

Conférence de Territoire du 11 octobre 2012

SROS Etablissements de soins

Proposition du bureau pour l'avis de la Conférence

Le Bureau de la Conférence de Territoire s'est penché sur le projet de SROS Etablissements de Soins, ainsi que sur sa déclinaison locale en Seine-et-Marne.

L'élaboration de ce SROS présente une importance particulière pour la Seine-et-Marne, qui cumule des indicateurs défavorables, qu'il s'agisse de l'offre de soins hospitalières ou libérales, de la démographie des professionnels de santé ou du besoin de santé de sa population.

Le Bureau de la Conférence de Territoire considère que le projet de SROS Etablissements de soins ne répond que partiellement à ces enjeux, et formule donc les analyses et propositions suivantes.

I – Un SROS qui ne répond que partiellement aux enjeux d'un département souffrant de handicaps cumulés et exceptionnels en Ile-de-France

1.1 – Un département qui cumule les handicaps

1.1.1. L'un des états de santé des populations les plus dégradés d'Ile-de-France

La Seine-et-Marne est avant tout un territoire où l'état de santé de la population figure parmi les plus dégradés d'Ile-de-France.

L'espérance de vie y est la plus faible de la Région.

Le taux de mortalité, supérieur de près de 15% à la moyenne régionale, est également supérieur à la moyenne nationale.

L'indice de développement humain (IDH2) est inférieur à la moyenne régionale.

1.1.2. Une offre de soins très en retard au regard des références franciliennes et nationales

L'offre de soins en Seine-et-Marne présente des taux d'équipement particulièrement en retard non seulement par rapport à la moyenne régionale mais aussi par rapport à la moyenne nationale.

Ainsi, Sur 96 départements métropolitains, la Seine-et-Marne se classe :

- **94^{ème} pour le taux d'équipements en lits et places d'hospitalisation en médecine** (-37% par rapport à la moyenne nationale) et **82^{ème}** pour la chirurgie (-31%)¹

La densité seine-et-marnaise en lits de MCO est la plus faible d'Ile-de-France. Elle est 2,5 fois inférieure à celle de Paris qui figure au 1^{er} rang national, mais aussi inférieure à la moyenne nationale d'un tiers.

- **93^{ème} pour le taux d'équipement en lits et places de psychiatrie générale** (-36% par rapport à la moyenne nationale) et **89^{ème}** pour la psychiatrie infanto-juvénile (-39%)²

Ces inégalités régionales de santé qui touchent la Seine-et-Marne se retrouvent dans de nombreuses spécialités mais également dans les dotations en équipements :

- 1 site de permanence chirurgicale nocturne pour 650 000 habitants en Seine-et-Marne, contre 1 pour 300 000 habitants à Paris

¹ STATISS, Ministère de la Santé, 2011

² DREES, 2009

- 1 scanner pour 37 000 habitants à Paris, 1 pour 68 000 en Seine-et-Marne
- 1 IRM pour 43 000 habitants à Paris, 1 pour 118 000 en Seine-et-Marne

Il faut ajouter à ce diagnostic que la Seine-et-Marne se classe 88ème pour la densité de médecins généralistes³, soit 24% de moins que la moyenne nationale, ce qui nécessairement accroît le besoin de recours au secteur hospitalier.

Les Seine-et-Marnais sont donc par ailleurs les franciliens qui ont le plus recours à l'hospitalisation, alors même que c'est pour eux qu'elle est le moins accessible.

Notre département est enfin un de ceux où les activités de haute et très haute technicité sont les moins présentes, et où les fonctions hospitalo-universitaires sont totalement absentes.

1.1.3. Un accès aux soins particulièrement difficile

L'étendue de la Seine-et-Marne, sa faible densité de population et de capacités de soins, mais aussi la moindre densité en réseaux de transports conduisent à ce que le temps d'accès aux soins des Seine-et-Marnais soit le plus long d'Ile-de-France : il est deux fois supérieur à Paris, et équivalent à la moyenne nationale.

La Seine-et-Marne est le seul département comptant des personnes situées à plus de 30 mn des urgences. Il regroupe la majeure partie des zones régionales situées à plus de 20 mn des urgences.

1.1.4. Un problème considérable d'attractivité

Le Département rencontre un problème considérable d'attractivité pour les professionnels de santé, libéraux comme hospitaliers. L'absence de services de haute technicité et de fonctions hospitalo-universitaires nourrit ce phénomène qui par ailleurs s'autoalimente : la faible attractivité des établissements contribue à la dégradation des conditions d'exercice en leur sein, qui elle-même nuit à l'attractivité. La dégradation de la qualité des soins qui en découle alimente la fuite des patients, laquelle aggrave les difficultés des établissements. Les établissements pris dans cette spirale ne peuvent en sortir sans appui extérieur dans le contexte national actuel. Au sein de ce processus, la conférence souligne particulièrement la difficulté des établissements seine-et-marnais à attirer des étudiants en médecine en stage en externat, comme en internat, ce qui constitue un facteur aggravant particulier.

³ DREES, 2009

1.1.5. Des établissements en difficulté

Outre cette spirale, les établissements du département sont fréquemment confrontés :

- à la vétusté de leurs infrastructures
- à des difficultés financières qui peuvent être importantes

1.2 – Un SROS qui ne répond que partiellement à ces enjeux, voire qui nourrit l'aggravation des inégalités régionales de santé

La version du SROS établissements de soins soumise à concertation officielle apporte quelques réponses partielles à certains enjeux. Mais

1.2.1. Des avancées constructives dans certains domaines

Le bureau de la conférence de Territoire prend acte d'avancées satisfaisantes dans un certain nombre de domaines :

- L'affirmation par l'ARS d'une priorité régionale pour la **construction de la plateforme hospitalière public-privé de Melun-Sénart**, dans une perspective de coopération sanitaire avec les établissements de Montereau, Fontainebleau et Nemours répond à une nécessité urgente du territoire
- **En psychiatrie :**
 - o la reconnaissance de la Seine-et-Marne comme un des trois territoires prioritaires pour le développement de l'offre en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile
 - o la mise en place d'un dispositif géronto-psychiatrique et d'une réponse aux urgences
 - o l'ouverture d'un appel à projet pour des dispositifs de type CLSMvont dans le sens des attentes exprimées par les acteurs du territoire.
- Le développement des capacités départementales en **cancérologie**
- La perspective de créer **deux sites (un clinique, un biologique) de procréation médicalement assistée** est également une avancée indispensable pour les couples seine-et-marnais.
- La création de deux à trois sites de soins palliatifs
- Le développement de l'HAD

- La perspective **d'un appui des établissements les plus attractifs aux établissements périphériques pour le recrutement**, et de développement de postes hospitalo-universitaires en psychiatrie offre un début de réponse à la problématique de la démographie des professionnels hospitaliers

La conférence partage par ailleurs avec l'ARS l'analyse d'une nécessité de développer la coopération et la cohérence entre établissement, autour de deux ensembles nord (Jossigny / Meaux / Coulommiers) et sud (Melun / Fontainebleau / Nemours / Montererau). Elle soutient également le développement des coopérations public / privé, dès lors que celles-ci contribuent à la pérennité du service public et garantissent une accessibilité universelle aux soins.

Ces différentes orientations ne répondent pas à elles seules aux problématiques posées mais constituent des avancées favorables que la Conférence salue.

1.2.2. Des orientations qui maintiennent voire aggravent les inégalités régionales de santé

En revanche, la Conférence ne peut que pointer un certain nombre de décisions et d'orientations du SROS qui contribuent à maintenir voire à aggraver les inégalités régionales de santé actuellement existantes.

1.2.2.1. Les conséquences des réorganisations hospitalières sur l'accessibilité aux soins

Il importe ici de rappeler que la Seine-et-Marne est le Département où l'offre hospitalière par habitant est la plus faible, où les délais et distances d'accès aux soins sont les plus forts, où les systèmes de transports sont les moins denses, où la densité libérale est la plus faible de la Région, où le recours à l'hospitalisation est le plus fort.

Dans un tel contexte, la question du maillage spatial de l'offre de soins est absolument fondamentale dans l'accès effectif des populations aux soins, plus que n'importe où ailleurs en Ile-de-France.

Dès lors, il importe que l'ARS tienne compte de l'impact des éventuelles réorganisations hospitalières sur l'accès des populations aux soins.

Il est naturel que l'Agence prenne en considération l'impact d'une trop faible activité des services et des difficultés de recrutement sur la viabilité des services, la qualité et la sécurité des soins.

Pour autant, compte tenu des conséquences qu'elle peut avoir pour l'accès aux soins des populations locales, la fermeture du service ou son redéploiement

sur un établissement distant ne peut constituer la seule réponse offerte par l'ARS aux difficultés des établissements. Et ce d'autant plus que les importants taux de fuite de patientèle vers le centre de l'Ile-de-France témoignent d'un besoin local fort non-satisfait.

L'ARS doit envisager, en alternative aux fermetures de services, le développement des coopérations entre hôpitaux du centre de la région et ceux de la périphérie, les solutions de télémédecine, le renforcement des mesures en faveur de l'attractivité des postes, le déploiement des postes hospitalo-universitaires dans les établissements de grande couronne, etc.

Ainsi, la perspective de réduction de 17 à 12 des sites de chirurgie en Seine-et-Marne (soit 30% des fermetures de sites de la Région sur ce seul département), la fermeture de 2 sites de médecine (20% des fermetures régionales) la fermeture de 2 des 4 maternités de type I (soit 25% des fermetures régionales) apparaît clairement incompatible avec l'objectif fixé par l'ARS elle-même de réduction des inégalités de santé : elle ne peut, dans les faits, que renforcer les difficultés d'accès aux soins des populations déjà les plus défavorisées. Le département où la densité d'offre de soins est déjà la plus faible ne doit pas être celui qui focalise le plus grand nombre de fermetures de services. Par ailleurs, la conférence souligne que le manque de lisibilité actuelle sur les implantations futures et de fait la pratique de mentionner des bornes hautes et basses dans la programmation proposée par l'ARS est également un facteur déstabilisant pour les équipes de professionnels des établissements.

La tendance naturelle à la concentration des compétences et de l'activité au centre l'Ile-de-France est un facteur d'accroissement des inégalités territoriales de santé : l'ARS doit la combattre par un redéploiement volontariste de moyens humains, techniques et financiers, et non l'alimenter par la fermeture des services les plus fragiles.

1.2.2.2. La permanence des soins en établissements de santé

L'organisation récente par l'ARS de la permanence des soins en établissements de santé témoigne de la profonde contradiction entre la volonté affichée par l'ARS de réduction des inégalités territoriales de santé et les décisions concrètes prises par cette dernière dans l'organisation des soins et l'affectation des moyens.

Selon cette organisation, arrêtée après l'adoption du PSRS en 2011, la Seine-et-Marne, qui est le département où les délais et distances d'accès aux urgences sont les plus importants, est le département qui compte la plus faible densité de sites de permanence : 1 site pour 650 000 habitants, contre 1 pour 300 000 à Paris, département où les délais d'accès sont les plus courts. Plus les besoins sont importants, moins l'offre est abondante.

Les choix de l'ARS font de la Seine-et-Marne le seul département francilien ne respectant pas les préconisations du Conseil National de Chirurgie qui estime qu'un site de permanence des soins est nécessaire par tranche de 400 à 600 000 habitants.

1.2.2.3. L'imagerie

Comme indiqué précédemment, la Seine-et-Marne est un des départements franciliens où le nombre d'équipement d'imagerie par habitant est le plus faible :

- 1 scanner pour 37 000 habitants à Paris, 1 pour 68 000 en Seine-et-Marne
- 1 IRM pour 43 000 habitants à Paris, 1 pour 118 000 en Seine-et-Marne

Pour autant, l'ARS a décidé de renforcer considérablement ces inégalités à travers des dotations beaucoup plus fortes à Paris qu'en Seine-et-Marne, et ce même en proportion de la population :

- + 6 scanners prévus à Paris (1 pour 360 000 habitants) contre +3 en Seine-et-Marne (1 pour 430 000 habitants)
- + 17 prévus à Paris (1 pour 130 000 habitants), + 5 seulement en Seine-et-Marne (1 pour 260 000 habitants).

De plus, le rythme d'installation de ces équipements (pas plus d'un par an en Seine-et-Marne) va ralentir le rattrapage du retard d'équipement du Département.

1.2.2.4. Les fonctions hospitalo-universitaires

Les questions de la démographie des professionnels de santé et des inégalités de répartition de professionnels de santé à l'intérieur de la région ont été identifiées par l'ARS et par tous les acteurs concernés comme des enjeux majeurs dans les prochaines années.

Dans ce domaine, le poids de la localisation des implantations universitaires et hospitalo-universitaires est connu : la proximité avec les universités et l'existence de fonctions universitaires constituent un élément tout à fait essentiel de l'attractivité des établissements.

Pourtant, à aucun moment le projet SROS n'évoque cette question comme un élément de réponse à la problématique de la démographie des professionnels de santé en grande couronne.

Même sans aller jusqu'à l'implantation d'un CHU dans les départements de grande couronne, des possibilités peuvent être explorées pour déconcentrer une partie des fonctions de recherche et d'enseignement vers les centres hospitaliers principaux de grande couronne, et renforcer ainsi leur attractivité pour les professionnels. L'exemple de la Maison de Santé Pluridisciplinaire Universitaire de Coulommiers prouve que l'innovation est possible et porteuse de sens en la matière.

1.2.3. Conclusion

Si le projet de SROS apporte sur certains points des éléments de réponse encourageants, dans sa globalité il ne s'attaque pas fondamentalement aux états de fait et aux dynamiques qui nourrissent les inégalités de santé et les difficultés de la grande couronne : les inégalités territoriales profondes d'offre de soins, la dynamique de concentration de l'activité et des professionnels au cœur de la région, la concentration des activités de haut niveau technique et des fonctions d'enseignement et de recherche.

La logique appliquée par le SROS Etablissements de Soins est à l'opposé de celle mise en œuvre dans le SRO Médico-Social : ce sont les territoires déjà les mieux dotés qui bénéficient du plus grand nombre d'implantations (permanence des soins, imagerie, etc.) ou du plus petit nombre de fermetures (chirurgie, médecine, maternités).

Dans les deux cas, la Seine-et-Marne, département déjà globalement le plus en difficultés, est perdante.

Dès lors, si ces orientations venaient à être appliquées en l'état, elles constitueraient une rupture claire de l'égalité des franciliens devant le service public de la santé. Elles organiseraient une santé à deux vitesses, qui délimiterait :

- d'un côté les territoires fragiles, peu attractifs pour les professionnels, où l'état sanitaire et social des populations est le plus dégradé, où l'offre libérale est la plus faible, où l'offre en établissement est la moins dense, où les fonctions supérieures sont absentes, et où pourtant les normes d'efficacité et de qualité conduisent à la fermeture de nouveaux services malgré les besoins
- et de l'autre les territoires d'excellence, où la concentration quantitative de l'offre libérale et en établissement profite à une population qui a déjà le meilleur état sanitaire, et où la logique d'excellence favorise la poursuite de la concentration des moyens humains, financiers, technologiques et universitaires.

Les acteurs de santé de Seine-et-Marne ne peuvent encourager cette dynamique discriminante et contraire aux objectifs affichés dans le PSRS.

II – Les préconisations : procéder à un véritable rééquilibrage régional, plus ambitieux et plus complet

Si l'ARS, comme elle l'affirme, entend lutter contre les inégalités de santé et répondre aux besoins des populations sur chaque territoire, elle doit se donner les moyens de traiter les causes profondes des inégalités de santé que sont :

- l'inégale répartition territoriale de l'offre de santé en établissement

- la dynamique de concentration de l'activité et des ressources au cœur de la région
- la concentration géographique des fonctions qui constituent l'attractivité des établissements pour les professionnels : l'enseignement et la recherche.

L'Agence ne peut se contenter de déployer prioritairement les maigres moyens supplémentaires dont elle pourrait disposer vers les territoires déficitaires.

2.1 – Fixer des objectifs chiffrés de rééquilibrage de l'offre de soins

Pour réduire les inégalités de santé et répondre aux besoins des populations les plus fragiles, l'ARS doit en premier lieu objectiver ces inégalités, pour pouvoir déterminer des objectifs précis de réduction de ces inégalités.

Le SROS doit donc :

- afficher clairement les taux d'équipement de chaque département par activité, ainsi que sa position dans le classement régional mais aussi national, et ce afin de donner une lisibilité directe sur les inégalités de dotation
- et fixer des objectifs chiffrés de réduction des inégalités ainsi constatées, en déterminant des objectifs cibles par département pour chaque type d'indicateur :
 - o taux d'équipement cible par département pour chaque activité
 - o objectif cible pour le délai d'accès aux soins
 - o objectif cible pour la mortalité, la morbidité, l'espérance de vie

Ce sont ces références qui permettront de mesurer, à l'issue de la période de mise en œuvre du PRS, si les orientations mises en œuvre ont permis la réduction ou non des inégalités de santé.

Pour parvenir à un rééquilibrage, l'ARS doit faire preuve de cohérence dans la méthode entre les différents schémas. Ainsi, tout comme elle bloque la programmation médicosociale en Seine-et-Marne parce qu'elle est le département le mieux doté, elle doit systématiquement bloquer toute progression de l'équipement sanitaire des départements les mieux dotés pour focaliser la totalité des moyens nouveaux sur les départements déficitaires. Cette méthode doit être appliquée aux capacités installées, mais aussi aux équipements (imagerie, etc.).

Pour la Seine-et-Marne, ce rééquilibrage doit notamment se traduire par l'aboutissement de la construction de la plateforme hospitalière de Melun-Sénart,

l'augmentation des capacités en médecine, chirurgie, psychiatrie adulte et infanto-juvénile, ainsi que l'augmentation des équipements d'imagerie.

2.2. – Déployer les fonctions d'enseignement et de recherche

L'inégalité de répartition des professionnels de santé, qui est au cœur des inégalités d'accès aux soins, ne pourra être résolue si les éléments qui constituent l'attractivité des établissements (la recherche et l'enseignement) restent concentrés au cœur de la région, et y drainent quantitativement et qualitativement les professionnels de santé.

L'ARS doit faire preuve de volontarisme pour ouvrir, dans les principaux centres hospitaliers de grande couronne et en fonction des pôles d'excellence existants, des antennes d'enseignement et de recherche favorisant la captation de professionnels.

Un travail doit être engagé en ce sens par l'ARS avec l'AP-HP afin que cette dernière tienne mieux compte de la responsabilité qui lui incombe, en tant que CHU, dans la formation et la répartition quantitative et qualitative des professionnels de santé pour l'ensemble de la population régionale, et non seulement pour le cœur de l'Île-de-France.

Enfin, la question du *numerus clausus* et de son niveau actuel, afin de permettre d'anticiper le départ prévu d'une part importante des médecins franciliens dans les années à venir doit également être reposée.

2.3. – Construire des alternatives aux fermetures de services reposant sur une solidarité régionale entre établissements

Les établissements modestes de grande couronne connaissent une dynamique néfaste de dégradation progressive de leur attractivité et de la qualité des soins.

Dans un contexte de démographie médicale en biseau, leur plus faible attractivité entraîne des difficultés de recrutement, qui alimentent une baisse de la qualité des soins, laquelle nourrit la fuite de la patientèle, la baisse de l'activité, les difficultés financières et une attractivité dégradée auprès des professionnels. Cette spirale aboutit régulièrement à une altération de la sécurité des soins et des problèmes de seuils d'activité qui aboutit à la fermeture ou le transfert du service vers un établissement distant.

Pour autant, cette évolution correspond rarement à la réalité des besoins locaux, sur des territoires où la population est globalement croissante et connaît une consommation hospitalière relativement importante.

Cette dynamique s'autoalimente et nourrit une concentration progressive des compétences et de l'activité dans le cœur de l'Île-de-France, au détriment des établissements et des populations périphériques.

L'ARS doit donc enrayer cette dynamique, en refusant que l'exigence de qualité des soins et de seuils d'activité nourrisse la disparition de services dans les franges de l'Ile-de-France.

L'ARS doit favoriser l'exercice d'une solidarité régionale entre établissements, qui bénéficie aux établissements périphériques en difficultés.

Elle doit rechercher des alternatives à la fermeture de services (notamment en chirurgie, médecine et maternités), par exemple par la mutualisation de personnels entre les établissements attractifs du centre de l'Ile-de-France et ceux de la périphérie, par la mise en place de liens via la télémédecine, par l'organisation de cession déconcentrées d'enseignement universitaire, etc.

Ces partenariats doivent permettre d'assurer la pérennité dans les hôpitaux modestes de la périphérie d'une offre de soins de proximité variée et adaptée aux besoins des populations locales.