



Schéma d'organisation des soins



Le Volet **Hospitalier**

SYNTHÈSE

1- RESUME SCHEMA RELATIF A L'OFFRE DE SOINS

Le SROS-PRS s'inscrit dans le projet régional de santé de la région et comprend deux parties :

- Une partie relative à l'offre de soins opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, qui sera appelée le volet hospitalier ;
- Une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé. Cette partie (communément appelée volet ambulatoire) est non opposable à l'exception des zonages.

La partie relative à l'offre de soins comprend elle-même un nombre de volets définis par voie réglementaire et qui sont :

- Les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée, des greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, de traitement des grands brûlés, de chirurgie cardiaque, des activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, de l'activité de neurochirurgie, des activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, de l'activité de médecine d'urgence, de l'activité de réanimation, de l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, des activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et de diagnostic prénatal, de l'activité de traitement du cancer, l'activité d'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ainsi que la prise en charge de la santé des détenus ;
- les équipements et matériel lourds suivants : caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence (gamma-caméras), des tomographes à émission de positons (TEP), caméra à positons, des appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM), de scanographes à utilisation médicale (scanner), de caissons hyperbare et de cyclotrons à utilisation médicale.

Le choix a été fait en Ile-de-France d'y ajouter l'hospitalisation à domicile et les personnes âgées. Ce sont donc vingt-quatre sous ensembles de l'activité hospitalière qui ont été pris en compte.



Ce schéma est par ailleurs le quatrième succédant aux précédents de 1994, 1999 et 2006.

Le mode d'élaboration

L'élaboration du schéma régional de l'organisation des soins s'est inscrite dans le cadre global du projet régional de santé, et en déclinaison du plan stratégique régional de santé. Ainsi, la partie offre de soins du SROS a été établie en prenant appui sur les huit principes et les trois objectifs du PSRS de la région Ile-de-France. C'est ainsi qu'ont été envisagées les évolutions pour améliorer :

- l'accessibilité aux soins ;
- la cohérence des parcours de santé des usagers notamment fondée sur la graduation des soins ;
- l'amélioration de l'efficacité et la garantie de la qualité ;
- la dimension territoriale.

L'inclusion du SROS comportant la partie offre de soins dans le PRS implique que ce schéma soit élaboré en cohérence avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention et à l'organisation médico-sociale. Cette réflexion a aussi été organisée en réalisant pour chaque domaine et plus globalement :

- une évaluation des besoins, actuels et futurs ;
- une analyse de l'offre actuelle et de ses besoins d'adaptation ;
- une prise en compte du contexte des ressources humaines et financières.

La partie offre de soins du SROS, a fait l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs de la région :

- Une concertation avec des experts régionaux, des usagers et des personnalités qualifiées a été mise en place dès le lancement des travaux avec la constitution de groupes de travail régionaux dont la composition a été fixée en sollicitant notamment les fédérations hospitalières, l'union régionale des professionnels de santé (URPS) et le collectif inter associatif sur la santé d'Ile-de-France (CISS) Une vingtaine de groupes dont la liste et les travaux figurent sur le site internet de l'agence ont ainsi contribué à l'élaboration du présent schéma ;
- Un comité régional composé de toutes les fédérations hospitalières, des usagers, de l'URPS a été réuni mensuellement depuis la rentrée 2011.

La transparence a été voulue avec la mise à disposition, sur le site internet de l'ARS Ile-de-France, de tous les éléments de réflexion depuis le début jusqu'à son terme.

Une présentation intermédiaire a été réalisée au début de l'été à l'attention des directeurs et présidents des commissions médicales d'établissement : une cinquantaine d'établissements ont formulé des remarques à cette occasion.



Les éléments centraux

Ils peuvent se résumer comme suit.

Si la dimension réglementaire qui se traduira en particulier par la délivrance d'autorisation d'activité ne peut être sous estimée une autre dimension celle de l'organisation des prises en charge et des parcours est devenue centrale. A tel point que ce schéma apparait autant comme un schéma d'organisation qu'un schéma d'implantation. Et implique une mutation stratégique des établissements hospitaliers.

La région Ile-de-France est devant un bouleversement démographique majeur avec le départ dans les dix ans de 40 à 50 % des professionnels médicaux, la démographie paramédicale étant elle-même source d'interrogation.

Le schéma ne cherche pas à modifier en profondeur les implantations mais à conserver une couverture territoriale et une gradation des soins équilibrées. Néanmoins ce sera au prix d'adaptations multiples dont un développement significatif des coopérations, dans quasiment toutes les zones y compris dans celles où intervient le CHU.

Une dimension territoriale présente

Le plus grand nombre de projets de coopérations s'inscrivent dans des dimensions territoriales. Par ailleurs les exigences réglementaires nécessitent la présentation de cibles d'implantations par activité ou équipement par territoire. Le choix a donc été fait d'inclure pour les huit territoires (départements) une déclinaison territoriale comprenant :

- Les orientations principales proposées pour les cinq années à venir ;
- Les cibles d'implantations telles qu'exigées par la réglementation.

Les missions de service public

Les éléments réglementaires préconisent une évaluation des quatorze missions de service public exercées par les établissements au sein du schéma (permanence des soins, soins sans consentement, enseignement, recherche etc.). En dehors de la permanence des soins en établissements hospitaliers et de la couverture en soins palliatifs, le schéma ne propose pas d'évolution.

Une mise en œuvre diversifiée et échelonnée

La mise en œuvre opérationnelle du volet hospitalier sera effectuée à l'aide de deux outils principaux : la délivrance et le renouvellement des autorisations et la contractualisation avec les établissements de santé.



Une ouverture est faite vers des démarches plus expérimentales et la sélection de programmes prioritaires. L'attente est en effet au-delà de la responsabilité confiée aux établissements par les autorisations et les reconnaissances de progresser collectivement dans l'évolution des rôles respectifs des différents offreurs. L'ARS, consciente que le système de santé nécessite des évolutions structurelles importantes, souhaite susciter et développer la prise d'initiatives. Quelques programmes prioritaires sont d'ores et déjà sélectionnés.

1. Diagnostic 2012

1.1.1. Forces/Points forts

Une demande soutenue qui se diversifie

Dans presque tous les domaines la demande de santé et la demande de soins croissent sans qu'il faille en déduire une augmentation équivalente de l'activité hospitalière. Les problématiques sociales – notamment la précarité – sont souvent présentes ainsi que les effets de la transition épidémiologique (vieillesse de la population et montée des pathologies chroniques). Ainsi les établissements hospitaliers connaissent un élargissement et une diversification des sollicitations par exemple avec l'activité des urgences mais aussi dans d'autres domaines (expertise diverse, télémedecine, éducation thérapeutique). Le développement de la spécialisation voire de l'hyperspécialisation se poursuit en parallèle.

Un maillage régional de qualité

L'Ile-de-France compte environ 400 établissements hospitaliers qui permettent un maillage relativement équilibré. Il peut être appréhendé par le temps d'accès aux structures hospitalières ou par la couverture géographique mais aussi par la qualité des équipes franciliennes. Évaluée par le temps d'accès aux urgences et aux services de court séjour, la situation francilienne est plus favorable que celle des autres régions françaises. Dans la plupart des activités de proximité le nombre d'établissement assurant la couverture des besoins est d'une dizaine par département. Les flux intra régionaux ne sont pas négligeables mais les besoins courants sont largement pris en charge en proximité même en grande couronne.

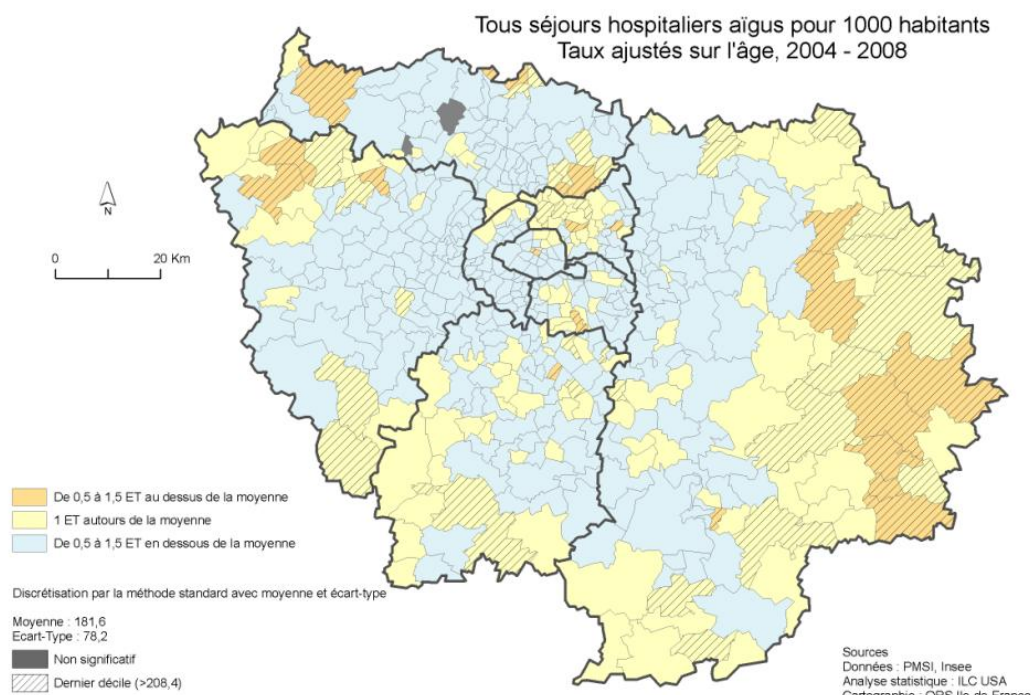
La région compte un nombre élevé de centres de références ou d'établissements de recours et s'appuie sur un CHU qui joue un rôle prédominant dans la recherche médicale française.

Une réduction des déséquilibres inachevée

Les déséquilibres historiques de la région se sont atténués : concentration massive des activités de court séjour au centre de la région faiblement pourvu par ailleurs en soins de suite et en psychiatrie. Un certain redéploiement des activités de court séjour (réanimation néonatale, centres périnataux de type 3, soins palliatifs, cancérologie) a été entrepris.

Un recours à l'hôpital atténuateur des inégalités de santé ?

L'hypothèse aurait besoin de confirmations mais on peut observer dans la carte ci-dessous que les zones de recours accru à l'hôpital sont celles où les éléments de fragilité sociale sont les plus forts. Irait dans le même sens l'évolution de la fréquentation des services d'urgences dans la région.



Ce constat d'un rôle possible d'atténuateur des inégalités de santé joué par l'hôpital ne dispense pas ce dernier d'améliorer ses dispositifs d'intervention envers les personnes en situation de vulnérabilité.



Une ouverture vers une redistribution des rôles entre offreurs de soins

L'élaboration du plan stratégique puis les réflexions contributives au présent schéma ont fait progresser la prise de conscience du besoin d'évolution de l'hôpital. L'idée qu'il puisse venir en soutien d'un premier recours réorganisé ou du secteur médico-social progresse. Symétriquement l'avenir du premier recours conditionne fortement les possibilités d'évolution des établissements hospitaliers. Pour ces derniers enfin une présence plus forte sur certaines dimensions de la prévention est acquise.

1.1.2. Faiblesses/Points faibles

Une organisation historiquement construite pour la prise en charge des malades couchés

L'activité de l'hôpital se dédouble progressivement en deux sous ensembles :

L'activité d'hospitalisation en croissance modérée, en court séjour en tous cas, où la place des séjours courts – parfois moins de un jour- se renforce.

L'activité hors hospitalisation sur un rythme de croissance beaucoup plus soutenu notamment aux urgences mais aussi en consultation.

Si les rythmes d'évolution entre les deux différent, les logiques d'organisation sont aussi très dissemblables. Selon leur portefeuille d'activité les établissements connaissent l'une ou l'autre ou les deux. Dans ce dernier cas la cohabitation entre les deux peut être délicate.

En tout état de cause les patients « debout »-malades ou non- sont déjà les plus nombreux – souvent atteints de pathologie chronique – et une adaptation de l'organisation de l'hôpital est inévitable pour les satisfaire. C'est dans ce domaine principalement que les relations avec le premier recours – historiquement peu organisé – et avec le secteur médico-social – géographiquement inégalement présent – sont à repenser.

Un enjeu démographique majeur

Il n'est pas propre au domaine hospitalier. Certains aspects le concernent néanmoins en particulier.

Dans les 5 prochaines années, 20% des médecins généralistes partiront en retraite (3 800 praticiens environ) et 23% des spécialistes (environ 6 700), soit plus de 10 000 médecins.

Si l'on considère les médecins appelés à cesser leur activité dans les dix ans nombreuses sont les spécialités qui verront partir la moitié ou près de la moitié de leurs effectifs.

Spécialités	Effectif en IDF	Part des plus de 55 ans	Effectif en France	Part des plus de 55 ans
Médecine Générale	18 617	44%	101 896	41%
Pédiatrie	2 155	45%	7 450	40%
Psychiatrie	4 226	54%	14 401	50%
Anesthésie-réanimation	2 185	49%	10 704	45%
Total spécialités chirurgicales	4 957	48%	20 878	43%
Total spécialités médicales	10 576	41%	43 371	39%

Au nombre des éléments à prendre en compte figurent :

La remontée du numerus clausus qui fera sentir ses effets progressivement à partir de 2015 sans pouvoir compenser les départs ;

Les conditions d'installations de médecins libéraux qui auront des retombées sur les établissements hospitaliers ;

Les vacances de poste dans certaines spécialités qui traduisent le début des situations critiques ;

Une évolution positive, pour les professions paramédicales, au cours des cinq dernières années : pour toutes les professions, mais des taux de progression nettement plus faibles en Ile-de-France que dans les autres régions.

De nouvelles fragilités territoriales

Elles sont principalement observées en petite couronne et à la périphérie de la région.

En petite couronne ce sont souvent les établissements disposant d'une offre très spécialisée qui posent problème avec des départs d'activité au bénéfice d'établissements parisiens. Pour certains se posent aussi la question de leur reconstruction. La problématique de ces établissements se superpose en partie à celle du Grand Paris.

En grande couronne les établissements moyens et généralistes sont exposés à un non renouvellement de leur expertise médicale soit de manière générale soit de manière ciblée (imagerie, anesthésie, chirurgie) pouvant fragiliser la totalité de l'établissement.



Des ressources futures incertaines

L'incertitude existe sur le volume global des ressources mobilisables mais aussi sur certains points particuliers. Certains établissements auront à faire face à des besoins d'investissements immobiliers, presque tous au financement de l'évolution de leurs systèmes d'information. Une éventuelle extension de la T2A à la psychiatrie et aux soins de suite et de rééducation est possible tout autant qu'un rééquilibrage entre les activités financés par la T2A et les autres (consultation, expertise, coordination ou éducation thérapeutique). Le financement des soins de longue durée est également en débat.

2. En quoi ce schéma permet de répondre aux trois défis du plan stratégique

Adapter les parcours de santé aux besoins des franciliens

Dans un certain nombre de domaines la prise en charge hospitalière est unique et le problème est réglé sans autre besoin que celui d'une surveillance. Mais dans la majorité des cas la prise en charge est à épisodes multiples avec des intervenants divers. Lieux, temps et acteurs de la prise en charge se différencient. L'hôpital est un acteur parmi d'autres, aval d'un amont antérieur et amont d'un aval qui lui fera suite. Dans ces séquences l'échange d'information et la coordination sont primordiaux. Ils sont aujourd'hui perfectibles.

Certains parcours sont aujourd'hui sources de débat. Ainsi en est-il de l'hospitalisation des personnes âgées, souvent issue d'une admission préalable par les services d'urgence. Une partie de ces hospitalisations est sans doute évitable : une partie de celles qui ne le sont pas pourraient sans doute éviter le passage aux urgences. Une partie de celles qui fréquentent les urgences pourraient être admises plus rapidement dans un service d'hospitalisation. Les dysfonctionnements aujourd'hui observés justifient le choix par l'agence de retenir ce sujet comme un programme prioritaire.

L'idée que l'on puisse si nécessaire faire évoluer les capacités de court séjour (de chirurgie par exemple) pour des structures médicales notamment d'accueil des polyopathologies est en débat.

Une autre évolution attendue des parcours concerne la place de la prévention et de l'éducation thérapeutique: ainsi en est-il pour la prise en charge des AVC, des insuffisants rénaux, des insuffisants cardiaques voire de certaines prises en charge des personnes âgées (prévention des chutes, prévention de la dénutrition).

Pour certains sujets la prise en charge préhospitalière conditionne largement la réussite des suites: ainsi le suivi de grossesse – plus particulièrement dans les situations de difficulté sociale ou autre- mérite une articulation renforcée avec les acteurs du premier recours.



Renforcer la qualité de l'offre de santé francilienne par la coopération de tous

Il y a plusieurs aspects en la matière. La coopération interhospitalière est indispensable pour maintenir une couverture et une gradation des soins équilibrées. Ainsi les établissements périphériques de la région pourraient connaître une diminution de leur attractivité pour les jeunes médecins : une collaboration avec des établissements plus attractifs peut être en mesure de réduire les risques qui en découlent. Il en est de même pour les établissements psychiatriques périphériques.

Une autre dimension des collaborations concerne les acteurs hospitaliers et ceux de la prévention, du premier recours ou du secteur médicosocial. C'est souvent pour la prise en charge des maladies chroniques que des coordinations sont à renforcer et une réelle continuité des soins à établir. Des expérimentations sont prévues sur ce point pour faciliter et soutenir la prise d'initiatives. L'un des objectifs est donc d'accompagner cette mutation stratégique des établissements de santé.

C'est aussi dans une logique de collaboration que les futures autorisations d'imagerie devraient être délivrées que ce soit pour améliorer l'accès du plus grand nombre de professionnels aux nouvelles techniques, pour répondre – parfois à distance par télémedecine – à des besoins d'expertise particulières, ou aussi pour satisfaire à la permanence des soins.

Enfin, l'amélioration de la santé des détenus repose, en principal sur les collaborations des établissements hospitaliers concernés et des établissements pénitentiaires. Collaboration et mutualisation sont au cœur des nécessités.

Construire une politique de santé partagée au plus près de la réalité des territoires

La première dimension est de parvenir à une répartition équilibrée de l'offre sur le territoire régional. Cet équilibre varie fortement selon la nature des activités ou celle des équipements. Une des autres actions envisagées est de s'inscrire dans la perspective du projet du Grand Paris sujet qui excède la dimension hospitalière.

La dimension territoriale est également fortement présente pour les actions à entreprendre en matière de démographie médicale et paramédicale. Elle l'est tout d'abord par le choix de proposer deux cibles géographiques prioritaires : la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne. Elle l'est aussi par l'ouverture d'un débat sur la possible territorialisation de la responsabilité des facultés de médecine.



Le Volet Hospitalier

Maintes fois évoqué le recours à des expérimentations cherchant à innover et à associer des offreurs divers devra épouser les situations locales. Une évolution du rôle de l'agence vers celui d'animateur local est envisagée à ce titre.

Au total ce schéma modifie peu les implantations mais incite à des mutations organisationnelles de plus grande ampleur. Il s'inscrit ainsi dans la transition qui voit peu à peu émerger la notion, en construction, de médecine de parcours, anticipation elle-même d'une possible responsabilité populationnelle future des offreurs de soins.



3. AXES (enjeux, objectifs à 5 ans...)

	Défi 1 du PSRS	Défi 2 du PSRS	Défi 3 du PSRS
Axe 1 : Délivrer et renouveler les autorisations d'activité et d'équipement Le calendrier prévisionnel de début de procédure relatif aux autorisations sanitaires est le suivant : S'agissant de la procédure initiale d'autorisation : - pour les activités de soins et équipements lourds pour lesquels des créations sont prévues au schéma, mise en œuvre dès le début 2013 de la procédure habituelle, 2013 : gestion de la procédure spécifique relative à l'activité de génétique. S'agissant de la procédure de renouvellement (procédures globales) : 2013 : activité d'AMP-DPN (janvier 2013), activité de traitement du cancer (juin 2013), 2014 : activité de soins de suite et de réadaptation (juillet 2014), activité de cardiologie interventionnelle (décembre 2014), 2015 : activités de greffes, de neurochirurgie, de neuroradiologie, de traitement des brûlés (avril 2015), activités de médecine, de chirurgie, de soins de longue durée (SLD) et de psychiatrie (juin 2015).		X	X
Axe 2 : Contractualiser avec les titulaires d'une autorisation d'activité ou d'équipement (530 contrats) - Action/priorité 1 : Répartition des établissements en trois vagues compte tenu de l'échéancier retenu - Action/priorité 2 : Lancement de la campagne d'information et de sensibilisation à l'automne 2012 - Action/priorité 3: Négociation jusqu'en juin 2013 - Action/priorité 4: Signature du contrat ou du socle minimum en juin 2013		X	X



Axe 3 : Définir les programmes prioritaires et assurer leur mise en œuvre - Action/priorité 1 : Définir et mettre en œuvre le programme « Améliorer l'aval des services d'urgence » - Action/priorité 2 : Négocier le contenu du programme prioritaire de la Seine-Saint-Denis en matière de démographie médicale et paramédicale (programme transversal) - Action/priorité 3 Négocier le contenu du programme prioritaire de la Seine-Saint-Denis en matière de démographie médicale et paramédicale (programme transversal)	x	x	
Axe 4 : Accompagner les réorganisations hospitalières et les projets de coopération - Action/priorité 1 : Suivi d'une vingtaine de projets de coopérations en retenant les priorités de chaque département - Action/priorité 2 : Conduite à son terme de l'organisation de la permanence des soins - Action/priorité 3 : Rendre les projets d'investissements compatibles avec les besoins et avec les capacités de financement		x	x x
Axe 5 : Préparer les expérimentations, les négocier et assurer leur mise en œuvre (projet transversal) - Action/priorité 1 : Définition du nombre de cibles souhaitées avec répartition territoriale - Action/priorité 2 : Négociation d'un cahier des charges avec les partenaires - Action/priorité 3 : Lancement et sélection d'une première série de projets	x x x		x x x



Axe 6 : Renouveler le pilotage du CHU - Action/priorité 1 : Définir le cahier des charges à respecter pour l'élaboration du plan stratégique de l'AP-HP - Action/priorité 2 : Renforcer l'implication du CHU et des universités dans la solution des problèmes démographiques médicaux et non médicaux de la région en associant les autres partenaires concernés			X X
Axe 7 : Participer à la réflexion relative au Grand Paris (projet transversal) - Action/priorité 1 : Suivre et participer aux réflexions en cours - Action/priorité 2 : Le moment venu évaluer les impacts pour la couverture des soins assurée par les établissements hospitaliers - Action/priorité 3 : Proposer un ou des scénarios d'évolution de l'offre hospitalière et construire progressivement un schéma directeur de l'immobilier régional		X X X	X X
Axe 8 : Accompagner l'évolution de certains systèmes d'information et la mise en œuvre de la télémédecine (projet transversal) - Action/priorité 1 Participer à la refonte du CERVEAU et assurer un système d'information régional pour les urgences - Action/priorité 2 : Suivre les expériences de télémédecine associant des établissements hospitaliers		X X	

35 rue de la gare - 75935 Paris cedex 19

Tél : 01.44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

