

Conférence de territoire du département de la Seine Saint Denis

Le vendredi 12 octobre 2012

14h00

CPAM de Bobigny : salle de conférence

L'ordre du jour est le suivant :

- Présentation du volet Hospitalier relatif au Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Cf documentation adressée aux membres de la CT

M. LAPORTE président de la CT, excuse le Dr Fellous pour son absence.

Le volet hospitalier du SROS sera présenté par l'ARS, auquel succèdera un échange sur les différents travaux émanant du groupe de travail.

Dans un deuxième temps viendront les avis des collectivités sur l'ensemble du projet.

Il précise que la CT doit rendre un avis avant le 28 novembre 2012.

PRESENTATION DU SROS HOSPITALIER

Partie Régionale

Mr Gilles ECHARDOUR (Agence Régionale de Santé)

Comparativement au précédent schéma, celui-ci comporte d'autres exercices tels que le schéma d'organisation sanitaire régional qui inclue le volet hospitalier, puis un plan stratégique qui a été adopté le 11 octobre 2011.

Ce volet présente quelques caractéristiques :

- il permet de donner des autorisations aux établissements,
- il est opposable,
- les sujets qui y sont traités (24 volets) sont fixés par la loi.

Discussions :

Dr GOMBEAUD aborde 2 points :

- les inégalités territoriales et,
- les problématiques d'accès aux soins.

- Les inégalités territoriales sont patentées en Seine-Saint-Denis, tels que le taux de mortalité et la déficience professionnelle. Une partie des réponses émises dans ces schémas restent inquiétantes.

En effet, il est énoncé qu'en matière de cancérologie et chirurgie, le nombre de sites disponibles est voué à diminuer dans des proportions variables. Or les fourchettes et les pourcentages de diminution énoncés sont plus importants pour la Seine-Saint-Denis que pour les autres territoires, voire l'ensemble de l'Ile-de-France.

Il est estimé pour l'ensemble du territoire, une baisse de 20% des sites de chirurgie carcinologiques en terme digestif.

Il existe donc une problématique de diminution du nombre de sites, dans un territoire déjà déficitaire.

De plus, si on intègre que la chirurgie du cancer doit se faire dans des centres spécialisés, il faut comprendre que la disparition de l'activité chirurgicale en cancérologie pour un chirurgien digestif, entraîne inéluctablement et à court terme, son départ de l'établissement.

En fait, la disparition du service de chirurgie entraîne la disparition du service d'imagerie, la disparition ou la mauvaise qualité du service des urgences et, en finalité la fin de l'établissement. Ceci étant valable pour le public comme pour le privé.

Il est également cité que l'imagerie est prioritaire or, elle l'est de façon inégale.

Il est énoncé 30% d'augmentation en Seine-Saint-Denis sur les TEP-scans, alors que l'augmentation est de 45% sur l'Ile-de-France.

Si ce SROS est appliqué tel qu'il est, il va entraîner un accroissement de l'inégalité des territoires.

- En ce qui concerne l'accessibilité aux soins présente dans l'ensemble des schémas, elle apparaît le plus souvent sous la forme du dépassement d'honoraires et l'accessibilité à des tarifs raisonnables.

L'accessibilité aux soins est un problème évident en Seine-Saint-Denis. Pourtant, 90% des actes et des soins en médecine générale ou de 1^{er} recours sont au tarif de la sécurité sociale, et 85% en matière de spécialiste.

Le problème d'accessibilité aux soins dans le département n'est pas lié aux tarifs, mais à d'autres facteurs non abordés dans ce schéma, tels que la connaissance des droits inconnus des patients, des problèmes de lunetterie ou de prothèses dentaires à régler avec les mutuelles, ou encore des problèmes de revenus trop faibles perçus par les habitants.

Or, cette tranche de la population qui s'exclue faute de mutuelle, n'est pas considérée.

Si ces problèmes d'accessibilité aux soins n'intègrent pas ce schéma ou sont centrés uniquement sur la problématique des dépassements d'honoraires, nous allons à l'échec.

En fait ce SROS va accentuer les inégalités territoriales sans améliorer l'accessibilité aux soins.

Mr ECHARDOUR répond sur l'accessibilité aux soins et se réserve pour les inégalités territoriales après la deuxième présentation.

Il est évident que la précarité conditionne l'accès aux soins et le type de recours. On peut toutefois se demander si cette précarité va s'accroître dans le futur. Toutefois le schéma hospitalier n'a pas pour vocation de se prononcer sur l'ouverture des droits, l'accessibilité aux mutuelles et autres sujets.

Dr THEVENIN-LEMOINE (ARS – Direction de l'Offre de Soins et du Médico-social)

Une partie du Programme Régional de Santé qui est le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) concerne ces problèmes d'accessibilité aux soins.

Dr ZARKA depuis un certain temps, on observe un dysfonctionnement au niveau du CHU du centre. Alors qu'il devrait mettre à la disposition des établissements, des professionnels de santé, il absorbe quasiment une équipe complète.

De quelle façon va-t-on travailler sur ce dossier ?

En effet, les pratiques actuelles sont surprenantes, notamment concernant les anesthésistes. Les hôpitaux généraux les forment à partir des filières extracommunautaires, puis ils sont absorbés en grande partie par le CHU.

Mr ECHARDOUR formule 3 remarques :

- le sujet concernant le débauchage des équipes est connu, il a été évoqué et développé,
- il faut que tout le monde contribue à aider et comprendre la situation des CHU,
- les hôpitaux publics doivent également se faire entendre pour faire inverser le système.

Les responsables de formation ne sont pas les responsables de l'assistance publique. Il existe 7 universités de médecine, il n'est pas évident de composer une table de discussion. En s'associant, les chances sont multipliées.

Plusieurs choses sont à faire. Trouver un accord sur les problèmes de partage du temps médical et des formations nouvelles. Trouver des orientations sur le partage des rôles.

Il est évident que le fait de renforcer la banlieue, c'est affaiblir Paris. Les problèmes de logements parisiens ne favorisent pas non plus les professionnels. Il est à craindre que les gens iront travailler où ils ont été formés, et en particulier dans le centre. De ce fait ce sont toutes les structures de la périphérie qui en souffriront le plus, d'autant plus qu'elles mêmes ont déjà des difficultés de recrutement.

C'est un enjeu qui concerne tout le monde et sur lequel il faut échanger.

Mme BEAU regrette que dans le schéma à partir de cette analyse, il n'y ait pas de mesures concrètes de rééquilibrage des moyens du centre vers la périphérie. Seulement 4 lignes et 3 phrases de critique de l'assistance publique ont été écrites sur le sujet.

Pour appuyer son commentaire, elle en fait lecture :

« Ce rééquilibrage de l'offre hospitalière régionale au profit de la petite et de la grande couronne, devra être pensé davantage à partir des besoins des populations que des structures existantes. Plusieurs disciplines sont particulièrement concernées par cet enjeu, notamment la psychiatrie, la néonatalogie et la chirurgie hautement spécialisée ».

Le problème est mal exposé, la situation démographique est extrêmement difficile. A partir du moment où les implantations parisiennes vont rester au même niveau dans les 5 prochaines années, il va y avoir un départ de médecins, et l'aspiration de la périphérie vers le centre va s'accroître.

Les hôpitaux de banlieue vont être progressivement asséchés de leurs compétences médicales alors qu'il faut faire le contraire. Les médecins vont aller là où il y a des postes.

Il faut clairement afficher, que maintenir les implantations dans les départements périphériques est une priorité de la région.

Mr ECHARDOUR lui suggère de convaincre sa propre fédération et d'en faire la demande.

Mme BEAU la demande a déjà été faite auprès de Mr Evin courant août.

Il y a également d'autres éléments qui ne sont pas conformes à la réalité observée.

On laisse croire que la Seine-Saint-Denis a des moyens suffisants en traitements hospitaliers et que tout est une question d'organisation et de coopération.

Ceci est faux, il y a un solde négatif de 185000 séjours par an, c'est le plus important de la région Ile-de-France.

Il est encore écrit, que la Seine-Saint-Denis est le département qui a le plus de soins hospitaliers, alors qu'il y a au moins 200 à 300000 habitants supplémentaires dans ce département en plus des recensements.

Les chiffres sont faux ainsi que l'analyse et les conclusions qui en sont tirées. Il faut par conséquent faire un effort particulier pour les hôpitaux et les cliniques du département afin de renforcer leurs moyens, leurs implantations et leurs capacités, ce qui permettra d'attirer les médecins libéraux dans le département.

Mme RIET Zaynab (directrice de l'EPS de Ville-Evrard)

Au niveau régional les problématiques sont bien exposées, toutefois 3 aspects paraissent fondamentaux :

- les inégalités territoriales,
- l'accès aux soins et,
- la démographie médicale.

En termes de cohérence et de maillage du territoire de la région, il est essentiel qu'il soit inscrit que l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris joue la continuité et l'organisation des soins sur l'ensemble du territoire de l'Ile-de-France.

La Fédération Hospitalière de France seule n'y arrive pas et fait parfois appel à la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) pour un certain nombre de points.

Mr MALHERBE (directeur de l'APHP – Hôpital René Muret à Sevran)

Il est intéressant pour les hôpitaux universitaires de Paris en Seine-Saint-Denis (René Muret, Jean Verdier et Avicenne), d'avoir la représentation des acteurs extérieurs sur l'APHP.

La situation est un peu différente pour lui.

Il n'y a pas toujours une grande homogénéité, peut être quelques différences entre les hôpitaux APHP de Paris intra muros et les hôpitaux « hors » APHP, toutefois il confirme qu'il a aussi certaines difficultés et, souhaite renforcer le partenariat avec les hôpitaux du département.

Partie Départementale

Mr Riad BOUHAFS et Mme Annaïg DURAND (délégation territoriale), présentent le contexte départemental ainsi que les enjeux et les grands chantiers prioritaires.

Mr Laporte demande que l'on explique les modalités de lecture sur la situation actuelle en termes d'implantations et, les projections en fourchettes basses et fourchettes hautes, sans rentrer dans le détail des implantations.

Mr ECHARDOUR sur le plan de la chirurgie, actuellement il y a 18 sites. La 1^{ère} hypothèse dans l'avenir est de reconduire les 18 sites. Or plusieurs établissements dans le département ont des difficultés à se maintenir, certains sont amenés à disparaître ou à fusionner, ce qui a fortiori va supprimer des implantations. On anticipe donc les choses.

L'objectif actuel n'est pas de rajouter des implantations, mais plutôt de maintenir celles qui existent déjà. Il faut inciter au regroupement.

Or si l'on reste en l'état, la situation va s'aggraver.

Mr LAPORTE précise qu'à la réunion de bureau il a été noté, qu'il y avait peu de secteurs à part les soins de suite, la réadaptation, la psychiatrie et l'imagerie, où il y avait des hypothèses hautes qui dépassaient les hypothèses actuelles. Tout le reste étant égal ou en dessous.

Mr BOUIS dans les tableaux commentés avec les hypothèses, il aurait souhaité obtenir des critères plus objectifs déterminants les problèmes à régler, soit par implantation, soit par coordination. Il n'a pas eu de réponses et ne peut se situer en tant que membre de la CT sur ces tableaux.

Le travail a été effectué, plus à partir de la situation des équipements et du traitement des pathologies. Le patient est totalement oublié.

Concernant les déficits d'implantations, pour le patient il s'agit des transferts, qui sont très onéreux pour la sécurité sociale et traumatisants pour les patients, leurs familles et leur entourage.

Qui va régler ce problème ?

Dr GOMBEAUD il y a effectivement un problème par rapport à ces implantations qui n'est pas du domaine régional. Certaines obligations pèsent.

L'application de ces obligations va entraîner une augmentation des inégalités territoriales en défaveur de la Seine-Saint-Denis. Le rôle de la tutelle est d'avoir un peu d'imagination et d'essayer de trouver des solutions qui regroupent, afin d'éviter une catastrophe telle qu'à Montreuil par exemple.

Lorsque subitement 9 anesthésistes sur 13 ou 14 disparaissent d'un hôpital, il faut s'en demander la raison. Le rôle de la tutelle est de proposer des solutions.

Il est triste d'entendre que l'on va réorganiser la psychiatrie, alors qu'il n'y en a plus !

Comment cela va-t-il se concrétiser ? C'est ce qui manque dans ce document. Il faut donner des pistes et des idées démontrant aux associations de patients, qu'elles ne sont pas seules.

Mr KIRSCHEN dire qu'il n'y a pas de psychiatre en Seine-Saint-Denis n'est pas conforme à la réalité. Cela a été acté lors du séminaire sur la psychiatrie qui a été réalisé sur le département, suite à la création du collectif pour la psychiatrie en Seine-Saint-Denis.

Le collectif réclamait 60 postes, il en a été créé 30. On peut considérer que c'est insuffisant, néanmoins on ne peut pas dire que rien n'est jamais fait.

Sur la question des implantations ces tableaux sont trompeurs, l'important pour les séquanodionysiens, c'est le nombre de prises en charge possibles sur le territoire départemental du cancer du sein et, non le nombre d'implantations physiques de lieux de traitement du cancer du sein. On peut parfaitement passer de 12 à 9 implantations en chirurgie digestive et avoir 2 fois plus de prises en charge.

Par conséquent, si nous continuons à avoir des lieux de micro prises en charge, on ne développera pas l'activité.

Dr GOMBEAUD on n'a diminué le nombre de maternités et, le nombre d'accouchements sur le département pris en charge à également décru, c'est-à-dire qu'une partie a fui à l'extérieur.

C'est ce qui a été expliqué précédemment, la diminution des sites entraîne la diminution du nombre de prises en charge.

Mr ECHARDOUR le département de périphérie qui donne la meilleure satisfaction locale est à l'ouest, ils ont 6 ou 7 centres de chirurgie digestive au lieu de 12 et, 4 centres ORL etc....

Donc il n'y a pas de lien direct entre le nombre de sites et le taux de couverture locale.

Mme BEAU il n'y a pas de lien automatique entre une suppression d'autorisation et le fait qu'une patiente habituée d'un centre, se reporte sur le centre voisin. Il faut non seulement de la coopération mais trouver l'impulsion qui permettra aux équipes de décoller.

Les patients atteints d'une pathologie grave ont tendance à se retourner vers les équipes réputées qui sont concentrées au centre de la région.

Exemple : Curie fait 2500 cancers du sein par an alors que St Denis en fait péniblement une trentaine.

Sans l'aide de l'ARS et l'appui de grands centres comme Tenon, St Louis, Curie etc...les chances seront vaines. Il faut que la qualité de ces grands centres, vienne irriguer les établissements de banlieues

Concernant le taux d'équipements suffisants en soins de suite, beaucoup de places sont occupées par des patients parisiens en Seine-Saint-Denis. Paris n'est pas du tout auto-suffisant en la partie. Il y a donc une exportation des patients parisiens vers la Seine-Saint-Denis. Il faut prendre en considération ce problème.

Sur la situation des services d'imagerie dans les hôpitaux publics. Il y a aujourd'hui des difficultés démographiques. On ne manque pas globalement de radiologues en Seine-Saint-Denis mais Il y a une difficulté très lourde à organiser la permanence des soins H24 en établissements de santé, elle est dévolue exclusivement aux équipes hospitalières. Les effectifs actuels ne permettent pas de les organiser.

Mme BEAU aurait souhaité lire dans le schéma de façon explicite, qu'il y aura peut être comme dans le futur un lien, entre les attributions nouvelles d'autorisations d'équipements lourds, et le fait que la permanence des soins en établissements de santé soit également répartie avec les équipes pourvues de ces équipements lourds.

Enfin concernant la vulnérabilité sociale, les mesures prises dernièrement ne vont pas dans le sens d'une amélioration de la prise en charge des patients. Citons l'exemple de St Denis, où l'on constate 33% de patients supplémentaires étiquetés précaires en 3 ans, une mission d'intérêt général précarité qui n'a pas évoluée d'un cota et, pour finir une réforme médicale d'état qui vient directement impacter la prise en charge de ces patients. En 2012, il a été recensé 2 200 000 euros de pertes sur la prise en charge des patients précaires au CH de St Denis.

Il y a une très forte injustice dans les règles budgétaires qui sont appliquées, et les tarifs annoncés.

Mme DERMER (Directrice clinique de l'Estrée) moins il y a de sites et plus il y a de chances d'accueillir des patients. La diminution du nombre de sites n'est pas un affaiblissement, au contraire.

Le privé en Seine-Saint-Denis joue son rôle, il se partage en établissements en grande difficulté et en établissements transparents. Ces établissements transparents c'est comme s'ils n'existaient pas dans le maillage du territoire.

Pourquoi les principes du SROS qui sont la proximité, la coopération, la complémentarité, la mutualisation s'appliquent entre établissements publics ?

Pourquoi les établissements privés sont-ils transparents dans le département ?

Mr GAUTIER (URPS masseur kinésithérapeute) pour revenir sur la démographie médicale en Seine-Saint-Denis, les masseurs-kinésithérapeutes représentent la moitié du niveau national qui en comprend environ 80%.

Sur la situation sociale dans le département et la prise en considération dans le SROS, une convention a été signée avec l'assurance maladie ou on trouve un aménagement pour faciliter l'installation de certains territoires sous dotés. 5 villes sont concernées en Seine-Saint-Denis contre une vingtaine en Ile-de-France.

Pour que ces aides fonctionnent, il faut que l'environnement s'y prête.

Mr ECHARDOUR le SROS n'a pas pour vocation de traiter l'action du niveau de remboursement, il peut éventuellement évoquer les spécificités du territoire. Dans l'implantation ça n'est pas évoqué.

La démographie des professionnels est assez contrastée. Le nombre de cabinets est important, ce qui est vrai pour certaines zones ne l'est pas forcément pour d'autres.

Mr LAPORTE concernant les filières gériatriques, le conseil général travaille sur le nouveau schéma par une approche globale plus territorialisée suivant les filières gériatriques des 4 hôpitaux.

Des échanges ont été faits avec le représentant de l'hôpital René Muret. Or si l'on découpe suivant les 4 filières, St Denis, Robert Ballanger, Clichy/Montfermeil et Montreuil, que fait-on de l'EPS de Ville-Evrard ainsi que la partie du CHU qui a la spécialité de la gériatrie ?

Ils seront associés à toutes les réunions sur les secteurs couvrant « hors » Seine-Saint-Denis.

Concernant la coordination, une expérience a été faite avec l'hôpital du Raincy/Montfermeil de début de coordination. On s'aperçoit aujourd'hui que cela peut être bénéfique.

L'intérêt est de savoir si les hôpitaux ont la disponibilité voulue pour participer à des réunions de travail ou de réflexion, relatives à des questions de coordination entre la filière gériatrique et la gérontologie ?

Sur la périnatalité, qu'en est-il sur la priorité qui doit être donnée aux centres de proximité ?

Mr BOUHAFS quelques éléments de réponse :

- sur les filières gériatriques et la relation avec la coordination gérontologique :

La question posée par Mr Laporte, c'est la notion du parcours de santé de la personne âgée inscrite comme thématique prioritaire transversale dans le cadre du PRS. C'est une réflexion qui va au-delà du schéma hospitalier. Les filières gériatriques auront toute leur place, il y aura aussi la place des réseaux, la place du monde ambulatoire et le travail collectif avec le conseil général sur la coordination gérontologique.

Actuellement, la mission est de faire coïncider le territoire de filières gériatriques avec les centres hospitaliers et, les commissions gérontologiques du département.

Le travail est bien avancé. La filière de l'APHP intervient sur plusieurs territoires. Ceci peut être un élément favorable qui permettra aux EHPAD, aux SSR et aux partenaires de travailler à la fois avec la filière de l'APHP et la filière de Robert Ballanger ou Montfermeil, suivant les situations puisqu'il s'agit du territoire nord du département

- sur les priorités données aux centres de proximité :

Elles concernent les priorités données aux centres de pré natalités, donc les maternités publiques et privées existantes actuellement.

La perspective n'est pas d'augmenter le nombre de maternités dans ce département mais plutôt de consolider celles existantes, à commencer par les 2 maternités niveau 3 qui doivent tourner à plein régime, notamment par l'ouverture de tous les lits « néonats », ce qui est déjà fait à St Denis. Reste encore un effort à faire pour Montreuil.

Puis priorité est également donnée, pour la coopération entre maternités dans le cadre du réseau départemental qui se construit actuellement, en y intégrant les maternités privées [réseau NEF].

Mr DEBEUGNY concernant la PMI il faudrait s'interroger sur le fait qu'il y a plus de sorties précoces des maternités donc plus de prises en charge par les structures d'accueil. Afin d'assurer aux enfants les soins de prévention, il ne faudrait pas qu'il y ait un transfert de charges vers l'ambulatoire dont la PMI.

Mr MALHERBE

- va-t-il y avoir en Seine-Saint-Denis un arbitrage entre les SSR gériatriques et les SSR spécialisées en nombre de lits ?

- peut-on imaginer une autorisation de pédopsychiatrie dans le département, spécifiquement à Jean Verdier qui possède une maternité, puisqu'il a été souligné que cet établissement était fléché pédiatrie ?

Un membre de la CT du Samu Centre 15 rebondit sur la question de la PMI.

Le centre 15 est confronté au même problème, il est le recours d'appels de femmes sorties très tôt et qui sont complètement affolées.

Le Centre 15 tente à améliorer l'aval des urgences et, dans un département aussi précaire que la Seine-Saint-Denis le fait de ne pas hospitaliser, cela peut engendrer de gros problèmes même si on pense à des alternatives.

Mr ECHARDOUR pour évoquer l'implantation, la priorité c'est le respect des structures hospitalières entre-elles.

On s'est intéressé à d'autres dimensions de la prise en charge y compris en Seine-Saint-Denis et, en l'occurrence pour l'hôpital de St Denis. Cela fait 8 ans qu'au sein de cet hôpital il existe un accompagnement pour les femmes qui en sortent rapidement. Or ce système n'est pas forcément transposable partout.

Le suivi de grossesses pose un certain nombre de problèmes dans un certain nombre d'endroits et, c'est typiquement ce sujet sur lequel il faut apporter des réponses quand il n'y en a pas, ou qu'elles ne sont pas satisfaisantes.

Pour les sorties de grossesses, il y a un dispositif assurance maladie qui s'est mis en place, appelé le PRADO, mais qui ne couvre pas tout le problème.

Pour le pré-hospitalier relatif aux grossesses à risques, il faut un lien entre les différents acteurs et ça n'est pas toujours suffisant de nos jours.

Il faut se poser la question sur les capacités de prise en charge complémentaires notamment dans les PMI, afin que celles-ci disposent des ressources humaines et financières leur permettant de faire leur travail.

Mr LAPORTE la Seine-Saint-Denis est le département qui possède le plus de PMI par rapport à la population. Bien que le rôle de la PMI soit d'accompagner, le département ne peut pas honorer toutes les prises en charge du fait que l'on écourte les délais de séjours hospitaliers.

Mr OGER a eu connaissance que certains secteurs de Ville-Evrard allaient être modifiés ou regroupés, qu'en est-il ?

Mr BOUHAFS l'hôpital de Ville-Evrard a engagé depuis quelque temps un programme de relocalisation et d'externalisation de ses services, pour être au plus prêt des populations à travers l'implantation des secteurs, des CMP etc.

Ce programme n'est pas totalement achevé il y a 2 grands projets de relocalisation, un sur Montreuil et l'autre sur Aubervilliers, parfois avec les coopérations des centres hospitaliers généraux pour faire une articulation et une psychiatrie de liaison, avec Ville-Evrard et les centres hospitaliers.

Mr KIRSCHEN Ville-Evrard continue et termine enfin la politique de relocalisation de ses moyens, en particulier ses moyens d'hospitalisation au plus près des malades.

Mme DERMER la situation dramatique de certains hôpitaux ainsi que le coût de certains établissements privés entraînent de grandes manœuvres dont, on pense qu'elles vont guérir le département d'une partie de ses maux.

Il y a quelque temps de cela, Mr KIRSCHEN annonce que la maternité des Lilas va reproduire 1000 accouchements de plus en prévision ainsi que l'hôpital de St Denis. Une aubaine pour ces femmes qui ont enfin trouvé des établissements pour accoucher.

Or ces femmes à l'époque, trouvaient néanmoins refuge dans des établissements privés de qualité moyenne, qui aujourd'hui se trouvent gravement déstabilisés (ex : La Roseraie).

Il faut donc voir à long terme une fois ces établissements déstabilisés, qui va reprendre leur activité ?

Mr KIRSCHEN effectivement le fait qu'on est bouclé la reconstruction de la maternité des Lilas qui est un établissement de niveau 1, est une bonne nouvelle.

Il n'a pas le sentiment qu'il y ait eu de grandes manœuvres de faite au niveau des maternités.

Et à ce sujet les maternités privées qui ont fermé ces dernières années, ont fermé suite à des difficultés économiques et non sur décision de l'autorité de tutelle.

Mme BEAU quand un établissement se modernise, il y a un risque de déstabilisation pour les établissements voisins. 50% des femmes vont accoucher ailleurs, probablement dans les maternités parisiennes.

Lorsque la nouvelle maternité de St Denis a ouvert en juillet 2011, conscients de ce risque nous nous sommes tournés vers l'hôpital de la Roseraie et la clinique de l'Estrée.

Une action concertée a été engagée, afin d'informer les habitants de notre territoire qu'il existe un réseau local permettant la prise en charge optimale des femmes.

Les 3 maternités offrent des services différents.

Celles-ci sont présentées afin d'inciter les femmes à rester dans le bassin de vie pour accoucher et non dans l'optique de faire concurrence entre établissements.

Actuellement la plaquette est prête, c'est dans ce sens qu'il faut travailler.

Cette initiative devrait permettre à ces 3 maternités de travailler à plein régime et d'inciter les femmes à y accoucher plutôt que d'aller ailleurs, en leur montrant qu'elles y trouveront la qualité et la sécurité optimale au moment de l'accouchement et la prise en charge de leur bébé.

Mr LAPORTE rappelle que lors de la précédente plénière du 20 juin, une motion de la conférence de territoire avait été faite et en fait lecture :

Motion
de la conférence de territoire de la Seine Saint Denis
relative au projet du SROS Hospitalier

La conférence de territoire de la Seine Saint Denis, réunie le 20 juin 2012,

- s'étonne des conditions d'élaboration du SROS hospitalier et de l'espace restreint laissé à la concertation avec les acteurs, puisque la phase de « concertation informelle » avec les professionnels se limite à une quinzaine de jours, entre fin juin et mi-juillet ;

- conteste l'absence totale de transversalité dans la vision présentée par l'agence, tant entre les activités hospitalières elles-mêmes, qu'entre l'hôpital, la ville et le secteur médico-social ;

- refuse la vision réductrice de l'ARS en ce qui concerne les « priorités » hospitalières de la Seine-Saint-Denis, qui seraient concentrées sur la prise en charge des urgences, des personnes âgées, des malades mentaux, de la naissance.... Dans un département où l'accès aux soins est particulièrement difficile, notamment sur le plan social, il est au contraire nécessaire de réaffirmer le besoin de renforcer l'offre hospitalière dans tous les domaines de la médecine et de la chirurgie, avec une grande diversité des spécialités proposées.

La conférence de territoire décide la constitution en son sein d'un groupe de travail qui se réunira début juillet pour approfondir le contenu des propositions de l'ARS lorsqu'elles seront enfin dévoilées.

A l'issue de cette motion, il a été décidé la constitution d'un groupe de travail qui s'est réuni début juillet afin d'approfondir le contenu des propositions de l'ARS.

Mr FEUTRIE l'un des participants au groupe, en a ressorti un « avis informel » qui a été transmis aux membres de la CT.

Dernièrement il a précisé, que ce texte avait été élaboré à partir des éléments cités durant la période estivale, et qu'il ne correspondait plus autant à la réalité du SROS, sans pour autant mentionner quels étaient les éléments à modifier.

Après discussion, le bureau de la CT a décidé de ne rien changer à ce document.

Dr GOMBEAUD ce document est « daté » mais correspond effectivement à la démarche de la conférence de territoire sur ce sujet. Il va être complété dans les semaines à venir, à l'issue du bureau et de la prochaine CT, néanmoins il faut l'envoyer en l'état quitte à ce que nous nous engageons à l'enrichir. Il correspond à une démarche de l'ARS qui nous a diffusé les informations au fur-et-à-mesure de sa propre réflexion et des systèmes mis en place.

Mr LAPORTE il est décidé en accord avec les membres de la CT, de transmettre cet avis en annotant qu'il sera complété et modifié ultérieurement.

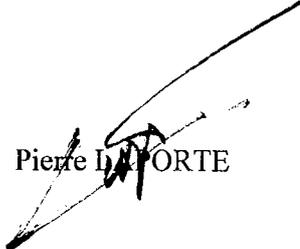
Il faut constituer un groupe de travail afin de formaliser un avis sur le PRS, en prenant les avis précédents spécifiques au département, pour aussi modifier les premières appréciations sur le volet hospitalier.

Il invite donc ceux et celles qui le désirent à s'inscrire à ce groupe.

Avant de clore la séance, il précise que le conseil général de la Seine-Saint-Denis à l'issue de sa réunion du 11 octobre 2012, a émis un vœu sur la situation inquiétante des hôpitaux du département et des déserts médicaux qui s'installent.

Le texte est distribué aux membres de la CT.

Le Président de la conférence de territoire


Pierre LAPORTE