

Compte-Rendu

Conférence de Territoire des Yvelines

du jeudi 11 octobre 2012

Rédacteur	Melle Bérengère THIERY
Lieu	CPAM des Yvelines

Participants

- Mme Cécile SPENDER, Présidente de la Conférence de Territoire
- Mme Monique REVELLI, Déléguée territoriale des Yvelines
- Mme Véronique DUGLEUX, Déléguée territoriale adjointe des Yvelines
- M. Gilles ECHARDOUR, Coordonnateur PRS, Direction Générale Adjointe, ARS Ile de France
- Mme Myriam BURDIN, Responsable du pôle Offre de soins et médico-sociale – Délégation Territoriale des Yvelines
- Les membres de la Conférence de territoire.

Ordre du Jour

- 1°) Présentation du SROS - volet hospitalier
- 2°) Présentation du SROS territorialisé – volet hospitalier

Principaux échanges

Mme SPENDER ouvre la séance.
Mme SPENDER précise que pour le SROS volet hospitalier, un avis informel de la Conférence de Territoire est demandé. M. EVIN a tenu compte des avis des Conférences de Territoire sur les précédents travaux.

27 membres titulaires ou suppléants remplaçant leur titulaire sont présents. Le quorum est atteint.

1°) Présentation du SROS – Volet Hospitalier

M. ECHARDOUR présente le volet hospitalier du SROS.

Discussion :

M. BERARD propose, pour étayer les débats sur la médecine libérale, d'analyser si la carte des installations des médecins libéraux sur le territoire est superposable à celle de la population.

Mme DABRION apporte un complément d'information à propos de la plus faible accessibilité à l'hospitalisation des populations de zones sensibles. Pour comprendre ce phénomène, on peut faire référence aux travaux du sociologue Marcel DRULHE. Le sociologue Marcel DRULHE a mis en évidence des inégalités sociales et les problèmes de santé qui en découlent. Il met en évidence la stratification sociale et le rôle du milieu social sur les problèmes de santé et la manière de les prendre en charge. Son constat est qu'il existe une distinction entre « santé » et « soins », qui ne tient pas compte des déterminants sociaux. Les inégalités sociales persistent, s'accroissent et ne sont toujours pas reconnues sur la scène publique en tant que problème majeur de santé publique.

M. COLIN prend la parole pour exprimer plusieurs remarques :

- Il rend hommage au travail fourni par l'ARS et par les groupes de travail. Le SROS PRS ouvre des pistes nouvelles et met fin à l'idée reçue selon laquelle l'offre crée la demande. Le SROS PRS essaie de répondre à la question suivante : une offre faible ne génère-t-elle pas un coût supplémentaire ?

- Concernant la méthode employée, le SROS est la feuille de route des hôpitaux pour les 5 ans à venir. Or, les établissements ont déjà réalisé leur projet d'établissement. Il y a un travail à faire en interne pour voir comment le projet d'établissement peut être calé sur le nouveau SROS PRS.

- Concernant les implantations, des difficultés existent concernant l'écart entre la borne basse et la borne haute. De façon consensuelle, ne pourrait-on pas lever l'anonymat des autorisations décrites ? Retirer certaines implantations revient à régulariser des situations existantes.

- Le département des Yvelines est un département bien équipé, qui consomme moins de soins que les autres. Une faiblesse existe cependant au niveau de l'addictologie. Les liens entre l'addictologie médico-sociale et l'addictologie hospitalière devraient être renforcés. Actuellement, l'addictologie est surtout gérée par le Centre Hospitalier de Versailles.

- Concernant la diapositive sur la coopération et la fusion, les établissements ont chacun leur autonomie et doivent s'organiser sur un mode consensuel.

M. BERARD note une faible implantation des structures d'hôpitaux de jour. Ne faudrait-il pas développer l'ambulatoire en diminuant les capacités d'hospitalisation traditionnelle ? Par exemple, en psychiatrie, il y a quelques années, de nombreux patients étaient suivis en ambulatoire.

M. ECHARDOUR indique que le positionnement des Hôpitaux de jour est à prendre en compte. Dans le SROS PRS, un axe important est de développer les hôpitaux de jour et non l'hospitalisation complète.

En psychiatrie, des besoins importants existent en hôpitaux de jour. Il faut réévaluer les besoins. L'HDJ permet de donner du répit aux aidants ou à la famille.

Pour d'autres spécialités, comme les soins de suite ou la rééducation fonctionnelle, l'HDJ est un mode de prise en charge à développer.

Aujourd'hui, cette alternative est peu proposée. La dimension de soins doit évoluer. Le malade sera sur des séquences de soins plus courtes.

S'agissant du problème d'accessibilité, les établissements les plus attractifs pour les personnels médicaux sont les plus novateurs en terme de prise en charge. La baisse du nombre de personnels entraîne des difficultés pour maintenir une réponse médicale dans certaines zones. Donc il est nécessaire de revoir l'organisation afin que les établissements restent attractifs.

M. VIGNIER fait deux remarques :

- Il constate qu'il existe des zones où l'hospitalisation est forte mais où il y a peu de médecins de ville. Les maisons de santé n'apparaissent pas dans le SROS hospitalier.

- Concernant l'anesthésie, dans les 10 prochaines années, le nombre d'anesthésistes va baisser, ce qui va entraîner des modifications importantes au niveau des plateaux techniques des établissements.

Les établissements qui ont peu d'anesthésistes mais qui ont su s'organiser au niveau des prises en charge en ambulatoire seront plus attractifs que les autres.

M. ECHARDOUR :

Les maisons de santé pluridisciplinaires font partie du schéma ambulatoire. Il faut passer d'une pratique individuelle à une pratique plus collective en médecine de ville.

La chirurgie ambulatoire s'est standardisée. Elle s'est organisée ce qui libère des lits d'hospitalisation. L'attractivité fait qu'il est difficile pour les petites structures de s'adapter.

Certaines grosses structures n'ont pas mis en œuvre la chirurgie en ambulatoire mais elles y sont incitées économiquement.

Dr. FAVEREAU précise que l'hospitalisation privée n'est pas recensée. 80 % de chirurgie est réalisée en ambulatoire dans le privé contre 40 % à l'hôpital.

Mme DABRION fait 2 remarques : la première découlant de sa position de sociologue et la deuxième en tant que cadre infirmier (avec plus de 40 années d'une pratique hospitalière et extrahospitalière) :

– l'orientation de santé prise par l'ARS se situe dans le concert des nations qui ont procédé à une révolution de leur système de santé à l'exemple du Québec qui a nommé cela « la révolution tranquille »

En fait ce qui est préconisé c'est d'abandonner une organisation « **hospitalocentrique** » pour adopter une vision « populationnelle » en matière de santé. Faut-il pour cela que les hospitaliers changent leurs représentations, mais aussi leur fonctionnement et acceptent de rogner sur leur pouvoir. Il ne s'agit plus de justifier ce que l'on fait sans autocritique ni autoévaluation.

La conjoncture économique oblige à sortir de la logique financière qui est de demander toujours plus en matière d'investissement.

– A propos du manque croissant de psychiatre, cela doit inspirer à pratiquer davantage une politique de santé mentale que de psychiatrie. Le psychiatre est actuellement un professionnel de la *maladie mentale*, alors qu'il existe bon nombre d'acteurs dans la communauté qui interviennent en matière de santé mentale, en amont de la maladie et en réadaptation sociale. Il serait opportun de développer ces compétences de manière plus accrue.

2°) Présentation de la territorialisation du SROS – Volet Hospitalier

Mme BURDIN présente la territorialisation du SROS – volet hospitalier

Discussion :

Mme SPENDER remercie Mme BURDIN et M. ECHARDOUR pour leurs présentations.

Elle fait 2 remarques :

– Les implantations deviennent plus rares par rapport au SROS III car le SROS PRS est un schéma d'organisation et plus d'implantation. La Conférence de Territoire sera vigilante quand au maintien de certaines activités sur le territoire.

– Concernant les soins palliatifs, l'offre proposée répond-elle vraiment à la totalité des besoins ?, et il est nécessaire de revoir les projections d'implantation.

Mme CAUX fait une remarque sur l'accessibilité des soins dans les établissements privés dans les Yvelines, il est écrit p126 du SROS « *Dans le département, il y a des établissements dans des zones peu favorisées, les tarifs restant à charge sont excessifs.* ». Elle précise que cela n'est pas exact et qu'il y a une charte afin d'éviter ces problèmes d'accessibilité aux soins.

Pour certaines activités (ex : cardiologie), la filière de soins en privé est complète.

M. ECHARDOUR propose que la FHP soit à l'initiative d'une nouvelle rédaction de la phrase en question.

Dr FAVEREAU indique, dans le but de diminuer les hospitalisations, que la solution pourrait être de développer l'hospitalisation à domicile.

Mme BURDIN précise que c'est un enjeu majeur. L'HAD est peu portée par l'hôpital. Les enjeux sont de sortir de l'hôpital. Il faut des prises en charge spécialisées, multidisciplinaires. Pour que l'HAD fonctionne, il faut que les éventuels candidats arrivent déjà groupés, avec un réseau, leurs coordinations, leurs connaissances, leur couverture territoriale.

L'HAD est bien développé dans les Yvelines mais il faut développer l'HAD principalement dans le nord du département.

Dr THUBERT intervient concernant les rapports HAD /SSIAD. La problématique est d'assurer la continuité des soignants quand une personne âgée bénéficiant des soins d'un SSIAD, nécessite des soins trop lourds pour un SSIAD. La personne âgée perd tous ses référents donc ses repères. Pourrait-on permettre des expérimentations afin que les soignants suivent le patient en HAD ?

Mme BURDIN – Mme SPENDER :

Les tarifs des SSIAD sont amenés à évoluer en fonction de la lourdeur des prises en charge. Il faut développer les prises en charge communes HAD / SSIAD.

M. ECHARDOUR :

Etendre l'HAD est une volonté. L'HAD n'existe pas dans certains pays.

Il faut faire évoluer les modèles d'intervention à domicile et donc les divers niveaux de rémunération.

Ce que l'on souhaite, ce sont des structures organisées qui peuvent montrer qu'on peut soigner différemment à domicile et avec plus de coordination.

L'idée est que 2 ou 3 projets qui se développent, pourraient être soutenus par l'ARS.

En conclusion, Mme SPENDER indique que les membres peuvent envoyer leurs remarques sur sa boîte mail.

Le 25 Octobre aura lieu la prochaine Conférence de Territoire qui portera sur la territorialisation du PRS et la présentation du CLS d'Achères.

Ce sont des points importants et structurants, la présence des membres aux Conférences est indispensable.

Le lien vers le « PRS » sera envoyé par mail aux membres.

Dans le cadre de l'inauguration de la faculté de médecine, une conférence de territoire délocalisée à Saint Quentin en Yvelines sera organisée le 29 novembre matin.

Prochaine réunion

Prochaine réunion de la Conférence de Territoire le jeudi 25 octobre 2012