'interrompt pour préciser que le départ du Directeur de l'hôpital est lié à un choix personnel car ce dernier a fait valoir ses droits à la retraite.

Mme KIBRI-ROMDHANE continue en mettant l'accent sur les dépenses liées à cette nouvelle construction. Elle dit que ce choix est bien loin de faire des économies et pointe du doigt les décideurs qui ont donné leur accord pour un tel projet.

Monsieur PULIK intervient pour rappeler que le but de la présentation n'était pas de retracer l'historique du projet du CHSF et de ses différents aléas, d'ailleurs largement médiatisés et connus de tous et que la Conférence de territoire n'est pas le lieu pour aborder les sujets sur ce plan. Par contre les conséquences sur l'offre de soins est un vrai sujet pour la conférence.

La parole est donnée à **Monsieur GRAINDORGE** qui dit rejoindre en certains points les réflexions du Président dans le sens où la mise en place du CHSF aura certainement des répercussions sur les autres hôpitaux du territoire et de la région compte tenu de l'importance de la structure. Il souhaite qu'un débat puisse avoir lieu sur ce thème.

Monsieur PULIK propose que soit mis à l'ordre du jour d'une conférence de territoire un point sur l'impact occasionné par la mise en service du nouvel hôpital du CHSF sur l'offre de soins dans le département.

Avec ces mots il propose de lever la séance.