

Direction de la prévention et de l'action sociale

Observatoire des violences faites aux femmes

3e commission

RAPPORT AU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Séance du 28 mai 2015

OBJET : REVISION 2015 DU SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS (SROS) 2013-2017 : POSITION DU DEPARTEMENT SUR LES ENJEUX DE L'ACCES AUX SOINS DES HABITANTS DE LA SEINE SAINT DENIS

Mesdames, messieurs,

L'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France a engagé une révision du Schéma régional d'Organisation des Soins pris pour la période 2013-2017, dans ses volets hospitalier et ambulatoire.

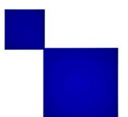
Par un courrier au Directeur général de l'ARS en date du 20 février 2015, le Président du Conseil général a indiqué sa désapprobation tant sur la méthode que sur le délai de consultation des acteurs de santé, ne permettant pas au Conseil général de rendre un avis officiel en bonne et due forme. Au-delà de cet avis formel, la proposition de révision du SROS appelle aujourd'hui un positionnement du nouveau Conseil départemental sur l'accès à la santé et à l'offre de soins de la population de Seine-Saint-Denis.

1. Les habitants de Seine-Saint-Denis particulièrement concernés par des inégalités sociales et territoriales de santé

Le système de santé contribue pour une faible part à l'état de santé des populations, puisque l'état de santé général est principalement déterminé par les conditions de vie des personnes : logement, alimentation, emploi, exposition au bruit ou à la pollution...

Pour autant, le système de santé constitue un maillon essentiel de la réduction des inégalités sociales de santé: tant par une médecine de premier recours accessible dans toutes ses dimensions (géographique, financière...) que par des soins spécialisés, ou encore un accueil en urgence pour les habitants, en tout point du territoire.

Le PRS et le Schéma Régional d'Organisation des Soins 2013-2017 avaient montré les inégalités d'offre de soins au détriment des Séquanodionysiens, tant en soins de ville qu'à



l'Hôpital, dans une région pourtant bien dotée en professionnels de santé et en structures de santé et ce, par rapport à la France métropolitaine. Ce constat ne s'est pas amélioré, comme le montrent les données récentes sur la démographie médicale.

L'accès aux soins des personnes et notamment des plus vulnérables reste également toujours préoccupant dans notre département.

Un engagement départemental confirmé pour l'accès à la santé de la population

Par son rôle de chef de file de l'action sociale et médico-sociale, par ses compétences dans l'accompagnement des personnes âgées et handicapées, mais également des femmes et des enfants en PMI, le Département est un **acteur incontournable** du parcours de santé, social et médico-social, **du parcours de vie** des habitants de la Seine-Saint-Denis.

Représenté dans six Conseils de surveillance d'hôpitaux publics de Seine-Saint-Denis, (Groupe AP-HP de Seine-Saint-Denis, Établissement Public de santé de Ville Evrard, Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger, Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil, Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire, Centre Hospitalier de Saint-Denis) le Département poursuit son investissement dans ce champ déterminant de l'action publique.

Son action, qui s'illustre notamment par les Assises de l'offre de soins en Seine-Saint-Denis en 2011, le Pacte pour la santé publique, et le plan exceptionnel de recrutement des professionnels médico-sociaux, témoigne de son engagement en faveur de l'accès aux soins des habitants et de l'amélioration de l'attractivité du département pour les professionnels de santé. Les partenariats avec les acteurs de la santé du territoire sont quotidiens : l'ARS, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), les représentants des professionnels de santé, l'UFR Santé Médecine et Biologie Humaine de l'Université Paris XIII, mais également les Collectivités territoriales de Seine-Saint-Denis et d'Île-de-France.

En 2014, le Département a confirmé sa volonté de maintenir, et développer les Actions de Santé Recentralisées en matière de prévention sanitaire (lutte contre la tuberculose, les Infections Sexuellement Transmissibles et programme de vaccinations) ; il confirme ainsi sa place et son rôle comme acteur de santé en Seine-Saint-Denis.

2. Un projet de révision de l'organisation de l'offre de soins peu compatible avec l'exercice de la démocratie sanitaire et insuffisamment fondé sur des évaluations tangibles

La méthodologie et le calendrier imposés par l'ARS témoignent d'un exercice encore difficile de la **démocratie sanitaire**, pourtant posée comme une orientation majeure du PRS et du Schéma directeur de la démocratie sanitaire par l'ARS elle-même, et attendue par nombre d'acteurs de santé et du champ médico-social de la Seine-Saint-Denis.

Le délai réglementaire de deux mois aurait pu être anticipé par un partage avec l'ensemble des acteurs sollicités, d'autant que l'ARS a pris la décision de réviser le SROS en juin 2014 en Commission exécutive de l'Agence.

Une formulation d'avis entravée :

- L'**évaluation** de la mise en œuvre du SROS 2013-2017 sur l'accès aux soins de la population en Île-de-France et dans ses territoires, comme le disposent les textes, n'a pas été adressée aux acteurs de santé consultés. Cette évaluation aurait pu permettre de mettre en évidence les **besoins de santé des personnes** couverts et non couverts.
- Une **analyse globale de l'offre** de soins de ville et hospitaliers figurait dans le SROS 2013-2017, mais son **actualisation et son partage** avec les acteurs de santé apparaît comme un préalable à un avis argumenté sur la révision du SROS. Elle en est absente à ce jour.

3. La proposition de communication sur l'accès aux soins de la population, reposant sur la révision du SROS

3.1. La révision du SROS comporte des **améliorations** sur les volets « ambulatoire » et « hospitalier ».

Volet ambulatoire

- L'élargissement des zones déficitaires et fragiles en Seine-Saint-Denis en offre de soins de premier recours et une amélioration des critères choisis constitue une avancée importante

Volet hospitalier

- Un **diagnostic de l'offre et des besoins** posé plus précisément dans le SROS révisé par une analyse des recours des patients à l'offre existante. Exemples : en Hospitalisation à domicile (HAD), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ;
- Une prise en compte des **recours par commune** concernant l'HAD, menant à un accroissement des places à horizon 2018 ;
- **En psychiatrie**, le développement des RESAD (Réunions d'Evaluation de Situation d'Adultes en Difficulté) ,et des CLSM (Conseil Local de Santé Mentale), d'équipes mobiles psychiatrie précarité prennent en compte la dimension pluridisciplinaire nécessaire à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies mentales en ville et à l'hôpital ;
- Le SROS rappelle l'enjeu de structurer des parcours coordonnés en **soins de suite et de réadaptation** en s'ouvrant notamment à toutes les alternatives à l'hospitalisation complète ;
- Le lien entre le **SROS et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)** concernant la prise en charge des personnes les plus vulnérables est posé explicitement dans le volet Médecine.

3.2. Ces propositions de révision appellent **des réserves** :

En préalable, il est utile de souligner que le SROS ne précise pas d'objectifs de financement ; pour autant, le cadre budgétaire national dans lequel il s'inscrit, est en diminution. L'enjeu de la répartition des moyens entre les établissements hospitaliers mais également les porteurs de projets de structures de ville en Île-de-France est implicite et bien réel.

- L'impact concret de la mise en œuvre du SROS 2013-2017 sur la **réduction des inégalités sociales et territoriales de santé** reste peu lisible, alors que c'est une des trois grandes orientations du PRS.
- Même si la volonté de développer et de fluidifier des parcours de santé cohérents pour les patients est affirmée, les points de **transversalité** avec les autres schémas de prévention et médico-social et avec les programmes (PRIAC et PRAPS notamment) restent peu apparents et insuffisamment opérationnels;
- La **coordination des parcours des patients** entre dépistage, prise en charge sanitaire et accompagnement médico-social, et le « repérage » de patients en situation de précarité ou de vulnérabilité, notamment grâce au développement des réseaux devrait être davantage visible dans la révision du SROS, et ce pour chaque thématique.

- Enfin, les **effets du redéploiement des capacités d'hospitalisation** vers l'hôpital de jour seront à évaluer de près pour mesurer les effets sur les publics, à l'aune des besoins des populations des territoires concernés, notamment en Soins de suite et réadaptation (SSR), ou en chirurgie.
- Outre les effectifs, **la cartographie des implantations actuelles par établissement** devrait être rappelée pour chaque thématique, pour la région et pour chaque département ainsi que le nombre de places ou lits que représente chacune de ces implantations, notamment en oncologie.
- **Impliquer davantage les patients, les usagers et les associations** en tant qu'acteurs partenaires, experts et interlocuteurs privilégiés semble essentiel pour les prises en charge des maladies.

Je vous propose de communiquer en séance du conseil départemental du 28 mai le cadre de révision du schéma de l'organisation de l'offre de soins en Seine Saint Denis, comme suit :

Le Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis regrette, à ce stade, l'absence d'évaluation du SROS et :

Souhaite disposer d'un diagnostic plus précis de l'offre en regard des besoins de santé de la population, notamment par une analyse quantitative et qualitative des recours aux soins des habitants ;

Considère que la prise en compte des déterminants de la santé, de la réalité des conditions de vie des habitants d'Île-de-France et de Seine-Saint-Denis, imposant une vision globale de la santé des personnes, se doit d'être intégrée dans le SROS ;

Prend acte de l'amélioration du dialogue entre acteurs de la santé d'un même territoire depuis l'installation des conférences de territoire en 2010 et du rôle de l'ARS dans l'appui à la présentation des CLS ou encore dans l'analyse des modalités de prise en charge ;

Pour autant, le Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis **demande à l'Agence Régionale de Santé (ARS) :**

- l'amélioration de la visibilité des enjeux concrets pour la prise en charge de la population du SROS ainsi révisé ;
- la communication des documents soumis à consultation des collectivités territoriales plus en amont dans les délais réglementaires ;
- un retour sur les avis formulés par les Collectivités territoriales et les acteurs de santé sur le Projet Régional de Santé (PRS) et sa révision ;

préalables indispensables à l'exercice d'une réelle démocratie en santé en Île-de-France et en Seine-Saint-Denis, comme l'indique le PRS et le prévoit le projet de Loi de santé pour 2015.

Aussi, je vous propose donc :

- D'APPROUVER la proposition d'avis du département de la Seine-Saint-Denis sur la révision du Schéma Régional de Santé 2013-2017 ;

- DE DECIDER que ces éléments seront portés à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé dans la perspective du Projet Régional de Santé.

Le Président du Conseil départemental

Stéphane Troussel

**Proposition d’Avis du Département de
Seine-Saint-Denis sur la révision 2015
du Schéma Régional d’Organisation des Soins
(SROS-PRS) 2013-2017**

PREAMBULE

Ce document propose un avis du Département de Seine-Saint-Denis sur la révision à début 2015 des volets ambulatoire et hospitalier du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) 2013-2017 en Ile-de-France et constitue une annexe du rapport au Conseil.

1. Les habitants de Seine-Saint-Denis particulièrement concernés par des inégalités sociales et territoriales de santé

1.1. La population de Seine-Saint-Denis vit dans une région marquée par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé

Le système de santé contribue pour une faible part à l'état de santé des personnes, puisque l'état de santé se détermine principalement par les conditions de vie des personnes : logement, alimentation, emploi, exposition au bruit ou à la pollution...

Pour autant, il constitue pourtant un maillon essentiel de la réduction de ces inégalités: tant par une médecine de premier recours accessible dans toutes ses dimensions (géographique, financière...) que par des soins spécialisés, ou encore un accueil en urgence pour les habitants en tout point du territoire. Le PRS et le Schéma Régional d'Organisation des Soins 2013-2017 avait montré ces inégalités d'offre de soins au détriment des Séquanodionysiens, tant en ville qu'à l'Hôpital, dans une région pourtant bien dotée en professionnels de santé et en structures de santé et ce, par rapport à la France métropolitaine. Ce constat ne s'est pas amélioré, comme le montrent les données récentes sur la démographie médicale.

L'accès aux soins des personnes et notamment des plus vulnérables reste également toujours préoccupant dans notre département.

1.2. Un engagement départemental confirmé pour l'accès à la santé de la population

Par son rôle de chef de file de l'action sociale et médico-sociale, par ses compétences dans l'accompagnement des personnes âgées et handicapées, mais également des femmes et des enfants en PMI, le Département est un **acteur incontournable** du parcours de santé, social et médico-social, **du parcours de vie**, des habitants de Seine-Saint-Denis.

Représenté dans six Conseils de surveillance d'hôpitaux publics de Seine-Saint-Denis, (Groupe AP-HP de Seine-Saint-Denis, Établissement Public de santé de Ville Evrard, Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger, Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil, Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire, Centre Hospitalier de Saint-Denis) le Département poursuit son investissement dans ce champ déterminant de l'action publique.

Ainsi, les Assises de l'offre de soins en Seine-Saint-Denis en 2011, le Pacte pour la santé publique, et le plan exceptionnel de recrutement des professionnels médico-sociaux témoignent de son engagement pour l'accès aux soins des habitants et de la nécessaire attractivité pour les professionnels de santé. Les partenariats avec les acteurs de la santé du territoire sont quotidiens : l'ARS, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, les représentants des professionnels de santé, l'UFR Santé Médecine et Biologie Humaine de l'Université Paris XIII, mais également les Collectivités territoriales de Seine-Saint-Denis et d'Île-de-France.

En 2014, la reconnaissance majeure de l'État pour poursuivre et développer les Actions de Santé Recentralisées en matière de prévention sanitaire (lutte contre la tuberculose, les Infections Sexuellement Transmissibles et programme de vaccinations) confirme sa place et son rôle comme acteur de santé en Seine-Saint-Denis.

Cet avis identifie pour chaque thématique **les leviers et points de vigilance identifiés** par les services départementaux sous deux prismes de lecture :

- les besoins de prise en charge de la population de Seine-Saint-Denis
- les compétences sociales, médicosociales et de prévention sanitaire du Département de Seine-Saint-Denis

Et se structure ainsi :

1. AVIS SUR LE VOLET HOSPITALIER

1.1. Thèmes du SROS Hospitalier concernés par une révision majeure

1. Hospitalisation à Domicile (HAD)
2. Soins de suite et de réadaptation (SSR)
3. Insuffisance Rénale Chronique (IRC)
4. Soins palliatifs
5. Réanimation
6. Médecine
7. Equipements et matériaux lourds et imagerie médicale
8. Cancérologie

1.2. Thèmes du SROS Hospitalier concernés par une révision mineure

1. Chirurgie
2. Médecine d'urgence
3. Psychiatrie
4. Unités de Soins Longue Durée (USLD)
5. Périnatalité

2. AVIS SUR LE VOLET AMBULATOIRE

3. AVIS DU DEPARTEMENT DE SEINE-SAINT-DENIS

1. AVIS SUR LE VOLET HOSPITALIER

Contexte et enjeux

Le contexte de consultation de la révision du SROS se fait à 5 ans de la création des ARS.
La Loi de financement de la sécurité sociale de 2015 adoptée définitivement le 24 décembre 2014, pose le cadre budgétaire annuel dans lequel s'inscrit cette révision.

Le volet hospitalier du SROS, **opposable dans son intégralité**, donne les évolutions pour les années 2013 à 2017 de l'offre de soins hospitalière en Ile-de-France et par département. Il se structure autour de 22 thématiques.

Huit thèmes sont concernés par une **révision majeure** :

- Hospitalisation à Domicile (HAD)
- Soins de suite et de réadaptation (SSR),
- Insuffisance Rénale Chronique (IRC),
- Soins palliatifs,
- Réanimation,
- Médecine,
- Equipements et matériaux lourds et imagerie médicale,
- Cancérologie

Sept thèmes sont concernés par une **révision dite mineure** :

- Assistance Médicale à la Procréation
- Chirurgie
- Génétique
- Médecine d'urgence
- Neurochirurgie Neuroradiologie Interventionnelle
- Psychiatrie
- Unités de Soins Longue Durée (USLD)

Les thématiques suivantes ne sont pas révisées :

- Accident Vasculaire Cérébral
- Biologie
- Brulés
- Buccodentaire
- Cardiologie
- Chirurgie cardiaque
- Détenus
- Greffe
- Permanence Des Soins en Etablissements de Santé
- Pédiatrie
- Périnatalité (hors Assistance Médicale à la Procréation)
- Personnes Agées (Santé des)
- Personnes handicapées (Parcours des)

C'est un volet important du Projet Régional de Santé tant en termes de volumes financiers en jeu que d'établissements et personnels hospitaliers concernés, mais également d'impact sur la population prise en charge. Si le SROS prévoit des bornes hautes et basses d'**implantations**, c'est la procédure d'**autorisation** entre l'ARS et les établissements de santé publics et privés, notamment par le biais de la **contractualisation** pluriannuelle qui permet, par la suite, que les hôpitaux exercent des missions de service public ou une activité dans ces champs thématiques.

Les leviers et améliorations de la révision du SROS hospitalier

- Une présentation de la révision, par l'ARS, en conférence de territoire aux acteurs de la santé du département, ciblant les modifications impactant la Seine-Saint-Denis ;
- Un **diagnostic de l'offre et des besoins** posé plus précisément dans le SROS révisé par une analyse des recours des patients. Ex : en HAD, en SSR ;
- Une prise en compte des **recours par commune** concernant l'HAD, menant à un développement des places à l'horizon 2018 ;
- **En psychiatrie**, le développement des RESAD, CLSM, d'équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) prennent en compte la dimension pluridisciplinaire nécessaire à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies mentales.

Les points de vigilance et propositions

- Outre les effectifs, la **localisation des implantations** actuelles par établissement devrait être rappelée pour chaque thématique, pour la région et pour chaque département ainsi que le nombre de places ou lits que représente chacune de ces implantations, notamment en cancérologie étant donné les besoins de prise en charge en Seine-Saint-Denis
- Le **développement des soins en ambulatoire**, soit une transformation des lits d'hospitalisation en places d'hôpital de jour, est à mettre en œuvre en regard des besoins des populations des territoires concernés, notamment en Soins de suite et réadaptation, ou en chirurgie.
- La coordination des parcours des patients entre dépistage, prise en charge sanitaire et accompagnement médico-social, notamment le « repérage » de patients en situation de précarité ou de vulnérabilité et le développement par exemple des **réseaux** devraient être davantage visible dans le SROS, et ce pour chaque thématique.
- **Impliquer les patients, les usagers et les associations** en tant qu'acteurs partenaires, experts et interlocuteurs privilégiés semble essentiel pour la qualité des prises en charge des patients.
- Mettre à jour des données d'activité hospitalière du Programme de Médicalisation des Systèmes d'information (PMSI) sur le recours aux soins de la population, les données les plus récentes fournies datant de 2011.

1.1. Thèmes du SROS Hospitalier concernés par une révision majeure

1. Hospitalisation à Domicile (HAD)

Contexte et enjeux

Point de rencontre entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire, l'HAD est une modalité d'hospitalisation à part entière qui apporte au domicile des patients pour une période limitée des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés.

Il est prévu la **création** en Ile-de-France de 1500 places supplémentaires d'ici 2018 (en substitution à de l'hospitalisation conventionnelle avec hébergement).

La Seine-Saint-Denis dispose de deux établissements disposant de services de HAD (Centre Hospitalier de Saint-Denis et Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil) et de cinq « intervenants » en HAD sur son territoire (Santé service, fondation Croix-Saint Simon, et 3 AP-HP en plus des deux premiers).

Le SROS, dont les objectifs en termes d'implantations ont fait l'objet d'une révision prévoit le développement des champs d'intervention de l'HAD aux besoins émergents et notamment la prise en charge du nombre des personnes âgées dépendantes.

Leviers

- L'ARS fait le constat du taux très bas d'intervention en EHPAD et il est précisé qu'un des objectifs de développement est la prise en charge des personnes âgées (objectif de 30% des patients en 2017 contre 22% aujourd'hui). L'HAD doit devenir un maillon dans le suivi au long cours et l'optimisation du parcours des personnes âgées.

- L'ARS fait le constat que le développement de l'HAD nécessite de clarifier son organisation en Ile-de-France et de définir un cahier des charges précisant les zones d'intervention des établissements pour garantir une complémentarité entre tous les acteurs de santé.

Points de vigilance

- Pour la Seine-Saint-Denis les objectifs en termes d'implantation prévoient à minima la stabilité des deux sites et potentiellement une création soit 3 implantations. En termes d'établissement intervenants, les objectifs prévoient une baisse à minima, ou une création amenant les sites au nombre de 6. Ces objectifs n'éclairent pas l'adéquation entre les besoins et l'offre car il n'y a aucune précision sur le nombre de places effectivement « actives » pour la Seine-Saint-Denis ; ce département est en effet couvert en partie par trois importantes structures régionales : Santé Services (1200 places), Fondation de la Croix Saint-Simon (200 places) et l'AP-HP (820 places).

- Par ailleurs la création de places supplémentaires en HAD d'ici 2018 doit se faire en priorité en substitution à de lits d'hospitalisation conventionnelle. Cette démarche interroge au regard des difficultés sociales des habitants et de la difficulté de recrutement de personnels paramédicaux, dans un contexte de démographie médicale tendue.

- L'effet de substitution pourrait avoir pour effet de réduire la qualité de l'accompagnement en raison de la faiblesse de l'offre et de complexifier la prise en charge à domicile des situations des personnes en perte d'autonomie. Or la part d'habitants de Seine-Saint-Denis bénéficiaires de l'APA à domicile dans la population est très élevée : 187,1 bénéficiaires de l'APA à domicile pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans (contre 98 en Ile-de-France).

Ces craintes ont été évoquées par les acteurs de santé lors de la Conférence de Territoire de Seine-Saint-Denis du 17 décembre 2014.

Contexte et enjeux pour l'HAD en périnatalité

L'HAD en périnatalité, bien que représentant une part importante en Ile-de-France, est assez peu présente en Seine-Saint-Denis. Jusqu'à la mise en place du programme PRADO (PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile) par l'Assurance Maladie, peu de sages-femmes exerçaient en libéral dans le département limitant les possibilités de mise en place. Conjointement, le recours à l'HAD n'a pas été nécessaire en raison du nombre important de sages-femmes de PMI (40) et leurs actions auprès des femmes enceintes.

Les améliorations depuis la mise en œuvre du SROS

- La mise en place de **l'accompagnement à la sortie de maternité** et secondairement du service de néonatalogie mis en place par le réseau Seine-Saint-Denis Ouest, avec des financements de l'ARS, a mis en évidence l'intérêt pour les femmes et leurs bébés du passage à domicile d'une puéricultrice ou d'une sage-femme, ainsi que des liens resserrés avec les professionnels de PMI qui prennent le relais plus ou moins rapidement en fonction des situations. Ceci a été facilité par le travail du **réseau périnatal de proximité**.
- De la même façon, **l'accompagnement à la sortie de service de néonatalogie** et la prise en charge rapide par la PMI a permis d'aider ces familles en souffrance en raison de la prématurité et de la fragilité de leurs enfants.
- Enfin, l'arrivée du dispositif PRADO ne peut être que bénéfique pour les femmes et les enfants, même s'il ne cible pas les patientes qui en auraient le plus besoin.
- Ces expériences montrent l'intérêt de diversifier les modes de prise en charge qui peuvent être moins lourds que l'HAD classique.

Les points de vigilance

- Il semble important que l'expérimentation d'accompagnement à la sortie de maternité (cf. paragraphe précédent sur l'accompagnement à la sortie de maternité et de néonatalogie) faite à Saint-Denis soit généralisée à l'ensemble des maternités du département afin d'en faire bénéficier toutes les familles du département.
- De même, le programme PRADO devrait être étendu à toutes les femmes et tout au moins, à celles ayant eu une césarienne ou qui nécessitent un accompagnement pour elles ou leurs bébés.

2. Soins de suite et de réadaptation (SSR)

Contexte et enjeux

Les services de Soins de suite et de réadaptation (SSR) concernent la rééducation et la réadaptation, la prévention et l'éducation thérapeutique (ETP) du patient et de son entourage, et une préparation et un accompagnement à la réinsertion.

Le schéma départemental en faveur des personnes âgées de Seine-Saint-Denis (2013-2017) a recensé 1 930 lits et 180 places de soins de suite sur le Département (données 2011), données non reprises dans le SROS.

Les quatre Hôpitaux publics de court séjour (MCO), ainsi que les Hôpitaux Avicenne et René Muret (AP-HP) offrent des lits de soins de suite, ce qui correspond aux établissements supports d'une filière gériatrique.

Deux tiers de l'offre en SSR en Seine-Saint-Denis relève du secteur privé à but lucratif (15 établissements) et privé d'intérêt collectif (2 établissements), avec une offre exclusive en SSR ou couplée à une activité de court séjour.

L'articulation entre les Unités de soins de Longue Durée (USLD) et les SSR est forte. 77% des résidents en USLD viennent de SSR. Pour autant, la majorité des usagers de SSR retournent au domicile (62% en Ile-de-France).

Leviers

Le SROS rappelle l'enjeu de structurer des parcours coordonnés de soins et de réadaptation en s'ouvrant notamment à toutes les alternatives à l'hospitalisation complète. Le rôle des SSR dans les filières gériatriques pour réguler les hospitalisations évitables, développer des bonnes pratiques d'accompagnement, organiser des prises en charge alternatives est rappelé dans le SROS. Ce travail en filière en Seine-Saint-Denis est d'autant plus déterminant que l'accès au SSR est difficile en cas d'isolement ou de précarité de la personne.

Points de vigilance

- Si le principe de coordination des parcours est partagé ainsi que la volonté de privilégier le choix du domicile, la faiblesse de l'offre de soins en Seine-Saint-Denis (ambulatoire, médecine de ville, USLD) et de l'offre médico-sociale (EHPAD, établissements pour personnes handicapées) rend la mise en œuvre de cette orientation délicate, avec le risque de sortie d'usagers des SSR sans prise en charge adaptée, tant au niveau des soins qu'en termes d'accompagnement médico-social.

- La coordination avec le secteur de l'accompagnement médico-social à domicile doit par ailleurs être préparée ; elle n'apparaît pas par elle-même dans le SROS. Le SROS par ailleurs ne prend qu'insuffisamment en compte la précarité économique et sociale des patients, les conditions de logement et l'isolement, qui cumulés à une offre médicale insuffisante sur le Département, rendent particulièrement périlleux le choix de l'HAD.

- Le nombre d'implantations opposables, objet de la révision du volet SSR, est difficile à analyser. Le SROS indique que le nombre d'implantations ne révèle pas de sous-dimensionnement de l'offre en SSR au niveau régional, mais ne permet pas de vérifier la répartition infra-régionale de l'offre.

Pour la Seine-Saint-Denis, les objectifs en termes d'implantations ne garantissent pas que l'offre sera maintenue à son niveau actuel.

3. Insuffisance Rénale Chronique (IRC)

Le débat public de la conférence de territoire sur les pathologies vasculaires¹ a présenté des données de **prévalence des malades dialysés en Seine-Saint-Denis qui sont largement supérieure à la moyenne francilienne et concernent une population plus jeune** (en moyenne 6 ans de moins que les malades des Yvelines ou des Hauts-de-Seine).

L'incidence de l'IRC peut se mesurer par le nombre de patients reconnus chaque année en affection de longue durée pour IRC terminale et en 2011, on recense **228 nouveaux cas** pour un million d'habitants en Seine-Saint-Denis versus 173 en Ile-de-France. C'est le premier département concerné après le Val-de-Marne.

La révision du SROS sur ce volet concerne deux points :

- « Enlever tout frein au développement des prises en charge favorisant le plus l'autonomie des patients et/ou permettant des prises en charge en EHPAD »
- Tenir compte des fusions d'établissements ayant laissé des implantations non pourvues

Le schéma dresse un bilan contrasté de la prise en charge de l'IRC considéré comme un « *problème de santé publique non maîtrisé* » qui ne semble pas dépendre du SROS.

Concrètement pour la Seine-Saint-Denis, la révision précise que « *le département a mis en place les structures d'Unité de Dialyse Médicalisée et d'autodialyse prévues* » (par le SROS) et la variation des implantations prévoit pour les 4 modalités de dialyses dans la prise en charge de l'IRC :

- Un statu quo pour l'hémodialyse en centre : 7 implantations
- Une implantation de moins ou un statu quo pour les unités de dialyse médicalisée (8 au total).
- Sur 9 établissements réalisant des auto dialyses, statu quo ou 2 implantations de plus
- Une implantation d'hémodialyse à domicile, qui peut être supprimée, et aucune variation pour les 5 implantations pour les dialyses péritonéales.

Leviers

- Le SROS tient compte de la question du transport des patients, de la démographie médicale et paramédicale, de la prévention de l'IRC, des nouvelles modalités de prise en charge, mais également de la nécessité d'un parcours du patient coordonné, prenant en compte les besoins médicaux et de nécessité de qualité de vie des patients.

Points de vigilance

- Le développement de la prise en charge en ambulatoire doit se faire concrètement en lien avec les conditions de vie de la population du territoire.
- Quelles sont les conséquences de la révision sur la prise en charge de l'IRC en Seine-Saint-Denis : quels sont les établissements concernés et quelle est la population accueillie ?
- La prise en charge par une intervention des infirmiers libéraux en EHPAD est-elle effective ?

¹ <http://ct.sante-iledefrance.fr/debats-publics/seine-st-denis-debats-publics/>

4. Soins palliatifs

Contexte et enjeux

Le volet soins palliatifs est présent dans le SROS depuis 2003, et a été réaffirmé par la Loi Léonetti de 2005 et concerne l'accompagnement pluridisciplinaire en fin de vie des personnes malades afin de « *préserver la qualité de vie (de la personne) jusqu'à la mort, sauvegarder la dignité de la personne et soutenir son entourage* » (SROS d'Ile-de-France).

En Seine-Saint-Denis, le SROS précise selon les données d'état civil des décès en 2010 que sur 7327 décès annuels en Seine-Saint-Denis, 49,5% sont décédés à l'hôpital (53,3 % pour les décès enregistrés en Ile-de-France) et 23,4 % à domicile (21,6% en Ile-de-France).

La prise en charge de la population en soins palliatifs concerne les lits identifiés dans les établissements hospitaliers, les unités de soins palliatifs (USP), les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) intervenant dans les établissements, mais également les réseaux de soins palliatifs.

La révision du SROS 2015 concerne ces trois derniers points.

Concernant les lits identifiés en soins palliatifs, le SROS 2013-2017 prévoyait 8 à 11 implantations, la révision les fixe à dix. La **révision du SROS** prévoit une équipe mobile Unités de soins palliatifs de plus, soit 3 implantations en Seine-Saint-Denis.

Enfin, six Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) existent actuellement dans les établissements de Seine-Saint-Denis, la révision réaffirme ces six EMSP, sans conserver la 7eme implantation cible prévue dans le SROS en 2012.

Leviers et améliorations

Concernant le paragraphe révisé sur les **réseaux**, le SROS prévoit qu'ils soient intégrés à une structure pluri-thématique (cancérologie, personnes âgées). Cette intégration est en cours en Seine-Saint-Denis car le réseau Equip'âge spécialisé en gérontologie (et la MAIA nord 93) est adossé au réseau de soins palliatif Arc-en-ciel. Par ailleurs, le réseau de soins palliatifs Océane a développé un volet gérontologie début 2014, uniquement sur le bassin sud ouest.

Point de vigilance

Il est rappelé **l'importance du partenariat avec les EHPAD**. Les contacts doivent être favorisés pour développer une "culture palliative", aujourd'hui faible et inégale sur le territoire de Seine-Saint-Denis.

5. Réanimation

Contexte et enjeux

L'ARS a réalisé une étude, présentée fin 2013, portant sur la situation de l'offre de soins en réanimation dans les établissements de Seine-Saint-Denis qui montre :

- Des modalités de recrutement et de financement différentes entre Hôpitaux publics et Cliniques privés.
- Pas de difficultés réelles dans les établissements de Seine-Saint-Denis mais plutôt des « crises » temporaires et qui ont été résolues.
- Mais un recrutement très difficile globalement, qui n'est cependant pas propre aux médecins anesthésistes, et des conditions de travail jugées difficiles.
- Un médecin anesthésiste pour 2 salles en moyenne. Leur moyenne d'âge est de 50/55 ans.
- Les solutions proposées par les établissements répondants sont essentiellement financières : revalorisation de la permanence des soins, financement de plages additionnelles...

Les résultats de cette étude mériteraient d'être posés, dans le SROS, comme des enjeux de la prise en charge en anesthésie réanimation en Seine-Saint-Denis.

Points de vigilance

Les chefs de services d'anesthésie réanimation des centres hospitaliers Avicenne, Robert Ballanger et celui de Saint-Denis ont proposé une motion à la Conférence de territoire de Seine-Saint-Denis de juin 2013, qui a été adoptée, sur la situation alarmante de leur profession dans le département. La pénurie d'anesthésistes réanimateurs, mais également d'infirmiers/ères de bloc opératoire diplômés ou formés a eu de graves répercussions sur le CHI André Grégoire de Montreuil dont les blocs ont failli fermer en 2013. La fermeture d'un ou plusieurs blocs opératoires dans un hôpital ayant une activité chirurgicale et obstétricale peut mettre en danger les personnes hospitalisées.

La **révision du SROS** pour la réanimation est axée sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge, notamment par la tenue d'un tableau de bord d'indicateurs qualité par les hôpitaux et de la gradation des soins. En termes de modifications d'implantation, on recense :

- Réanimation adulte : 9 implantations actuellement, la révision prévoit d'en retirer une (au maximum)
- En surveillance continue, il y a actuellement 16 sites en Seine-Saint-Denis et deux restant à installer, autorisés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen avec l'ARS.
- Le SROS n'indique pas l'existence de site de réanimation pédiatrique en Seine-Saint-Denis

Le document mériterait de tenir davantage compte de la démographie médicale et des besoins de prise en charge dans chaque département, comme évoqué ci-dessus.

6. Médecine

Contexte et enjeux

L'offre de soins hospitalière de médecine est en grande partie assurée par les Hôpitaux publics. Elle concerne notamment la prise en charge des personnes ayant des maladies chroniques ou des maladies infectieuses, mais également la prise en charge des personnes âgées.

Aussi, l'activité hospitalière en médecine est marquée par des séjours plus longs qu'en chirurgie ou en obstétrique, et par une hospitalisation des personnes, le plus souvent, à proximité de leur résidence.

La question de la tarification à l'activité (T2A) et de ses aménagements nécessaires se pose de manière aiguë pour les séjours de médecine, car la T2A peut parfois mal rémunérer la prise en charge des patients en médecine. En effet, par la fragilité de certains patients, la chronicité de leur maladie, leurs conditions de vie (logement, revenus, entourage...), les séjours d'hospitalisation peuvent être plus longs et nécessiter pour les professionnels un arbitrage parfois difficile (orientation vers un établissement de soins de suite, un EHPAD, vers un domicile adapté ou pas...ou vers une structure de type « Lits halte soins santé » quand elle est disponible), dans un contexte de réduction des durées moyennes de séjour.

C'est pourquoi si on ne peut qu'adhérer à l'objectif d'offrir aux patients une alternative à l'hospitalisation, et de favoriser des parcours permettant de réserver les lits d'hospitalisation aux personnes qui en ont réellement besoin, les conditions sociales de vie de la population de Seine-Saint-Denis rendent parfois impossible la réalisation de cet objectif (domiciles insalubres ou incompatibles avec un retour à domicile, isolement...).

Par la préparation d'une journée technique sur les liens avec les services sociaux hospitaliers en mars 2015, le Pôle Solidarité du Département de Seine-Saint-Denis travaille justement à améliorer ses articulations avec les services sociaux hospitaliers et ses partenaires que sont l'ARS et l'Assurance Maladie pour faciliter la prise en charge globale et la continuité des parcours des personnes hospitalisées.

L'analyse des besoins met en évidence la sur représentation des "bénéficiaires" d'affections de longue durée (ALD) dans la population de Seine-Saint-Denis (14,5% de la population soit le taux le plus important d'Ile-de-France). Cette tendance rejoint les constats de la DPAPH sur la précocité de l'entrée de la dépendance en SSD et l'importance du taux de pénétration de l'APA dans la population de plus de 60 ans de SSD. Il existe donc un public nombreux qui nécessite un accompagnement dans le temps et une coordination importante entre les actes des intervenants du soin et du soutien à l'autonomie.

Il semble important de mettre en avant les inégalités de santé constatées dans la région, et notamment en Seine-Saint-Denis où se cumulent les facteurs de précarité d'isolement et de gravité des troubles, tous ces facteurs contribuent à majorer les taux d'hospitalisation.

Avis sur la partie révisée

Pour la Seine-Saint-Denis, la révision consiste en une régularisation, avec deux autorisations supplémentaires en médecine (soins palliatifs) d'hôpitaux accueillant des personnes âgées: le site Casanova pour le Centre Hospitalier de Saint-Denis et Les Ormes pour le GHI Le Raincy-Montfermeil. Il est difficile de donner un avis sur la partie révisée et opposable (il s'agit d'un tableau de chiffres), le tableau ne précisant pas si les chiffres font référence aux implantations médicales adultes et enfants dans les établissements publics ou privés.

Si ces propositions permettent de renforcer la possibilité d'alternatives à l'hospitalisation, elles ne peuvent qu'être accueillies favorablement.

Ce sont effectivement des facteurs défavorables qui ont un fort impact en aval des urgences sur la fluidité des parcours de soins, avec des difficultés d'orientation après l'hospitalisation,

Il semble important de mettre l'accent sur la lutte contre les inégalités de soins, à destination des populations en situation de précarité, ce qui constitue un levier majeur dans l'organisation de la médecine hospitalière.

Leviers

- **L'articulation pluridisciplinaire** entre les professionnels à l'hôpital, avec la ville et les structures médicosociales est posée comme une recommandation majeure de la prise en charge des patients en médecine ;
- Le lien entre soins, prévention, et accompagnement médico-social est également rendu visible dans la mise en place d'une « **médecine de parcours** » ;
- Le lien entre le **SROS et le Programme régional d'Accès à la prévention et aux Soins (PRAPS)** concernant la prise en charge des personnes les plus vulnérables est posé explicitement dans le volet Médecine ;
- Le **diagnostic de l'offre** et des besoins de prise en charge en médecine est effectivement à affiner en mettant en évidence les données épidémiologiques et de recours aux soins par département, notamment pour rendre lisible les choix d'implantations de l'ARS, mais également de le compléter par une analyse détaillée associant offre hospitalière, ambulatoire et médico-sociale, comme écrit dans le SROS.
- La mise en avant des pratiques cliniques préventives est effectivement à développer et à consolider que ce soit le dépistage ou l'acquisition de compétence pour le patient. Les **Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)** sont la première cause de handicap acquis, il apparaît nécessaire d'intégrer la prévention des AVC dans l'éducation thérapeutique pour une diffusion généralisée des signes cliniques précoces d'AVC (perte de motricité, fourmillement..).
- L'amélioration de la prise en charge en **aval des urgences** passe nécessairement par la gestion en termes d'organisation et de moyens et nous appuyons la proposition de mettre à disposition dans tous les services, des outils inter et intra établissements d'aide à la gestion des lits.
- **Impliquer les patients et les associations en tant qu'acteurs partenaires, experts et interlocuteurs privilégiés** nous semble essentiels dans les prises en charge. Nous mettons l'accent particulièrement sur l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des personnes en situation de handicap. En mettant en conformité avec la loi l'accessibilité des établissements de santé, nous rejoignons la proposition d'une « cellule handicap » dans chaque établissement de santé qui optimiserait l'accueil pour la personne handicapée et les aidants. Une signalétique adaptée à tous les types de handicap, un aménagement architectural des locaux et des dispositifs de compensation spécifiques sont actuellement une obligation législative.

Points de vigilance

- La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 la mise en place d'un « *centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic* » des Infections **Sexuellement Transmissibles (IST)** dans chaque département, en remplacement des Cdag/Ciddist. Ce point aurait dû être abordé dans ce volet qui traite de la prise en charge des maladies infectieuses (VIH, IST, hépatites).
Le Département de Seine-Saint-Denis intervient dans la prévention et le dépistage du VIH et des IST, de manière volontariste depuis les années 90, et aujourd'hui dans le cadre de ses compétences déléguées par l'ARS.
Les patients dépistés par les Centres départementaux de dépistage et de prévention sanitaire (Cddps), au Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG) situé actuellement à l'Hôpital Avicenne de Bobigny, dans les 121 centres de planification familiale de Seine-Saint-Denis et au

CASO de Médecins du Monde sont orientés et pris en charge dans les hôpitaux du département, dans un partenariat étroit entre l'ensemble des professionnels.

- La question du **financement des Missions d'intérêt général (MIG)**, notamment de l'Education thérapeutique (ETP) à l'Hôpital ou de la prise en charge des populations précaires se doit d'être posée explicitement dans le volet médecine. L'insuffisante prise en compte du besoin de coordination dans la rémunération des professionnels et leur formation en ville et à l'hôpital ne permet pas un accompagnement satisfaisant et des parcours coordonnés.

- Le renforcement de la **coordination des professionnels en amont et en aval de l'établissement** est rappelé. La nécessité de formation, les partenariats entre l'établissement de santé et les acteurs des Contrats locaux de santé (Hôpital René Muret dans le CLS de Sevran) est soulignée. Des initiatives doivent être encouragées pour améliorer le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques : néanmoins les parcours de soins pour les personnes en perte d'autonomie ne sont pas détaillés dans le SROS Volet hospitalier.

- La pratique médicale est juridiquement libre d'implantation, ce qui explique en partie la désertification médicale en Seine-Saint-Denis, qui continue de s'aggraver. Ceci peut avoir un impact négatif majeur dans la prise en charge, notamment celle des personnes vulnérables qui ont un besoin accru en soins multidisciplinaires.

- Le régime juridique prévu dans le code de la Santé publique concerne les alternatives à l'hospitalisation dans les articles D.6124-301 et suivants. L'offre en services à domicile semble inférieure aux besoins de la population en Seine-Saint-Denis, en découle les délais d'organisation des sorties d'hospitalisation. Si la liaison entre le médical et le social ne se met pas en place dès le début de l'hospitalisation, on observe alors le prolongement des hospitalisations pour des motifs d'ordre sociaux.

- Comme il a été souligné, les situations particulières et fréquentes de patients polypathologiques, âgés, ou handicapés ne sont pas rares. Aussi, ces personnes plus fragiles ne peuvent supporter une attente trop longue au risque de décompensation de leur pathologie chronique ou d'aggravation de leur état de santé. Aussi il est proposé de renforcer et de formaliser les articulations entre les établissements médico-sociaux accueillant ces personnes et les services des urgences pour une prise en charge plus rapide, et ce dès l'accueil.

Il est pertinent de rappeler que le manque de moyens dans ces champs retentit directement sur le temps d'hospitalisation et sur la qualité de la prise en charge, notamment pour des personnes particulièrement vulnérables.

7. Equipements et matériaux lourds et imagerie médicale

Ce volet du SROS concerne l'équipement des hôpitaux et cliniques en Scanners, Imagerie à Résonance magnétique (IRM), Tomographie à émission de positons (TEP) et Gamma caméras.

Ces équipements d'imagerie moderne et de radiologie interventionnelle, permettent d'affiner des diagnostics de pathologies aiguës (cancérologie, AVC, pathologies pédiatriques...) ou chroniques, et des indications thérapeutiques.

En Seine-Saint-Denis, les besoins sont élevés, du fait d'une situation sanitaire défavorable, notamment la fréquence de certains cancers et de certaines pathologies chroniques, avec des conditions de vie de la population qui pénalisent l'accès aux soins, notamment au diagnostic précoce..

La révision du SROS pour la Seine-Saint-Denis prévoit 2 IRM supplémentaires, un TEP en moins, aucune création de scanners mais 2 autorisations et 2 implantations restantes, et un statu quo sur les gamma caméras.

Un enjeu majeur de démographie médicale (radiologues, spécialistes en médecine nucléaire) et paramédicale (manipulateurs en électroradiologie) se pose en Ile-de-France et en Seine-Saint-Denis pour les domaines de l'imagerie diagnostique et interventionnelle et de la radiothérapie, avec un vieillissement des professionnels et un renouvellement difficile, qui est détaillé dans le SROS.

Améliorations

Le paragraphe qui concerne le « bilan à mi SROS » de ce volet sur les équipements donne les effectifs régionaux par type de matériel, les tableaux par équipements donnent des taux d'équipements par habitants.

Point de vigilance

Ce volet a fait l'objet d'une étude des besoins puisque la révision constate une dégradation globale des délais de rendez-vous entre 2012 et 2014, cependant, il est difficile d'identifier les conséquences par département qui ne sont pas présentées.

8. Cancérologie

Contexte

En raison des orientations nationales du 3ème Plan cancer publié en février 2014, des évolutions thérapeutiques, techniques et épidémiologiques, des seuils d'activité liés à la prise en charge du cancer, et de la perspective de la loi de Santé de 2015, le volet cancérologie du SROS est modifié.

Les hôpitaux publics et privés du département sont soumis à des autorisations d'exercice en fonction de seuils minimum d'activité en chirurgie du cancer, fixés par l'Institut du cancer (Inca) au niveau national, soit 20 interventions par an pour la chirurgie des cancers gynécologiques, ORL et maxillo facial et 30 interventions par an pour la chirurgie des cancers du sein, digestifs, urologiques, et thoraciques.

La mortalité prématurée (<65 ans) des femmes de Seine-Saint-Denis pour cancer a légèrement diminué mais reste supérieure aux moyennes régionale et nationale. Celle des hommes a significativement diminué pour passer en dessous du seuil national mais reste supérieur au niveau régional. Le cancer que ce soit pour les hommes ou les femmes du département reste un poids important dans la mortalité prématurée avec près de 40% (39%) des décès prématurés. Les habitants de Seine-Saint-Denis hospitalisés pour une chirurgie du cancer sont, pour près de 6 sur 10, pris en charge dans un établissement en dehors du département, comme l'illustrent les données sur les séjours hospitaliers du PMSI².

Le Département de Seine-Saint-Denis soutient, avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, l'ARS et les représentants des professions de santé, le Groupement d'Intérêt Public chargé d'organiser et de gérer le dépistage des cancers du sein et du colon-rectum aux habitants au-delà d'un certain âge en Seine-Saint-Denis.

Notons également le soutien du Département au Groupement d'Intérêt Scientifique sur les cancers professionnels, attaché à l'Université Paris XIII.

Les **enjeux de la prise en charge** en cancérologie sont donc :

- Le maintien d'une **offre accessible** géographiquement et financièrement pour tous les patients atteints de cancer en Seine-Saint-Denis ;
- L'accès à une prise en charge et des technologies **de qualité** pour les patients ;
- Mais également le **renouvellement des professionnels** de santé et notamment des radiothérapeutes en Seine-Saint-Denis, certains sont proches de la retraite ;
- Des services hospitaliers **attractifs** pour les professionnels de santé.

La révision proposée fin 2014 ne modifie pas le diagnostic de l'offre et des besoins, mais uniquement **le nombre d'implantations**, correspondant, après procédure d'autorisation aux établissements autorisés à exercer chaque discipline.

La révision du SROS prévoit donc pour la Seine-Saint-Denis de 5 à 8 implantations en moins en chirurgie du cancer, de 1 à 2 implantations en moins en chimiothérapie et soit un statu quo, soit une baisse d'une implantation en radiothérapie.

Points de vigilance

La mise en œuvre du SROS 2013-2017 a impliqué une importante concentration des sites en Ile-de-France et en Seine-Saint-Denis avec les conséquences suivantes :

- un regroupement de l'activité en cancérologie des établissements, avec une baisse du nombre de sites pour les patients : passant de 13 à 10 sites en chirurgie digestive ou de 13 à 8 en chirurgie urologique (entre 2009 et 2014) en Seine-Saint-Denis.

²Programme de Médicalisation des systèmes d'information. Base de données nationales sur les séjours hospitaliers, outil de pilotage de la tarification.

- une fragilité de l'offre pour les établissements situés à la limite des seuils d'activité. Une étude a montré qu'une augmentation de 10% des seuils entraînerait en principe une disparition quasi-totale de l'activité de soins anticancéreux sur le territoire.

Il est nécessaire que le SROS mette en parallèle les sites hospitaliers qui accueillent actuellement les implantations et le nombre de patients accueillis chaque année ainsi que leurs caractéristiques.

Sans une analyse des conséquences de ces changements sur les modalités de prise en charge de la population, il est difficile de donner un avis.

Points d'amélioration

- la définition en 2014 d'une stratégie commune des hôpitaux publics de Seine-Saint-Denis en cancérologie
- Plus globalement, l'amélioration de la mortalité prématurée des personnes atteintes de cancer peut être mise au crédit d'un système de prise en charge performant, bien que l'impact de la prévention et/ou du système de prise en charge reste à objectiver.

1.2. Thèmes du SROS Hospitalier concernés par une révision mineure

1. Chirurgie

Le projet de révision affiche vouloir répondre à la fragilisation des structures de chirurgie de proximité de la région, qui sont confrontées à la concentration et à l'hyperspécialisation des structures parisiennes. En termes d'implantations, le projet de révision prévoit au mieux le *statu quo* de leur nombre sur chaque territoire (dont la Seine-Saint-Denis), ce qui ne permettra pas de corriger les très fortes inégalités territoriales. Quant aux propositions de réorganisation destinées à soutenir les sites les plus fragiles, rien n'est dit des établissements concernés et des réorganisations envisagées.

2. Médecine d'urgence

Le chapitre Médecine d'urgence ne présente dans cette révision aucune modification notable, uniquement la correction de quelques oublis de tableaux ou erreurs de calcul.

On ne peut à cette occasion qu'insister sur les pistes d'amélioration tracées lors de l'élaboration du SROS, que l'on trouve dans les paragraphes suivants :

- 9.4.2 Un programme régional pour améliorer l'aval des urgences 2013-2017 ;
- 10.5.2 Améliorer la gestion des flux de passage aux urgences ;
- 10.5.3 Réguler l'hétérogénéité de l'offre de soins urgents sur le territoire ;
- 10.5.4 Améliorer les systèmes d'information en Médecine d'urgence : sécuriser, inter-opérer, assurer un suivi de l'activité, et de veille sanitaire ;

sur lesquelles le Département de Seine-Saint-Denis pourra formuler un avis lors de la révision de l'actuel PRS en 2016, disposant alors des éléments d'évaluation nécessaires rassemblés par l'ARS.

Ces améliorations sont particulièrement attendues pour ce qui concerne les personnes âgées ayant des polyopathologies ou en établissement, pour lesquelles la mise en œuvre de dispositifs et de procédures de prise en charge adaptés permettrait à la fois d'améliorer leur pronostic vital et de désengorger les services d'urgence.

3. Psychiatrie

3.1. Psychiatrie adulte

Contexte et enjeux

Une personne sur cinq est aujourd'hui confrontée à la maladie mentale au cours de sa vie de façon ponctuelle ou chronique en Ile-de-France. La santé mentale est un thème central des schémas départementaux en faveur des personnes handicapées, mais aussi âgées.

La conférence de territoire de Seine-Saint-Denis du 17 décembre 2014 a permis d'acter que les objectifs du SROS en matière de démographie médicale n'ont pour le moment pas été atteints et que les perspectives sont dans ce domaine extrêmement préoccupantes en Seine-Saint-Denis en particulier concernant les praticiens hospitaliers en psychiatrie.

La fermeture de nombreux lits de psychiatrie dans les années 80 a fait de la psychiatrie un domaine précurseur en matière de passage à l'hospitalisation de jour, avec des « effets secondaires » très violents pour les personnes les plus vulnérables ou les plus précaires et leur entourage.

Si la prise en charge par le secteur médicosocial pour les enfants notamment est indéniablement préférable à l'hospitalisation systématique, le recours à l'hôpital doit rester possible notamment pour la gestion de crises.

En Seine-Saint-Denis, le manque d'articulation entre les champs sanitaire, médicosocial et social est ressenti de façon aigue par les professionnels, souvent en difficulté pour répondre aux situations auxquelles ils sont confrontés.

Pour autant de nombreuses initiatives de travail en réseau telles que les Conseils locaux de santé mentale (CLSM), les Réunions d'Évaluations d'Adultes en Difficulté (RESAD), le groupe d'appui action sociale et santé mentale soutenus par l'ARS et proposant des formations sur le champ de la santé mentale aux professionnels sociaux existent en Seine-Saint-Denis. Ces dispositifs de travail en réseau favorisent la concertation entre professionnels des champs social, médico social, sanitaire et au-delà (bailleurs de logements sociaux, associations de patients ou de familles...)

En 2012, 17 communes disposaient de RESAD sur leur territoire, en 2015 c'est le cas de 28 communes, auxquelles on peut rajouter 3 qui sont en cours de construction.

Seule réserve sur ce point, la quasi absence de médecins généralistes dans ces instances, sauf dans 3 communes. La question de la participation financière de l'ARS pour rémunérer le temps de présence des professionnels à de telles instances se pose.

L'entourage est également en première ligne et n'a pas toujours les capacités d'accompagner les personnes touchées. Le schéma en faveur des personnes âgées appelle de ses vœux un développement des soins géronto – psychiatriques, pour compléter l'offre sur le territoire (deux secteurs de psychiatrie générale adulte au CHI Robert Ballanger et l'Etablissement Public de Santé de Ville-Evrard, ainsi que des consultations mémoire, une équipe mobile de géronto psychiatrie, une unité cognitivo comportementale et une équipe spécialisée Alzheimer). Le schéma des personnes handicapées fait état de nombreuses actions conduites sur le handicap psychique, avec des difficultés de coordination encore fortes.

Les deux schémas font de la coordination de tous les acteurs l'objectif prioritaire en matière de santé mentale : l'élargissement des instances sanitaires autour de la psychiatrie vers le champ médico social constitue une fiche action à part entière du schéma des personnes handicapées, et le schéma des personnes âgées consacre une fiche action dédiée à la dynamique de coopération avec tous les acteurs de la santé mentale.

La programmation du SROS en matière de psychiatrie est donc un enjeu fort pour le Département de Seine-Saint-Denis.

Leviers

- D'emblée, le diagnostic du SROS, intéressant et pertinent, part d'une approche transversale de la santé mentale, incluant les conditions de vie, avant, pendant et après l'apparition des maladies. En identifiant des étapes de vie clés dans ce domaine, il fait le lien entre les différentes populations accompagnées par le Pôle solidarité du Département de Seine-Saint-Denis (femmes enceintes, enfants en bas âge, adolescents, personnes handicapées, personnes âgées).

Deux idées fortes sont ici présentées :

- il y a des étapes clés dans l'existence lors desquelles les maladies mentales peuvent se développer et avoir des impacts particulièrement forts sur la vie des personnes concernées (adolescence, grossesse, vieillesse)
- le lien entre vulnérabilité psychique et précarité renforce, en Seine-Saint-Denis, la prévalence de certaines maladies mentales qui peuvent être liées aux conditions de vie des personnes (parcours de migration, alimentation, logement, lien social...).
- Le SROS identifie également bien l'enjeu de la prise en compte des aidants et de leur répit.
- Il affirme que « *l'analyse des besoins de soins et de santé des personnes présentant des troubles psychiques, ouvre à une complexité qui déborde fréquemment la planification hospitalière* » tout en regrettant qu'aujourd'hui aucun système d'information ne permet d'avoir une lisibilité de l'offre pour ces personnes, transcendant les champs sociaux, médico sociaux et sanitaires. « *Les collaborations avec le médico-social restent largement à construire (p.76)* ».
- Il est donc affirmé la nécessité de développement des projets associant soins, logement accompagné ou hébergement médicosocial sur le modèle de l'établissement associatif créé en 2014 à Villepinte. ?

Dans le champ plus strictement psychiatrique, l'organisation des soins proposée apparaît pertinente : des accueils de proximité (les CMP ou des psychiatres dans les maisons de santé), des dispositifs à l'échelle des territoires de santé (les départements) et des lits spécialisés par pathologie à l'échelle régionale permettant l'accueil des personnes concernées.

Le champ médico social est cité mais restreint aux établissements, les services à domicile n'étant pas identifiés, dans le SROS, comme des partenaires à part entière du parcours de santé des personnes.

- Sur la prise en charge des personnes souffrant **d'autisme ou de troubles envahissants du développement (TED)**, on retrouve le Plan Autisme 3. La prise en compte de la spécificité des maladies mentales pour les personnes atteintes de handicaps sensoriels est abordée.
- Il est aussi proposé de mettre en place une filière de prise en charge des personnes âgées dans chaque territoire. Le champ du domicile s'arrête au soin, mais une véritable filière coordonnée est proposée sur 4 grands bassins régionaux.

Mise en œuvre en octobre 2013 de la commission d'examen des situations complexes de la MDPH, où le Service social départemental est membre permanent.

Rappelons l'existence en Seine-Saint-Denis du groupe de travail "santé mentale et personnes âgées" réunissant des représentants de l'ARS et du Département, qui organise des colloques à destination des acteurs de la santé, du social et du médico social en Seine-Saint-Denis,

Points de vigilance

- La démographie médicale préoccupante dans le champ de la psychiatrie est soulignée.
- La difficulté pour les patients atteints de pathologies mentales est plus grande concernant l'accès aux soins en **SSR** et **ambulatoire**.
- Cependant, les recommandations du SROS semblent déconnectées du diagnostic.

Ainsi, les objectifs en termes d'implantation ne sont pas lisibles en matière d'unité d'œuvre et le SROS émet une série de propositions quantitatives dont il est impossible de savoir si elles sont incluses dans le tableau des moyens (p. 87 versus p. 74).

Les recommandations de fluidité de parcours et de coordination ne concernent que le champ sanitaire : CMP, éducation thérapeutique assurée par l'ARS, y compris pour ce qui concerne les aidants, champ pourtant défriché dans le cadre des prestations d'aide à la perte d'autonomie.

Une « gouvernance spécifique formalisée » est proposée par territoire de santé (p. 88) sans que ce que cela recouvre soit lisible.

Globalement, si le développement et l'animation des partenariats sont fortement préconisés, la manière dont celui-ci peut concrètement être renforcé n'est pas toujours indiquée. Le lien est cependant mentionné avec le champ du logement et de l'insertion professionnelle (GEM ou SAVS).

Il manque une 5ème équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) pour couvrir l'ensemble du département, sur les communes Drancy, le Bourget, l'île Saint-Denis, Saint-Ouen, Bobigny, Pantin, Aubervilliers.

En conclusion, la partie « santé mentale » du SROS semble avoir pris toute la mesure de la prévalence et de l'importance des maladies mentales. La coordination, les parcours de vie et de santé, l'articulation entre les différents intervenants y est très préconisée, et l'articulation médico-social / sanitaire y apparaît en filigrane tout au long du texte.

Cependant le Schéma ne traite pas de la manière d'atteindre ces objectifs, et restent encore très centré sur les soignants. Le lien entre le diagnostic, les préconisations et les éléments quantitatifs n'est pas fait du tout, de sorte qu'il est impossible de savoir à quelle recommandation répond les propositions « borne basse » et « borne haute ».

3.2. Psychiatrie infanto juvénile

Contexte et enjeux: organiser l'offre en périnatalité

La capacité actuelle en structure et en professionnels est très en deçà des besoins de la population de la Seine-Saint-Denis. Ainsi les délais de prise en charge sont tels que les situations s'enkystent et qu'un certain nombre de femmes renoncent à se soigner ou à faire soigner leurs enfants. Nombre d'enfants doivent être orientés en Belgique pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée.

- Améliorer le **dépistage précoce** des maladies psychiatriques et de la souffrance psychique chez les femmes enceintes
- Améliorer les prises en charge des femmes, des enfants et des familles
- Avoir le nombre nécessaire de structures et de professionnels en rapport avec une population fragilisée
- Approfondir les liens entre psychiatres d'adultes et pédopsychiatres.

Améliorations

- L'existence des Unités de Psychiatrie Périnatale (UPP) à Montreuil et Saint-Denis et de services de pédopsychiatrie à Aulnay et Jean Verdier qui permettent de prendre en charge de façon plus précoce les femmes et les enfants qui le nécessitent.
- Les staffs médicosociaux mis en place par les réseaux périnatals de proximité dans les cinq hôpitaux publics et deux maternités privées facilitent les suivis coordonnés et l'anticipation des sorties de maternité.
- L'implication du réseau Naître dans l'Est Francilien (NEF) qui a mis en place des groupes de travail dont deux sont en lien avec ce thème de la psychiatrie infanto juvénile :
 - L'Entretien Périnatal Précoce (EPP) avec diffusion d'une plaquette d'information pour les usagers et des formations pour les sages-femmes du département
 - Psychiatrie périnatale avec des réflexions sur la dépression maternelle, le suivi psychologique des nouveau-nés à risque et la création d'un annuaire,
- La création d'un troisième Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) polyvalent sur le département est en cours, mais qui risque fort d'être rapidement insuffisant.
- Mise en place par la MDPH de Seine-Saint-Denis de la commission de traitement des situations d'enfants en très grandes difficultés sans prise en charge adaptée.

Points de vigilance

- Bien que dans le cadre de la révision du SROS, les prévisions soient d'augmenter globalement l'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile, les délais actuels sont tels que le retard semble difficile à combler. Pour information les délais de rendez-vous sont de trois à six mois pour les Centres Médico Psychologiques (CMP) et un an pour les CAMSP.
- Il y a nécessité de coordonner les prises en charge entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie et à clarifier les rôles de chacun, ainsi qu'avec les professionnels partenaires.

- **Unités de Soins Longue Durée (USLD)**

Contexte et enjeux

« Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active, soit au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. »

Les USLD sont soumises à une tarification médico-sociale ; le tarif dépendance et le tarif hébergement peuvent être solvabilisés par l'Allocation Départementale Personnalisée à l'Autonomie (ADPA) et l'Aide Sociale à l'Hébergement.

En 2012, on recense 471 places en USLD en Seine-Saint-Denis, représentant un taux d'équipement de 5.8% personnes âgées de plus de 75 ans, soit en-deçà de la moyenne régionale (6.9% personnes âgées de plus de 75 ans). (données ARS),

Le champ d'intervention des USLD est très proche de celui des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), bien que le niveau de dépendance et le besoins de soins y soient sensiblement plus élevés dans les USLD. Or, la faiblesse du taux d'équipement en USLD aggravée par le taux d'équipement en EHPAD, lui aussi inférieur à la moyenne régionale. Au global, le taux d'équipement en USLD et EHPAD en Seine-Saint-Denis s'élève à 76.2% personnes âgées de plus de 75 ans, très inférieur à la moyenne régionale (88.5%) et plaçant la Seine-Saint-Denis en avant-dernière position en Ile-de-France.

La révision du SROS porte sur les objectifs en termes d'implantations en USLD et sont opposables .

Leviers

- L'ARS fait le constat de la nécessaire adaptation des USLD en direction des malades psychiatriques, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés et des personnes atteintes de déficience neurologique. Pour répondre à ces besoins spécifiques, le SROS prévoit la création de 17 Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) et d'Unités Spécialisées de Soins Prolongés.

- L'ARS fait le constat également de la vétusté d'un grand nombre d'USLD et engage un programme de rénovation du bâti. En Seine-Saint-Denis, le Département contribue financièrement à la restructuration de l'USLD Les Ormes à Montfermeil, établissement du GHI Le Raincy Montfermeil.

Points de vigilance

- Les objectifs sont, en termes d'implantation opposables, a minima la stabilité du nombre d'implantations (5) et potentiellement une création (portant à 6 le nombre d'implantations). Cet objectif est un minimum au regard du retard du Département de la Seine-Saint-Denis. Pour autant, le document n'indique pas si les objectifs en termes d'implantation permettront de rééquilibrer effectivement l'offre existante en Ile-de-France, ni si l'objectif permettra au Département de la Seine-Saint-Denis de rattraper son retard. On peut craindre à l'opposé que ces objectifs ne permettent pas de rattrapage, les implantations futures étant réparties sur 6 Départements.

- Les USLD font partie du parcours de santé des personnes âgées, avec des articulations nécessaires avec les autres acteurs sanitaires (SSR), le médico-social (EHPAD) et le domicile (HAD, SSIAD, services de maintien à domicile). Une expérimentation sur le parcours de santé des personnes âgées a été engagée à Paris. Le Département de la Seine-Saint-Denis a fait part à l'Agence Régionale de Santé de sa volonté de s'engager également dans cette expérimentation.

5. Périnatalité

La périnatalité n'est pas identifiée en tant que telle dans la révision du SROS, excepté pour l'Assistance médicale à la procréation (AMP).

Contexte et enjeux

La Seine-Saint-Denis est un département jeune avec un taux de natalité et un indice de fécondité élevés. Mais malgré une politique périnatale qui avait permis de voir baisser le taux de mortalité périnatale, celui-ci est redevenu le plus élevé de France et d'Ile-de-France.

Les enjeux

- Réduire le taux de mortalité périnatale et infantile à des valeurs proches de celle d'Ile-de-France
- Améliorer la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés:
 - accès aux droits (sécurité sociale, AME, CMU, CAF...)
 - accès à un suivi de grossesse de qualité (dépistage de la trisomie 21, échographie...)
 - accès aux soins nécessaires pour les nouveau-nés à risque et ceux présentant une pathologie
- Accompagner les femmes et les bébés en sortie de maternité
- Revoir le problème de l'hébergement des femmes enceintes pendant la grossesse et à la sortie de maternité
- Permettre un accès à la PMA
- Faciliter l'accès à l'IVG pour les femmes qui le souhaitent.

Les améliorations

- Le projet REduction de la Mortalité Infantile et périnatale (REMI) mis en place par l'ARS en Seine-Saint-Denis va permettre de mieux comprendre le taux élevé de mortalité périnatale et tentera d'y apporter des solutions. C'est d'une importance particulière pour le département.
- Le réseau NEF dans lequel le service de PMI est largement impliqué a permis d'améliorer ou de mettre en place de nombreuses actions :
 - le dépistage de la trisomie 21 grâce à la certification des échographistes
 - la mise en place du suivi des nouveau-nés à risque
 - le dépistage de la surdité dans les maternités
- L'existence du CPDPN de Jean Verdier et les Unités de Dépistage Anté Natal (DAN) existant dans certains hôpitaux du département (Montreuil, Saint-Denis...) sont une chance pour les patientes et d'un grand appui pour les professionnels.
- Le système PRADO mis en place par la CPAM permet une prise en charge des femmes éligibles (accouchement normal, nouveau-né bien portant...) dès la sortie de maternité, mais il devrait être étendu à toutes les femmes.
- L'accompagnement à la sortie du service de néonatalogie, tel que mis en place à Saint-Denis est une avancée dans l'accompagnement des couples mère/bébé et a un rôle préventif dans les troubles de l'attachement et dans la prévention de la maltraitance.
- Concernant la PMA, l'ouverture du centre à la maternité du Centre Hospitalier de Saint-Denis facilite la prise en charge des femmes de Seine-Saint-Denis dans leur département.

- Concernant l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) :
 - la possibilité pour les femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses en ville et dans les centres de PMI a permis d'accroître l'offre.
 - la mise en place du dispositif FRIDA va faciliter encore cet accès.
- Pour l'hébergement des femmes vulnérables, l'ouverture de l'Hôpital de l'Est parisien est une avancée importante, bien que le nombre total de structure d'accueil soit nettement insuffisant, tout particulièrement en Seine-Saint-Denis.

Les points de vigilance

- Les difficultés d'accès aux droits, essentiellement à la sécurité sociale restent un élément majeur pour une population fragilisée et vulnérable pouvant en partie expliquer la surmortalité périnatale en Seine-Saint-Denis, ce qui pose la question de la place de l'assurance maladie dans le SROS.
- Le parcours de santé des femmes enceintes doit être réfléchi entre les différents professionnels libéraux, territoriaux et hospitaliers afin de permettre une réelle coordination des prises en charge. C'est un enjeu majeur pour les années à venir.
- L'arrêt de l'accompagnement à la sortie de maternité mis en place par le réseau de périnatalité Seine-Saint-Denis Ouest il y a quelques années a été une perte pour les femmes et leurs bébés. Il vient de reprendre de façon expérimentale avec des financements ARS et devra être évalué.
- Les fermetures de maternité (moins un type I et moins un type II en borne basse prévue dans le SROS 2010-2016) entraîneraient une surcharge des structures proches, de longs délais de consultation, parfois un manque de place et des trajets pour les familles et donc un moins bon accès aux soins ; avec de surcroît une diminution des places d'IVG.

4. AVIS SUR LE VOLET AMBULATOIRE

2.1. Les enjeux des principales modifications présentées par l'ARS

Les principales modifications du volet ambulatoire du SROS en Ile de France portent sur le mode de détermination des zones déficitaires et des zones fragiles en matière de professionnels de santé de premier recours. Seul le zonage pluri-professionnel fait l'objet de modifications, les zonages spécifiques concernant les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes étant plus récents.

L'article L.1434-7 du code de la santé publique prévoit que 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 sont déterminées par l'ARS dans le schéma régional d'organisation des soins. Les dispositions de mise en œuvre de ce zonage ont été définies par l'arrêté ministériel du 21 décembre 2011, lequel fixe le plafond de population couverte par les zones déficitaires à 7,3% de la population régionale en Ile de France.

Les médecins généralistes bénéficient exclusivement dans les zones classées déficitaires par l'ARS d'une exonération d'impôts sur les revenus réalisés dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA : mission de service public qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé).

Dans les zones classées déficitaires ou fragiles, les aides peuvent aussi concerner d'autres professions médicales ou paramédicales, voire des structures d'exercice collectif, et consistent en complément de revenu, aides à l'installation ou bourses d'étude (sous condition d'exercice ultérieur en zones fragile ou déficitaire).

2.2. Les apports de la révision actuelle

L'ARS exprime clairement sa volonté d'accroître les territoires éligibles pour améliorer l'impact des mesures incitatives proposées aux professionnels de santé.

En Seine Saint Denis le nombre de communes appartenant à des zones déficitaires passe ainsi de 9 à 10, couvrant 26,5% de la population du département au lieu de 7,3% au niveau régional. Les communes classées en zones fragiles passent de 6 à 9, couvrant 34% de la population contre 21% au niveau régional. Au total, 19 communes, représentant 61% de la population du département sont classées dans une de ces deux zones qui permettent de mettre en œuvre les aides rappelées précédemment.

2.3. Les points de vigilance

Cependant, malgré la multiplication presque par quatre du plafond de population couverte par les zones fragiles, l'appréciation des résultats en terme de classement des communes par zone est compliqué par la modification de la méthode de calcul de l'indicateur utilisé, notamment le critère de vieillissement des médecins généralistes fixé à 60 ans au lieu de 55 précédemment.

Ces changements de méthode joints au maintien du seuil pour les zones déficitaires risquent de faire varier les aides dépendant de ce zonage au moins autant du fait des changements de la méthode de calcul elle-même que de l'évolution des besoins, ce qui serait légitimement mal compris par les professionnels exerçant dans les territoires concernés.

Il est donc demandé que dans le cas de rétrogradation d'une zone à l'autre à l'occasion de cette révision, le classement précédent de la commune concernée soit conservé, au moins jusqu'à la fin du PRS.

4. PROPOSITION D'AVIS DU DEPARTEMENT DE SEINE-SAINT-DENIS SUR LA REVISION DU SROS D'ILE-DE-FRANCE

Le Conseil général de Seine-Saint-Denis regrette, à ce stade, l'absence d'évaluation du SROS,

Souhaite donc disposer d'un diagnostic plus précis de l'offre en regard des besoins de santé de la population, notamment par une analyse quantitative et qualitative des recours aux soins des habitants ;

Considère que la prise en compte des déterminants de la santé, de la réalité des conditions de vie des habitants d'Île-de-France et de Seine-Saint-Denis, imposant une vision globale de la santé des personnes, se doit d'être intégrée dans le SROS ;

Constate l'amélioration du dialogue entre acteurs de la santé d'un même territoire depuis l'installation des conférences de territoire en 2010 et du rôle de l'ARS dans l'appui à la présentation des CLS ou encore dans l'analyse des modalités de prise en charge ;

Pour autant, le Conseil général de Seine-Saint-Denis demande à l'Agence Régionale de Santé (ARS) :

- l'amélioration de la visibilité des enjeux concrets pour la prise en charge de la population du SROS ainsi révisé ;
- la communication des documents soumis à consultation des collectivités territoriales plus en amont des délais réglementaires ;
- le retour sur les avis formulés par les Collectivités territoriales et les acteurs de santé sur le Projet Régional de Santé (PRS) et sa révision ;

préalables indispensables à l'exercice d'une réelle démocratie en santé en Île-de-France et en Seine-Saint-Denis, comme l'indique le PRS et le prévoit Projet de Loi de santé pour 2015

et émet

Documents de référence

Documents de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France

- Projet régional de santé 2013-2016, dont le Schéma Régional d'Organisation des Soins en Ile-de-France, 2012-2016
- Synthèse de la révision du SROS présentée en Conférence de territoire du 17 décembre 2014

Documents du Département de Seine-Saint-Denis

- Avis du Département sur le Plan stratégique AP-HP 2015-2019 (juillet 2014)
- Réponse du Département à la consultation de la CRSA sur « l'Hôpital de demain » (juillet 2013)
- Avis du Département sur le découpage des territoires de santé, sur le Plan stratégique Régional de Santé (PSRS), et sur le **Projet régional de santé (PRS) 2013-2017**
- Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2013-2017
- 3ème schéma départemental en faveur des personnes handicapées - 2012-2016
- Pacte pour la Santé publique et plan de recrutement exceptionnel, 2012
- Actes des Assises de l'offre de soins en Seine-Saint-Denis, juin 2011

Délibération n° du 28 mai 2015

REVISION 2015 DU SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS 2013-2017 : POSITION DU DEPARTEMENT SUR LES ENJEUX DE L'ACCES AUX SOINS DES HABITANTS DE LA SEINE-SAINT-DENIS.

Le Conseil départemental,

Vu le Code général des collectivités territoriales,

Vu le schéma régional d'organisation des soins (SROS) 2013-2017 élaboré par l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France,

Vu le courrier du Président du Conseil général M. Stéphane Troussel adressé au Directeur général de l'ARS, en date du 20 février 2015, désapprouvant, au nom du Département, la méthode et le délai de consultation des acteurs de santé,

La 3ème commission consultée,

après en avoir délibéré

- APPROUVE la proposition d'avis du Département de la Seine-Saint-Denis sur la révision du Schéma Régional de Santé 2013-2017 ;



- DECIDE que ces éléments seront portés à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé dans la perspective du Projet Régional de Santé.

Pour le Président du Conseil départemental,
et par délégation,
le Directeur général des services,

Valéry Molet

Adopté à l'unanimité :

Date d'affichage du présent acte, le

Adopté à la majorité :

Voix contre :

Date de notification du présent
acte, le

Abstentions :

Certifie que le présent acte est
devenu exécutoire le

*Le présent acte peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Montreuil dans un
délai de deux mois à compter de sa notification ou publication.*