



Schéma d'organisation des soins



Le Volet **Hospitalier**

 **PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

SOMMAIRE

1	ÉLÉMENTS DE CADRAGE	8
1.1	HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION HOSPITALIERE EN ILE-DE-FRANCE	8
1.2	LE CADRE JURIDIQUE DE LA PARTIE OFFRE DE SOINS DU SROS- PRS	10
1.2.1	<i>Le contenu de la partie offre de soins</i>	10
1.2.2	<i>Remarques-spécificités régionales et révision</i>	14
1.3	LA PROCEDURE D'ELABORATION ET D'ADOPTION	15
1.4	DEMOCRATIE SANITAIRE ET VOLET HOSPITALIER	16
1.4.1	<i>Promouvoir les droits des patients et des usagers au sein des établissements de santé</i>	16
1.4.2	<i>Renforcer la place et le rôle des représentants des usagers et des médiateurs médicaux</i>	17
1.4.3	<i>Installer la démocratie sanitaire au cœur du partenariat hospitalier</i>	18
1.5	2013 – 2017 : LA MISE EN ŒUVRE DU VOLET HOSPITALIER, AVEC UN ROLE RENFORCE POUR LES EXPERIMENTATIONS	19
1.5.1	<i>La délivrance des autorisations</i>	19
1.5.2	<i>Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens</i>	20
1.5.2.1	<i>Le CPOM : un outil privilégié pour une déclinaison opérationnelle du SROS</i>	20
1.5.2.2	<i>Le CPOM est un support au dialogue avec les établissements de santé et les autres structures porteuses d'autorisation</i>	21
1.5.2.3	<i>Des innovations : les appels à projet groupés et les programmes prioritaires</i>	22
1.6	L'ÉVALUATION ET LE SUIVI DU VOLET HOSPITALIER	23
2	UNE STRATEGIE REGIONALE AMBITIEUSE D'ORGANISATION DES SOINS HOSPITALIERS	26
2.1	ELEMENTS DE CONTEXTE	26
2.1.1	<i>Analyse des besoins</i>	26
2.1.2	<i>L'évolution des prises en charge</i>	28
2.1.3	<i>Le recours à l'hôpital</i>	29
2.1.4	<i>Un partage des parts d'activité hospitalière faiblement évolutif</i>	34
2.2	LES GRANDES TENDANCES DE L'OFFRE HOSPITALIERE	34
2.2.1	<i>La couverture territoriale des besoins</i>	34
2.2.2	<i>Un maillage répondant aux besoins de la population et une gradation des soins adaptée</i>	36
2.2.3	<i>Des évolutions contrastées selon les domaines</i>	44
2.3	LE CONTEXTE ECONOMIQUE	47
2.3.1	<i>La nécessaire anticipation des contraintes économiques</i>	47
2.3.2	<i>Les enjeux spécifiques des établissements de santé</i>	48
2.3.3	<i>Les conditions économiques d'une stratégie hospitalière régionale</i>	51
2.3.4	<i>Une veille sur des évolutions possibles</i>	53
2.4	L'ENJEU DEMOGRAPHIQUE	54
2.4.1	<i>Le contexte</i>	54
2.4.2	<i>Analyse de la démographie médicale</i>	55
2.4.2.1	<i>Un vieillissement des effectifs</i>	55
2.4.2.2	<i>La remontée du numerus clausus fera sentir ses effets progressivement à partir de 2015</i>	57
2.4.2.3	<i>Les conditions d'installation de médecins libéraux auront des retombées sur les établissements hospitaliers</i>	59
2.4.2.4	<i>Les vacances de poste traduisent le début des situations critiques</i>	59
2.4.3	<i>Analyse de la démographie paramédicale</i>	60
2.4.3.1	<i>Au cours des cinq dernières années : une évolution positive pour toutes les professions, mais des taux de progression nettement plus faibles dans la région</i>	60

2.4.4	<i>Les enjeux</i>	62
2.4.5	<i>Objectifs et recommandations</i>	63
2.4.5.1	Adapter les formations médicales et paramédicales aux évolutions des pathologies et des besoins de santé de la population.....	63
2.4.5.2	Développer les soins de premier recours.....	64
2.4.5.3	Améliorer la démographie médicale hospitalière	64
	Modifier les règles de recrutement des personnels médicaux	65
2.4.5.4	Entamer un dialogue avec les universités pour territorialiser la responsabilité des facultés de médecine	65
2.4.5.5	Renforcer les effectifs des paramédicaux	65
2.4.5.6	Conduire des actions spécifiques dans les départements de Seine-Saint-Denis et de Seine-et-Marne	66
2.4.5.7	Favoriser le recrutement des professionnels médicaux et paramédicaux dans le secteur Personnes âgées	67
2.5	PILOTAGE ET TUTELLE.....	69
2.5.1	<i>Les compétences de l'ARS</i>	69
2.5.2	<i>D'un principe d'autonomie à un principe de contractualisation</i>	69
2.5.3	<i>D'une responsabilité de l'établissement à une responsabilité populationnelle</i>	70
2.6	DES DEFIS DE L'HOSPITALISATION AUX OBJECTIFS DU SROS : UNE NECESSAIRE MUTATION STRATEGIQUE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS	70
2.6.1	<i>Des actions de prévention et de dépistage plus présentes</i>	71
2.6.2	<i>Des modalités d'entrée diversifiées</i>	72
2.6.3	<i>Des modalités de sortie facilitantes</i>	72
2.6.4	<i>La prise en charge des pathologies chroniques</i>	73
2.6.5	<i>Le soutien à la transformation des réseaux en plateforme pour organiser efficacement les parcours des patients</i>	74
2.7	LES SITUATIONS DE VULNERABILITE ET L'ACCESSIBILITE FINANCIERE.....	74
2.7.1	<i>Articulation avec le PRAPS, le schéma bucco-dentaire et santé des détenus</i>	74
2.7.2	<i>Accessibilité financière : dépassements d'honoraires et activité libérale à l'hôpital</i>	76
2.8	UN SROS ENGAGE VERS LA QUALITE ET LA PERFORMANCE DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE	78
2.8.1	<i>Les enjeux de qualité</i>	78
2.8.1.1	La diversité des enjeux	78
2.8.1.2	Les enjeux liés au bon usage des produits de santé et du médicament	80
2.8.1.3	Les enjeux liés au bon usage des produits sanguins	83
2.8.2	<i>Les enjeux d'efficience</i>	84
2.8.3	<i>L'incitation à l'efficience par la gestion du risque</i>	86
2.9	DES COOPERATIONS AU SERVICE CE LA GRADATION DES SOINS.....	88
2.9.1	<i>Toutes les zones de la région sont concernées</i>	88
2.9.2	<i>Une coopération à approfondir avec les hôpitaux d'instruction des armées</i>	91
3	CONDUIRE UNE POLITIQUE DE SANTE PARTAGEE AU PLUS PRES DE LA REALITE DES TERRITOIRES	95
3.1	L'APPROCHE TERRITORIALE DU VOLET HOSPITALIER	95
3.1.1	<i>Les sens multiples de la dimension territoriale</i>	95
3.1.2	<i>Les nouvelles zones de fragilité</i>	96
3.1.2.1	L'avenir incertain de l'offre hospitalière en grande périphérie.....	96
3.1.2.2	Les aspects contradictoires de l'offre de la petite couronne	97
3.1.3	<i>L'hôpital et le Grand Paris</i>	98
3.1.4	<i>La stratégie hospitalo-universitaire</i>	100
3.1.4.1	Articulation CHU/ région.....	100
3.1.4.2	La proposition de créer deux conférences hospitalo-universitaires de territoire.....	101
3.1.4.3	Elargir les responsabilités d'enseignement voire de recherche.....	102
3.1.4.4	Un rôle de régulateur au bénéfice de l'intérêt régional pour le CHU	103
3.2	LES DECLINAISONS TERRITORIALES (PARAGRAPHE REVISE).....	104
3.2.1	<i>Paris</i>	104

3.2.1.1	Caractéristiques du territoire	104
3.2.1.2	Présentation de l'offre	105
3.2.1.3	Enjeux	107
3.2.1.4	Chantiers prioritaires	108
3.2.2	<i>La Seine-et-Marne</i>	112
3.2.2.1	Caractéristiques du territoire	112
3.2.2.2	Présentation de l'offre	112
3.2.2.3	Enjeux	113
3.2.2.4	Chantiers prioritaires	116
3.2.3	<i>Les Yvelines</i>	117
3.2.3.1	Caractéristiques du territoire	117
3.2.3.2	Présentation de l'offre	117
3.2.3.3	Enjeux	119
3.2.3.4	Chantiers prioritaires	120
3.2.4	<i>L'Essonne</i>	121
3.2.4.1	Caractéristiques du territoire	121
3.2.4.2	Présentation de l'offre	122
3.2.4.3	Enjeux	122
3.2.4.4	Chantiers prioritaires	125
3.2.5	<i>Les Hauts-de-Seine</i>	125
3.2.5.1	Caractéristiques du territoire	125
3.2.5.2	Présentation de l'offre	126
3.2.5.3	Enjeux	127
3.2.5.4	Chantiers prioritaires	130
3.2.6	<i>La Seine-Saint-Denis</i>	131
3.2.6.1	Caractéristiques du territoire	131
3.2.6.2	Présentation de l'offre	131
3.2.6.3	Enjeux	132
3.2.6.4	Chantiers prioritaires	133
3.2.7	<i>Le Val de Marne</i>	134
3.2.7.1	Caractéristiques du territoire	134
3.2.7.2	Présentation de l'offre	135
3.2.7.3	Enjeux	136
3.2.7.4	Chantiers prioritaires	139
3.2.8	<i>Le Val d'Oise</i>	139
3.2.8.1	Caractéristiques du territoire	139
3.2.8.2	Présentation de l'offre	140
3.2.8.3	Enjeux	141
3.2.8.4	Chantiers prioritaires	142
4	LES VOLETS THEMATIQUES	145
4.1	LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC (MSP) (PARAGRAPHE REVISE)	145
4.1.1	<i>Introduction</i>	145
4.1.1.1	Quelles sont les missions de service public ?	145
4.1.1.2	Quelles sont les obligations auxquelles sont soumises les entités portant une mission de service public ?	146
4.1.1.3	Les missions de service public et le SROS	146
4.1.1.4	Modalités d'attribution	147
4.1.2	<i>Les missions de service public ne faisant pas l'objet d'inventaire</i>	148
4.1.2.1	L'enseignement universitaire et post universitaire	148
4.1.2.2	La recherche	150
4.1.2.3	Le développement professionnel continu	153
4.1.2.4	Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination.	154
4.1.2.5	Les actions de santé publique	154
4.1.2.6	Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile	155
4.1.2.7	Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.	156



4.1.3	<i>Les missions de service public faisant l'objet d'inventaire</i>	156
4.1.3.1	La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement.....	156
4.1.3.2	La prise en charge des soins palliatifs (paragraphe révisé).....	159
4.1.3.5	La lutte contre l'exclusion sociale.....	161
4.1.3.6	L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés	165
4.1.3.7	Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire	166
4.1.3.8	La permanence des soins en établissements de santé	166
4.2	LES VOLETS THEMATIQUES	167
GLOSSAIRE		168

Introduction

Le présent document constitue selon les termes de l'article L.1434-9 du code de la santé publique, la **partie relative à l'offre de soins** du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Il est complété par ailleurs de la "partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé".

Ce document, appelé « volet hospitalier » est organisé en quatre parties :

- Une première partie consacrée à la présentation du contexte d'élaboration du volet hospitalier, notamment juridique ;
- Une deuxième d'analyse et de présentation des enjeux d'ensemble ;
- Une troisième où figurent les huit déclinaisons territoriales, correspondant aux huit départements de la région. Les implantations prévues pour les activités et équipements soumis à autorisation figurent dans cette partie.
- Une dernière retraçant les analyses et les préconisations pour chacun des domaines particuliers ainsi que pour les missions de service public.

La réglementation fixe la liste des domaines (ultérieurement appelés volets) qui doivent obligatoirement figurer dans le schéma régional ainsi que les missions de service public. A ce titre l'Ile-de-France a fait le choix de considérer comme des domaines du schéma régional d'organisation des soins (SROS) l'hospitalisation à domicile et les soins palliatifs. En font également partie les matières qui dans les autres régions sont l'objet des schémas interrégionaux (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, activités interventionnelles, greffes & prélèvements, prise en charge des brûlés).

L'Ile-de-France a également décidé d'élaborer un schéma de la santé bucco-dentaire dont le champ excède largement le domaine hospitalier et qui est donc considéré comme autonome par rapport à ce dernier. Le schéma régional d'organisation des soins de biologie, de nature mixte – pour partie ambulatoire, pour partie hospitalière repose sur une réglementation spécifique et est également publié à part. Enfin, l'Ile-de-France a fait le choix d'inclure dans ce schéma un volet transversal consacré aux personnes âgées.

L'élaboration du présent schéma a fourni l'organisation d'une réflexion en profondeur au sein de la région dans le prolongement de celle conduite lors de l'adoption du plan stratégique régional (PSRS). Ce dernier, élaboré en 2011, avait défini les lignes directrices de l'agence dans son champ de compétence.

Trois enjeux essentiels avaient alors été identifiés et débattus qui concernent spécifiquement les établissements de santé :

- La nécessaire mutation stratégique des établissements hospitaliers pour s'adapter à l'évolution des besoins et redéfinir leurs règles d'intervention par rapport aux autres acteurs de la prévention, du premier recours et du champ médico-social ;
- L'anticipation des évolutions de la démographie francilienne des professionnels de santé ;
- La poursuite de l'adaptation de la couverture territoriale découlant pour partie des deux enjeux précédents et qui repose sur un équilibre en perpétuel réajustement entre les besoins d'expertise et les besoins de proximité.

Dans la ligne des orientations du plan stratégique qui ont souligné le renforcement des attentes des usagers et l'interdépendance accrue des formes de soins et des acteurs qui les délivrent, le présent schéma vise à accompagner une adaptation majeure des établissements hospitaliers dont la place par rapport aux autres acteurs va sensiblement évoluer.

L'atteinte de ces objectifs supposera une évolution des outils dont dispose l'agence voire une adaptation de sa propre organisation, avec en particulier une extension de ses capacités d'animation locale.

Pour des raisons matérielles et tout en faisant intégralement partie du présent schéma, les différents volets thématiques sont regroupés dans un document distinct.

1 Éléments de cadrage

1.1 Historique de la planification hospitalière en Ile-de-France

Cet exercice de planification hospitalière générale, dans le cadre renouvelé du Programme régional de santé, est le quatrième du genre . Il succède aux schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) de 1994, 1999 et 2006 sans tenir compte de schémas complémentaires spécifiques.

Le premier SROS était un exercice d'apprentissage sans système d'information et souvent sans doctrine : il a néanmoins permis d'affirmer le fait régional comme horizon de la planification hospitalière. Le SROS 2 était ciblé sur quelques activités considérées comme structurantes. Pour la première fois, l'approche par activité était reconnue comme pertinente. Pour un nombre limité d'activités, le SROS 2 a permis aux différents acteurs régionaux d'apprendre l'exercice collectif de planification. Il s'est déroulé avec le maintien d'une sectorisation largement administrative. En 2006, le SROS 3 acquérait une dimension très élargie puisque les principales activités hospitalières en faisaient partie, parfois de manière agrégée (médecine) parfois très focalisée "les accidents vasculaires cérébraux" (AVC). En Ile-de-France, la liste des activités étudiées s'étendait aux domaines tels les brûlés, la chirurgie cardiaque et d'autres activités spécifiques. C'était le début d'un intérêt pour les enjeux extra hospitaliers, les notions de filières et de réseaux notamment. Le cadre territorial fut renouvelé à cette occasion.

Quelques aspects de cette évolution peuvent être soulignés :

- Les questions centrales sont longtemps restées celles des équilibres géographiques et entre activités. Ainsi un certain rééquilibrage s'est fait au bénéfice de la périphérie en court séjour et pour les équipements lourds. Parallèlement, le centre de la région connaissait une amélioration de sa couverture en soins de suite et de réadaptation. La psychiatrie s'est également profondément transformée durant cette période : les SROS successifs ont permis de rapprocher les lieux de prise en charge des lieux de vie et de tourner progressivement la page d'une psychiatrie asilaire, éloignée du centre de la région.
- Les recompositions ont surtout affecté certaines activités de court séjour, essentiellement les plateaux techniques chirurgicaux et les centres obstétricaux dont le nombre a considérablement baissé. Une croissance des sites s'est faite dans d'autres domaines (soins de suite, imagerie, réanimation néonatale, soins palliatifs etc.). Durant ces exercices de planification régionale, l'intérêt des acteurs s'est focalisé sur les implantations, même si des dispositifs nouveaux (équipes mobiles, consultations spécialisées, réseaux, filières) se sont multipliés en dehors de cette logique, révélant les besoins de meilleure coordination.

- Cette question des implantations et de la répartition des activités par les autorisations, devrait s'atténuer à la fois parce que les variations à venir seront limitées et parce que d'autres dimensions émergent, comme les enjeux d'organisation et de coordination des prises en charge entre les différents acteurs sur un même territoire.
- La notion de territoire justement s'est progressivement affirmée à deux niveaux, autour de deux enjeux forts : au niveau de la région, comme territoire d'intégration des politiques publiques en santé (consécration de la loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST)) et au niveau des départements, comme territoire de vie des habitants. C'est entre ces territoires que devra s'organiser la cohérence des parcours de patients dans le système de santé. Si certaines prises en charge comme pour les maladies rares et autres parcours de référence, la région sera parfois un territoire dépassé, d'autres coordinations nécessiteront de préciser des territoires plus fins, dits territoires d'intervention, pour une mise en oeuvre opérationnelle des politiques en santé et la déclinaison efficace des orientations du Projet régional de santé.
- Au cours de ces 15 années, la place des patients s'est progressivement affirmée même si leur implication a toujours été variable selon les domaines. L'évolution de leur rôle institutionnel, au sein des établissements de santé comme dans les instances de pilotage régional (commission régionale des soins et de l'autonomie (CRSA) et ses commissions spécialisées) en fait des partenaires incontournables.
- Certaines activités font l'objet d'un schéma pour la troisième voire la quatrième fois et justifient le plus souvent des logiques d'actualisation et d'adaptations marginales. D'autres en revanche comme la médecine, ne sont qu'imparfaitement prises en compte et pourraient justifier des approches renouvelées et complémentaires.
- L'essentiel de la doctrine a toujours été défini au plan national, appuyé sur plusieurs concepts clefs tels celui de gradation des soins. Cette doctrine a pu varier selon les domaines mais est restée en général fondée sur une logique strictement hospitalière. Tout ce qui ressort des collaborations avec d'autres acteurs, qu'il s'agisse de ceux du premier recours ou du médico-social, ne dispose pas d'une doctrine aussi affirmée et demande la conception d'outils particuliers. Un des enjeux du présent volet hospitalier sera de franchir une étape en ce sens.
- Progressivement les questions d'organisation se sont imposées comme des questions centrales (portées par les notions de gradations mais aussi de filières ou de réseaux et les besoins croissant de coordination). Mais sauf exception, ces questions d'organisation sont restées à l'intérieur du périmètre hospitalier alors que diverses évolutions ont accru l'interdépendance entre les différents secteurs. Ainsi a progressivement émergé le besoin d'une approche transversale de l'organisation des soins. Le SROS-PRS marque une étape importante : l'ambition du volet hospitalier du Projet régional de santé est d'évoluer d'une logique d'organisation des hôpitaux autour de la carte hospitalière (tel que définis par les

SROS 1 et 2 notamment) vers une logique d'organisation et de planification des parcours de santé (le SROS 3 avait modestement amorcé cette évolution).

- Les exercices précédents étaient moins confrontés à certaines contraintes (ou opportunités) déterminants pour l'organisation de l'offre de soins, comme l'évolution de la démographie des professions de santé ou les enjeux économiques. La situation en 2012, la contrainte économique forte et les données prospectives sur le temps médical disponible imposent de tenir compte de ces déterminants de l'organisation du monde hospitalier.

On peut souligner que la planification hospitalière a changé de centres d'intérêt (et parfois de méthode et de contenu). Elle est progressivement passée de la planification des moyens (les lits) à celle des missions hospitalières (les activités). Elle a évolué d'un concept restrictif de la notion d'activité, limitée à sa dimension hospitalière, vers une acception plus large, ouvrant ainsi sur des territoires nouveaux notamment les parcours des patients et les approches populationnelles. Une logique d'organisation supplante progressivement la seule logique des choix d'implantations d'activité. Les notions de « médecine de parcours » ou de « responsabilité populationnelle » des acteurs, sont des concepts nouveaux que le présent schéma a vocation à enrichir et à traduire.

1.2 Le cadre juridique de la partie offre de soins du SROS- PRS

1.2.1 Le contenu de la partie offre de soins

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) est l'une des composantes du projet régional de santé, clef de voûte de la politique de l'ARS. Ce "SROS-PRS" a pour objectif de décliner les orientations du Projet stratégique régional de santé. Il doit prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population francilienne et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique (article L.1434-7 du code de la santé publique).

Le SROS-PRS comporte deux innovations par rapport au précédent schéma régional d'organisation sanitaire, il s'inscrit dans le projet régional de santé de la région et il comprend deux parties :

- Une partie relative à l'offre de soins opposable aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations ;
- Une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé. Cette partie est non opposable à l'exception des zonages, qui sont complémentaires dans la réponse apportée aux besoins de la population.

Le SROS, d'une manière commune à ces deux parties, doit :

- Déterminer les modalités de coordination des soins de toute nature apportés au patient ;
- Déterminer les modalités de coordination des établissements, professionnels et services de santé ;
- Déterminer les objectifs retenus pour assurer une offre de soins suffisante aux tarifs des honoraires prévus au 1^o alinéa de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale ;
- Prévoir les mesures de nature à améliorer l'efficacité de l'offre de soins ;
- Préciser les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation des soins.

Concernant la partie offre de soins, le code de la santé publique (CSP) précise le contenu du SROS et son degré d'opposabilité (article L.1434-9).

Ainsi, le SROS fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

- Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;
- Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;
- Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L.6112-2 du CSP ;
- Les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

La partie offre de soins dresse pour les 5 ans les orientations de l'ARS et traite les points suivants :

- L'ensemble des activités de soins et équipements soumis à autorisation du directeur général de l'ARS tel que prévu limitativement par le code de la santé publique aux articles R.6122-25 et R.6122-26 :
 - Concernant les activités de soins, il s'agit des 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 ;

- Concernant les équipements et matériel lourds, il s'agit des 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.
- Les activités de soins font l'objet de précision concernant les alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.6121-2 du CSP et qui ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire. Dans les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle ou une surveillance médicale. Dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont mis en œuvre, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire. Il est à noter qu'un récent décret n° 2012-969 du 20 août 2012 est venu modifier certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation complète.
- Les missions de service public telles que prévues par l'article L.6112-1 et suivants du code de la santé publique et dont le régime juridique a été précisé par le décret n° 2012-561 du 24 avril 2012. Les missions de service public sont traitées dans une partie spécifique du volet hospitalier du SROS

En outre, la partie hospitalière du SROS comprend :

- un volet relatif à l'hospitalisation à domicile.
- un volet spécifique relatif à la prise en charge des détenus.

Enfin, en raison d'enjeux structurant pour l'offre de soins, le volet hospitalier du SROS comporte également des parties relatives à des enjeux transversaux. C'est le cas de la prise en charge des personnes âgées.

S'agissant du volet relatif à la biologie médicale, il est à noter que l'ARS peut s'opposer à des opérations de concentration d'activités de laboratoires ou à de nouvelles implantations, en application de l'article L.6222 du code de la santé publique.

La partie hospitalière du SROS comporte pour chacun de ces volets tout ou partie des éléments suivants :

Des objectifs opposables qui sont ceux quantifiés de l'offre de soins tels que définis par le décret n° 2012-192 du 7 février 2012 relatif aux objectifs quantifiés (OQOS). Les objectifs quantifiés opposables issus de ce décret et identifiés pour chacune des activités de soins prévus à l'article R.6122-25 du CSP et équipement et matériels lourds prévus à l'article R.6122-26 sont les suivants, par territoires de santé :

- pour les activités de soins, les OQOS sont exprimés obligatoirement en nombre d'implantations ;
- Pour les équipements matériels lourds (EML), les OQOS sont exprimés obligatoirement en nombre d'implantations disposant d'un EML et en nombre d'appareils par EML.

Ces objectifs quantifiés en implantations seront exprimés :

- soit par implantations(s) indiquée(s) par fourchette avec une borne basse et une borne haute ;
- soit par diminution ou progression avec éventuellement des échéances.

Ces objectifs opposables peuvent également être qualitatifs et concerner notamment des modalités d'organisation. Ils sont en cohérence avec les objectifs arrêtés dans le plan stratégique régional de santé (PSRS). Lorsque de tels objectifs sont prévus dans des volets de la partie hospitalière du SROS, en aucun cas ils ne rendent opposables des conditions techniques de fonctionnement ou d'implantations autres, a fortiori plus contraignantes, que celles prévues par le code de la santé publique. Ainsi, les volets peuvent comporter outre ces objectifs

- des recommandations et préconisations qui ne sont pas opposables mais qui sont estimées comme nécessaires pour atteindre un objectif et/ou pour répondre à un enjeu. Dans certaines circonstances, ces recommandations sont prises en compte lors de l'analyse des mérites respectifs de demandes d'autorisations concurrentes au regard du nombre d'implantations disponibles ;
- des précisions concernant les reconnaissances contractuelles : elles font l'objet d'implantations indicatives, non opposables ainsi que de recommandations.

La partie hospitalière du SROS-PRS a également pour mission de fixer en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

- les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements.

Pour répondre à cet enjeux, la partie offre de soins du SROS-PRS comporte un volet spécifique à la déclinaison territoriale de l'offre de soins.

Cette partie intègre :

- une analyse des besoins de santé et des principaux enjeux du territoire;
- les opérations ci-dessus énumérées ;
- et les objectifs quantifiés opposables en implantations par territoires de santé.

La partie hospitalière du SROS-PRS a également pour mission de fixer en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

- les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements.

Pour répondre à cet enjeux, la partie offre de soins du SROS-PRS comporte un volet spécifique à la déclinaison territoriale de l'offre de soins.

Cette partie intègre :

- une analyse des besoins de santé et des principaux enjeux du territoire;
- les opérations ci-dessus énumérées ;
- et les objectifs quantifiés opposables en implantations par territoires de santé.

1.2.2 Remarques-spécificités régionales et révision

Le SROS-PRS d'Ile-de-France comprend certaines particularités. Ainsi l'arrêté du 15 juin 2010 pris en application de l'article L.1434-10 du code de la santé publique indique que les activités de soins hautement spécialisées sont intégrées à la partie offre de soins du SROS-PRS, comme les autres activités de soins. Ces activités sont les suivantes :

- la chirurgie cardiaque ;
- la neurochirurgie ;
- les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
- le traitement des grands brûlés ;
- les greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques font par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins en Ile-de-France.

Il est à noter que certains volets de la partie offre de soins du SROS feront probablement l'objet d'une révision rapide en raison :

- des adaptations d'organisations régionales ;
- des évolutions de régime juridique : des activités comme la médecine et la chirurgie sont tributaires d'une évolution de textes réglementaires dont la parution a été reportée, et devront sans doute faire l'objet d'une révision dès que leur contenu sera publié.

1.3 La procédure d'élaboration et d'adoption

L'élaboration du schéma régional de l'organisation des soins s'inscrit dorénavant 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 principes et les objectifs du PSRS de la région Ile-de-France et notamment sur le fondement de :

- 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.

L'inclusion du SROS comportant la partie offre de soins dans le PRS implique que ce dernier soit élaboré en cohérence avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention et à l'organisation médico-sociale.

La circulaire DGOS/R5/2011/211 du 1^{er} août 2011, publiée au Bulletin Officiel Santé n° 2011/08 du 15 septembre 2011, relative au guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS détermine les orientations nationales qui sont retranscrites dans chacune des différentes parties.

La partie offre de soins du SROS a été préparée par le directeur général de l'ARS sur la base pour chaque volet :

- d'une évaluation des besoins, actuels et futurs ;
- d'une évaluation de l'offre actuelle ;
- de l'analyse de l'adéquation de l'offre aux besoins, sur la période du PRS ;
- de la prise en compte du contexte des ressources humaines et financières.

La confrontation de ces diverses dimensions a permis de dégager les enjeux principaux. Il est noté que :

- plusieurs programmes ont un impact certain sur le schéma. C'est ainsi que le programme régional de gestion du risque est pris en compte en particulier pour l'insuffisance rénale chronique, l'imagerie, la chirurgie, les soins de suite et de réadaptation et la périnatalité.
- l'analyse des besoins s'est appuyée pour certaines activités sur des données de registres nationaux et/ou régionaux.

La partie offre de soins du SROS, partie intégrante du PRS, 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 interassociatif 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 : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr> 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 ;
- Les URPS ont été consultées, conformément à l'article R.4031-2 du CSP ;

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. La consultation importante du site internet durant cette période témoigne de la réalité de cette publicité donnée aux travaux préparatoires et aux documents finalisés

Compte a été tenu dans cette démarche de l'ancienneté plus ou moins grande des acquis antérieurs (certains volets passés datent de deux ans), du fait que l'on se situe, selon les domaines, dans une problématique de continuité ou de mutation sensible, et des contraintes propres de tel ou tel volet. Ainsi s'agissant de la médecine adulte et enfant le côté globalisant de la dimension planificatrice efface de nombreuses spécificités propres à chacune de ces activités : l'ARS se réserve la possibilité de prolonger les options du schéma par des travaux complémentaires. Travaux futurs qui pourraient également concerner certains thèmes émergents. Il a par exemple été fait le choix de ne pas traiter des médecines complémentaires dans le cadre de ce schéma. Il pourra y être remédié ultérieurement. Par ailleurs les maladies chroniques, sujet nouveau et majeur, non présent dans l'arsenal réglementaire n'est qu'imparfaitement traité et pourrait justifier des compléments futurs.

L'arrêté du directeur de l'agence régionale de santé portant sur le schéma régional d'organisation des soins est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région. ()

1.4 Démocratie sanitaire et volet hospitalier

Le présent schéma s'inscrit dans le cadre des orientations définies par le schéma directeur de la démocratie sanitaire qui développe plusieurs actions dans le domaine hospitalier pour promouvoir les droits des patients et la démocratie sanitaire au sein des établissements de santé.

Il prend appui sur la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades qui a défini des droits nouveaux pour les usagers et a mis en place des outils permettant de veiller à leur respect ou à leur mise en œuvre au sein des établissements de santé.

1.4.1 Promouvoir les droits des patients et des usagers au sein des établissements de santé

Dans la continuité des acquis, plusieurs objectifs seront poursuivis :

- Favoriser le fonctionnement des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) :

- L'ARS est chargée de procéder à un bilan annuel du rapport que doivent lui adresser les établissements de santé. L'agence a développé un nouveau système d'information permettant un traitement et une exploitation plus simple et plus efficace des rapports annuels dans le but de mieux analyser les besoins d'amélioration de la qualité de la prise en charge au travers des actions initiées par les établissements.
- L'ARS porte une attention particulière à la qualité et au suivi de ces rapports et a également mis au point un indicateur de suivi dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ministériel dans lequel le taux de retour de ces rapports fixé à 100% sera suivi annuellement.
- Améliorer la gestion des réclamations :
 - L'ARS est destinataire de nombreuses réclamations d'usagers qui concernent les établissements de santé. Elle a pour ambition de développer en partenariat avec les fédérations hospitalières un système d'information qui permette de mieux gérer les réclamations et de l'interfacer avec son propre logiciel de traitement des réclamations "SI Plaintes".
 - Elle souhaite également proposer des outils de communication qui permettent aux établissements de faciliter l'expression des usagers (satisfaction ou réclamation).

1.4.2 Renforcer la place et le rôle des représentants des usagers et des médiateurs médicaux

Les actions de l'agence sont les suivantes :

- Développer la représentation des usagers :

L'ARS souhaite qu'ils deviennent des acteurs à part entière dans les établissements de santé et qu'ils puissent y trouver toute leur place en facilitant leur désignation par un processus plus opérationnel et plus lisible à l'échelle de chaque délégation territoriale et en généralisant notamment le principe de l'appel à candidature. L'ARS a également un partenariat avec le collectif interassociatif sur la santé (CISS) pour former les représentants des usagers et développer des outils de communication à leur intention. Enfin l'Agence souhaite développer le rôle des représentants des usagers dans la gestion des risques en les associant davantage dans le processus de signalement des événements indésirables graves.
- Renforcer la médiation médicale :

Partant du constat d'un nombre très faible de médiations réalisées, l'ARS a mis en place, avec un réseau de médiateurs, plusieurs actions visant à aider les

établissements à rendre la médiation plus performante grâce à un guide pour les médiateurs, définissant notamment le périmètre, le processus de médiation, les missions des médiateurs, et en mettant en place un réseau d'échange de bonnes pratiques.

1.4.3 Installer la démocratie sanitaire au cœur du partenariat hospitalier

L'ARS souhaite intégrer des objectifs de respect des droits, d'information des usagers et de développement de la démocratie sanitaire en utilisant les différents leviers d'organisation des soins et de management hospitalier.

L'intégration des objectifs dans les outils d'organisation des soins et de management hospitalier

- Dans le management des établissements hospitaliers :
l'ARS a engagé une démarche de sensibilisation des directeurs d'hôpitaux aux objectifs de prise en compte de la démocratie sanitaire dans le cadre de leur lettre de mission et symétriquement dans le cadre de leur évaluation.
- Dans la politique de contractualisation :
Un indicateur traceur et représentatif du respect des droits des usagers a été intégré dans les contrats d'objectifs et de moyens hospitaliers (taux de réclamation liée à l'accès au dossier médical = zéro).

Le développement de l'information des usagers et des réseaux d'acteurs :

L'information des usagers sera développée par :

- l'organisation avec les établissements de santé de campagnes d'informations régulières conduites au sein des établissements pour mieux faire connaître auprès des professionnels les représentants des usagers et les médiateurs, ou encore pour favoriser l'expression des usagers souhaitant formuler des éloges ou des réclamations. Par le développement d'une plateforme d'information en santé rendant l'offre hospitalière plus lisible et plus accessible ;
- le contrôle par l'ARS de la mise à disposition du public par les établissements de santé des informations relatives aux indicateurs de qualité ;
- l'organisation par l'ARS de débats publics réunissant un grand nombre d'acteurs dont les travaux et propositions permettent d'améliorer le parcours de santé des franciliens et de renforcer les liens entre la ville et l'hôpital ;
- la création de réseaux de professionnels qui vise à favoriser l'échange de pratiques et d'information, de partager les idées et de faire émerger des projets innovants au service d'une meilleure prise en charge. L'ARS souhaite par exemple mettre en place un réseau des chargés des relations avec les usagers qui sont des personnes ressources pour la mise en œuvre et le respect des droits des usagers dans les établissements. De la même façon un réseau des

médiateurs médicaux permettra de nourrir la réflexion sur une pratique émergente.

1.5 2013 – 2017 : la mise en œuvre du volet hospitalier, avec un rôle renforcé pour les expérimentations

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.

Concernant les autorisations d'activité de soins et d'équipements et matériel lourd ainsi que les renouvellements ou remplacements d'appareils, une place privilégiée sera réservée à la contractualisation et à l'ouverture vers des démarches plus expérimentales. 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.

Concernant la contractualisation avec les établissements de santé, ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre l'ARS et chaque établissement ou détenteur d'autorisation seront l'outil prioritaire de déclinaison non seulement des éléments opposables de ce SROS, mais également des recommandations afférentes notamment à la sécurité et à la qualité des soins ou à la bonne coopération entre établissement dans l'intérêt de l'organisation des parcours et de l'efficacité globale du système de santé francilien.

L'ARS, consciente que le système de santé nécessite des évolutions structurelles importantes, entend également promouvoir la notion d'expérimentation.

1.5.1 La délivrance des autorisations

La publication de la partie offre de soins du SROS n'implique pas ipso facto une remise en question de l'ensemble des autorisations d'équipements et matériels lourds ni des activités de soins, à l'exception de l'activité d'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou d'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

Dans ce cas précis conformément à l'article 3 du décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, suite à la publication du SROS-PRS les structures souhaitant réaliser par création cette activité ou poursuivre cette activité devront déposer une demande d'autorisation dans la fenêtre de dépôt de demandes correspondant à cette activité.

- Pour les autres activités de soins et pour les équipement et matériels lourds :
 - Dans l'hypothèse où les objectifs en implantations tels que fixés par le présent schéma feraient apparaître des disponibilités, les structures souhaitant réaliser l'activité concernée devront déposer une demande d'autorisation dans la fenêtre de dépôt ouverte à cet escent.
 - Dans l'hypothèse où les autorisations existantes seraient incompatibles avec la mise en œuvre des dispositions relatives à l'organisation des soins prévues par le présent schéma, ces autorisations seraient révisées au plus tard un an après la publication du présent schéma, conformément à l'article L.6122-2 du code de la santé publique ; cette révision est effectuée selon la procédure prévue à l'article L.6122-12 et peut conduire au retrait de l'autorisation. Le délai de mise en œuvre de la modification de l'autorisation est fixé par la décision de l'agence régionale de santé prévue au 3° alinéa du même article L.6122-12 ; il ne peut être supérieur à un an.

Il est à noter que les autorisations d'activité de soins et d'EML vont faire l'objet de la procédure de renouvellement d'autorisation tel que prévu à l'article L.6122-9 du code de la santé publique. Ces autorisations venant à échéance, les structures détentrices devront déposer auprès de l'ARS leur dossier d'évaluation 14 mois avant cette date.

Sous réserve de la délivrance d'autorisation hors procédure globale et de cas particulier, le calendrier prévisionnel de renouvellement des autorisations est le suivant :

- pour janvier 2013, concernant l'activité d'AMP-DPN,
- pour juin 2013, concernant l'activité de traitement du cancer,
- pour juillet 2014, concernant l'activité de soins de suite et réadaptation (SSR),
- pour décembre 2014, concernant l'activité de cardiologie interventionnelle,
- pour avril 2015, concernant les greffes, neurochirurgie et neuroradiologie,
- pour juin 2015, concernant la médecine, la chirurgie, les soins de longue durée (SLD) et la psychiatrie.

1.5.2 Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

1.5.2.1 Le CPOM : un outil privilégié pour une déclinaison opérationnelle du SROS

La loi HPST a établi un lien direct entre le projet régional de santé et les orientations stratégiques contenues dans les CPOM. Elle a par ailleurs souligné que le schéma régional de l'organisation des soins constituait le document de référence pour l'élaboration des contrats (conformément à l'article L.6114-2 du CSP).

En conséquence, le contenu des CPOM en Ile-de-France sera en priorité orienté vers la déclinaison opérationnelle à l'échelle des établissements et de leurs territoires du contenu du SROS-PRS, c'est-à-dire des évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité. Tous les CPOM pourront donc être renouvelés en 2013 pour prendre progressivement en compte les nouvelles orientations, et ce, à l'initiative des établissements comme de l'ARS.

Si l'essentiel des CPOM concerne le secteur sanitaire, cette nouvelle génération de contrats devra décliner, au niveau des établissements, l'objectif général de transversalité et d'articulation avec le secteur médico-social et la prévention. L'ARS Ile-de-France a ainsi fait le choix d'une structure de contrat donnant la priorité à la discussion sur le positionnement territorial des acteurs de santé ; l'analyse qui s'ensuit de leur fonctionnement interne devant assurer la pérennité des orientations prises (soutenabilité financière, qualité et sécurité des soins...). Le cœur des négociations portera sur les volets des complémentarités et des coopérations envisagées, dans une logique de mutualisation de moyens et de meilleure coordination des parcours de patients.

Quelles que soient la place et l'ambition de l'établissement, le CPOM permettra de formaliser le lien entre ses objectifs stratégiques et ses moyens de fonctionner que sont notamment les autorisations et les reconnaissances d'activité d'une part, les financements délégués par l'agence d'autre part. Plus qu'un outil de régulation de l'offre, le CPOM doit accompagner un dialogue de gestion continu avec les structures de soins pour décliner, et surtout adapter, les orientations du SROS-PRS aux spécificités des acteurs et aux contraintes et enjeux prioritaires locaux.

La possibilité de négocier tout ou partie d'un même contrat avec plusieurs offreurs sera proposée dans certaines circonstances par l'agence afin de permettre la mise en cohérence des orientations de plusieurs établissements, publics et/ou privés, à l'échelle d'un même territoire d'intervention.

1.5.2.2 Le CPOM est un support au dialogue avec les établissements de santé et les autres structures porteuses d'autorisation

Depuis la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) de 2001, le nouveau cadre de gestion dans l'administration publique implique la mise en œuvre d'un dialogue de gestion favorisant l'expression des acteurs les plus proches du terrain et la diffusion des bonnes pratiques. A ce titre le processus de réalisation et de suivi des CPOM doit permettre de porter ce dialogue sans lequel la déclinaison du SROS ne saurait constituer un véritable outil de référence pour le pilotage interne des établissements. Afin de fournir la lisibilité attendue tant par les directeurs d'établissement que par le directeur général de l'ARS, la nouvelle génération de CPOM travaillée par l'ARS Ile-de-France en liens étroits avec les acteurs régionaux, notamment les fédérations d'établissements, poursuit deux objectifs : transversalité et évolutivité.

Parce que la capacité d'un établissement à assurer les missions confiées par l'ARS est indissociable de la disponibilité des ressources financières et humaines nécessaires à leur mise en œuvre, les CPOM doivent permettre de traiter les problématiques d'un acteur dans leur globalité. Pour cela, l'ARS veille à ce que la coordination des thématiques soit faite au plus près du terrain pas un référent unique, interlocuteur privilégié de l'établissement. Afin de prendre le temps nécessaire à l'appropriation au niveau d'un établissement des enjeux découlant du nouveau SROS, il a été décidé que la négociation initiale des contrats s'étalerait sur 3 ans : de 2013 à 2015. Cette répartition annuelle tient compte du contexte propre à chaque hôpital et clinique. Mais pour ne pénaliser aucune structure dans son fonctionnement, un socle de contrat reprenant les activités autorisées, reconnues ou financées, sera signé pour tous en 2013, comme l'exige la réglementation.

Dans une logique de dialogue de gestion continu, le CPOM doit également démontrer sa capacité à évoluer au fur et à mesure que la stratégie des acteurs s'affine. Les engagements réciproques qui en découlent se verront ainsi mis à jour par voie d'avenant pendant les 5 années maximum de vie du contrat, couvrant par-là le délai de mise en œuvre du SROS. Ces évolutions accompagneront et relieront les processus concomitants d'attribution/renouvellement d'autorisations, de reconnaissance d'activité ou de mission de service public et d'allocation de ressources. Des revues de contrat par établissement porteront le suivi et la révision des engagements. Ce sera le lieu privilégié du dialogue de gestion transversal entre l'agence et les acteurs de l'offre de soins.

Ces objectifs s'appuieront, pour être mis en œuvre, sur de nouvelles procédures de suivi mais aussi sur une informatisation du processus de contractualisation. Un référencement commun des engagements permettra le partage et le pilotage de ceux-ci avec un accès à l'information facilité par l'enregistrement dans un système dédié à la gestion des contrats.

Au moment de la rédaction de ce volet hospitalier, les objectifs de la contractualisation, la méthodologie d'élaboration et de négociation de ces contrats, le calendrier de signature ainsi que les objectifs et méthodes de suivi et d'évaluation des CPOM sont en cours de discussion avec l'ensemble des acteurs concernés.

Cette concertation pourra donner lieu à des ajustements importants, y compris sur les points précédemment cités. L'articulation entre le Projet régional de santé, principalement son volet hospitalier, et les CPOM de chaque établissement, demeurera en tout état de cause l'enjeu prioritaire des prochaines années.

1.5.2.3 Des innovations : les appels à projet groupés et les programmes prioritaires

L'objectif de modifier les organisations existantes, notamment celles qui permettent des parcours de santé ou de soins plus cohérents, afin de garantir l'adéquation entre les besoins de santé et l'organisation de l'offre de soins, dans un souci renforcé de lutte contre les inégalités, ne pourra être atteint qu'à la condition d'une grande latitude

d'innovation laissée aux acteurs. L'agence a déjà initié plusieurs innovations comme pour la prise en charge des personnes âgées à Paris

Dans cet objectif de promotion et de meilleure utilisation du principe d'innovation, des appels à projet seront formulés en direction d'acteurs de champs divers et sur des thématiques multiples, dans l'objectif prioritaire d'apporter plus de transversalité entre acteurs du système de soins et de permettre des prises en charge des patients, plus intégrées, mieux coordonnées, de meilleure qualité globale et plus efficaces.

Les conditions d'organisation de ces sollicitations seront définies en accord avec les professionnels.

Sur un plan différent, des programmes prioritaires seront définis pour accélérer la recherche de solution face à des difficultés identifiées. Un programme prioritaire sera ainsi consacré à l'aval des urgences tel qu'évoqué dans la partie consacrée à cette activité.

Dans un registre différent, l'agence propose que deux territoires soient retenus prioritairement pour des actions volontariste d'anticipation de la démographie des professionnels de santé et des risques afférents de réduction de l'offre, de dégradation de la qualité des soins ou d'accroissement des inégalités de santé.

1.6 L'évaluation et le suivi du volet hospitalier

L'évaluation et le suivi du volet hospitalier nécessiteront, à l'initiative de l'ARS et en concertation avec l'ensemble des acteurs et partenaires, la mise en œuvre simultanée et complémentaire de plusieurs stratégies, méthodes ou outils afin d'appréhender l'ensemble du très vaste champ couvert par les enjeux hospitaliers.

Certains des indicateurs du contrat d'objectifs et de moyens liant l'ARS et l'Etat concernent en propre le domaine hospitalier tel le recours à la chirurgie ambulatoire, à la dialyse péritonéale, à l'HAD, aux coopérations, ou à l'activité des urgences pendant la permanence des soins.

Le premier enjeu d'un suivi du schéma est la confirmation de la tenue des objectifs et de la réalisation des actions prévues pour l'atteinte des objectifs stratégiques annoncés. Le suivi du présent schéma portera donc notamment sur les évolutions des activités et équipements autorisées (bilan des implantations opposables et indicatives), sur l'offre de soins de premier recours, ainsi que sur les actions de coopération entre les acteurs de l'offre sanitaire en lien avec les acteurs de l'offre médico-sociale et sociale dans les domaines de l'organisation des soins, des mesures d'amélioration de l'efficacité de l'offre de soins, des modalités de coordination, des réalisations pour assurer une offre de soins suffisante aux tarifs des honoraires prévus par le 1^o alinéa de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale, et la prise en charge des missions de service public hospitalier.

Le suivi du schéma régional d'organisation des soins sera réalisé annuellement à compter de son entrée en vigueur. L'ARS s'engage à en assurer la publicité ainsi que

la présentation intelligible et argumentée auprès de la commission spécialisée de l'offre de soins de la CRSA.

L'évaluation du schéma consiste également à dresser un bilan des réalisations, des résultats, des moyens mis en œuvre et à définir les actions et les adaptations nécessaires à la réalisation de ses objectifs. Cette évaluation permettra également d'opérer les ajustements stratégiques et opérationnels compte tenu des évolutions de l'offre de soins pour répondre aux besoins de santé de la population et d'envisager si besoin une révision du SROS avant le délai de 5 ans.

Sur un plan plus général, l'évaluation de la contribution du volet hospitalier à l'atteinte des objectifs stratégiques généraux du projet régional de santé (réduction des inégalités de santé, amélioration de l'efficacité du système de santé, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) s'intégrera dans l'évaluation d'ensemble du plan régional de santé. Il sera rendu compte de l'évolution des résultats de la région Ile-de-France face à ces grands défis d'avenir, au gouvernement dans le cadre du suivi du contrat d'objectifs et de moyens de l'ARS, au conseil de surveillance de l'ARS et devant la commission régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

L'ARS s'engage plus spécifiquement pour l'évaluation et le suivi du volet hospitalier, à contribuer à la qualité des débats et des délibérations de la commission spécialisée de l'offre de soins (CSOS) de la CRSA.

En liens étroits avec le président et le vice-président de la CSOS, ses engagements sont les suivants :

- Assurer un secrétariat actif pour garantir la bonne tenue de l'agenda de la CSOS, assurer la transmission des documents de travail en amont des commissions, proposer des ordres du jour adaptés, assurer le juste niveau de représentation des collaborateurs de l'agence aux réunions et garantir la traçabilité et la communication administrative formelle des délibérations.
- Proposer à la CSOS, en accord avec son président, des exposés réguliers permettant à ses membres une compréhension d'ensemble des problématiques qui les concernent et leur assurer de manière régulière un bilan du suivi de leurs avis par le directeur général.
- Concernant spécifiquement les autorisations d'activités hospitalières, l'ARS s'engage à rendre compte de manière régulière à la CSOS de leur évolution, des enjeux et le cas échéant des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des objectifs de ce volet hospitalier.

L'ARS s'engage à organiser au long cours les échanges et la concertation avec les professionnels de santé spécifiquement concernés par les divers volets thématiques. Les groupes de travail réunis pour l'élaboration du SROS seront transformés en comités de suivi ad hoc, avec pour objectif de poursuivre les réflexions, préparer les évolutions futures et le cas échéant l'actualisation du volet hospitalier, enfin de suivre de manière précise sa mise en œuvre et son évaluation dans tel domaine.



Le Volet Hospitalier

L'ARS poursuivra également ses échanges réguliers avec les fédérations d'établissements sanitaires et sociaux et leur proposera en concertation des points d'étape réguliers sur la mise en œuvre et l'évolution du volet hospitalier.

2 Une stratégie régionale ambitieuse d'organisation des soins hospitaliers

Les évolutions de l'organisation hospitalière attendues lors de l'élaboration d'un schéma régional doivent prendre en compte plusieurs dimensions au premier rang desquelles figure l'évolution des besoins.

2.1 Eléments de contexte

2.1.1 Analyse des besoins

Elle a été largement décrite dans le PSRS sous ses aspects globaux et est abordée dans chacun des volets thématiques. La disponibilité d'un nombre important de données fiables et actualisées (en provenance de l'ORS, des sources de l'assurance maladie, ou de divers registres franciliens notamment *Rein* portant sur l'insuffisance rénale chronique, *Perinat-arsif* relatif à la périnatalité ou *Cardioarsif* et *e-must* sur la cardiologie) permet d'observer une tendance vers l'accroissement des besoins (de santé et de soins) résultant soit d'une incidence et d'une prévalence croissantes soit d'autres facteurs (vieillissement de la population, maintien de la natalité à un niveau élevé, accroissement de la population francilienne). Sont ainsi en croissance les cancers, les pathologies liées au vieillissement, le diabète, les maladies mentales et plus généralement les maladies chroniques, la prématurité, les besoins de santé des adolescents, les suites des dépistages, la précarité etc.

Rares sont les domaines où les besoins fléchissent : ainsi en est-il pour la prise en charge de la traumatologie routière par exemple.

Le constat d'une hausse des besoins est donc peu contesté.

Il y a pour autant une distinction à opérer entre cette croissance du besoin de santé et ses retombées sur l'activité hospitalière, les deux ne se superposant pas selon les domaines activités ou les zones géographiques.

Néanmoins, pour l'ensemble de la région, toutes activités et tout type d'offreur de soins confondus, l'activité des établissements hospitaliers est globalement en croissance. Cette croissance s'avère modérée en hospitalisation (+2,2% en hospitalisation entre 2011 et 2007) et plus soutenue dans les prises en charge en séances, en consultations ou en actes externes et dans la fréquentation des urgences.

Ainsi pour ces dernières et sur le critère imparfait des seuls forfaits d'accueil et traitement des urgences (ATU) la croissance observée est de 6,6% entre 2011 et 2010 et très différenciée selon les zones de la région (plus importante en périphérie que dans le centre). Cette évolution sur les deux dernières années correspond à un tendancier haussier régulier sur la décennie écoulée.

Sur un autre plan, on constate une accélération des besoins de santé relatifs à la prise en charge des maladies chroniques. Si on connaît l'écart qui existe entre l'évolution des admissions en affection de longue durée et les pathologies chroniques (divers travaux montrent que les secondes excèdent largement les premières) on peut néanmoins observer dans le tableau ci-dessous l'ampleur et le caractère général au plan territorial, du rythme d'évolution des affections de longue durée (ALD) en Ile-de-France.

Evolution des ALD 2010/2009

Département	2010	2009	2010/2009 (%)
75	359 502	346 062	1,04
77	195 102	184 215	1,06
78	229 710	217 083	1,06
91	181 330	173 719	1,04
92	288 601	274 215	1,05
93	243 529	233 750	1,04
94	210 505	201 514	1,04
95	167 318	159 512	1,05
Ile-de-France	1 875 597	1 790 070	1,47

Source : CNAMTS

Alors que l'hospitalisation croît plutôt à un rythme de 0,5% par an les ALD sont sur une pente de croissance annuelle beaucoup plus soutenue voisine de 5%, illustrant la portée de ce qu'il est convenu d'appeler la transition épidémiologique. De nouveau, ces évolutions sur une année unique sont révélatrices d'une tendance durablement inscrite dans les évolutions épidémiologiques régionales.

Ce rythme de croissance affecte tous les acteurs du soin et de la prévention. S'agissant des premiers, elle concerne tant les acteurs hospitaliers que ceux du domicile.

Une autre dimension de l'évolution des besoins est la présence en nombre croissant de nouveaux malades (handicapés âgés, malades atteints de pathologies mentales âgées, greffés, etc) due principalement à l'allongement de l'espérance de vie.

La croissance de la précarité sous toutes ses formes est une autre illustration de la complexité de l'approche des besoins. Moins attentifs aux démarches de prévention et à la préservation du capital santé, les patients en situation de vulnérabilité sociale – dont une partie est atteinte d'affections psychiatriques plus ou moins prégnantes- sont plus exposés aux situations de crise qui les conduit souvent à considérer les urgences comme porte d'accès au système de soins. Pour ceux dont les affections sont au long cours la question d'un suivi quelle qu'en soit la forme est souvent impossible et la compliance au traitement relative. Le besoin d'une prise en charge sociale en accompagnement de la démarche de soins est quasiment systématique.

2.1.2 L'évolution des prises en charge

Cette croissance des besoins et en particulier de ceux liés aux pathologies chroniques prend place en même temps que les prises en charge se modifient elles mêmes. Si les indicateurs d'évolution de ces prises en charge sont souvent indirects plusieurs évolutions seront déterminantes pour l'organisation future de notre système de santé :

- des prises en charge aiguës de plus en plus courtes, en particulier à la phase du diagnostic et à celle du traitement initial ;
- des prises en charges par des offreurs multiples à des stades différents, dans des lieux et dans des temps également distincts, générant de ce fait des besoins de coordination accrus ;
- un alourdissement global (vieillesse et chronicité) et intrication fréquente du problème médical et de la dimension sociale ;
- des séquences de soins plus nombreuses et plus longues pour les malades dont le problème est assimilable à une maladie chronique ;
- des bénéficiaires plus diversifiés (patients, entourage, aidants).

Selon leur périmètre d'activité, les établissements hospitaliers sont différemment concernés par ces évolutions : dans les établissements essentiellement chirurgicaux et obstétricaux, la prise en charge aiguë est plus présente et prend le plus souvent la forme d'une hospitalisation (complète ou d'une journée). Le parcours du patient ou de la patiente y est en général bref et se résume à une prise en charge unique sans besoin systématique (hors quelques domaines) de pluridisciplinarité. Dans les établissements plus polyvalents et souvent donc médicaux, l'activité d'hospitalisation se double d'une activité hors hospitalisation conséquente, parfois dominante. Les prises en charge sont fractionnées et partagées (et de ce fait plus difficile à décrire).

Dans les établissements psychiatriques cohabitent aussi les deux dimensions du soin : la dimension aiguë notamment en situation de crise et celle plus longue de pathologie chronique.

Ainsi, si pour la majorité des acteurs –à tout le moins du court séjour- la prise en charge aiguë a longtemps conditionné l'organisation interne et les relations avec l'extérieur, le poids des pathologies chroniques et la montée du vieillissement des

malades chez la plupart d'entre eux justifie un regard nouveau et des adaptations multiples. Pour ces dernières des formes de prises en charge plus intégrées sont à rechercher avec les acteurs du médico-social (par ailleurs globalement insuffisant en Ile-de-France, voir schéma-médico-social) et du premier recours, historiquement faiblement organisé en Ile-de-France et à la recherche des réponses à ses fragilités actuelles (schéma offre de soins – volet ambulatoire).

Le défi d'adaptation concerne donc tous ces types d'acteurs et justifie des initiatives qui puissent les rassembler dans cette voie.

Ce besoin d'organisations nouvelles conduit à relativiser le poids que devrait occuper la question des implantations dans ce schéma dont on peut en synthèse affirmer qu'il est plus un schéma d'organisation (avec un très fort besoin d'innovation) qu'un schéma d'implantations, dont les évolutions sont globalement maîtrisées.

2.1.3 Le recours à l'hôpital

Il peut être mesuré de manière diverse et se différencie selon que l'on prend en compte la seule activité d'hospitalisation ou toutes les activités.

Ainsi le tableau ci-après, issu d'une étude nationale qui ne porte que sur l'hospitalisation de court séjour, retrace la consommation de soins exprimée en euros.

On y observe une situation de la région variable par rapport à la France entière selon que l'on prend les consommations brutes ou standardisées. On y observe surtout des variations infrarégionales qui font de la Seine-Saint-Denis le premier consommateur de soins hospitaliers (en données standardisées) laissant place à plusieurs interprétations possibles : une première serait que la population de ce département plus défavorisée solliciterait plus l'hôpital qu'ailleurs soit du fait de problèmes de santé plus graves soit pour d'autres raisons (culturels en particulier). Une autre non contradictoire avec la précédente serait que les inégalités de santé –fortement présentes dans la région et décrites dans le PSRS- seraient moindres dans la dimension hospitalière du soin, l'hôpital jouant en la matière un rôle atténuateur. Il conviendrait d'approfondir ces travaux pour améliorer les éléments de compréhension.

Consommation de soins hospitaliers observée et standardisée en Ile-de-France

Dép.	Consommation observée	Consommation standardisée sur la structure démographique	Consommation standardisée sur état de santé	Indice ALD	ICM*
75	571	606	651	87	80
77	568	654	643	109	102
78	551	601	634	89	86
91	580	647	659	102	91
92	560	603	644	86	83
93	591	684	678	109	98
94	591	645	666	98	87
95	559	644	650	99	96
Ile-de-France	571	633	653	97	90
France métro. et DOM	628	628	628	100	100

Sources : CNAMTS-SNIIR-AM, PMSI-MCO
Calculs : DREES Année 2009. MCO euros /habitant

*indice comparatif de mortalité

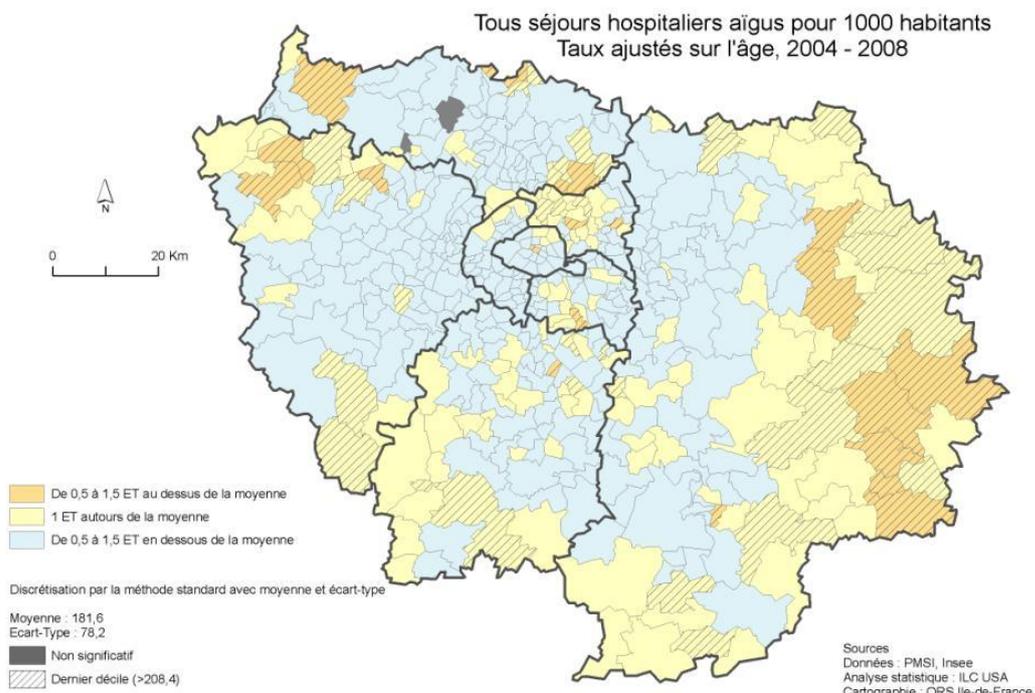
Les observations précédentes sont confirmées par un travail conduit sous la responsabilité de Victor Rodwin (et non publiées) et reproduit ci-dessous qui a analysé le recours à l'hospitalisation entre 2004 et 2008 en Ile-de-France.

On y relève :

- Une part prépondérante de l'espace régional où l'on hospitalise plutôt moins qu'ailleurs et qui sont les zones de résultats de santé favorables et de niveau social et de revenu élevé ;
- Des zones où l'hospitalisation est plus forte et qui sont soit les zones périphériques, soit les zones à résultats de santé inférieurs, en général les zones à difficultés sociales fortes et à richesse moindre.
- Des zones intermédiaires.

Force est d'observer une asymétrie entre les zones à fort recours hospitalier et à fort équipement hospitalier : les facteurs explicatifs sont multiples et nécessiteraient des travaux complémentaires pour une meilleure compréhension.

Les zones à recours élevé à l'hospitalisation pourraient être le lieu de résidence de populations moins enclines à l'entretien de leur santé (pour des raisons sociales ou culturelles ou les deux) : la survenue d'un incident de santé prendrait donc une forme plus grave débouchant plus directement sur une hospitalisation. Une raison complémentaire pourrait être l'insuffisance de l'offre de premier recours bien que cette hypothèse ne soit pas démontrée à ce jour.



Source: Document non publié de Rodwin, VG, Gusmano, MK, Weisz, D. Saunal, A. ORS-IDF, 2011.

Ces travaux ouvrent des voies qu'il conviendrait d'élargir au recours à l'hôpital en dehors d'un contexte d'hospitalisation (consultations diverses et urgences notamment) pour mieux apprécier la situation francilienne et les différences infrarégionales, l'hypothèse d'une fréquentation croissante et plus élevée que dans les autres régions françaises étant la plus probable.

Toutes les données précédentes considéraient l'hospitalisation des franciliens quel que soit le lieu de cette hospitalisation au sein de la région. La prise en compte des flux intra régionaux complète cette analyse.

Les flux intrarégionaux :

Les données disponibles concernent exclusivement l'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et en SSR et sont synthétisées dans le tableau ci-dessous. S'agissant des flux extra régionaux les données figurant dans le plan stratégique gardent leur actualité.

Attractivité et autonomie des territoires

Département	Couverture locale en MCO %	Couverture locale en SSR %	Poids de l'activité locale en MCO %
75	80,1	36,5	43,4
77	64	60	87,8
78	71	75	86,3
91	62,5	74	80,5
92	58,6	55	55,4
93	58,2	59	74,1
94	49,4	60	57,7
95	69,5	72	80,5

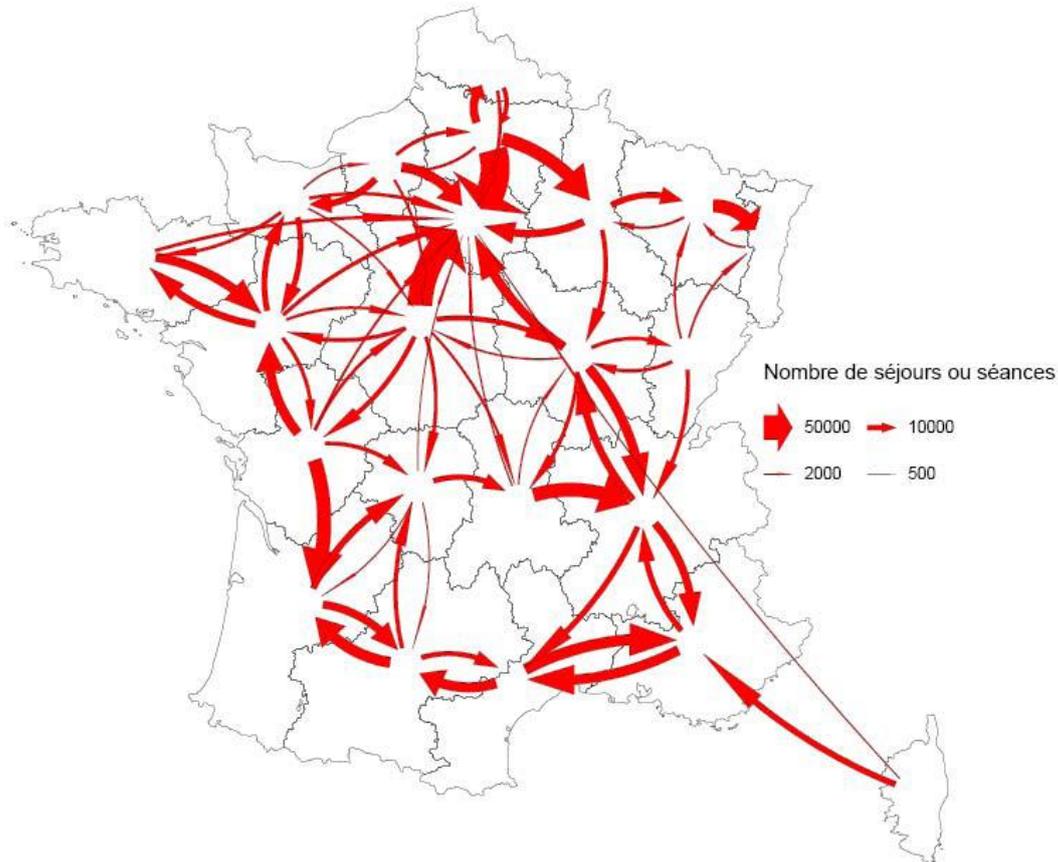
Sources : Insee-Drees ; PMSI MCO 2010 ; ARS PMSI 2010 SSR

Plusieurs constats s'imposent :

- Pour l'activité de court séjour, Paris demeure autonome et attractif, disposant de l'essentiel de l'offre spécialisée et très spécialisée d'Ile-de-France ;
- La petite couronne a la plus faible autonomie (et ceci quel que soit le département notamment du fait de la non prise en compte des frontières administratives par la population dans ses déplacements) et une certaine attractivité ;
- La grande couronne a une moindre attractivité et une autonomie intermédiaire souvent méconnue. Dans les départements qui la composent les soins de proximité sont pris en charge sur place à des niveaux élevés compte-tenu de la présence de l'offre parisienne.
- Une différence significative entre la situation observée pour le court séjour et pour les soins de suite et de réadaptation, notamment à Paris et dans une moindre mesure en petite couronne. L'asymétrie qui en découle constitue un facteur de difficultés organisationnelles supplémentaire et pose des problèmes particuliers de continuité des soins.

Les flux interrégionaux :

Selon l'étude citée ci-dessous, le poids de l'hospitalisation de non franciliens représentait 6,8% de l'activité en 2008 (contre 6,9% en 2005) ; les franciliens hospitalisés hors région représentaient 2,2% (contre 2,9% en 1997). Ce sont les régions les plus proches qui sont les plus concernées par les venues en Ile-de-France. Ainsi chaque année, plus de 58 000 séjours ou séances réalisés en Ile-de-France concernent des Picards et 50 000 séjours ou séances concernent des patients en provenance du Centre. Les autres régions limitrophes (Bourgogne, Champagne-Ardenne et Haute-Normandie) ont aussi plus de 5% des séjours ou séances de leurs résidents hospitalisés qui ont lieu en Ile-de-France. Plus généralement, pour chaque région de France métropolitaine et d'Outre-mer, plus de 1 000 séjours ou séances sont réalisés en Ile-de-France chaque année.



Source : *Mobilité géographique des patients en soins hospitaliers de court séjour : comment la répartition de l'offre structure-t-elle le territoire ?* Frédéric Tallec Drees 2011

2.1.4 Un partage des parts d'activité hospitalière faiblement évolutif

Les parts d'activité entre grandes catégories d'acteurs ne sont pas profondément modifiées au plan régional pour l'activité de court séjour (hospitalisation). Si l'on regarde plus en détail l'obstétrique, on voit un retrait du secteur privé.

Les soins de suite, en revanche, ont vu un rôle accru de ce dernier secteur.

Part d'activité en cours séjour (en %)

	2006	2011
CHU	29,73	28,02
Privés	37,12	37,9
ESPIC	8,47	8,9
Publics	24,69	25,04
Ile-de-France	100	100

Source : ARS PMSI

2.2 Les grandes tendances de l'offre hospitalière

Les grandes lignes ont été décrites dans le plan stratégique. Quelques éléments complémentaires sont néanmoins utiles et concerneront :

- La couverture territoriale des besoins ;
- Le maillage régional actuel et futur.

2.2.1 La couverture territoriale des besoins

En complément des analyses fondées sur les notions de recours et d'attractivité, la dimension temporelle de l'accès aux soins mérite considération, tout comme la gradation des activités dans la région.

Le temps d'accès :

Plusieurs travaux récents ont porté sur cette question et montrent s'agissant de l'accès à un établissement hospitalier de court séjour, une situation francilienne plutôt favorable sans disparité infrarégionale majeure.

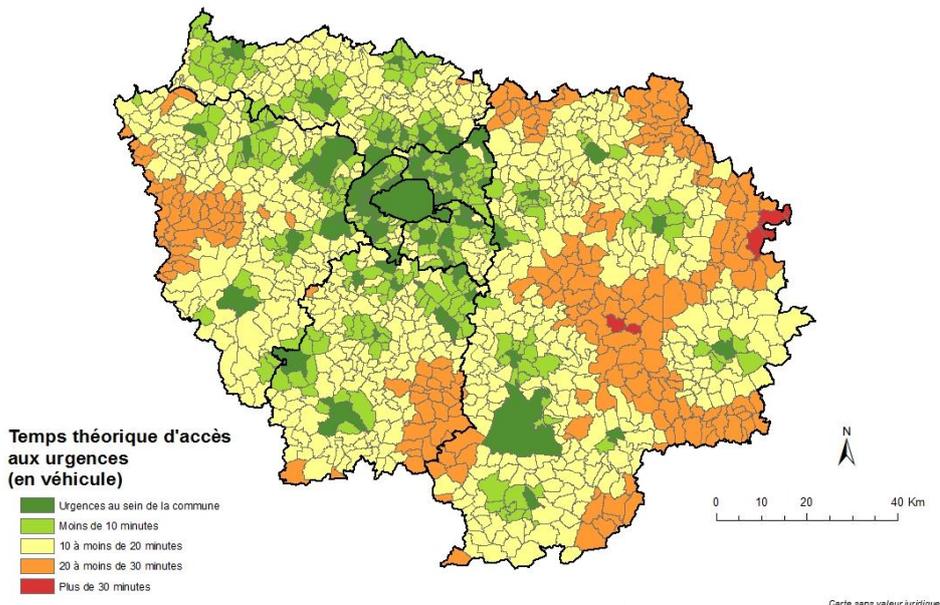
Temps d'accès aux services de court séjour et densité hospitalière en lits de court séjour

Territoire de santé	Temps d'accès médian	Nb de lits MCO pour 1 000 hab.
Paris	11	64,6
Seine-et-Marne	21	26,6
Yvelines	18	27,1
Essonne	20	28,6
Hauts-de-Seine	14	38,2
Seine-Saint-Denis	14	28,7
Val-de-Marne	16	41,3
Val-d'Oise	16	29,4
France	21	40

Sources : Insee-Drees ; PMSI MCO 2010 ; Distancier Odomatrix.

La situation concernant l'accès aux services d'urgence n'est pas sensiblement différente comme le montre la carte ci-dessous.

Temps d'accès aux urgences en Ile-de-France



Sources : BDTOPO Ile-de-France, INSEE, ARS juin 2012

D'autres dimensions, en particulier la notion de délais d'attente pour tel ou tel domaine, où les ruptures dans la continuité des soins pourraient être introduites : peu de données fiables sont actuellement disponibles.

2.2.2 Un maillage répondant aux besoins de la population et une gradation des soins adaptée

L'évolution du maillage territorial depuis une quinzaine d'année a plutôt réduit le nombre de plateaux techniques obstétricaux et chirurgicaux et les activités de très haute expertise et/ou technicité. Mais pour d'autres activités (soins de suite mais aussi imagerie voire urgences, soins palliatifs ou réanimation) l'offre a cru ou est restée relativement répartie. Par ailleurs en psychiatrie plusieurs raisons conduisent à organiser également une certaine forme de gradation des soins (le développement du travail intersectoriel et le besoin d'apporter des réponses spécifiques à certaines catégories de population).

On peut aujourd'hui observer la gradation actuelle des activités à partir du nombre d'implantations. Cette approche est assez empirique et demande à être nuancée.

- Activités très concentrées, moins de vingt implantations :
 - Brûlés, greffes, neurochirurgie, neuroradiologie, chirurgie cardiaque, oncopédiatrie, réanimation néonatale, centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ; la quasi-totalité des centres ressources ; Samu, etc. ;
 - Activités semi-concentrées, entre 20 et 50 implantations ;
 - SMUR, une partie de la cancérologie (radiothérapie, certaines chirurgies), certains soins de suite spécialisés, la pédiatrie, les AVC, la cardiologie interventionnelle, les unités de soins palliatifs, les unités de soins de longue durée (USLD) ;
 - Activités très déployées au-delà de 50 implantations parfois de 100 ;
- Médecine, chirurgie, psychiatrie, imagerie, urgences, SSR, réanimation, etc.

Pour le futur, d'une manière globale l'organisation d'une offre graduée est à poursuivre avec une probable différenciation :

- l'Île-de-France est la région qui compte le plus de centres experts quelle qu'en soit la nature. Ils resteront localisés pour la plupart au centre de la région, en devant rechercher les accords de partenariat à chaque fois que possible ;
- Les problèmes de rareté démographique (neuroradiologie) sont et seront déterminants pour certaines activités ;

- dans beaucoup de domaines un équilibre est à trouver entre l'expertise technique qui peut être concentrée et le besoin de proximité, qui est seul en mesure de garantir une réelle continuité des soins et une plus forte intégration des contributions des diverses catégories d'acteurs.

Dans sa dimension "spontanée", l'évolution de l'offre privilégie souvent le centre de la région et parfois Paris, plus que sa proche banlieue. La question est désormais de savoir si une organisation nouvelle, adaptée aux maladies chroniques, doit suivre cette tendance.

S'agissant des capacités, les tendances antérieures pourraient se prolonger avec la baisse en chirurgie, en obstétrique et en psychiatrie, une place accrue pour les structures d'hospitalisation d'une journée et de moins d'une journée y compris en soins de suite et réadaptation. La prise en compte du vieillissement (et peut-être de la précarité) et de la polypathologie pourraient justifier des renforcements de capacités principalement en médecine par transformation de capacités excédentaires dans d'autres secteurs d'activité.

La poursuite de la gradation des soins est l'une des raisons qui expliquent la baisse du nombre des implantations dans un certain nombre de domaines.

Le tableau synthétique de l'offre (les données par territoire sont en partie 3) se présente donc comme suit :

Tableau synthétique de l'offre de soins en Ile-de-France (en nombre d'implantations)

Activités ou équipements	Autorisations actuelles	Cible SROS borne basse	Cible SROS borne haute
COURT SEJOUR			
Médecine	222	211	220
Chirurgie	167	150	162
Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie :			
. Rythmologie	19	19	20
. Cardiopathie de l'adulte	35	33	35
. Cardiopathies de l'enfant	3	3	3

GYNECOLOGIE – OBSTETRIQUE - NEONATALOGIE			
Maternités (type I)	33	25	32
Néonatalogie (type IIa)	27	24	27
Soins intensifs en néonatalogie (type IIb)	18	18	18
Réanimation néonatale (type III)	15	15	15
Total	93	82	92
ACTIVITES D'AMP - DPN			
AMP biologique	23	22	23
AMP clinique	22	20	24
Activité de diagnostic prénatal	16	17	17

EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS (nombre d'appareils)			
IRM	155	211	211
Scanner	213	239	239
Caméra à scintillation	89	89	89
TEP	27	40	40
Cyclotron à utilisation médicale	1	1	1

REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE			
Réanimation			
. adulte	73	64	68
. pédiatrique	7	7	7
. spécialisée en pédiatrie	4	4	4
Caisson hyperbare	1	1	1
Soins intensifs (<i>reconnaissance</i>)			
. USI hématologie – adulte	17	15	17
. USI hématologie – enfant	5	5	5
. USI néphrologie – adulte	3	3	3
. " – pédiatrique	0	1	1
. USI pneumologie – adulte	3	3	3
Surveillance continue			
. adulte	135	111	135
. pédiatrique	4	4	7
Unités de neurologie vasculaire			
. adulte	19	19	19
. pédiatrique	1	1	1
Soins intensifs de cardiologie			
- adulte	51	46	51
- pédiatrie	3	3	3
Filières gériatriques	41	41	41

URGENCES			
Médecine d'urgence	89 dont 32 pédiatriques	84 dont 32 pédiatriques	87 dont 32 pédiatriques
SAMU	8	8	8
SMUR	37 dont 5 pédiatriques	35 dont 5 pédiatriques	38 dont 5 pédiatriques

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE PAR EPURATION EXTRARENALE			
- Hémodialyse en centre			
. adulte	61	60	60
. pédiatrique	3	2	2
- Unités de dialyse médicalisée	48	47	60
- Autodialyse simple ou assistée	60	60	65
- Hémodialyse à domicile	8	8	11
- Dialyse péritonéale	30	26	37
- Dialyse péritonéale à domicile	2	2	2

TRAITEMENT DU CANCER			
Chirurgie des cancers :			
- Chirurgie mammaire	79	66	74
- Chirurgie digestive	104	84	99
- Chirurgie urologique	73	61	71
- Chirurgie thoracique	21	16	20
- Chirurgie gynécologique	59	47	54
- Chirurgie ORL et maxillo faciale	46	40	46
- Chirurgie des tumeurs de l'encéphale			
. adulte	9	9	9
. pédiatrique	2	2	2
Chimiothérapie			
. adulte	89	82	88
. pédiatrique	7	5	7
Radiothérapie externe			
. adulte	27	22	26
. pédiatrique	3	2	3
Radiothérapie métabolique (sources non scellées)			
. adulte	14	12	14
. pédiatrique	3	3	3
Curiothérapie :			
- Bas débit	9	8	9
- Débit pulsé	4	4	4
- Haut débit	7	7	7
- Pédiatrique	2	2	2

SSR			
Soins de suite et réadaptation			
- adulte			
Hospitalisation complète	196	191	196
Hospitalisation de jour	110	110	134
- pédiatrique			
Hospitalisation complète	13	12	14
Hospitalisation de jour	11	10	12

PSYCHIATRIE			
Psychiatrie générale			
Hospitalisation complète	97	94	101
Hospitalisation de jour	154	152	163
Centre de postcure	24	24	28
Hospitalisation de nuit	36	35	37
Placement familial	34	31	34
Centre de crise	21	21	27
Appartement thérapeutique	20	20	25
Psychiatrie infanto-juvénile			
Hospitalisation complète	29	29	34
Hospitalisation de jour	98	99	106
Hospitalisation de nuit	6	6	10
Placement familial	22	22	29
Centre de crise	6	6	10

USLD			
Unités de soins de longue durée	54	54	61

SOINS PALLIATIFS			
. équipe mobile	70	70	73
. lits identifiés	89	90	92
. SSRS – soins palliatifs	9	9	10
. Unité soins palliatifs	25	25	28

CHIRURGIE CARDIAQUE			
. adulte	10	8	10
. pédiatrique	3	3	3

GREFFES D'ORGANES ET DE CELLULES HEMATOPOIETIQUES

PRELEVEMENTS D'ORGANES			
GREFFES :			
Cellules allogreffe			
. adulte	6	5	6
. pédiatrique	2	2	3
Rein			
. adulte	6	6	6
. pédiatrique	1	1	1
. adulte et pédiatrique	1	1	1
Pancréas			
. adulte	3	2	3
. pédiatrique	1	1	1
Rein/pancréas			
. adulte	3	2	3
Foie			
. adulte	5	4	5
. pédiatrique	2	2	2
Cœur			
. adulte	4	3	4
. pédiatrique	1	1	1
. adulte et pédiatrique	1	1	1
Intestin			
. adulte	1	1	1
. pédiatrique	1	1	1
Poumon			
. adulte	2	2	2
. adulte et pédiatrique	2	2	2
Cœur/poumon			
. adulte	1	1	1
. adulte et pédiatrique	2	2	2
PRELEVEMENTS D'ORGANES	27	27	27

NEUROCHIRURGIE, NEURORADIOLOGIE, TRAITEMENT DES GRANDS BRULÉS			
Neurochirurgie			
. adulte	9	7	9
. pédiatrique	2	2	2
. fonctionnelle cérébrale	7	7	7
. radiochirurgie stéréotaxique	3	3	3
- Neuroradiologie			
<i>Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie</i>			
. adulte	8	6	7
. pédiatrique	1	1	2
- Traitement des grands brûlés			
. adulte	1	1	1
. pédiatrique	1	1	1

Source : ARS

Au global, il apparait :

- Une couverture territoriale des besoins globalement satisfaisante avec des fragilités évoquées ci-après ;
- Un temps d'accès moyen parmi les meilleurs en France ;
- Des établissements spécialisés, voire hyper spécialisés au centre, plus généralistes à la périphérie et donc un besoin d'articulation entre eux, l'absence de territorialisation des activités de recours constituant une difficulté ;
- Un mouvement opposé des capacités entre une baisse observée en MCO et en psychiatrie et une hausse en SSR ;
- Des contraintes supplémentaires induites par les insuffisances (à nuancer selon les départements et les secteurs) de l'équipement médico-social et les difficultés du premier recours (historiquement faiblement organisé) ;

La mise en place du SROS 3 et tout ce qui l'a accompagné a certainement permis une amélioration de la lisibilité de l'offre hospitalière, notamment par la délivrance d'autorisations et de reconnaissances dans un nombre élevé de domaines. Dans beaucoup de dimensions du court séjour, la région fait plus ou autant avec moins d'acteurs, les recompositions à l'œuvre dans tous les secteurs ayant conduit à resserrer leur nombre.

2.2.3 Des évolutions contrastées selon les domaines

L'appréciation de l'importance des évolutions attendues pour les principaux domaines de prise en charge repose de moins en moins sur l'évolution des implantations, du moins comme facteur explicatif exclusif. Dans un souci de transparence et de pédagogie est présentée ci-dessous une typologie des évolutions projetées.

Domaines où la stabilité prévaudra (pour le nombre d'implantations)
<p style="text-align: center;">Urgences Cardiologie Obstétrique Diagnostic prénatal Génétique</p>

L'organisation des sites d'urgence en Ile-de-France paraît globalement adéquate et en capacité de répondre aux besoins de la population francilienne. L'accessibilité géographique du dispositif d'urgences, avec notamment le renforcement progressif au cours de la décennie écoulée des sites les plus importants de périphérie, ne devrait pas mener à des restructurations fortes à l'échelle régionale. Quelques sites de taille modeste pourraient évoluer soit dans un contexte de coopérations territoriales, soit en lien avec le renforcement de l'organisation du premier recours non hospitalier.

Les précédents schémas d'organisation de la cardiologie ont légué à la région un dispositif exemplaire pour la prise en charge des maladies cardiovasculaire en phase aiguë, comme en témoignent les résultats issus des registres de cardiologie. Le nombre d'établissements autorisés à l'accueil des patients pour des actes de cardiologie interventionnelle permet aujourd'hui une accessibilité géographique et la constitution d'équipes de taille suffisante. Il garantit qualité, sécurité et continuité des soins et le maillage avec les équipes d'urgence pré-hospitalière permet une grande réactivité pour la prise en charge efficace des patients. Des restructurations limitées pourraient néanmoins être nécessaires pour atteindre les objectifs du SROS précédent et finaliser des projets de recomposition ou regroupement non aboutis.

En obstétrique, l'Ile-de-France voit actuellement l'aboutissement de presque quinze années de planification de l'offre de soins. Après le renforcement des centres périnatals de type III, le rééquilibrage, à l'initiative notamment du CHU, entre Paris et sa banlieue, le développement des centres périnatals des hôpitaux publics en grande couronne, l'offre de soins paraît aujourd'hui en mesure de répondre aux besoins de santé. Les projets de croissance d'activité des plus gros centres parisiens ne devront pas mettre en péril cette évolution. Les enjeux sont désormais le devenir des maternités de type I au sein d'établissements dont la fragilité en chirurgie risque de mettre en difficulté la continuité, la qualité et la sécurité des soins anesthésiques. Enfin, toutes les orientations futurs dans ce domaine, au-delà des seules implantations, devront être ciblées vers l'objectif de réduire significativement la mortalité périnatale.

Concernant le diagnostic anténatal, le dispositif d'offre de soins existant paraît globalement conforme aux besoins actuels et en capacité de répondre aux enjeux du futur proche.

En matière de génétique enfin, si l'avenir des besoins comme de l'organisation de cette activité est plus incertain, les connaissances actuelles ne conduisent pas à proposer une transformation significative du dispositif francilien.

Domaines avec renforcement de l'offre (qu'il s'agisse d'un nombre d'implantations ou plus souvent de potentiel de prise en charge)
Chirurgie ambulatoire
Assistance médicale à la procréation
Prise en charge des adolescents et des maladies chroniques de l'enfant
Maladies chroniques de l'adulte
Personnes âgées
Psychiatrie (dont sujets âgés) dont psychiatrie infanto-juvénile
Gériatrie aiguë
Soins palliatifs
Imagerie
HAD
Par ailleurs :
Activité de liaison, de coordination
Prise en charge des populations précarisées

Le vieillissement de la population et la part croissante des pathologies chroniques dans l'activité hospitalière nécessiteront le renforcement de l'offre de soins dans plusieurs domaines directement liés à la prise en charge de ces patients comme la gériatrie aiguë, l'hospitalisation à domicile, les activités de liaison et coordination et les soins palliatifs.

La situation particulière des jeunes (enfants, adolescents, jeunes adultes) en Ile-de-France, leurs conditions socio-économiques parfois difficiles et la place prépondérante des actions à leur égard dans la lutte contre les inégalités de santé conduiront à un renforcement des moyens de prise en charge des maladies chroniques de l'enfant et des dispositifs destinés à la prise en charge des adolescents (notamment psychiatrie infanto-juvénile), et au soutien aux dispositifs de prise en charge des jeunes adultes. Dans ces domaines, le recours à des dispositifs expérimentaux et innovant pourra être favorisé.

Enfin, l'adaptation continue de l'offre hospitalière aux évolutions scientifiques, et notamment la croissance des indications favorables à la chirurgie ambulatoire ou le développement continue des capacités diagnostiques (voire interventionnelles) en imagerie conduiront à des renforcements de l'offre de soins.

Domaines avec réorganisation majeure

Aval des urgences
Partage médecine interne/médecine spécialisée
Cancérologie dans certains domaines

L'organisation des soins entre les services urgences et les services ou pôles de spécialité est considérée par ce volet hospitalier comme nécessitant des réorganisations majeures pour améliorer la qualité de la prise en charge et renforcer la sécurité des parcours de soins. Plusieurs propositions vont en ce sens.

De même, le vieillissement de la population et la part croissante de patients souvent atteints de plusieurs pathologies chroniques et/ou en phase aiguë, imposent une évolution de l'articulation entre médecine générale, médecine interne et médecine de spécialité.

En cancérologie, la mise en œuvre de critères de seuils, notamment en chirurgie, en chimiothérapie ou en radiothérapie, nécessitera de trouver l'équilibre entre la nécessaire proximité, lieu de vie des patients, lieu de prise en charge pour notamment la meilleure continuité et adaptabilité des soins à chaque patient, et le besoin de constituer et d'investir dans des équipes qui garantissent la qualité et sécurité de ces soins.

Domaines avec réorganisation modérée parfois avec renforcement de l'ambulatoire

Parcours de soins : obstétrique
Néonatalogie /Réanimation néonatale
AVC
Réanimation/surveillance continue
USLD

Plusieurs domaines, dont l'organisation strictement hospitalière a été largement structurée au cours des dernières décennies, méritent une attention particulière pour renforcer la cohérence des parcours de soins (y compris entre établissements de santé) et les articulations avec les autres acteurs de la bonne prise en charge des patients (médecins libéraux, centres de santé, secteur médico-social). C'est notamment le cas pour les femmes et les nouveau-nés, pour les patients en soins de suite et de réadaptation (avec une orientation vers l'ambulatoire), pour les victimes d'accidents vasculaires cérébraux.

Pour ce qui concerne les unités hospitalières de prise en charge des défaillances organiques graves (réanimations, unités de soins intensifs, unités de surveillance continue), les réorganisations attendues devraient également être limitées.

2.3 Le contexte économique

La situation se caractérise par un contexte économique contraignant et un besoin d'investissement qui demeure. La stratégie hospitalière régionale doit tenir compte des contraintes fortes liées au contexte économique global et des enjeux spécifiques qui concernent les établissements de santé franciliens. Elle doit aussi anticiper de possibles évolutions des règles de financement, dont une amorce récente est constituée par la création du fonds d'intervention régional (FIR).

La région se caractérise par :

- Un poids des dépenses hospitalières (45% du total des dépenses d'assurance maladie) supérieur à celui de la moyenne française (40%) ;
- Un poids moindre des dépenses du secteur médico-social ;
- Des rythmes récents d'évolution plutôt inférieurs en Ile-de-France tant pour les soins de ville (2,22% entre 2010 et 2011 pour 2,51% France entière) que pour les soins hospitaliers (1,42% contre 2,44%).

La situation est en ce sens différente de celle des SROS précédents où une croissance même modérée des ressources et divers efforts d'optimisation dégageaient certaines marges de manœuvre. Celles-ci assuraient un financement des priorités régionales.

2.3.1 La nécessaire anticipation des contraintes économiques

Alors que notre système de santé doit faire face aux défis du vieillissement et de la prise en charge des pathologies chroniques, le volet hospitalier doit anticiper des contraintes fortes que le contexte économique national fait peser sur les établissements de santé franciliens.

Le déficit de la branche maladie de la sécurité sociale, au-delà des enjeux politiques sur ses origines (déficit de recettes ou excès de dépenses), se traduit au niveau national par une contrainte forte et persistante, sur le niveau d'évolution de l'objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM).

Significatif par rapport à l'évolution des autres dépenses publiques et plus globalement du niveau de croissance économique du pays, l'ONDAM connaît pour la décennie écoulée (2002-2012) un taux de croissance en baisse forte : de +6% annuellement dans les années 2000 vers des taux de croissance inférieurs à +3% dans les années 2010 et suivantes.

Cette évolution de l'ONDAM, reportée dans celle de l'objectif des dépenses hospitalières, s'est traduite depuis 2010 par une quasi stagnation des tarifs de la T2A et une réduction forte des moyens dédiés aux restructurations (crédits d'aide à la contractualisation) afin de compenser la progression en volume des dépenses hospitalières.

Ces contraintes ont également fortement pesé sur les capacités d'investissement des établissements de santé : travaux et entretiens courants, investissements immobiliers, équipement ou informatique, grands projets architecturaux.

La situation des comptes sociaux en 2012 et les débats en cours sur le Projet Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) laissent augurer un prolongement de ces tendances sur la période du PRS.

Parallèlement, le grand plan d'investissement national « Hôpital 2012 » a été poursuivi avec précaution sur la période 2010-2012, certains projets ayant été fortement revus en Ile-de-France en raison des incertitudes stratégiques ou économiques qu'ils comportaient.

Les projets sur la période du plan régional de santé 2012-2016 seront partiellement conditionnés aux orientations du gouvernement en matière d'investissements hospitaliers.

On observe également un poids élevé des dépenses de santé restés à la charge directe des patients (directement ou via les « complémentaires santé »).

Enfin, les établissements de santé sont particulièrement concernés par les conséquences de la crise financière et des nouvelles règles prudentielles exigées des établissements bancaires qui génèrent une contraction de l'offre et une augmentation du coût d'accès au crédit bancaire.

En 2012, le besoin de financement national est estimé globalement pour le secteur public à environ 20 milliards d'euros ; ce besoin ne serait couvert à ce jour qu'à hauteur de 60% par l'offre globale bancaire.

Le secteur privé, après une période de forte croissance de ses investissements entre 2003 et 2007 connaît depuis une réduction de sa rentabilité économique et donc un ralentissement fort de ses investissements (*source : DREES, études et résultats, mars 2012*).

2.3.2 Les enjeux spécifiques des établissements de santé

Ces enjeux notamment leurs contraintes d'équilibres économiques internes, imposeront également des organisations ou des restructurations à prendre en considération.

Fin 2012, à la date de publication du PRS, l'ARS dresse un diagnostic contrasté de la situation économique et financière des établissements de santé d'Ile-de-France.

La situation financière des établissements publics (hors CHU) :

L'Ile-de-France compte, en dehors de l'AP-HP, 61 établissements publics, qui cumulent des dépenses d'exploitation à hauteur de 5,37 milliards d'euros (*source : comptes financiers 2011*).

La situation financière de ces établissements se caractérise par plusieurs faits principaux :

- 1) Un équilibre financier d'exploitation pour la grande majorité des établissements (voire des excédents financiers récurrents pour une minorité).
- 2) Des déficits très significatifs pour une quinzaine établissements, qui engagent leur pérennité et imposent soit des repositionnements stratégiques majeurs soit des restructurations internes importantes ; le poids de la dette historique conjugué à des déficits d'exploitation récurrents et face à un marché du crédit bancaire fébrile conduisent certains à des impasses de financement de très court terme. Le total des déficits s'est élevé en 2011 à 62 millions d'euros.
- 3) Une impossibilité, sauf exception, à engager des projets d'investissement d'ampleur sur la seule base de leurs capacités d'autofinancements propres.

La situation financière de l'AP-HP :

L'AP-HP, CHU francilien, est organisé autour de 12 groupes hospitaliers ; les dépenses d'exploitation 2011 se sont élevées à 6,51 milliards d'euros (*source : comptes financiers 2011*).

La situation financière de l'AP-HP est caractérisée par :

- 1) Le retour progressif à l'équilibre d'exploitation. Le déficit du budget principal en 2011 a représenté 90 millions d'euros et celui du budget consolidé 72 millions d'euros (incluant les budgets annexes). L'AP-HP prévoit un déficit consolidé de 38 millions d'euros en 2012 et un retour à l'équilibre du résultat consolidé en 2013 (2014 pour le seul résultat hospitalier).
- 2) Si le niveau d'investissement de l'AP-HP est historiquement très élevé (528 millions d'euros annuellement en moyenne sur la période 2008-2012) le poids de quelques opérations d'ampleur (Maternité de Cochin, bâtiment BUCA de Tenon, bâtiment Laennec de Necker...) et celui de ses investissements en matière de système d'information ne lui permettent pas de faire face à des enjeux d'investissement courants, notamment pour la mise en sécurité des bâtiments, le maintien de la qualité globale des conditions d'hébergement et le renouvellement des investissements en équipements biomédicaux.
- 3) Les restructurations engagées par l'AP-HP, notamment concernant son offre de soins et ses plateaux médico-techniques, doivent lui permettre de retrouver un équilibre économique garant des équilibres d'exploitation mais également du financement des investissements de long terme.
- 4) L'AP-HP a su se préserver de difficultés de financement avec le développement d'un programme ambitieux d'émission de titres sur le marché obligataire.

La situation financière du secteur privé :

L'Ile-de-France compte environ 200 établissements de santé à but commercial (cliniques). Plus de 60% de ces cliniques sont actuellement rattachées à un groupe financier (près de 40% au début des années 2000). Le secteur a connu une contraction importante au cours des dix dernières années en MCO (plus d'une cinquantaine de cliniques ont disparu, fusionné ou se sont transformées entre 1999 et 2009, tendance – fermetures essentiellement- qui se poursuit) Pendant la même période, le nombre d'établissements SSR a fortement augmenté.

L'ARS dispose de peu de données financières spécifiques et consolidées pour le secteur privé francilien. En revanche, les rapports réguliers d'observation du secteur (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques -DREES- notamment), rapportent les quelques évolutions majeures suivantes :

- 1) Le chiffre d'affaire (CA) des cliniques est en croissance faible, en phase avec l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) (un peu plus de 3% par an, mais en diminution entre 2009 et 2010 et un quart d'entre elles voient leur CA stagner ou diminuer).
- 2) Leur rentabilité financière était estimée par la DREES en 2010 au alentour de 2% de leur chiffre d'affaire, en baisse significative par rapport aux années antérieures (supérieur à 3% en 2005). Près d'un tiers déclarent une perte, chiffre en augmentation par rapport à 2009 et qui touche plus le secteur MCO ;
- 3) La situation des cliniques présente une hétérogénéité importante : 25% connaîtraient des pertes récurrentes, seulement 10% bénéficieraient d'une rentabilité économique supérieure à 10%.
- 4) Enfin, le secteur des soins de suite et de réadaptation et de la psychiatrie présente des résultats positifs mais qui connaissent un ralentissement, le secteur MCO connaissant des résultats plus faibles.

L'observation de la situation francilienne sur la période 2010 – 2012 apporte deux éléments complémentaires. Premièrement, quelques cliniques franciliennes rencontrent des difficultés majeures de nature à engager leur pérennité. Sur certains territoires, le cumul des difficultés de plusieurs acteurs peut mettre en péril la réponse aux besoins de santé. Deuxièmement, l'impact des restructurations du secteur MCO depuis 10 ans a été largement atténué par le développement parallèle de l'offre de soins de suite et de réadaptation. Cette mutation ne pourra pas se poursuivre.

La situation des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) :

L'Ile-de-France compte 109 établissements ESPIC qui représentent 2,6 milliards d'euros de recettes d'exploitation en 2011, parmi lesquels six établissements de plus de 100 millions d'euros (*source : comptes financiers 2011*).

L'ARS ne dispose d'aucune donnée consolidée sur la situation financière des ESPIC. Leur structuration très diversifiée et l'appartenance de certains à des groupes associatifs ou à des fondations, mériterait un travail approfondi pour en tirer des enseignements d'ordre général.

L'observation des évolutions et tendances sur la période 2010–2012 permet néanmoins de dégager quelques points d'intérêt.

- 1) Plusieurs grands ESPIC franciliens ont connu des restructurations d'ampleur sur la période 2008-2012 avec des évolutions importantes de leur offre de soins, de leurs organisations internes voire de leurs gouvernances. Il apparaît aujourd'hui que ces établissements sont dans une situation financière plus sereine que par le passé.
- 2) Des ESPIC de taille moyenne ou petite, portés par des associations ou des fondations qui ne disposent plus de fonds propres, connaissent au contraire des difficultés majeures de nature pour certains à engager leur pérennité à très court terme.
- 3) Les ESPIC sont confrontés aux mêmes difficultés que les autres acteurs pour assumer le financement de leurs investissements.

2.3.3 Les conditions économiques d'une stratégie hospitalière régionale

La stratégie hospitalière francilienne 2012-2017 doit tenir compte du diagnostic économique et financier porté sur les acteurs de l'offre de soins hospitalière (CHU, hôpitaux publics, établissements de santé privé / d'intérêt collectif).

Dans un contexte de crise des finances publiques et de crise financière, alors que le projet régional a l'ambition d'améliorer les indicateurs de l'état de santé des franciliens, de réduire les inégalités de santé et de renforcer la qualité et la sécurité des soins, le diagnostic porté sur les acteurs de l'offre de soins hospitaliers (hôpitaux et cliniques) est déterminant pour l'avenir et conduit à quelques orientations majeures.

Orientation 1 : au-delà et en sus des arguments relatifs à la lisibilité et à la qualité de l'offre de soins ou aux contraintes liées à la démographie des professions de santé, la concurrence entre établissements de santé doit être modérée, au bénéfice de la meilleure utilisation de l'argent public investi, de l'optimisation des moyens existants et de préservation des capacités financières pour l'avenir.

- Les autorisations doivent réguler l'offre de soins sur un même territoire et éviter des situations de concurrence délétère entre acteurs qui pourraient développer des activités et donc investir de manière simultanée et redondante dans des infrastructures, des équipements ou des équipes médicales (public/public ; privé/privé ; public/privé).
- Lorsque l'histoire du territoire lègue des situations ou la confrontation des équipes et la concurrence entre établissements dépassent un niveau raisonnable de stimulation réciproque pour générer des comportements économiques à risque, la déclinaison territoriale du PRS et l'action de l'ARS devront tenter de rétablir une offre de soins pérenne en suscitant notamment les opérations de restructuration.

Orientation 2 : Les investissements déjà réalisés, qu'ils l'aient été par le secteur public ou le secteur privé, dans les deux cas le plus souvent avec des aides publiques, doivent être utilisés au mieux et au bénéfice des patients, dans le cadre le cas échéant de coopérations.

- A ce titre, la situation du Centre hospitalier Sud Francilien est emblématique et une des priorités du PRS pour le territoire de l'Essonne sera l'utilisation optimale de cet outil hospitalier et de ses plateaux techniques au bénéfice des habitants du territoire.
- De manière générale, le recours aux investissements réalisés doit être optimisé avec notamment toutes les actions de coopération utiles. Cela devra notamment être le cas pour les plus grands projets d'investissements en cours : le nouvel hôpital de Lagny-Jossigny ; le nouvel hôpital de Gonesse ; la reconstruction partielle de l'hôpital d'Argenteuil ; les projets du groupe hospitalier Saint-Joseph. Cette liste n'est pas exhaustive.

Orientations 3 : les investissements d'avenir doivent être strictement conditionnés à une logique d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de santé, le cas échéant en suscitant que des équipes de secteurs différents d'un même territoire unissent leurs forces et leurs moyens autour de plateaux techniques existants et partagés.

- A ce titre, la restructuration de l'offre de soins hospitalière (hôpitaux et clinique) du sud de la Seine-et-Marne sera emblématique. Ce territoire n'a ni le besoin ni les moyens humains et financiers d'assumer la juxtaposition de projets de restructuration non coordonnés et redondants.
- Le volet biologie du schéma régional prévoit spécifiquement la mutualisation des investissements d'avenir et ambitionne d'éviter les erreurs de stratégie médicale mais également économiques auxquelles mènerait un manque de planification régionale dans ce domaine.
- De manière générale et pour l'ensemble du territoire francilien, les projets d'investissement d'avenir devront être menés à l'appui d'un diagnostic immobilier et technique et d'un schéma directeur d'investissement.

Orientation 4 : les investissements du CHU (AP-HP), notamment en banlieue, devront être strictement coordonnés avec ceux des autres établissements de santé des territoires concernés afin de garantir la meilleure pertinence aux choix d'investissement.

- Cette orientation devra être spécifiquement retenue pour les trois territoires où les groupes hospitaliers de l'AP-HP ont le plus de liens avec l'ensemble de l'offre de soins : la boucle nord des Hauts-de-Seine (CASH / Louis-Mourier), Créteil (CHIC / Mondor) et la Seine-Saint-Denis.

- Sur ces territoires en particulier, la situation économique décrite et la nécessité d'une politique publique en santé responsable, imposent que les erreurs du passé soient comprises et que les investissements redondants soient proscrits.

Orientation 5 : les acteurs hospitaliers et les cliniques doivent poursuivre leur évolution et leur adaptation à la prise en charge des pathologies chroniques avec notamment la conduite déterminée de stratégies visant à la prise en charge ambulatoire des patients dont les besoins de soins le permettent.

- Le PSRS et le Projet régional de santé reprennent l'objectif de parcours de soins mieux structurés et qui garantissent la prise en charge du bon patient, au bon moment, par le bon professionnel et pour le soins le plus pertinent. Cet enjeu est d'abord un enjeu de qualité pour la prise charge des patients, c'est aussi un enjeu économique d'optimisation des ressources engagées au niveau régional. Il est donc attendu des établissements de santé qu'ils anticipent et contribuent à cet objectif.

De manière transversale pour l'ensemble des activités, l'ARS Ile-de-France souhaite voir se développer dans les établissements un renforcement de la gestion de leur production de soins. Ce renforcement doit passer pour les plus gros d'entre eux par l'individualisation d'une véritable direction des opérations en charge de l'optimisation des délais, des taux d'occupation, des approvisionnements et de l'adaptation des ressources à l'activité.

L'Agence propose également que soit intégrée pour l'ensemble des activités médico-techniques, une réflexion territoriale visant à mutualiser au maximum l'investissement et l'exploitation pour les activités fortement mutualisables. Il en est ainsi par exemple de la biologie médicale, des pharmacies à usage interne, de la stérilisation : l'objectif étant de libérer des ressources pour développer sur site les prestations intellectuelles à destination des cliniciens et patients, en faisant des gains de productivité sur la partie technique des activités.

2.3.4 Une veille sur des évolutions possibles

Beaucoup de questions sur les évolutions de l'allocation de ressources restent ouvertes comme :

- La généralisation ou non de la T2 A aux soins de suite ou à la psychiatrie ;
- L'introduction de modification dans les règles actuelles de financement du court séjour (par exemple l'élargissement du poids des missions d'intérêt général, des adaptations pour mieux prendre en compte les soins chroniques, des expérimentations diverses comme le financement de parcours de patients etc.) ;
- La prise en compte de la pluridisciplinarité, de la coordination, des consultations longues ou des consultations effectuées par des paramédicaux ;
- Le financement en tant que tel de l'éducation thérapeutique.

Par ailleurs les redéploiements financiers au bénéfice du secteur médico-social sont une hypothèse possible tout comme l'est l'introduction dans le domaine hospitalier d'une part de paiement à la performance.

D'autres questionnements concernent les effets économiques d'une cohérence accrue des parcours de santé ou ceux découlant d'un éventuel recentrage de l'hôpital sur son cœur de métier.

La probabilité que la couverture des nouveaux besoins doive être financée par des efforts d'optimisation et que l'aigu doive financer le développement des activités chroniques est forte. L'optimisation de l'offre est également souhaitable pour permettre la poursuite de l'investissement qu'il s'agisse de l'immobilier ou des systèmes d'information.

2.4 L'enjeu démographique

2.4.1 Le contexte

En 2012, la région Ile-de-France compte plus de 46.8001 médecins (28.100 spécialistes et 18.700 généralistes) et 90.000 infirmiers en activité et pour 12 millions d'habitants.

La densité est de 366 médecins pour 100 000 habitants, pour une moyenne nationale de 306 (370 en PACA, 239 en Picardie et 310 en moyenne dans les pays de l'OCDE, 370 en Allemagne, 290 en Belgique et 270 au Royaume Uni). Ainsi, la densité médicale de l'Ile-de-France se situe dans la fourchette haute mais cette moyenne masque de grandes disparités entre les spécialités d'une part et entre les territoires d'autre part.

Cette situation contrastée est aggravée par le manque d'infirmiers : avec une densité de 763 infirmiers pour 100 000 habitants, la région Ile-de-France est très en dessous de la moyenne nationale (850) et de celle des pays de l'OCDE (870, mais 960 au Royaume Uni, 1.130 en Allemagne et 1.510 en Belgique). Pour rattraper la moyenne nationale, il faudrait à l'Ile-de-France 14.000 infirmiers supplémentaires. C'est pour l'exercice libéral que l'écart est le plus important (66 contre 131/100.000 habitants), soit un déficit de 7.600 infirmiers libéraux par rapport à la moyenne nationale.

Or, avec le vieillissement de la population et la chronicisation des maladies, les infirmiers et l'ensemble des paramédicaux ont un rôle croissant à jouer, particulièrement pour renforcer les soins de proximité, développer les approches préventives et éducatives, et diminuer les hospitalisations évitables.

¹ Source RPPS à avril 2012

Les 5 prochaines années seront très sensibles sur le plan de la démographie médicale : les effectifs de médecins vont diminuer de 9% en moyenne, mais la baisse sera de 13% chez les spécialistes et de 4% chez les généralistes. La remontée du numerus clausus de 2008 se fera sentir progressivement à partir de 2018, c'est-à-dire à l'issue de la période de ce SROS. Pendant ce temps, les effectifs infirmiers augmenteront très lentement, sans suivre pour autant l'augmentation des besoins. Les enjeux des prochaines années seront donc, pour l'offre de soins, d'améliorer la répartition territoriale des professionnels de santé, l'organisation des soins, et la pertinence des recours.

Au-delà des moyennes, l'analyse des données médicales et paramédicales révèle des disparités fortes et des lignes de fracture territoriale. Les données complètes de la démographie médicale, avec une analyse des flux par spécialité, sont consultables sur le site de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France.: (<http://www.ars.iledefrance.sante.fr>).

2.4.2 Analyse de la démographie médicale

2.4.2.1 Un vieillissement des effectifs

La part des 55 ans et plus chez les médecins franciliens est plus élevée que la moyenne nationale, et plus importante chez les spécialistes que chez les généralistes. Dans les 5 prochaines années, environ 3.800 médecins généralistes (20%) et plus de 6.500 spécialistes (23%) partiront en retraite, soit plus de 10.000 médecins. Au total, plus de 40% des effectifs partiront en retraite dans les 10 prochaines années. Leur remplacement est assuré en partie par les flux de formation et par les inscriptions à l'Ordre de médecins provenant d'autres régions et d'autres pays. L'Ile-de-France est en effet une région attractive pour les professions médicales.

Médecins généralistes actifs : Sources Drees & RPPS au 01/01/2012							
Département	Effectif total	Pop > 55 ans		Pop > 60 ans		Pop > 65 ans	
75	5 621	2 623	46,7%	1 446	25,7%	463	8,2%
77	1 515	547	36,1%	263	17,4%	50	3,3%
78	1 967	797	40,5%	389	19,8%	95	4,8%
91	1 628	625	38,4%	316	19,4%	76	4,7%
92	2 616	947	36,2%	443	16,9%	107	4,1%
93	1 956	756	38,7%	340	17,4%	86	4,4%
94	1 840	683	37,1%	351	19,1%	96	5,2%
95	1 474	544	36,9%	270	18,3%	65	4,4%
Île-de-France	18 617	7 522	40,4%	3 818	20,5%	1 038	5,6%

Médecins spécialistes actifs : Sources Drees & RPPS au 01/01/2012							
Département	Effectif total	Pop > 55 ans		Pop > 60 ans		Pop > 65 ans	
75	12 536	5 566	44,4%	3 282	26,2%	1 207	9,6%
77	1 549	671	43,3%	334	21,6%	73	4,7%
78	2 455	1 103	44,9%	547	22,3%	142	5,8%
91	1 702	735	43,2%	353	20,7%	94	5,5%
92	3 742	1 598	42,7%	840	22,4%	245	6,5%
93	2 255	935	41,5%	462	20,5%	128	5,7%
94	2 779	996	35,8%	538	19,4%	147	5,3%
95	1 610	686	42,6%	332	20,6%	87	5,4%
Île-de-France	28 628	12 290	42,9%	6 688	23,4%	2 123	7,4%

- Les flux interrégionaux entre 2001 et 2009 montrent que la région reste attractive pour les médecins

L'Île-de-France est une des régions les plus attractives pour l'exercice médical : entre 2001 et 2009, le nombre d'inscriptions à l'Ordre est supérieur au nombre de diplômes délivrés, quelle que soit la spécialité : environ 1000 médecins non formés en Île-de-France y sont venus exercer. Cette attractivité est néanmoins une donnée instable : les spécialités manquantes ne sont peut-être plus disponibles, et il n'est pas certain que les jeunes médecins formés dans les grandes villes des régions de France continuent de vouloir venir s'installer en région parisienne dans les 10 prochaines années.

- Certaines spécialités sont plus sensibles et perdront, dans les 10 ans, près de la moitié de leurs effectifs : la pédiatrie, la psychiatrie et l'anesthésie-réanimation demandent des mesures particulières.

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%

2.4.2.2 La remontée du numerus clausus fera sentir ses effets progressivement à partir de 2015

L'Ile-de-France doit accueillir en formation 6.696 internes (en cumulé sur 5 ans) d'ici 2015, soit 16,87% des nouveaux internes qui doivent être formés en France sur la même période. En effet, les effectifs d'entrée en internat passent de 1208 par an en 2011-2012 à 1426 en 2015-2016 (cf. données complètes sur le document « démographie des professionnels de santé en Ile-de-France »).

- Depuis 2010, chaque spécialité médicale doit faire l'objet d'une étude de besoins préalable à la demande d'ouverture de postes aux examens nationaux classant (ECN) par l'ARS. Pour la quasi-totalité des spécialités médicales et chirurgicales, les objectifs de formation par région et spécialité sont fixés par arrêté sur une période quinquennale, ce qui donne une visibilité sur les possibilités de remplacement des cessations d'activité des médecins et doit permettre d'anticiper sur les évolutions attendues des métiers. Cette programmation est assortie d'une certaine souplesse qui permet d'actualiser les demandes de postes aux ECN.
- Autre levier important : la richesse de la région en terrains de stage hospitaliers, qui permet aux futurs médecins de se familiariser avec l'exercice en CHU et de plus en plus dans les établissements de couronne.

Les effectifs d'internes ont augmenté de 43% entre 2001 et 2012.

Spécialités	Nov. 2004	Nov. 2010	Nov. 2012
Anesthésie-Réanimation	144	226	268
Pédiatrie	144	215	243
Gynécologie Médicale	3	22	23
Autres spécialités médicales	551	799	898
Gynécologie obstétrique	150	166	170
Autres spécialités chirurgicales	307	477	477
Psychiatrie	168	226	277
Médecine générale	1 317	1 317	1 630
TOTAL	2 784	3 448	3 986

Effectifs d'internes par spécialités (chiffres cumulés représentant l'ensemble des internes en formation). Source ARS – mars 2012. Pour novembre 2012, les données sont prévisionnelles. Ne sont pas comprises la biologie médicale, la médecine du travail et la santé publique.

Les promotions sortantes ne compenseront pas les départs des 5 prochaines années

Promotions sortantes	2012	2013	2014	2015	2016	Total diplômés
MG	372	440	533	588	683	2 576
spécialistes	409	409	457	585	695	2 555

	Départs ² 2012 - 2016	Diplômés ³ Ile-de-France	Solde fin 2017
MG	4 076	2 576	-1 500
Médecins spécialistes	6 720	2 555	-4 165
Total	10 796	5 131	-5 665

La hausse du numerus clausus se fera sentir dans les années 2017- 2022, mais il est difficile de faire des prévisions précises car toutes les disciplines ne sont pas filiarisées, certains internes changent de spécialité, et les installations ne répondent pas obligatoirement aux besoins.

Toutes choses étant égales par ailleurs, les spécialités qui perdent le plus de médecins dans les 10 prochaines années sont : la médecine générale (-1107), l'anatomie-cytologie pathologique (-59), l'anesthésie-réanimation (-344), la cardiologie (-326), la chirurgie maxilo-faciale et stomatologie (-191), la chirurgie orthopédique et traumatologie (-102), la dermatologie (-407), la gastro-entérologie et hépatologie (-98), médecine du travail (-476), la médecine interne (-167), l'ophtalmologie (-544), l'ORL et chirurgie cervico-faciale (-231), la pédiatrie (-340), la pneumologie (-60), la psychiatrie (-1320) et la spécialité de radiodiagnostic-imagerie médicale (-392), la rhumatologie (-167).

Les effectifs des autres spécialités resteraient assez stables.

Certaines spécialités devraient voir leurs effectifs augmenter : la biologie (+26), la chirurgie viscérale et digestive (+32), la gynécologie-obstétrique (+106), l'hématologie (+62), l'oncologie (+109).

Si l'attractivité de l'Île-de-France constatée avant 2010 se poursuit, une centaine de médecins formés en dehors de la région devraient venir s'ajouter aux effectifs sortants d'université. Il est néanmoins impossible de prédire les spécialités qui en seront bénéficiaires.

² Sources RPPS avril 2012

³ Arrêté ministériel du 13 juillet 2011

2.4.2.3 Les conditions d'installation de médecins libéraux auront des retombées sur les établissements hospitaliers

Les médecins sont de moins en moins nombreux à s'installer en libéral : entre le 1er janvier et le 31 décembre 2010, la région Ile-de-France a enregistré 326 nouvelles inscriptions en médecine générale dont 62 exercent leur spécialité en secteur libéral et/ou mixte (soit 19% seulement des effectifs) et seulement 8% des médecins généralistes ont choisi de s'installer dans un bassin de vie rural.

2.4.2.4 Les vacances de poste traduisent le début des situations critiques

Les densités de médecins diminuent du centre vers la périphérie et ne suivent donc pas l'évolution de la population.

Un des enjeux forts de la région est donc d'améliorer la répartition des médecins, généralistes et spécialistes, pour assurer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Les vacances de postes à l'hôpital (aucune donnée n'est disponible pour le secteur privé) sont un indicateur de ces difficultés : elles touchent tous les établissements, mais, à l'exception des anesthésistes, les centres hospitaliers ont beaucoup plus de postes vacants que l'AP-HP. La situation est alarmante pour la psychiatrie (349 postes vacants en centre hospitalier, 378 en tout), la chirurgie (208) et la radiologie (125). La situation est d'autant plus grave que, si à Paris la densité de l'offre hospitalière permet de garantir un accès aux soins, les vacances de postes dans les centres hospitaliers isolés fragilisent l'offre et risquent de dégrader la qualité.

- De plus, le manque de praticiens ne permet pas aux services d'être agréés pour recevoir des internes et les capacités de recrutement s'en trouvent encore appauvries.

Les vacances de postes à l'hôpital en 2011

Disciplines	AP-HP	Hors AP-HP	Total
Spécialités Médicales dont :	503	1205	1708
Anesthésie-réanimation	146	118	264
Pédiatrie	52	81	133
Radiodiagnostic	52	125	177
Psychiatrie	29	349	378
Spécialités Chirurgicales	102	208	310

Source : Sirmed - Temps Pleins / Partiels

2.4.3 Analyse de la démographie paramédicale

Selon les données de la DREES, l'Ile-de-France compte, au 1er janvier 2012, 90000 infirmiers, 13100 masseurs kinésithérapeutes, 5900 manipulateurs d'électroradiologie médicale, 5200 opticiens-lunetiers, 4200 orthophonistes, 2700 pédicures-podologues et 2200 psychomotriciens, 1600 ergothérapeutes et 1600 diététiciens.

2.4.3.1 Au cours des cinq dernières années : une évolution positive pour toutes les professions, mais des taux de progression nettement plus faibles dans la région

L'effectif de professionnels en exercice en Ile-de-France est plus que proportionnel au poids démographique de la région pour toutes les professions à l'exception des trois suivantes : infirmier, masseur-kinésithérapeute, et audioprothésiste.

Professions paramédicales au 1er janvier 2012	Effectifs		
	National	Ile-de-France	
		nb	%
Infirmiers	552 908	90 056	16,29%
Masseur-kinés	72 870	13 119	18,00%
Orthophonistes	20 611	4 191	20,33%
Psychomotriciens	8 203	2 170	26,45%
Pédicures-podologues	11 911	2 736	22,97%
Ergothérapeutes	7 909	1 602	20,26%
Manipulateurs en électroradiologie	29 579	5 904	19,96%
Orthoptistes	3 566	831	23,30%
Opticiens	24 617	5 213	21,18%
Audioprothésistes	2 599	402	15,47%
Diététiciens	7 752	1 587	20,47%

Le nombre de professionnels en exercice a augmenté au cours des 5 dernières années.

Au plan national, la croissance des effectifs a été particulièrement forte pour les psychomotriciens, les ergothérapeutes, les orthoptistes, les opticiens-lunetiers et les audioprothésistes, avec un taux supérieur à 25%.

A contrario, ce sont les pédicures podologues pour lesquels la progression de l'effectif a été la moins soutenue pendant cette période (+7,6%), suivis des infirmiers et des manipulateurs d'électroradiologie médicale (+14,4% pour chacune de ces professions).

La densité régionale est supérieure à la moyenne nationale pour toutes les professions, à l'exception des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des audioprothésistes et inférieure pour les professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, et d'audioprothésiste.

Pour les infirmiers, ce constat était similaire il y a 5 ans. Cependant, la situation s'est aggravée au cours de ces 5 dernières années. La densité francilienne, qui était inférieure de 10% à la moyenne nationale en 2007 se situe, en 2012, 13% en dessous de la densité nationale.

Les densités franciliennes en professionnels paramédicaux observées en 2012 recouvrent une grande hétérogénéité de situations entre départements, avec une très forte concentration des professionnels sur Paris et, dans une moindre mesure, dans les Hauts-de-Seine et le Val de Marne et, a contrario, des départements nettement moins bien dotés comme la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise.

La Seine-Saint-Denis se caractérise par des densités en professionnels paramédicaux nettement inférieures aux densités franciliennes et nationales pour toutes les professions, à l'exception de celle de psychomotricien.

Certaines professions paramédicales sont particulièrement jeunes. A contrario, plus du quart des masseurs kinésithérapeutes, des orthophonistes et des manipulateurs d'électroradiologie franciliens ont plus de 55 ans et sont donc susceptibles de partir en retraite dans les 5 à 10 années à venir.

En ce qui concerne les infirmiers, la part des 55 ans et plus est un peu plus faible (21%). Mais cette catégorie représente un effectif de 19 000 professionnels. S'ils partent en moyenne à 60 ans, le nombre de départs annuels dans les 5 années à venir sera de 3 800.

Tant pour les masseurs-kinésithérapeutes que pour les infirmiers, le nombre d'étudiants nouvellement diplômés dans la région chaque année (580 pour le DEMK et 4 300 pour le DEI) est supérieur au nombre de départs prévisibles en retraite. De même, la capacité de formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale (330 places en DE+DTS) ou des orthophonistes (140 places) devrait permettre d'assurer le remplacement de ces départs.

Mais la retraite n'est pas la seule cause de départs : de nombreux diplômés quittent l'Île-de-France dès l'obtention de leur diplôme ou quelques années plus tard. Une étude de la DREES de 2010 sur la profession d'infirmière met en évidence que l'Île-de-France est déficitaire dans les mutations inter-régionales.

Les professions suivantes présentent des indicateurs défavorables en termes de densité et/ou d'âge moyen : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et audioprothésistes.

D'autre part, les besoins en professionnels paramédicaux s'accroissent avec le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques : leur présence sur le territoire régional revêt donc des enjeux majeurs.

2.4.4 Les enjeux

Les professionnels de santé sont la première ressource du système de santé et leur nombre, leur répartition et leurs compétences conditionnent la qualité et l'accessibilité du système de santé. Il revient à l'ARS de proposer à l'ensemble des acteurs concernés un plan d'ensemble dont seule une partie des mesures est présentée ici.

Par ailleurs, l'adaptation de l'offre de soins à la transition épidémiologique appelle de nouvelles organisations entre professionnels de santé, un développement des pratiques collaboratives, préventives et éducatives, voire de nouvelles compétences.

Enfin, l'objectif de l'ARS en matière de lutte contre les inégalités doit se traduire par des actions ciblées. Deux enjeux particuliers sont identifiés : le vieillissement de la population et la nécessité d'améliorer les soins et la prise en charge des personnes âgées, et la situation des départements de la Seine-Saint-Denis et de la Seine-et-Marne.

2.4.5 Objectifs et recommandations

Pour répondre à ces enjeux, les actions proposées répondront à 3 objectifs :

- Adapter les formations des professionnels de santé aux besoins des populations ;
- Garantir l'accès aux soins par un maillage territorial équilibré
- Améliorer la santé des populations souffrant d'inégalités d'accès aux soins, en particulier les personnes âgées et la population de Seine-Saint-Denis et de Seine-et-Marne.

L'agence régionale n'est pas seule maître d'œuvre dans la réalisation de ces objectifs : les universités de médecine, le Conseil régional, les instituts de formation, sont, à différents niveaux, des partenaires incontournables pour la formation des professionnels de santé. Dans un système où le compagnonnage est un des vecteurs majeurs de la transmission, les établissements et tous les professionnels de santé eux-mêmes y participent. Les enjeux liés à la démographie médicale et paramédicale dépassent les seuls acteurs de santé : les Conseils généraux et toutes les collectivités territoriales sont associés et contribuent aux mesures proposées.

2.4.5.1 Adapter les formations médicales et paramédicales aux évolutions des pathologies et des besoins de santé de la population

Le développement des maladies chroniques, le vieillissement et les évolutions sociétales modifient les besoins et les attentes de la population. Parallèlement, les progrès scientifiques et technologiques font évoluer les pratiques soignantes.

Construire une politique hospitalo-universitaire à l'échelle de la région.

- Affiner ensemble le diagnostic pour mieux identifier les besoins en médecins dans les 10 à 20 prochaines années : évolution des besoins de santé de la population, évolutions de la médecine et des spécialités, innovations technologiques et des stratégies de prise en charge...
- Conduire une analyse des implications des SROS, avec des présidents de CME et des universitaires, pour échanger sur le diagnostic et les propositions.

Accompagner les transformations du système de santé

- Développer les nouveaux métiers par des formations de niveau masters.
- Faire évoluer les formations : intégrer les innovations, prendre en compte la chronicité, la souffrance sociale et la maladie mentale, et développer l'éducation thérapeutique, apprendre à travailler en équipe.
- La mise en place de formations universitaires débouchant sur des doctorats et l'émergence d'une recherche infirmière contribueront à renforcer l'attractivité de ces métiers pour des étudiants qui aspirent à des études supérieures longues.

2.4.5.2 Développer les soins de premier recours

Cet objectif est au centre de la partie ambulatoire du schéma d'organisation des soins et comprend plusieurs dimensions dont :

- L'identification des zones prioritaires en fonction de la démographie médicale et des besoins de la population, en particulier pour les territoires qui souffrent d'inégalités d'accès aux soins pour la petite enfance ou les personnes âgées.
- Favoriser l'installation dans les territoires prioritaires : mener des diagnostics territoriaux relatifs à l'offre de soins ambulatoires, faire des permanences mensuelles départementales d'aide à l'installation, journées découvertes de territoires.
- L'incitation au développement de l'exercice collectif.
- La diversification des lieux de stage en particulier ceux de médecine générale et les stages paramédicaux dans les territoires qui ont besoin de recruter.
- La promotion des contrats d'engagement de service public (CESP).
- La revalorisation profonde du contenu d'acteur de premier recours. Développer les coopérations entre professionnels.

2.4.5.3 Améliorer la démographie médicale hospitalière

Le plan d'amélioration de la démographie des professions de santé couvre tous les champs d'activité. Certains aspects sont néanmoins plus spécifiques au secteur hospitalier notamment la question de la répartition des professionnels au sein de la région.

L'objectif est d'améliorer la répartition des médecins et notamment vers les centres hospitaliers de couronne :

- Développer le partenariat commencé avec l'AP-HP : postes partagés, conventions de détachement ou mise à disposition pour un temps déterminé, parcours professionnels valorisés pour les PH qui exerceraient pendant 3 à 5 ans dans un CH de couronne ...

Modifier les règles de recrutement des personnels médicaux

Il est envisagé de généraliser ce qui a parfois débuté dans la région (notamment en psychiatrie par la communauté hospitalière de territoire de Paris) à savoir confier aux établissements plus attractifs le soin de recruter des personnels médicaux pour les établissements moins attractifs. Des règles seront à définir en la matière.

- Développer ou consolider les terrains de stages agréés pour recevoir des internes dans les CH de grande couronne, par un accompagnement des équipes médicales en partenariat avec l'AP-HP. Cette action sera conduite en particulier vers les établissements et les services qui ont une activité importante, notamment en termes de permanence des soins.
- Proposer des terrains de stages à des internes d'autres régions (certaines ont proportionnellement plus d'internes que de terrains de stages) pour tenir compte de la capacité de formation de l'Île-de-France (développer la mobilité des internes et assurer leur accueil et les financements).
- Postes à recrutement prioritaires : mettre en place une démarche pro active en direction des internes de dernier semestre afin de permettre des recrutements de ces jeunes médecins par contrat en attendant qu'ils puissent passer le concours de PH et être titularisés sur place. La possibilité de recruter plusieurs jeunes de la même promotion et de les accompagner dans le projet pourrait renforcer le caractère incitatif.

2.4.5.4 Entamer un dialogue avec les universités pour territorialiser la responsabilité des facultés de médecine

L'ampleur des initiatives à prendre doit impliquer tous les responsables concernés : agence régionale de santé, universités, conseil régional et collectivités territoriales, ordre des médecins, représentants professionnels divers, représentants des offreurs de soins, usagers etc.

Au nombre des questions à traiter doit figurer l'opportunité de définir une responsabilité territoriale pour les facultés de médecine.

2.4.5.5 Renforcer les effectifs des paramédicaux

En mars 2011, conjointement avec le Conseil régional, l'ARS Ile-de-France a relancé le plan infirmier avec pour objectif principal d'augmenter les effectifs formés et de fidéliser les professionnels. La région parisienne est en effet peu attractive pour ces professionnels, du fait du coût du logement et des temps de transports.

Engagée pour répondre au déficit d'infirmiers, la réflexion prend en compte l'ensemble des professionnels paramédicaux. Certaines mesures concernent les étudiants, et d'autres sont davantage destinées aux professionnels. Elle cherche aussi à favoriser le recrutement des professionnels médicaux et paramédicaux dans le secteur Personnes âgées.

2.4.5.6 Conduire des actions spécifiques dans les départements de Seine-Saint-Denis et de Seine-et-Marne

Pour chacun de ces deux départements l'ARS envisage un plan particulier qui serait élaboré en concertation avec les conseils généraux et acteurs de ces départements pour répondre à leurs problématiques particulières.

L'ensemble des départements de petite et grande couronne sont confrontés à des difficultés démographiques d'importance variable. Le département de la Seine-Saint-Denis est à la fois touché par une grande faiblesse démographique et des perspectives d'autant plus sombres que l'image du département est très dégradée et le rend peu attractif pour les jeunes professionnels. Le département de Seine-et-Marne comprend des territoires ruraux et des villes très périphériques qui rencontrent des difficultés particulières de recrutement.

Dans ce cadre, des mesures spécifiques doivent être mises en œuvre :

Mesures générales :

- Partenariat avec les collectivités territoriales pour faciliter l'installation de professionnels (aide au transport, bourses pour les étudiants en médecine avec un engagement d'installation, cofinancement de maisons de santé pluridisciplinaire, aide à la préparation au concours et examens des professions de santé,...) ;
- Informations des professionnels de santé et des étudiants, incitations et accompagnement à l'installation (SROS ambulatoire) ;
- Partenariat avec l'AP-HP : postes partagés, détachements, coordination régulière des facultés Bichat et Avicenne, propositions de parcours professionnels diversifiés.

Actions en direction de l'enfance et l'adolescence

- Priorisation de postes ;
- Partenariat avec les PMI pour développer les stages ;
- Partenariat avec l'Inspection Académique pour développer les stages ;
- Détachement de professionnels FPH dans des centres de santé ou MSP pour éviter les postes vacants.

Actions en direction de la psychiatrie

- Détachement de PH dans les centres de santé ;
- Etudier le développement de postes hospitalo-universitaire dans les services hospitaliers ;
- Favoriser la mise en place de consultations avancées par des praticiens libéraux exerçant hors-département.

Ces actions seront concertées avec les acteurs es territoires concernés, et évaluées : elles pourront éventuellement être déployées ensuite sur d'autres territoires.

2.4.5.7 Favoriser le recrutement des professionnels médicaux et paramédicaux dans le secteur Personnes âgées

40% des personnes âgées de plus de 80 ans ont recours à l'hôpital au moins une fois par an (rapport Cour des comptes sur la sécurité sociale – septembre 2012) et, en 2020, les personnes âgées dépendantes de plus de 80 ans auront augmenté de 40%. La prise en charge de cette population est aujourd'hui trop souvent éclatée, et les équipes spécialisées en gériatrie trop peu nombreuses. Le secteur médico-social, appelé à se développer, peine déjà à recruter des professionnels paramédicaux. Les besoins sont considérables, et ne pourront être satisfaits que par des priorités clairement affichées.

Evaluer les besoins en médecins gériatres dans les années à venir et programmer une augmentation des effectifs des internes, PH, chefs de clinique et PU-PH

- Développer la recherche clinique et les recherches translationnelles, en impliquant des équipes pluri professionnelles ;
- Mettre en place des formations développant les compétences en gériatrie o Pour les médecins d'autres disciplines prenant en charge un nombre important de personnes âgées de plus de 75 ans (médecins généralistes, spécialistes) ;
- Organiser des formations spécifiques pour les médecins coordonnateurs en EHPAD ;
- Pour les infirmiers : formations complémentaire pour les jeunes diplômés se dirigeant vers les EHPAD, formations continues pour tous les personnels exerçant en gériatrie ou en EHPAD afin d'entretenir la motivation et de valoriser les bonnes pratiques.

Des actions spécifiques en direction du secteur médico-social :

- Evaluer les apports respectifs des aides-soignants et des aides médico-psychologiques (AMP) pour éventuellement mieux utiliser les complémentarités ;
- Expérimenter des mutualisations entre EHPAD ou EHPAD-hôpital pour mettre à disposition des « paramédicaux rares » (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes) en EHPAD ;
- Expérimenter des prises en charge par des équipes diversifiées en permettant à des animateurs STAPS d'intervenir en complément des soins de kinésithérapie ;



Le Volet Hospitalier

- Organiser la mobilité des professionnels entre services de gériatrie et EHPAD afin de diversifier les expériences et d'enrichir les pratiques, en particulier pour les infirmiers et les aides-soignants.

2.5 Pilotage et tutelle

2.5.1 Les compétences de l'ARS

L'Agence régionale de santé a pour mission de coordonner l'évolution du système de santé hospitalier en vue notamment :

- de l'adapter aux besoins de la population,
- d'assurer son accessibilité aux tarifs opposables,
- de garantir la qualité et la sécurité des soins,
- d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et maîtriser son coût.

Afin de remplir ces missions, différents outils sont à sa disposition dont :

- le processus des autorisations d'activité de soins et d'EML,
- la contractualisation avec les entités juridiques portant une ou des autorisations d'activité de soins ou d'EML,
- sa capacité d'initiative en matière de coopération et restructuration hospitalières,
- l'animation d'ensemble sur les évolutions organisationnelles souhaitables, certains choix en matière de formation, de systèmes d'information ou de rôles des usagers par exemple.

Ces outils doivent être déployés et mis en œuvre en cohérence avec les objectifs dans le PRS et tout particulièrement avec ceux définis dans le volet hospitalier du SROS-PRS.

2.5.2 D'un principe d'autonomie à un principe de contractualisation

La loi HPST en instituant les ARS a mis en perspective les modalités de tutelle sur les offreurs en replaçant leur responsabilité au sein de leur territoire et donc en insistant sur la notion de responsabilité territoriale. La même loi indique également que l'adaptation de l'offre aux besoins devait se faire au niveau de la Région en lien avec les différents offreurs.

L'ARS dans son rôle de régulateur, doit intervenir pour assurer l'accessibilité géographique et financière dans les territoires.

Sur un autre plan, l'ARS doit faciliter la prise d'initiatives des acteurs locaux :

- en mettant à leur disposition les informations et les leviers d'action ;
- en leur donnant les moyens de gérer les parcours de soins notamment en faisant évoluer les systèmes d'information ;
- en créant les cadres juridiques et financiers permettant de faire progresser la gestion du risque ;

- en favorisant la gestion globale des process à l'intérieur des établissements ;
- en aidant les établissements sur leur choix d'investissement ;
- en suscitant des démarches nouvelles dans des cadres expérimentaux définis d'un commun accord.

Le contrat sera l'instrument privilégié pour permettre ces transformations

2.5.3 D'une responsabilité de l'établissement à une responsabilité populationnelle

La tradition mais aussi les principaux outils (d'autorisation lorsqu'ils existent et de financement) ont fait des offreurs de soin des responsables des actes de soins qu'ils délivrent. Les carences de coordination montrent que la responsabilité des interfaces n'est pas assurée ou en tous cas elle ne l'est pas sans lacunes.

Il reste à inventer une responsabilité populationnelle liant les divers offreurs et portant sur une approche globale des soins aux personnes qui les sollicitent.

2.6 Des défis de l'hospitalisation aux objectifs du SROS : une nécessaire mutation stratégique des établissements hospitaliers

Le schéma régional est conduit à définir des axes globaux partagés pour certains avec d'autres schémas ou programmes ou plus spécifiques au champ hospitalier comme la couverture territoriale, les interrelations entre types d'offeurs, les priorités d'affectation de ressources mais aussi des orientations propres à chaque domaine (urgences, cardiologie etc). La réflexion sur les différentes activités a permis de dégager des problématiques partagées et des axes communs qui confirment les orientations du plan stratégique sur l'évolution des parcours de santé et de soins. Le plan stratégique régional a proposé aux établissements de santé de devenir progressivement et solidairement avec les autres offreurs, des acteurs avec des responsabilités populationnelles. Cette expression a des sens multiples : elle signifie notamment que le bien soigner ne se limite pas à la réalisation d'actes techniques ou de séquences de soins isolées. Le faire avec est ainsi appelé à devenir la règle d'or, quel qu'offreur que l'on soit.

Il y a pour tous les offreurs à se redéfinir : pour les établissements hospitaliers le projet d'établissement doit évoluer vers ... un projet de territoire ? En tout cas des projets à plusieurs.

2.6.1 Des actions de prévention et de dépistage plus présentes

Tous les domaines particuliers ont été invités à réfléchir sur l'opportunité d'accroître la prévention et les pratiques cliniques préventives. Un parcours plus orienté vers la prévention est envisagé dans de nombreux domaines dont :

- La cancérologie qu'il s'agisse de la promotion de la santé (tabac, alcool en particulier) ou d'un renforcement du dépistage notamment pour les dépistages obligatoires ;
- L'insuffisance rénale chronique en particulier dans les zones où l'incidence croît de manière accélérée et nécessite des actions destinées à prévenir l'apparition ou l'aggravation de cette maladie ;
- Le VIH dont la situation francilienne est singulière ;
- Des campagnes de sensibilisation du grand public sont envisagées pour permettre une prise en charge aussi précoce que possible lors de la suspicion ou la survenue d'un accident vasculaire cérébral et des actions de prévention pour retarder ou empêcher la survenue de cette situation ;
- L'insuffisance cardiaque, le diabète et sous certains aspects, la prise en charge des personnes âgées sont aussi éligibles à une prévention accrue ;
- Le dépistage à l'attention des nouveau-nés est multiple, parfois avec recours à la télé-médecine.

La recherche d'une place accrue pour la prévention ne signifie pas que l'hôpital doit s'impliquer dans chacune d'entre elles en situation d'effecteur mais qu'il doit y être attentif parfois comme acteur, parfois comme partenaire, parfois comme soutien, parfois comme évaluateur. La définition de cette place est affaire de contexte et variable selon les domaines, étant entendu que le premier recours modernisé doit jouer un rôle majeur ainsi que d'autres acteurs communautaires (santé scolaire et protection maternelle et infantile (PMI)).

Dans une logique de rapprochement l'hôpital peut avoir un rôle à jouer dans la réussite des contrats locaux de santé que l'agence développe dans un objectif de parvenir à long terme à la réduction des inégalités de santé. Ce rôle ne peut être défini a priori mais doit résulter d'échanges et d'accord avec les partenaires impliqués. Ils sont souvent orientés vers la prévention mais ont une vocation appelée à s'élargir.

Diverses évolutions sont par ailleurs souhaitables pour faciliter cette perspective (adaptation de systèmes d'information et disponibilité de financement parmi d'autres).

2.6.2 Des modalités d'entrée diversifiées

Le présent schéma insiste sur la différenciation croissante des activités de l'hôpital entre les formes classiques (hospitalisation complète ou non) et celles plus récentes (consultations individuelles ou pluridisciplinaires, actes divers, avis, conseil y compris à distance, teleconsultations etc).

L'admission à l'hôpital pour hospitalisation peut s'avérer dans certains cas inopportune. Lorsque cette admission est incontestable, un souci de qualité et d'efficience doit conduire au choix de circuits appropriés : le volet de médecine insiste pour que tous les établissements définissent des circuits courts, dans la majeure partie des cas et notamment pour les personnes âgées dont on sait que les retards accroissent la désorientation et compliquent les solutions ultérieures. Plusieurs autres volets font des constats et des propositions similaires. L'admission directe est à privilégier à chaque fois que la situation qui induit l'hospitalisation est définie au préalable et que les interlocuteurs concernés (médecin traitant et médecin hospitalier) ont pu avoir un échange.

Une autre dimension susceptible d'améliorer le parcours à l'entrée vise à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des praticiens hospitaliers pour leurs confrères extérieurs.

Une amélioration progressive des systèmes d'information pourrait éviter dans le futur la redondance des examens.

Sur un autre plan le soutien au médico-social peut dans certaines situations éviter des hospitalisations ou faire qu'elles soient organisées en dehors d'un contexte d'urgence.

2.6.3 Des modalités de sortie facilitantes

Les propositions formulées pour améliorer la sortie de l'hôpital sont diverses : globalement l'anticipation est précieuse et l'adaptation aux contraintes des partenaires souhaitable. L'un des axes d'amélioration repéré réside dans l'insuffisance de la coordination.

Les acteurs de la coordination sont interdépendants et souvent nombreux. Beaucoup peut être entrepris pour parvenir à des parcours coordonnés. Une réflexion sur les conditions de sortie – les jours et les heures souhaitables -, l'information nécessaire et les délais de transmission pour les acteurs impliqués dans les suites d'hospitalisation ou l'adaptation des diverses prescriptions à un contexte de domicile personnel ou résidentiel, serait de nature à améliorer certains parcours.

Les initiatives prises ou projetées concernent à titre d'exemple :

- La périnatalité qu'il s'agisse des sorties de maternité précoces accompagnées ou des sorties éligibles au dispositif Prado ;
- Un recours croissant à l'HAD :

- Une mobilisation d'acteurs de ville dans des dimensions nouvelles (rééducation post-AVC) ;
- L'implication des services de néonatalogie dans le suivi des nouveau-nés à risque de concert avec les acteurs de ville dont les PMI ;
- Les relations entre court séjour et SSR ;
- D'une manière générale les relations au sein des diverses filières.

Dans un sens particulier l'après cancer peut également être l'objet d'initiatives.

2.6.4 La prise en charge des pathologies chroniques

L'implication des établissements hospitaliers dans la prise en charge des pathologies chroniques est multiple et concerne principalement :

- La prise en charge pour diagnostic ou soin qu'elle qu'en soit la forme ;
- Le suivi dont l'éducation thérapeutique. Le schéma de santé publique retrace les priorités de l'agence, plusieurs appels à projet étant d'ores et déjà intervenus. La différence entre la situation francilienne et celle observée à l'étranger où le premier recours a une implication accrue dans l'éducation thérapeutique, a été observée.

Un premier recours réorganisé pourrait occuper demain une place différente et le plan stratégique affirme l'opportunité d'une inversion progressive de rôles avec un hôpital plus subsidiaire.

Par ailleurs certaines dimensions concernent des réorganisations souhaitables entre établissements hospitaliers en particulier entre les centres universitaires et les autres : tel est le cas en pédiatrie en particulier où les rôles respectifs des centres de recours et de proximité ne sont pas toujours clarifiés.

Globalement tous les établissements où la prise en charge de pathologies chroniques est effective doivent redéfinir de concert avec leurs autres partenaires de proximité leurs places respectives : en la matière l'hôpital peut parfois jouer un rôle de soutien au premier recours. L'agence prendra des initiatives pour :

- susciter des démarches locales de partenaires divers réunis pour un projet défini ;
- plaider les adaptations diverses (modification des règles de financement, évolution des systèmes d'information, incitatifs etc.) des dispositifs réglementaires et de financement.

2.6.5 Le soutien à la transformation des réseaux en plateforme pour organiser efficacement les parcours des patients.

Animés de la volonté de proposer des solutions aux ruptures de prise en charge, les professionnels de santé libéraux et hospitaliers d'Ile-de-France ont créé près de 90 réseaux de santé depuis le début des années 2000. Première réponse aux problématiques des parcours de santé, ces réseaux sont à nouveau sollicités pour répondre aux évolutions du système de santé : renforcer leur action dans le domaine de la coordination des parcours des patients, venir en appui aux médecins de premier recours, élargir leur public-cible, améliorer leur visibilité vis-à-vis de l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux, tels sont aujourd'hui les principaux enjeux qui se présentent à eux.

L'implication des établissements dans les réseaux de santé est variable, allant d'une responsabilité et participation partagée à la simple mise à disposition de moyens. Néanmoins, les professionnels des établissements qui travaillent avec et au sein des réseaux s'accordent pour affirmer que cette collaboration facilite leur travail quotidien. Chacun reconnaît que les réseaux de santé ont su développer un savoir et un savoir-faire en matière de coordination, qui représentent autant d'atouts indispensables pour les défis que la région doit relever en matière de santé.

Dans ce cadre, l'ARS souhaite conforter et développer la politique visant à confier la responsabilité populationnelle des patients aux parcours complexes à des coordinations d'appui, fondées notamment sur l'intervention des réseaux de santé de proximité, et les acquis accumulés depuis plus de 10 ans dans ce domaine.

2.7 Les situations de vulnérabilité et l'accessibilité financière

2.7.1 Articulation avec le PRAPS, le schéma bucco-dentaire et santé des détenus

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) constitue un programme à part entière et a vocation à contenir les orientations de l'agence. Il s'intègre en particulier dans la lutte contre les inégalités, plus vaste au demeurant que celle qui vise à promouvoir l'accès des personnes en vulnérabilité sociale (le PRAPS fait le choix de cette terminologie) aux soins.

Il n'y a pas lieu de s'étonner qu'un schéma hospitalier mentionne la problématique des soins aux personnes en vulnérabilité sociale dont le nombre croît et qui choisissent souvent l'hôpital comme porte d'entrée aux soins.

Les établissements franciliens sont concernés dans leur écrasante majorité par l'accueil des populations en situation de vulnérabilité sociale sans que l'on puisse donner à cette dimension une traduction quantitative. Cette impossibilité mériterait d'être surmontée par un effort collectif (soit par un remplissage systématique et

homogène des caractéristiques sociales de la clientèle soit par des démarches plus ponctuelles – enquête un jour donné, soit par l’usage plus généralisé d’outils comme le score Epices⁴), entre autres scores.

Une partie d’entre eux ont mis en place des dispositifs spécifiques dont les deux plus connues sont :

- les permanences d’accès aux soins de santé, au nombre d’une cinquantaine en Ile-de-France,
- Les équipes mobiles psychiatrie précarité sont détaillées ci-dessous.

De multiples autres interventions dont celles des réseaux viennent en complément sans omettre de souligner la contribution majeure assurée par les services sociaux.

La question de la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale est traitée dans plusieurs volets (périnatalité, urgences, psychiatrie, médecine notamment). Une partie des évolutions du système de santé (rapidité du diagnostic, durée de séjour courte ou très courte avec un retour à domicile rapide, coordination du parcours par le médecin traitant, rôle accru confié au patient, dépassement tarifaire) se heurte à la situation des personnes en vulnérabilité sociale.

Les trois axes majeurs du PRAPS consistent à :

- « Mieux prendre en compte les aspects spécifiques liés à la notion de précarité » ;
- « Adapter le fonctionnement des dispositifs de santé pour mieux accueillir et prendre en charge les populations démunies » ;
- « Développer les partenariats pour s’assurer de l’accès aux droits fondamentaux et de leur maintien ».

Les établissements hospitaliers sont des parties prenantes incontournables pour l’atteinte de ces objectifs. Parmi les actions qui peuvent être citées figurent la sensibilisation des personnels, le déploiement d’actions de formation mais aussi le soutien des personnels. Le PRAPS formule un certain nombre d’initiatives nouvelles que tous les acteurs doivent s’approprier.

La santé bucco-dentaire, parfait exemple de la nécessité de décloisonnement des différents secteurs du système de santé, a une double dimension préventive et curative. Elle est assurée à titre principal par le premier recours. La dimension hospitalière peut contribuer à résoudre certains problèmes d’accès aux soins notamment par la permanence d’accès aux soins de santé (PASS), à délivrer certains soins à des populations spécifiques, à assurer des soins spécialisés ou très

⁴ Epices : score d’évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les centres de santé.

spécialisés, assurer pour les services hospitalo-universitaires la formation des jeunes. Parmi les publics dont l'accès aux soins dentaires pose problème figurent les patients psychiatriques, les personnes atteintes de handicap, les détenus et les personnes âgées. La mobilisation des acteurs hospitaliers est essentielle pour améliorer la situation actuelle, parfois en participant à des réseaux associant d'autres partenaires.

Les soins aux détenus fournissent une autre illustration de transversalité, moins sans doute par la diversité des acteurs, que par l'intérêt de lier, à chaque fois que possible, le soin curatif, la prévention, la réinsertion et l'accompagnement. Les problématiques franciliennes sont lourdes en la matière et l'implication des acteurs hospitaliers y est majeure. Un volet spécifique est consacré à cette prise en charge.

2.7.2 Accessibilité financière : dépassements d'honoraires et activité libérale à l'hôpital

La DREES (source : comptes de la santé 2010), rapporte que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est financée à hauteur de 77% par la collectivité (sécurité sociale et Etat ou organismes de base au titre de la CMU-C). Les organismes complémentaires financent 13,5% de la dépense totale et les ménages 9,4%. La part du financement assurée par la sécurité sociale a diminué depuis 2005 pour se stabiliser autour de 75% en 2010/2011.

Au niveau national comme régional, le débat sur la dégradation de l'accès aux soins pour raisons financière est régulièrement posé par les acteurs du système de santé.

Le rapport annuel 2011 du haut comité pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) (L'assurance maladie face à la crise) apporte des éléments de méthode et d'analyse ainsi que certains résultats de quantification relatifs à l'accessibilité financière. Ce rapport présente le tableau de bord de l'HCAAM sur l'accessibilité financière des soins et la question du reste à charge.

De son côté, la DREES a publié en avril 2012 les actes de son colloque de novembre 2011 sur le renoncement aux soins.

Le monde associatif a également alerté sur la dégradation de l'accès aux soins pour raisons financières : Médecins du Monde, L'accès aux soins des plus démunis, 2011 et ATD Quart-Monde, Stratégies de recours à la médecine de proximité dans les populations démunies, 2009.

Si le renoncement aux soins, et notamment le renoncement pour motif financier, fait l'objet de peu d'études et depuis seulement récemment, les publications citées concordent sur quelques orientations fortes :

- 1- L'accessibilité financière demeure exceptionnellement élevée en France en raison de la part prépondérante des dépenses de soins assumées par la solidarité nationale et de l'effet protecteur des dispositifs AME et CMU-C.
- 2- Le renoncement aux soins existe néanmoins, il est corrélé à des indicateurs de précarité socio économique.

- 3- Les soins les premiers concernés par un renoncement pour motif financier sont les soins bucco-dentaires, ophtalmologiques (lunettes) et de support (kinésithérapie).
- 4- Les personnes les plus concernées appartiennent aux populations les plus marginalisées.

Dans le champ spécifique des soins hospitaliers, il doit être noté que le système d'information (PMSI) ne permet pas d'analyse précise des enjeux relatifs à la précarité et aux situations sociales. Les données disponibles sur la surconsommation des autres types de soins semblent mettre en relief cette consommation de soins hospitaliers parmi les habitants des territoires les plus pauvres.

De surcroît, les professionnels de santé des établissements de santé implantés dans ces territoires témoignent de la plus grande gravité des situations médicales rencontrées, des retards diagnostics et globalement des pertes de chance dont sont victimes certains de leurs patients.

Enfin, dans ce contexte de faiblesse des systèmes d'information et du peu de données, il doit en outre être précisé que l'impact (positif ou négatif) du dispositif hospitalier sur les inégalités de santé est également très peu étudié.

Néanmoins, dans le contexte particulier de la crise économique actuelle, de l'accroissement du nombre de chômeurs ou de travailleurs à faible revenu, de l'émergence de nouvelles populations en situation de risque (familles monoparentales), Il est crédible de craindre que la situation économique de l'Île-de-France mène à une dégradation des conditions économiques des plus pauvres et donc de leur l'accessibilité financière aux soins.

Dans le domaine hospitalier (hôpitaux et cliniques), l'accessibilité financière est conditionnée par les éléments suivants :

- Les montants de dépassements d'honoraires des praticiens exerçant en secteur 2 au sein des cliniques ou ayant une activité libérale à l'hôpital ;
- Le prix des prestations hôtelières (chambre seule ou autre) et en particulier le coût non pris en charge par les organismes complémentaires ;
- Les conditions financières de la sortie de l'établissement pour retour à domicile, orientation en soins de suite et réadaptation, USLD ou en EHPAD.

Si le volet hospitalier du SROS-PRS n'est pas l'outil adéquat pour définir une stratégie régionale à ces sujets et mettre en œuvre des recommandations, leur importance et leur impact sur les inégalités de santé méritent une prise de conscience de l'ensemble des acteurs et un engagement de l'ARS à les traiter en concertation avec les fédérations hospitalières et l'union régionale des professionnels de santé (URPS), dans le cadre notamment de la contractualisation avec les établissements de santé.

2.8 Un SROS engagé vers la qualité et la performance de l'offre de soins hospitalière

2.8.1 Les enjeux de qualité

2.8.1.1 La diversité des enjeux

L'exercice de planification que constitue le SROS, en stricts termes de définition des implantations, est porteur d'amélioration de la qualité : la gradation des niveaux de prise en charge et la fixation de seuils d'activités, apportent une contribution significative à la qualité globale des prises en charge. Il permet à titre d'exemple, d'augmenter le nombre de grossesses à risque prises en charge dans l'environnement le mieux adapté, de garantir une prise en charge chirurgicale par des équipes complètes et expérimentées, d'orienter les patients vers les structures les mieux qualifiées (AVC, cardiologie etc.).

Pour autant, en matière de qualité, chacun des volets du SROS hospitalier est porteur d'une ambition qui dépasse le strict cadre de la planification et rend compte d'un consensus fort des professionnels en ce qui concerne la nécessité :

- de se fixer, au sein des différents secteurs d'activité, des objectifs très opérationnels en matière de qualité : augmenter le taux de patients insuffisants rénaux pour lesquels la première dialyse est programmée et réalisée sur fistule artério-veineuse, augmenter le taux de patients insuffisants cardiaques bénéficiant d'un programme d'éducation thérapeutique en sortie d'hospitalisation, diminuer le temps de passage aux urgences pour les patients hospitalisés, accroître les taux de dépistage chez les nouveau-nés ;
- d'innover en matière d'organisation, pour garantir au patient une utilisation optimale des services, structures et compétences offertes par notre système (notion de parcours de santé) : mettre en place un plan personnalisé de soins en cardiologie, développer les chimiothérapies au domicile, développer l'hospitalisation en HAD et en SSR-MPR depuis la ville et moins uniquement en aval d'hospitalisation, développer la dialyse et la HAD dans les structures médico-sociales, renforcer les interactions et la fluidité des relations avec les professionnels de santé libéraux.

Ce souhait de s'engager pour l'atteinte de résultats concrets affiché dans le SROS devra s'articuler avec les autres exigences en matière de qualité :

- En premier lieu, de continuer à progresser sur des thèmes prioritaires, à la fois fondamentaux pour la sécurité des soins et bénéficiant d'indicateurs de mesure, et pour lesquels les résultats globaux franciliens sont perfectibles (cf. tableau ci-dessous).

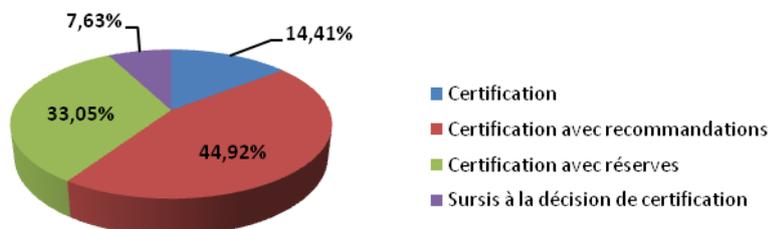
Moyenne et position des établissements de santé d'Ile-de-France (MCO) sur les indicateurs qualité HAS généralisés

	Moyenne Ile-de-France 2011	Moyenne nationale 2011	Meilleure moyenne régionale	Moins bonne moyenne régionale	Rang francilien (sur 26 régions)
Tenue du dossier patient	76	76	81 (PACA)	57 (Guyane)	8
Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation	41	48	57 (Nord-Pas-de-Calais)	33 (Réunion)	22
Evaluation de la douleur	73	73	82 (Aquitaine)	31 (Guadeloupe)	8
Mesure du poids	87	84	89 (Alsace)	53 (Guyane)	3
Dépistage complet des troubles nutritionnels	15	20	35 (Guadeloupe)	3 (Martinique)	13
Evaluation du risque d'escarre	31	32	44 (PACA)	0 (Guyane)	8

Source : HAS, juin 2012.

- En second lieu, poursuivre l'effort de structuration du management de la qualité et de la gestion des risques, dont rend compte la procédure de certification. La position régionale au regard de la certification est encore éloignée de l'objectif de moins de 15% d'établissements certifiés avec réserve(s) fixé à l'Agence par le niveau national (cf. graphique ci-dessous).

Répartition des niveaux de certification V2010 – Bilan juin 2012



Répartition des niveaux de décision de la HAS pour la procédure de certification V2010 des établissements de santé (toutes activités) à juin 2012.
Source : HAS – juin 2012

- Enfin, de promouvoir une culture de qualité et de sécurité des patients chez l'ensemble des professionnels, et l'instauration d'un climat propice au retour d'expérience et à la déclaration des événements indésirables et des « presque incidents ».

D'autres mesures extrêmement variables sont décrites dans le présent schéma qui convergent vers une meilleure qualité des soins, en particulier celles qui cherchent à réduire les ruptures des parcours de soins et à renforcer les différentes formes de coordination.

D'autres actions auront un objectif explicite d'amélioration de la qualité. Ainsi en est-il de la télémédecine à laquelle un programme spécifique est consacré (programme régional de développement des activités de télémédecine). Au nombre de ses orientations figurent la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux et d'autres affections neurologiques, la télédermatologie au service des détenus, le télésuivi des maladies chroniques – patients obèses, insuffisants cardiaques et insuffisants rénaux principalement-, permanence des soins en imagerie. S'agissant de l'imagerie le recours à la téléimagerie est attendu pour améliorer la couverture en imagerie de l'enfant ou pour la permanence des soins. Citons également le projet expérimental de dépistage de l'examen rétinographique des prématurés. D'autres développements verront progressivement le jour en la matière.

2.8.1.2 Les enjeux liés au bon usage des produits de santé et du médicament

Les produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux, produits sanguins notamment) interviennent de façon importante dans la prise en charge des patients au sein des établissements de santé. Certains d'entre eux ont considérablement modifié le pronostic de maladies infectieuses (diminution de la mortalité avec l'avènement des

antibiotiques), ou permis d'allonger l'espérance de vie des patients atteints de certaines pathologies cancéreuses (avec le recours aux thérapies ciblées en particulier).

Aujourd'hui ils sont souvent perçus comme étant au cœur des seules problématiques de risques et de financement mais les enjeux autour des produits de santé pour les établissements concernent plus largement le bon usage, la gestion de l'innovation, la continuité de la prise en charge entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

Le bon usage des produits de santé :

Le bon usage, le juste usage des produits de santé doivent permettre tout à la fois d'en préserver l'efficacité (déclinaison en région Ile de France du plan d'alerte sur les antibiotiques) et de permettre leur financement (financement en sus des GHS de certains médicaments très coûteux pour les établissements MCO).

C'est dire l'importance d'organiser, au sein des établissements, une politique coordonnée des produits de santé et de rendre visible la priorité du bon usage par le respect des dispositions actuelles que sont les référentiels de bon usage mais également les autorisations de mise sur le marché, les protocoles thérapeutiques temporaires, des recommandations temporaires d'utilisations pour les médicaments, des référentiels ou des conditions de prise en charge définies dans la liste des produits et des prestations remboursables pour les dispositifs médicaux notamment.

L'anticipation et l'optimisation du référencement des produits les plus coûteux, l'invitation à une prescription pluridisciplinaire dans un cadre formalisé, prenant en compte les évaluations réalisées par les agences nationales sont de plus en plus nécessaires.

Le recours à l'innovation thérapeutique :

Le juste recours aux produits de santé les plus innovants doit s'accompagner d'une ambition d'évaluation accrue des pratiques d'utilisation. Les utilisateurs de produits de santé les plus innovants doivent participer à la poursuite de leur évaluation et inscrire leur prescription dans le cadre d'essais cliniques ou participer aux registres pour faire progresser la connaissance de l'utilisation des produits de santé dans la « vraie vie ».

Les modifications de prises en charge thérapeutique introduites par de nouveaux médicaments ou de nouvelles présentations galéniques permettent d'envisager des innovations organisationnelles et probablement de reconsidérer au moins en partie l'activité de certains hôpitaux de jour. Les modalités d'une prise en charge

ambulatoire, nouvelle pour certains médicaments innovants, sont à étudier (relais ville-hôpital, surveillance des effets secondaires, surveillance des cures) dans la prise en charge du cancer, de la polyarthrite rhumatoïde pour ne citer que quelques exemples.

Les interfaces ville –hôpital, hôpital - secteur médicosocial et la continuité de la prise en charge thérapeutique :

L'enjeu de la continuité de la prise en charge thérapeutique est celui de la sécurité des patients. Le projet Européen Union Network for Patient Safety intègre la constitution d'historiques médicamenteux et la réconciliation médicamenteuse, comme des outils de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Ces activités doivent être encouragées et poursuivies dans les hôpitaux dans lesquelles elles ont été initiées et si possible être étendues à un plus grand nombre d'établissements.

L'organisation d'interfaces sécurisées impose la mise en place d'outils. L'investissement dans les logiciels d'aide à la prescription certifiés en constitue le premier pré-requis. L'introduction du dossier pharmaceutique dans les établissements de santé est aujourd'hui une attente forte de certains professionnels (urgentistes, gériatres pharmaciens).

Sécuriser la prise en charge médicamenteuse :

La déclinaison des objectifs fixés par l'arrêté du 6 avril 2011 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse constitue la feuille de route des établissements pour les années à venir. Elle justifie un investissement fort de la part des établissements de santé.

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (intégrant le circuit physique du médicament) doit se faire en repositionnant chacun des professionnels sur son cœur d'activité et en reconsidérant les organisations (par l'automatisation de certaines étapes par exemple).

La sécurité des patients, mais aussi des soignants doit être garantie par la préparation centralisée des médicaments à risque, non limités aux médicaments anticancéreux, selon les bonnes pratiques de préparations hospitalières en vigueur.

Enfin le patient doit voir son rôle d'acteur de sa prise en charge reconnu et être sollicité à ce titre (communication des ordonnances, information des équipes) et impliqué dans des actions d'éducation thérapeutique.

2.8.1.3 Les enjeux liés au bon usage des produits sanguins

Le schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS) est élaboré pour une durée de cinq ans par l'Etablissement français du sang (EFS) et soumis pour avis aux ARS. Le régime juridique du SOTS est inscrit dans le code de santé publique. Le SOTS Ile-de-France a fait l'objet d'un arrêté du ministre de la santé sur la base du projet préparé par l'EFS et soumis au préalable à l'avis du directeur général de l'Agence. Il comprend les sites fixes de collectes, les plateaux techniques de préparation et de qualification biologique du don, les sites de distribution / délivrance de produits sanguins labiles aux établissements de santé gérant un dépôt de sang, la liste des établissements de santé autorisés à délivrer des produits sanguins. L'objectif global est de mettre en cohérence le SOTS et le SROS-PRS, notamment concernant les besoins qualitatifs et quantitatifs en produits sanguins labiles pour satisfaire la prise en charge des patients et assurer une mise à disposition permanente de ces produits dans le cadre des évolutions de l'offre de soins en Ile-de-France. Un regard particulier a été porté sur les volets du SROS concernés (périnatalité, urgence, réanimation, chirurgie, onco-hématologie). Selon les recommandations DGS / DGOS, le maintien fort du lien délivrance / laboratoire d'immuno-hématologie a été privilégié pour les sites de délivrance de l'EFS et les dépôts de délivrance des établissements de santé. Le maillage de la distribution repose sur 27 sites transfusionnels de l'EFS, dont 26 réalisent les activités biologiques en immuno-hématologie. Des thématiques transversales ont été identifiées comme critiques et nécessitant des actions prioritaires contribuant à la sécurité transfusionnelle (déploiement des systèmes d'information et échanges de données informatisés, logistique liées aux transports de PSL et échantillons biologiques). La décision nationale d'un nouveau regroupement des plateaux techniques de qualification biologique des dons aboutit au transfert du plateau technique de l'EFS Ile-de-France sur le site de l'EFS Nord de France à l'EFS Nord de France à Lille. Le directeur général a demandé à l'EFS des garanties sur l'approvisionnement et la disponibilité des produits sanguins labiles 24H/24 ; à cet effet, il a été décidé d'associer l'EFS aux travaux menés par l'Agence sur la veille et l'alerte sanitaire, notamment en situation de crise. Une convention de partenariat a été établie avec l'EFS pour que l'Agence puisse apporter sa contribution à des actions de promotion du don.

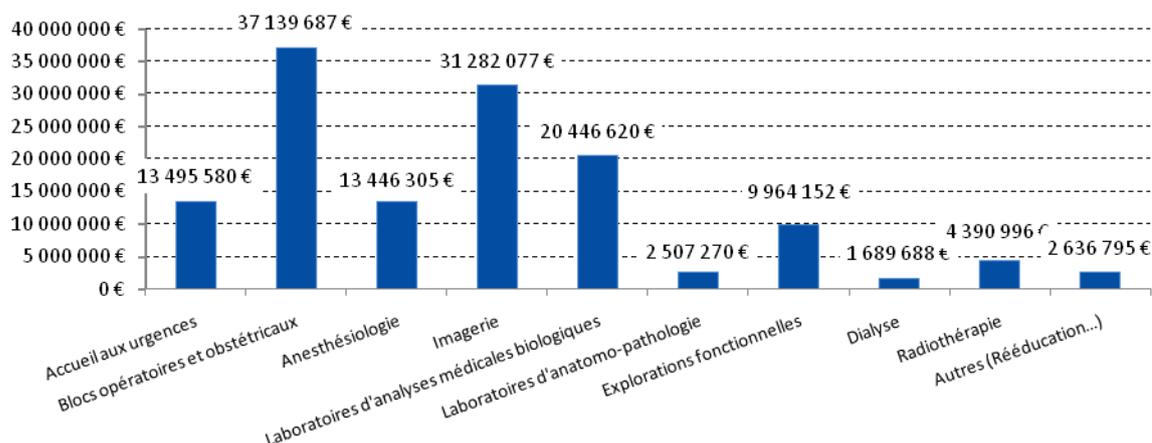
L'arrêté ministériel du 24 juillet 2012 relatif au schéma d'organisation de la transfusion sanguine de l'Ile-de-France précise les activités de l'EFS accompagnée de leur localisation ainsi que la liste des dépôts de sang. Un comité de suivi est chargé de veiller à son application et d'étudier toute évolution dans le respect des règles de sécurité transfusionnelle.

2.8.2 Les enjeux d'efficience

Ils sont naturellement présents dans les SROS, abordés sous divers angles dont celui de la recherche de seuils et masses critiques (cancérologie ou PDSES par exemple), mais également sous celui de la recherche de complémentarités entre structures (lien entre établissements autorisés et établissements associés par exemple) et entre activités (liens surveillance continue – réanimation par exemple) sous la forme de filières (gériatrie, accidents vasculaires cérébraux, certaines maladies chroniques). Cette recherche de complémentarité et de masse critique sur les activités cliniques par le développement de coopérations entre établissements est une tendance forte qui doit également guider la réflexion pour les activités médico-techniques, qu'elles soient l'objet d'un volet du SROS (biologie médicale et imagerie) ou non (PUI, stérilisation...) : démographie des professionnels de santé, contraintes importantes sur l'investissement et sur l'exploitation, opportunités offertes par les technologies de l'information justifient ou permettent cette logique de « mise en commun ».

Cependant, ces enjeux de nature stratégique ne doivent pas divertir les établissements de santé de l'autre enjeu prioritaire et immédiat en matière d'efficience qu'est celui de l'optimisation de la production de soins. Les signaux disponibles (cf. graphiques ci-dessous) dans les diverses sources d'informations colligées aux niveaux régional et national (retraitement comptable, données d'activité, statistique annuelle des établissements de santé) montrent que nombre paramètres peuvent encore être optimisés : coûts de production, taux d'occupation, durées de séjour...

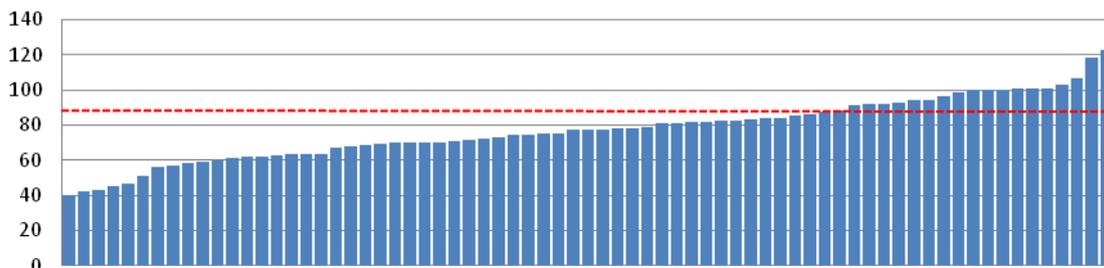
Economies régionales théoriques (régression à la moyenne) – Section Médico-Technique – RTC 2010



Economies régionales théoriques (hors APHP) estimées par régression des coûts unitaires des différentes unités d'œuvre à la moyenne régionale constatée en 2010 dans le retraitement comptable.

Source : retraitement comptable ARS 2011

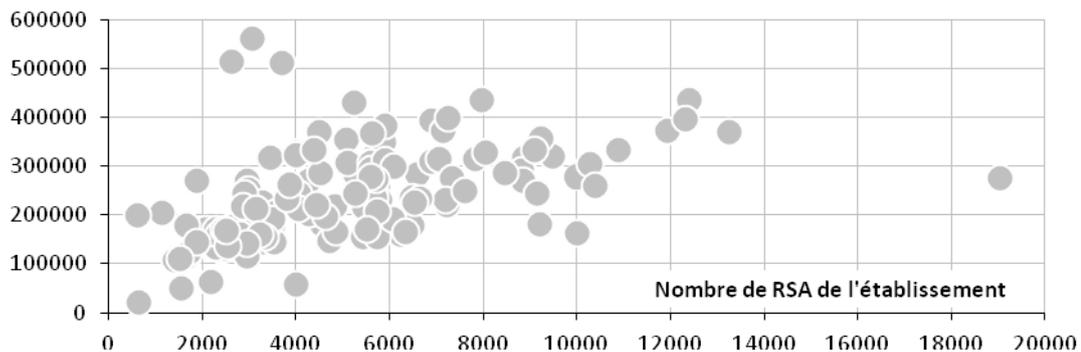
Taux d'occupation des lits de chirurgie des établissements de santé (ex-DG) d'Ile-de-France en 2010



Taux d'occupation (en %) des lits de chirurgie dans les établissements ex-DG disposant d'une autorisation

Source : SAE-ARS

Nombre d'ICR par salle de bloc opératoire des établissements de santé franciliens autorisés à la chirurgie selon leur nombre de RSA



Source : ARS 2010

Dans le respect des prérogatives et de l'autonomie des établissements de santé, le rôle de l'ARS est également de mettre en œuvre les actions permettant à l'ensemble de la région d'améliorer le niveau de productivité globale. Cela passe en premier lieu par la structuration de la « gestion des opérations » en établissement de santé : reconnaissance de cette fonction importante qu'est la gestion de la production, des compétences spécifiques qui lui sont nécessaires, des rôles et responsabilités propres des différents échelons du management et en particulier des directions et des pôles. Cela passe également par une contractualisation ciblée avec les établissements de santé pour l'optimisation de certains de leurs secteurs d'activités et indicateurs de performance.

2.8.3 L'incitation à l'efficacité par la gestion du risque

La gestion du risque (GDR) s'inscrit pleinement dans les 3 axes du plan stratégique de l'ARS Ile-de-France ainsi que dans la réduction des inégalités territoriales de santé puisque la GDR se définit comme **la recherche de l'efficacité en matière de santé** par :

- la prévention de la maladie et de ses complications,
- l'amélioration de la qualité des soins (promotion et application des recommandations ...),
- l'optimisation de l'organisation du système de soins (parcours de soins ville-hôpital, conditions de prise en charge des patients, autorisation et fonctionnement des structures),
- la maîtrise de la dynamique des coûts.

Le Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque (PPR GDR) est un des programmes obligatoires du PRS. Elaboré au cours de l'été 2010, le PPR GDR (2010-2013) d'Ile-de-France a été arrêté dès le mois de septembre 2010 puis actualisé en décembre 2011 (Arrêté du DGARS du 5 janvier 2012).

Il se compose de **10 programmes nationaux**, enjeux prioritaires, dont plusieurs thématiques sont communes avec le volet hospitalier du SROS-PRS, qui seront alors reprises dans ce volet.

Ces priorités nationales, axées sur le développement de modes de prise en charge plus souples, mieux coordonnés et plus efficaces sont enrichis pour certaines d'actions propres à la région, et concernent:

- les transports sanitaires prescrits à l'hôpital, programme qui contribue à la redéfinition du modèle d'organisation du transport des malades en lien avec la régulation de l'offre ;
- la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique qui vise à favoriser le développement des modalités de dialyse hors centre, de la greffe rénale et d'actions de prévention de l'IRC chez les patients diabétiques;
- les médicaments et produits de santé financés en sus de la liste des prestations d'hospitalisation, programme axé sur un usage efficace des dispositifs concernés et la promotion de pratiques de prescriptions conformes aux référentiels et recommandations existants ;
- les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville, pour une meilleure régulation de ces prescriptions ;
- l'imagerie médicale dont l'enjeu est de favoriser un égal accès aux équipements lourds de la population par le développement soutenable de l'offre et qui doit conduire à une meilleure pertinence des actes (éviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants) associée à une diversification du parc d'IRM au moyen d'appareils dédiés à l'ostéoarticulaire ;
- la chirurgie ambulatoire, étendue à un plan d'accompagnement des établissements visant à optimiser l'organisation de la chirurgie ambulatoire, afin de renforcer le développement de la chirurgie ambulatoire, levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre ;
- l'efficacité des EHPAD ;
- l'efficacité des prescriptions dans les EHPAD, étendue à des actions sur la prévention et la prise en charge de la dénutrition avec la participation d'EHPAD volontaires ;
- les soins de suite et de réadaptation (SSR) dont l'objectif est d'harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR dans l'offre de soins global et de renforcer la fluidité du parcours des patients entre le MCO, SSR et le domicile ;
- la permanence des soins ambulatoire (PDS-A) et les urgences hospitalières (étendue à une information à destination du grand public sur le bon usage du système de PDSA) ;

Ces priorités nationales sont complétées par **5 programmes régionaux complémentaires** spécifiques aux particularités de la région francilienne pour 2012-2013 qui ont pour objectif de :

- Mieux connaître le risque en santé,
- Renforcer l'accessibilité financière des soins,
- Renforcer l'information et la prévention,
- Promouvoir des parcours de santé plus cohérents et efficaces,
- Promouvoir l'efficacité en matière de médicaments.

2.9 Des coopérations au service de la gradation des soins

2.9.1 Toutes les zones de la région sont concernées

Les objectifs d'adaptation de l'offre se déclinent en quatre dimensions :

- assurer sur le territoire la fluidité des prises en charge avec un objectif du patient pris en charge dans la structure la plus adaptée à son besoin,
- assurer le fonctionnement de la gradation des soins pour la PDSES et organiser les relais nécessaires à sa bonne organisation (maillage territorial, transports),
- assurer une organisation du recours départemental ou régional de manière adaptée,
- optimiser l'organisation de l'offre en limitant les redondances.

En Ile-de-France, et notamment dans les départements ou territoires de moyenne et grande couronne, le travail sur le positionnement stratégique des établissements et leurs coopérations doit aboutir à un maillage territorial qui gradue l'offre de soins, en privilégiant les offres de proximité centrées sur les plateaux de consultation et diagnostiques ambulatoires (consultations et plateaux d'imagerie) notamment dans les situations où le maintien d'activité d'hospitalisation est compromis. Ces offres de proximité seront liées à des centres hospitaliers, aux portefeuilles d'activités complémentaires et non plus concurrents, et qui concentreront des plateaux techniques et des soins spécialisés plus lourds. Au sein du CHU, les coopérations entre établissements sont l'une des clefs des réussites des groupements hospitaliers et doivent en nombreux endroits s'élargir aux établissements hors CHU.

Les coopérations entre ces deux niveaux de structures devront privilégier l'optimisation du travail des soignants et mettre en place quand nécessaire des équipes territoriales qui prennent en charge sur une spécialité fragilisée la réponse aux demandes de soins en proximité (premier recours et prise en charge chronique) et de soins en phase aiguë.

Le maillage territorial pour les établissements de soins et médico-sociaux doit d'autant plus être recherché que les difficultés de recrutement des professionnels de santé indispensables au bon fonctionnement des structures sont élevées. Cette urgence est particulièrement sensible dans les aires les plus excentrées de la région.

L'ARS s'engage à :

- favoriser les projets de coopération structurants avec un soutien à la mise en place de projets médicaux communs et des projets de plateforme publiques-privées qui permettent d'assurer la pérennité des offres, les équilibres financiers des opérateurs et la consolidation de choix d'investissement adapté et efficient ;
- appuyer les projets de coopération transversaux et sectoriels des professionnels et établissements de santé pour répondre aux évolutions territoriales, favoriser la création d'équipes médicales et les consultations avancées en complémentarité avec les structures d'exercice collectif en ville ;
- coordonner et harmoniser les stratégies des acteurs hospitaliers autour de projets médicaux communs pour répondre à ces enjeux, par la mise en place de communautés hospitalières de territoire ;
- améliorer les organisations hospitalières et médicales par des mutualisations et des redéploiements d'activités au moyen, notamment, de groupements de coopération sanitaire ;
- accompagner les acteurs d'un même territoire qui souhaitent rapprocher leurs plateaux techniques afin de rendre plus lisibles les soins qu'ils délivrent et d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques.

Pour l'imagerie, par exemple, la prise en compte du projet médical et des axes de coopération sera déterminante.

Pour concrétiser ces objectifs de coopération, l'ARS accompagne la démarche des établissements avec une méthodologie structurée :

- identification des intérêts à agir, du périmètre de la coopération et de ses objectifs,
- élaboration du schéma cible et identification des leviers d'actions,
- accompagnement à la mise en place par projets opérationnels,
- élaborations des scénarios d'activités, d'organisation, de gouvernance, de projet social et du projet médico-économique (exploitation et investissement),
- création des supports nécessaires (y compris de type juridique),
- suivi de la mise en œuvre et évaluation des coopérations.

Les mises en cohérence nécessaires pour prendre en compte les coopérations seront intégrées dans les CPOM et les autorisations.

Les opérations de coopération et de réorganisation de l'offre de soins font partie intégrante de la planification ; elles feront ainsi l'objet d'une déclinaison dans les décisions d'autorisation d'activité de soins et d'EML (dans le respect des dispositions légales et réglementaire) et dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens En Ile-de-France, il est opportun que des coopérations territoriales soient approfondies autour :

- des établissements psychiatriques notamment dans le cadre du projet de CHT de psychiatrie de Paris ;
- du sud Seine-et-Marne : Fontainebleau, Melun, Montereau et Nemours ;
- du nord Seine-et-Marne : Coulommiers, Lagny et Meaux en lien avec notamment Provins ;
- du sud Yvelines : groupement de coopération sanitaire (GCS) du Sud Yvelines ;

- du nord Yvelines avec notamment l'axe Meulan, Mantes et Poissy-Saint-Germain ;
- de l'articulation entre Dreux et Houdan en liaison avec l'ARS du Centre ;
- du nord Essonne : Juvisy, Longjumeau et Orsay ;
- du sud-Essonne : Dourdan et Etampes ;
- de l'articulation entre le nord et le sud Essonne avec les établissements d'Evry et d'Arpajon, cette articulation doit être travaillée en lien aussi avec le sud Seine-et-Marne ;
- des établissements du nord des Hauts-de-Seine autour de l'articulation notamment du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre et l'Hôpital Louis-Mourier (AP-HP) de Colombes ;
- des articulations au centre du département des Hauts-de-Seine entre les établissements de Neuilly-Courbevoie-Puteaux et de Levallois-Perret, de Sèvres, Boulogne, Suresnes et de Saint-Cloud ;
- des établissements de la Seine-Saint-Denis en travaillant sur l'ouest d'une part et sur le centre et le nord d'autre part ;
- des coopérations entre les établissements de Créteil et de Villeneuve-Saint-Georges ;
- de l'articulation des établissements du territoire autour du Kremlin-Bicêtre et de l'ouest du département du Val-de-Marne ;
- du nord-ouest du Val-d'Oise autour de Pontoise, Beaumont, Magny-en-Vexin, Osny et Carnelles ;
- des établissements d'Argenteuil et Eaubonne-Montmorency ;
- des établissements de l'est du Val-d'Oise avec ceux de l'ouest de la Seine-Saint-Denis.

Dans tous ces territoires, il s'agit de constituer des ensembles hospitaliers cohérents, intégrant différents niveaux d'offre. Ces coopérations doivent s'épanouir aussi bien entre établissements de même statut juridique qu'entre publics, privés à but lucratif ou non. Dans certaines zones, l'offre de soins privée occupe aujourd'hui une place incontournable, qui entraîne les responsabilités liées à leur position dominante. Elle doit susciter, elle aussi, les coopérations entre établissements afin de développer une offre de soins coordonnée et la mutualisation de plateaux techniques pour garantir la pérennité des structures.

Lorsque, dans le cadre des coopérations territoriales, le regroupement d'activités précédemment exercées sur des sites distincts aboutit à la disparition d'une implantation géographique prévue au SROS, celle-ci n'a pas vocation à être maintenue.

Par ailleurs, le besoin d'innover à partir d'expériences soutenues sera traduit par l'agence notamment par le recours à des appels à projet groupés.

2.9.2 Une coopération à approfondir avec les hôpitaux d'instruction des armées

Placé sous l'autorité du ministre de la défense et du chef d'état-major des armées, le service de santé des armées (S.S.A.) a pour mission d'assurer, en toutes circonstances, le soutien médical des forces armées. Les hôpitaux d'instruction des armées (H.I.A.) sont ouverts aux ressortissants civils qui représentent plus de 85 % de l'activité. La direction centrale (D.C.S.S.A.) assure la fonction de direction et de pilotage des 9 hôpitaux qu'elle représente et gère comme une entité unique. La présence de ce chapitre dans le volet offre de soins du schéma d'organisation sanitaire ne modifie rien à l'actuel partage des responsabilités.

L'ensemble hospitalier militaire parisien (E.H.M.P.) regroupe les 3 H.I.A. situés en Ile-de-France (Val-de-Grâce, Percy et Bégin). Cet ensemble a pour vocation de renforcer leurs complémentarités médicales et de rationaliser leurs activités et leur soutien.

L'offre de soins des HIA d'Ile-de-France

Chargés d'une longue histoire qui leur a valu une notoriété à la fois opérationnelle mais aussi acquise par des contributions marquantes aux progrès de la médecine, les hôpitaux militaires franciliens concourent à l'offre de soins hospitalière au sein de leurs territoires de santé respectifs.

L'offre de soins décrite ci-dessous est la résultante de deux textes : l'arrêté conjoint du 25 juin 2010 cosigné par les ministres de la défense et de la santé qui dresse la liste des activités et des équipements lourds qui contribuent à l'offre de santé publique ; et le schéma national d'organisation sanitaire du S.S.A. (S.N.O.S.) qui fixe la répartition des disciplines et des services par établissement dans le cadre du contrat opérationnel.

Spécialités	HIA Val-de-Grâce Paris	HIA Percy Clamart	HIA Bégin Saint-Mandé
Médecine :			
Médecine Interne	✓	✓	✓
Dermatologie			✓
Cardiologie	✓	✓	✓
Hématologie		✓	
Gastro-entérologie	✓	✓	✓
Oncologie	✓	✓	✓
Neurologie	✓		
Néphrologie	✓		
Pneumologie		✓	
Rhumatologie			✓
Médecine infectieuse et tropicale			✓
Chirurgie :			
Orthopédique		✓	✓
Viscérale	✓	✓	✓
Thoracique		✓	
Urologie	✓		
Neurochirurgie	✓		
Vasculaire	✓		
OPH	✓	✓	
ORL	✓		✓
Maxillo-faciale		✓	
Gynéco-obstétrique :			✓
Psychiatrie	✓	✓	✓
SSR		✓	

En complément à ces spécialités cliniques, les H.I.A. franciliens disposent de plateaux techniques de haut niveau et d'activités de recours pour la région Ile-de-France. Elles figurent dans le tableau suivant :

Spécialités	HIA Val-de-Grâce Paris	HIA Percy Clamart	HIA Bégin Saint-Mandé
Centre de traitement des brûlés		✓	
Service d'Accueil des Urgences		✓	✓
Réanimation	✓	✓	✓
Unité de surveillance continue	✓	✓	✓
Unité de soins intensifs cardiologiques	✓	✓	✓
Unité de soins intensifs hématologiques		✓	
Unité d'épuration extra-rénale	✓		
Radiothérapie externe	✓		
Imagerie (IRM –TDM)	✓	✓	✓
Médecine nucléaire (TEP)	✓		
Médecine hyperbare	✓		
Laboratoire sécurité biologique de niveau 3		✓	✓

La contribution des HIA d'Ile-de-France aux missions de service public⁵

Sous réserve de la priorité donnée aux armées en cas de besoin, les hôpitaux des armées accueillent tout patient dans les mêmes conditions que les autres hôpitaux.

Une procédure de consultation réciproque est instituée entre les agences régionales de santé et les hôpitaux des armées (schéma régional d'organisation des soins, participation à un réseau de santé ou à un groupement de coopération sanitaire). Il est également prévu que les hôpitaux des armées participent aux travaux des conférences de territoire.

⁵ Décret no 2012-117 du 30 janvier 2012 relatif à la contribution du service de santé des armées à la politique de santé publique

Un protocole pluriannuel d'objectifs et de moyens des hôpitaux des armées, mentionné à l'article R. 174-34 du code de la sécurité sociale, précise désormais les obligations du service de santé des armées pour l'accomplissement des missions de service public qu'il assure ou contribue à assurer. Les HIA Percy et Bégin participent à l'accueil des urgences et au dispositif de permanence des soins (PDSSES) en nuit profonde. Par ailleurs, la médecine hyperbare et la médecine nucléaire complètent l'offre de soins de l'HIA du Val-de-Grâce.

Le SSA se distingue par des compétences spécifiques, en matière de prise en charge des brûlés et des blessés dans les domaines nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC). Ainsi, l'HIA Percy, véritable pôle de compétences, associe un centre de traitement des brûlés, un centre de traitement des blessés radio contaminés (CTBRC), un laboratoire de sécurité biologique de niveau 3, un service d'hématologie et de chirurgie plastique et reconstructrice. Il s'appuie aussi sur le service de protection radiologique des armées (SPRA) et le centre de transfusion sanguine des armées (CTSA), par ses activités thérapeutiques et de recherche, sur le site de Percy.

Acteurs du territoire de santé, les hôpitaux des armées ont développé de nombreuses collaborations dans les domaines du soin, de l'enseignement et de la recherche avec les établissements de santé publics et privés. Ces coopérations font l'objet de conventions et, faisant suite à la loi HPST, modifiée par la loi du 10 août 2011, les HIA peuvent désormais participer à des groupements de coopération sanitaire de moyens (GCS).

Le premier GCS, conclu entre le GH Cochin – Broca - Hôtel-Dieu et l'HIA Val-de-Grâce, met ainsi en place une coopération entre un hôpital militaire et un hôpital public. Il a été approuvé par arrêté du directeur général de l'ARS d'Ile-de-France le 02 mai 2012. Le rapprochement entre les établissements de santé publics ou privés et les HIA permet d'assurer conjointement les missions de service public mais aussi de contribuer, directement ou indirectement, au soutien des forces et aux missions d'enseignement et de recherche.

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

3.1 L'approche territoriale du volet hospitalier

3.1.1 Les sens multiples de la dimension territoriale

La plan stratégique a retenu au nombre de ses principes la nécessité d'actions territorialisées. Sur un plan général les choix d'implantation sont guidés par un équilibre entre le respect d'exigence de proximité et celle de qualité et d'efficacité. C'est ainsi que l'ARS a fait le choix de maintenir un nombre élevé d'implantations (par exemple pour les urgences) là où les prestations hospitalières ont besoin d'une insertion locale ou assurent des tâches substitutives à d'autres acteurs du soin, notamment le premier recours.

Ce n'est pas pour autant qu'il faille envisager la mise à disposition de tous les territoires, d'une offre identique, l'objectif premier recherché étant celui d'une offre équitable.

Par ailleurs la logique d'organisation optimisée qui est recherchée par ce schéma – qu'elle soit interhospitalière – ou avec d'autres acteurs du soin (de la prévention, du premier recours ou du secteur médico-social) doit aller vers des formes d'organisation du soin beaucoup plus intégrées et de ce fait prendre place dans un grand nombre de cas, dans une logique territoriale de proximité. La place que l'hôpital peut jouer en soutien à la recomposition du premier recours ou au secteur médico-social sera d'autant plus forte qu'il se fera avec des partenaires permanents et proches. Dans le besoin d'accroître le rôle du premier recours en matière d'éducation thérapeutique les initiatives à prendre sont essentiellement locales.

Deux logiques vont donc se superposer : celles des actions dans le cadre d'une proximité immédiate (plutôt ce qui rentre dans le cadre des pathologies chroniques, de la prise en charge des personnes âgées et de façon plus large de soins coordonnés) et celle d'une moindre proximité voir d'une absence de proximité selon le degré de technicité des prises en charge. Dans le premier cas la question de l'infra territorialité est posée.

La région se caractérise par une assez forte hétérogénéité dans l'équilibre géographique des différents segments de l'offre. Pour ce qui concerne l'offre

hospitalière l'identification des zones de fragilité permet de construire de nouvelles réponses pour y faire face.

Les fragilités observées aujourd'hui peuvent tenir soit à des vétustés d'établissements, soit à des tailles inadaptées, soit à des portefeuilles d'activité incohérents, soit à des situations financières dégradées ou à des attractivités insuffisantes. Toutes ces fragilités ne sont pas forcément de nature à affaiblir la couverture des besoins. Deux zones paraissent néanmoins poser des problèmes plus aigus : la petite couronne pour certains des éléments de son offre et la grande périphérie de manière générale.

3.1.2 Les nouvelles zones de fragilité

Si la couverture territoriale **de l'offre hospitalière** s'est améliorée dans beaucoup de domaines depuis une vingtaine d'années, de nouvelles fragilités apparaissent notamment en :

- grande périphérie (sauf exception) ;
- petite couronne en tout cas pour l'offre spécialisée.

3.1.2.1 L'avenir incertain de l'offre hospitalière en grande périphérie

La grande périphérie est entendue ici comme la zone la plus éloignée de la grande couronne, comprenant les parties limitrophes des autres régions. Elles sont moins urbanisées et se composent de zones rurales et de villes modestes. Les structures hospitalières y ont un poids relatif par rapport au reste de la région, mais plus affirmé au plan local. Elles jouent parfois un rôle dans la couverture des soins du premier recours. Il a été signalé que, de manière a priori paradoxale, ce sont les zones où le taux d'hospitalisation est le plus élevé. La fragilité de cette offre pourrait croître essentiellement à cause du non remplacement des médecins appelés à cesser leur activité : la volonté de l'ARS est de maintenir cette offre au prix d'aménagements lorsque la situation l'exige. En particulier, pour être attractives auprès de jeunes médecins, ces structures ne peuvent rester isolées. L'ARS promeut une politique de coopération quelle qu'en soit la forme juridique (fusion, GCS, CHT, autre). Il est vraisemblable qu'il faille aussi mettre sur pied des modalités nouvelles de recrutement des médecins : les établissements attractifs pourraient ainsi être chargés de recruter et d'organiser le partage du temps médical avec des établissements proches moins recherchés ; la notion d'équipes médicales territoriales et de prestations médicales croisées trouvant tout son sens dans ces zones.

3.1.2.2 Les aspects contradictoires de l'offre de la petite couronne

La petite couronne est caractérisée par des contrastes sur le plan du niveau de richesse, de la situation sociale et des résultats de santé. Les départements qui la composent ont en commun la proximité de Paris et une densité de population élevée. Au plan hospitalier, c'est la zone de la région où le recours aux soins hors département est le plus élevé, certains départements (le Val de Marne et les Hauts-de-Seine principalement) étant par ailleurs attractifs du fait d'une offre très spécialisée (en cancérologie ou greffes par exemple).

Les petites structures de court séjour (quel que soit le statut) ont presque disparu ou se sont reconverties. L'avenir de celles qui subsistent est en discussion, notamment pour celles dont le rôle obstétrical est fort et le potentiel chirurgical réduit.

C'est également la zone où certaines des opérations les plus emblématiques de la région se développent, notamment celles qui concernent les deux établissements publics de Créteil et les deux établissements publics du nord des Hauts-de-Seine. C'est enfin l'un des endroits où la conception de nouvelles recompositions est la plus délicate (Seine-Saint-Denis), et où la répartition géographique des équipements peut ne pas être optimale, y compris en psychiatrie.

Un autre facteur concernant l'offre spécialisée ou très spécialisée, souvent de statut hospitalo-universitaire, y est observé : cette offre dépend de décisions et de structures souvent parisiennes (hospitalières ou universitaires). Ainsi, plusieurs activités situées dans ces départements ont été réorganisées, ces dernières années, au bénéfice de structures parisiennes, laissant croire à une volonté de renforcer Paris au détriment de sa banlieue. Les schémas d'organisation sanitaires successifs ont souhaité l'inverse. Par ailleurs, la répétition de décisions pouvant s'interpréter comme une tentative de renforcer la capitale au détriment de sa périphérie, pose plusieurs questions :

- De gouvernance, puisque les élus et les acteurs de banlieue se sentent écartés du processus de décision ;
- De cohérence sanitaire : si la concentration peut se discuter sous certains aspects pour les activités de recours très sélectif, l'extension de cette démarche conduit à fragiliser les établissements de petite couronne et parfois leur attractivité. Cette concentration complique et rend parfois impossible la coopération avec des acteurs de proximité, dont le renforcement est par ailleurs souhaité ;
- D'accès aux soins, notamment pour les activités ambulatoires – dont il a été souligné qu'elles se développaient le plus – du fait en particulier des conditions générales de transports dans la région ;
- De cohérence avec les zones de dynamisme démographique.

Le moment paraît venu (avec la question éventuelle de la relocalisation de certains sites hospitaliers et donc de l'investissement à prévoir) de réfléchir aux options à retenir pour le moyen et le long terme, d'autant plus qu'une partie de la problématique du « Grand Paris » se superpose à cette question. Parmi les options, l'opportunité de

renforcer l'offre hospitalo-universitaire de la petite couronne doit être discutée. La gouvernance adaptée pour la réussite de ce dialogue est à définir.

Parmi les évolutions qui vont conditionner l'avenir de la région Ile-de-France figure celle du Grand Paris. Deux observations préalables peuvent être faites concernant la temporalité du projet et sa dimension territoriale.

S'agissant de la temporalité du projet, les calendriers s'affinent progressivement: en tout état de cause, les échéances sont plutôt de moyen ou de long terme. Les décisions à prendre et l'accompagnement pour les sujets que l'ARS a retenus comme étant pertinents devront concorder avec ces échéances.

La dimension spatiale du projet est complexe et variable selon que l'on prend en compte les seules zones d'implantations projetées d'équipements (de transport notamment) ou bien l'ensemble de ses retombées directes et indirectes. Si la petite couronne est à priori la plus concernée, elle n'est pas la seule puisque certaines zones habituellement classées en grande couronne sont également impliquées, par exemple Saclay ou Gonesse.

3.1.3 L'hôpital et le Grand Paris

Dans son plan stratégique régional de santé, et en accord avec la mobilisation sur ce thème de la Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie d'Ile-de-France, l'ARS a fait de l'aménagement du territoire un chantier prioritaire au titre de son ambition de « mettre la santé dans toutes les politiques ». L'aménagement du territoire affecte en effet de façon directe et indirecte les déterminants de la santé d'une population, et ce d'une façon socialement différenciée : les décisions d'aménagement du territoire sont susceptibles aussi bien d'accroître que de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. De même, le développement urbain, parce qu'il accompagne les transformations de la démographie d'une population, affecte ses besoins en termes de soins ou de prise en charge médico-sociale. En parallèle, la richesse d'un territoire en termes d'offre de santé (présence d'un hôpital, industries de santé, acteurs innovants) constitue un levier majeur du développement territorial.

Or, en matière d'aménagement du territoire et de développement urbain, notre région vit aujourd'hui, avec le projet du Grand Paris, une étape cruciale. Cette étape est notamment celle de la territorialisation des ambitions du Grand Paris au travers de l'élaboration des contrats de développement territorial (CDT).

Les objectifs qui seront inscrits dans ces CDT en matière d'urbanisme, de logement, de transports ou de développement économique et d'environnement dessineront l'avenir des territoires concernés. La santé des populations qui y vivent ou y travaillent en sera nécessairement affectée.

L'ARS identifie plusieurs impacts significatifs de ce projet sur la santé des Franciliens⁶ :

- Un impact sur le plan de la santé publique, au travers de la qualité de vie et des conditions socio-économiques ;
- Un impact sur le plan de l'offre de santé, au travers d'une évolution de la distribution des besoins, de leur volume et de leur nature ;
- Un impact sur les inégalités sociales et territoriales de santé, via les choix prioritaires de développement et d'urbanisme effectués.

Le projet de Grand Paris constitue pour l'ARS une opportunité majeure d'améliorer la santé de demain en Ile-de-France.

En particulier, l'ARS souhaite participer à l'**évaluation environnementale** des contrats de développement territorial (CDT), conduire le **plaidoyer** pour des choix favorables à la qualité de vie et à la santé des populations, et prendre des **décisions de régulation** (implantation territoriale, répartition, accessibilité) de l'offre de soins et médico-sociale qui soient adaptées aux évolutions de l'urbanisme, de la démographie et des besoins de santé.

Plus largement, le projet du Grand Paris va bouleverser et accélérer la mutation de la petite et moyenne couronne à un point tel qu'il est indispensable d'interroger les stratégies de tous les établissements de santé.

Afin d'identifier les scénarios possibles d'évolution de l'offre de soins tout en respectant les équilibres régionaux fondamentaux, plusieurs sujets d'étude pourraient être abordés :

- L'impact en santé des décisions d'aménagement du territoire et de développement urbain ;
- L'impact sur l'accessibilité des établissements et le recours aux soins du projet de Grand Paris à l'aune de la refonte du réseau de transports ;
- L'analyse rétrospective des zones d'aménagement passé et de leur couverture en offre sanitaire ;
- La qualification des besoins de santé dans les zones d'emploi nouvelles qui ne sont pas pour autant des zones résidentielles.

Ces scénarios pourraient servir de base à la rédaction d'un schéma immobilier régional, mais ne pourront être élaborés qu'avec l'implication de multiples partenaires.

3.1.4 La stratégie hospitalo-universitaire

3.1.4.1 Articulation CHU/ région

Emmenés par l'AP-HP, les établissements de santé d'Ile-de-France démontrent un dynamisme exceptionnel dans les domaines des soins, de l'enseignement et de la recherche

L'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, centre hospitalier universitaire (CHU) d'Ile de France est le premier hôpital d'Europe par le nombre de patients qu'il prend en charge chaque année : 5 millions de consultations, 1,2 millions de séjours en chirurgie, médecine et obstétrique, 1 million de patients accueillis aux urgences, près de 40.000 naissances, 1.200 greffes annuelles. Dans le domaine particulier de la prise en charge de maladies rares, 69 des 132 centres labellisés au niveau national sont portés par l'AP-HP.

L'AP-HP est également le premier établissement de formation des futurs professionnels de la santé. Les conventions qui lient l'AP-HP aux sept facultés de médecine franciliennes et aux diverses écoles de la région lui font accueillir chaque année plus de 16.000 jeunes en formation : 5.000 étudiants hospitaliers (externes), 3.000 internes et 8.000 étudiants issus des filières soignantes, sociales éducatives et autres.

L'AP-HP est enfin le premier acteur hospitalier de la recherche médicale de notre pays avec chaque année près de 3.000 projets de recherches menés par ses équipes, l'inclusion de 25.000 patients dans des essais thérapeutiques, plus de 8.000 publications scientifiques annuelles qui confèrent à l'AP-HP le 4^{ème} rang mondial pour les publications scientifiques dans le domaine de la santé. L'AP-HP réalise sa mission de recherche en partenariats étroits avec les universités franciliennes et les deux grands établissements publics français à caractère scientifique et technique : l'INSERM et le CNRS. Dans le domaine de la recherche, l'AP-HP se voit également confier la mission de piloter la direction interrégionale à la recherche clinique (DIRC), en lien avec sa propre direction de la recherche clinique et du développement (DRCD).

Cette place exceptionnelle de l'AP-HP dans le paysage de l'enseignement et de la recherche médicale française doit être complétée de la contribution également importante de plusieurs autres acteurs hospitaliers franciliens, parmi lesquels le centre hospitalier intercommunal (CHI) de Poissy-Saint-Germain, le CHI de Créteil, l'hôpital des Quinze-Vingt, les établissements de santé privés d'intérêt collectif Foch, Fondation Rothschild, Marie-Lannelongue, le centre hospitalier spécialisé Sainte-Anne et les centres de lutte contre le cancer (Institut Gustave Roussy et Curie) qui tous accueillent des équipes universitaires.

Mais le périmètre de l'enseignement et de la recherche médicales franciliennes s'élargit également à tous les établissements de santé, publics, privés et ESPIC, qui accueillent des étudiants en médecine ou des internes, des élèves d'IFSI et d'autres formations,

participent à des protocoles de recherche en incluant des patients dans des études cliniques et dont les professionnels dirigent ou contribuent à des publications de haut niveau.

L'Agence régionale de santé est particulièrement attentive à la poursuite et au développement du dynamisme francilien dans les domaines de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation en santé. Pour cela, elle a engagé et poursuivra une politique active auprès des établissements de santé dans ces domaines autour de quelques principes.

3.1.4.2 La proposition de créer deux conférences hospitalo-universitaires de territoire

Cette proposition vise à renforcer le pilotage régional et la bonne articulation entre les établissements de santé franciliens pour soutenir l'enseignement et développer la recherche en santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Projet régional de santé, et en particulier de son volet hospitalier, l'ARS proposera à l'ensemble des acteurs concernés l'installation de conférences hospitalo-universitaires de territoire. L'ARS entend ainsi reprendre une réflexion commune portée par l'AP-HP, la Fédération hospitalière de France et des représentants des facultés de médecine lors du débat en 2010 sur les périmètres des territoires de santé.

L'enjeu est la coordination à l'échelle des territoires, du CHU, des facultés de médecine et des grands établissements de santé franciliens, qui accueillent un nombre important d'étudiants de toutes formations (médicales et non médicales) et d'internes en médecine. Cette coordination associera également les acteurs émergents issus du monde ambulatoire et impliqués dans l'accueil des étudiants (centres de santé, maisons pluridisciplinaires...). Elle s'effectuera dans la concertation nécessaire avec la région Ile-de-France qui assume un rôle de premier plan auprès des universités dans la gestion des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

Sous l'impulsion et la coordination de l'ARS, les membres de ces conférences de territoire hospitalo-universitaires devront conjointement définir leurs objectifs de travail et leurs modalités de fonctionnement afin de répondre au mieux aux enjeux de la région dans ces domaines.

L'ARS proposera la constitution de deux conférences hospitalo-universitaires de territoire dont le découpage et les périmètres précis devront être arrêtés en concertation avec les acteurs concernés.

3.1.4.3 Elargir les responsabilités d'enseignement voire de recherche

Dans le domaine de la santé, la région Ile-de-France a fortement évolué au cours des dernières décennies (voir le diagnostic porté par le PSRS). Un des faits majeurs de cette évolution est l'émergence d'établissements de santé de taille importante et d'excellence reconnue pour les soins mais également pour l'enseignement et, dans certains cas, la recherche, au-delà de la petite couronne : en Seine-et-Marne, en Essonne, dans les Yvelines et le Val-d'Oise.

Si l'AP-HP s'était déployée en banlieue dans les années soixante-dix, le choix n'a jamais été fait d'étendre son périmètre au-delà de la petite couronne (sauf exception, notamment en gérontologie). Le volet hospitalier du PRS doit accompagner le développement de ces établissements de santé de grande couronne qui contribuent aujourd'hui à structurer l'offre de soins, y compris de recours, et à renforcer l'attractivité de leurs territoires d'implantation pour les professionnels de santé.

Cette volonté de l'ARS est guidée par son engagement à réduire les inégalités de santé. Or ces inégalités sont pour partie liées aux difficultés d'accès aux professionnels de santé.

La juste répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire régional est donc un des enjeux stratégiques et les études montrent qu'il existe des liens entre les lieux de résidence des lycéens, leur lieu de formation dans le supérieur et leurs choix d'installation professionnelle.

Une volonté régionale d'articuler la stratégie des universités en matière de formation en santé, celles des établissements de santé pour accueillir les étudiants et les autres stratégies pour susciter leur installation dans les zones prioritaires doit donc contribuer à lutter contre la désertification médicale.

Dans ce domaine et sur la période de ce Projet régional de santé, trois priorités seront portées par l'ARS avec un appui renforcé aux hôpitaux de Pontoise (Val d'Oise), de Meaux-Lagny-Jossigny (Seine-et-Marne), et du Sud-Francilien (Essonne) pour le développement de leurs moyens et compétences pour l'enseignement et la recherche.

En petite couronne francilienne, dans les départements du Val-de-Marne, des Hauts-de-Seine et de Seine-Saint-Denis, le prochain plan stratégique de l'AP-HP devra répondre spécifiquement aux défis posés par ses établissements situés hors de Paris. Les besoins d'investissements dans certains de ces hôpitaux devront être adressés de manière prioritaire afin que la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'excellence de l'enseignement et de la recherche puissent y être préservés. Cet objectif ne répond pas seulement à des enjeux internes à ces établissements, notamment immobiliers, mais plus globalement à leur positionnement stratégique dans leurs territoires et à leurs capacités à assumer leurs leaderships et à assumer pleinement leurs trois missions de CHU : le soin, l'enseignement et la recherche.

3.1.4.4 Un rôle de régulateur au bénéfice de l'intérêt régional pour le CHU

Face aux défis posés par les perspectives d'évolution de la démographie médicale, le CHU et ses facultés, en lien avec l'ARS, doit assumer un rôle de régulateur au bénéfice de l'intérêt régional.

L'AP-HP, en lien avec les facultés de médecine, est engagée dans plusieurs projets de renforcement de certaines équipes médicales de haut niveau. Ces projets emportent souvent le regroupement physique d'équipes. Ces rapprochements ont pour objectif la constitution de structures de taille critique, la mise en synergie d'équipes d'excellence et doit garantir une utilisation optimale des investissements mis en œuvre.

Cette stratégie, dans l'intérêt des patients pris en charge mais également pour le renforcement des capacités d'enseignement et de recherche de la région, mérite d'être soutenue. Cette orientation signifie en particulier le regroupement de médecins hospitalo-universitaires.

Elle doit néanmoins être articulée avec un autre enjeu, clairement identifié comme contradictoire : le déploiement des capacités d'enseignement, voire de recherche, sur l'ensemble du territoire francilien et notamment dans les établissements de santé non AP-HP de taille importante.

L'équilibre entre ces deux enjeux, concentrer lorsque cela est pertinent des équipes d'excellence et déployer les politiques hospitalo-universitaires en santé sur l'ensemble du territoire, nécessite une prise de conscience des équipes du CHU que leurs responsabilités au titre des missions d'enseignement et de recherche ne se limitent pas aux seuls territoires sur lesquels l'AP-HP exerce sa mission de soins, mais concerne l'ensemble du territoire francilien. Le plan stratégique de l'AP-HP, notamment dans ses composantes enseignement et recherche, devra répondre à cet enjeu avec volontarisme.

Dans ce domaine, l'ARS soutiendra également toutes les initiatives qui pourraient être prises au niveau national ou local pour la reconnaissance du rôle assumé par les praticiens hospitaliers des établissements non CHU dans l'encadrement des étudiants et des internes et la promotion de la recherche clinique.

De même, les défis posés par l'évolution de la démographie médicale (voir chapitre 2) et les risques que la réduction du nombre de professionnels pourraient faire peser dans certains domaines, sur la qualité, voire la continuité et la sécurité des soins, nécessiteront une coordination forte entre le CHU, les autres établissements de santé et l'ARS.

En liens étroits avec les doyens des facultés de médecine, des innovations devront être mises en œuvre en matière de gestion des ressources humaines médicales comme par exemple le développement de postes partagés ou de conventions ad hoc pour faciliter des « aller-retour » de professionnels entre le CHU et d'autres établissements.

La place et le rôle de l'AP-HP en Ile-de-France et son statut de premier Centre hospitalier universitaire lui confèrent une responsabilité exceptionnelle et l'engagent à contribuer avec volontarisme aux défis d'avenir qui concernent la région.

L'ARS sollicitera un engagement fort de l'AP-HP en ce sens dans son futur plan stratégique et le relaiera dans le prochain contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

3.2 Les déclinaisons territoriales (paragraphe révisé)

Le présent schéma a mentionné, à multiples reprises, le besoin de renforcer la dimension territoriale de l'action. Pour en fournir une illustration concrète, chaque territoire francilien fait l'objet d'une partie qui énonce les principales évolutions attendues.

3.2.1 Paris

3.2.1.1 Caractéristiques du territoire

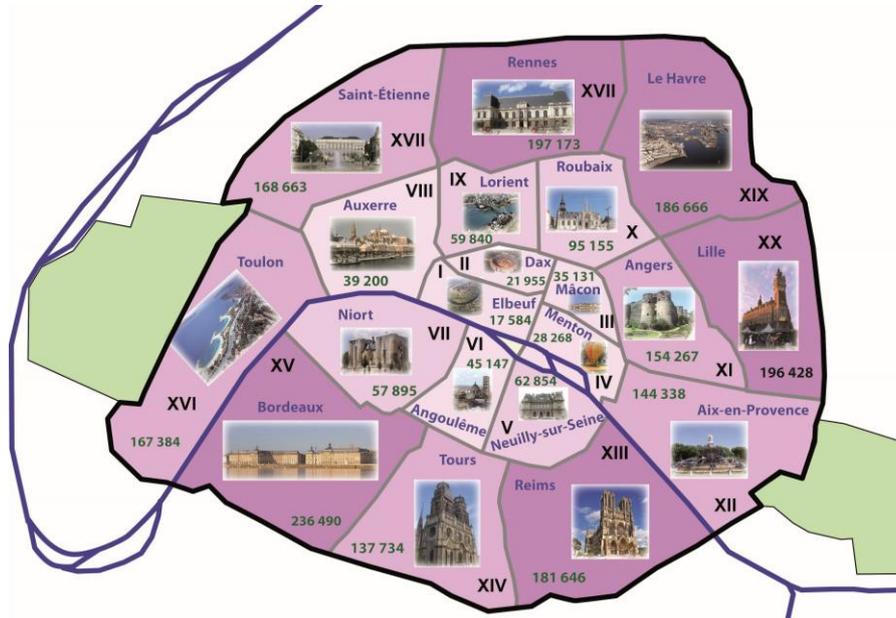
Au 1er janvier 2012, la population parisienne était estimée par l'INSEE à 2.257.981 personnes, ce qui correspond à une densité de 21.000 habitants au km², l'une des plus élevée d'Europe. Parmi celle-ci, il existe une forte proportion de personnes vivant seules (près de 50%).

Le territoire parisien se caractérise également par sa richesse, avec un revenu médian par unité de consommation supérieur au niveau régional et national. Cependant, Paris est marqué par des inégalités sociales et territoriales très fortes, par une massification de la précarité sur certains territoires, notamment du Nord-est (18ème, 19ème, 20ème), et sur certains publics, avec notamment environ 20.000 personnes sans domicile fixe (dont 10 000 familles hébergées en famille à l'hôtel et au moins 2000 personnes vivant à la rue).

La capitale est également un territoire attractif sur le plan économique et culturel, ce qui se traduit par des flux de population extrêmement importants, aussi bien de travailleurs habitant en banlieue que de touristes. L'« effet capitale » renforce aussi l'attractivité sur certaines populations qui peuvent exprimer des besoins de santé spécifiques. Par ailleurs, les modalités de déplacement impactent fortement les modes de vie et d'action territoriale.

Sur le plan politique et administratif, la capitale correspond à une collectivité territoriale unique (ville-département), déjà fortement engagée aux côtés de l'ARS. Les partenariats avec les élus et les services de la Ville de Paris nécessitent d'être poursuivis et davantage développés.

La carte ci-dessous est issue des travaux de la conférence de territoire de Paris et permet de représenter la densité et la diversité des situations de la capitale :



D'un point de vue sanitaire, les indicateurs de Paris sont globalement plus favorables qu'ailleurs, comme en témoigne l'espérance de vie à la naissance. Cependant, certains résultats de santé sont moins bons, notamment en ce qui concerne les cancers du poumon et du sein chez la femme, les accidents vasculaires-cérébraux chez l'homme, les taux d'infection par le VIH, les hépatites et la tuberculose. On constate également le développement du nombre de malades infectés par des bacilles multi-résistants. Par ailleurs, la capitale se caractérise par une plus grande vulnérabilité aux problèmes environnementaux (pollution de l'air, bruit, habitat indigne, etc.). On relève aussi des conduites addictives plus marquées qu'ailleurs, en particulier chez les jeunes. Enfin, on note des inégalités territoriales de santé significatives : pour exemples, le niveau de mortalité prématurée est plus élevé dans les arrondissements du Nord-est parisien, ou le taux d'enfant en excès de poids est supérieur chez ceux scolarisés dans les quartiers « prioritaires » au titre de la politique de la ville.

3.2.1.2 Présentation de l'offre

La capitale se distingue par une offre hospitalière particulièrement dense, avec plus de 100 établissements de santé, soit un peu plus de 21.000 lits et places. Cette offre répond aux besoins des parisiens mais elle comprend également des centres de référence régionaux et nationaux, qui jouent un rôle majeur d'enseignement et de recherche. On peut noter également l'importance des choix des facultés de médecine (universités Paris V, VI et VII) sur l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé, en particulier de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Le poids de l'AP-HP est prépondérant avec ses 8 groupements hospitaliers (GH) et ses 24 sites implantés à Paris intra muros. Ce poids de l'AP-HP ne doit pas occulter le rôle des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et celui de l'offre privée lucrative.

L'offre ambulatoire parisienne est atypique et paradoxale. Elle se distingue en effet par une densité de médecins (libéraux ou salariés) particulièrement élevée, mais aussi par des difficultés d'accessibilité financière, horaire, ou culturelle... Le poids relatif des omnipraticiens est de seulement 30% par rapport aux spécialistes, et seulement 55% des omnipraticiens exercent en secteur 1. Par ailleurs, les projections démographiques médicales sont inquiétantes (avec un départ prévisionnel à la retraite de 25% des omnipraticiens dans les 5 ans) et le nombre d'infirmiers libéraux est faible.

On note également l'émergence de nouveaux modes d'organisation dans le monde libéral avec la création de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), ainsi que le rôle important joué par les 95 centres de santé dans les soins de 1^{er} recours. Malgré des évolutions récentes, l'offre ambulatoire reste insuffisamment organisée pour répondre aux besoins de la population et à la continuité des soins, ce qui fait que le recours aux soins se fait trop souvent de manière inappropriée via les urgences hospitalières. Ces difficultés impliquent d'améliorer la coordination entre la Ville et l'Hôpital, et de trouver les instances de concertation et de travail adéquates.

La capitale est le département d'Ile-de-France le moins bien équipé en matière d'établissements médico-sociaux à destination des personnes âgées et des personnes handicapées, malgré un processus de rattrapage engagé depuis plusieurs années et un taux d'équipement élevé en services à domicile assurant une bonne couverture du territoire.

Globalement, la coopération entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires reste à améliorer pour optimiser le parcours de soins et de vie des personnes.

Ainsi, si l'offre de soins parisienne présente des atouts non négligeables, tels que l'expertise technique et humaine tant à l'hôpital qu'en ville ou encore la qualité de ses plateaux techniques et des activités de recherches, elle présente toutefois des problématiques de lisibilité et de continuité des soins, auxquelles le présent schéma devra répondre notamment par l'amélioration de la coordination et des coopérations, aussi bien entre les acteurs des différents secteurs qu'entre les différents établissements de santé.

3.2.1.3 Enjeux

3.2.1.3.1 *Inscrire l'offre de soins hospitalière dans une approche territoriale intégrée*

La densité historique de l'offre de soins à Paris a pour legs son atomocité. Le niveau de coordination de l'offre est très faible. Les établissements de santé sont confrontés à la nécessité d'intégrer l'approche « filières de soins » et « parcours de santé ». Pour cela, ils devront initier des coopérations avec les autres acteurs de santé (médecine de ville, secteur médico-social, acteurs de la prévention), efforts qui sont engagés depuis longtemps dans des territoires où l'offre est bien moins dense. Par ailleurs, il s'agira d'améliorer la coordination entre les activités de MCO et de SSR, dans un contexte où l'offre de SSR s'est accrue à Paris depuis le précédent SROS.

Le développement des coopérations doit permettre d'adapter l'offre aux besoins de proximité (accueil des urgences et de leur aval, consultations externes, chirurgie générale et traumatologique, SSR, etc.), d'optimiser la qualité et la performance des établissements, et d'assurer la continuité de la prise en charge des patients aux charnières de leurs parcours de soins.

Concrètement, le renforcement des relations structurées entre la Ville et l'Hôpital passe par la mise en œuvre de conventions, de protocoles de prise en charge, ainsi que l'optimisation de la couverture territoriale de l'hospitalisation à domicile (HAD). Ces efforts de coordination et de coopération doivent concerner de façon prioritaire les personnes âgées, la périnatalité, les malades souffrant de pathologies chroniques ainsi que la prise en charge des malades en situation de précarité.

3.2.1.3.2 *Accompagner les nécessaires mutations de l'offre hospitalière parisienne*

A Paris, l'ARS d'Ile-de-France accompagne l'adaptation des organisations internes des établissements de santé. Ces mutations poursuivent des objectifs d'efficacité, de qualité des soins et de meilleure prise en compte des besoins tant de proximité que de recours et d'excellence. Concrètement cela suppose :

- d'optimiser la gestion des lits d'aval des urgences afin de fluidifier les parcours des patients ;
- de développer les filières courtes de prise en charge à l'hôpital ;
- d'adapter l'offre de plateaux techniques au plus près des besoins (tout en veillant au maintien de leur qualité, souvent de renommée internationale) ;

Le développement de l'hospitalisation de jour (y compris en SSR) devra permettre l'accès rapide à des bilans diagnostiques et évaluatifs en ambulatoire.

3.2.1.3.3 Maintenir une offre hospitalière diversifiée et veiller à l'impact des restructurations en cours ou à venir

Les restructurations de l'offre hospitalière parisienne concernent aussi bien le secteur public, privé d'intérêt collectif et privé à but lucratif. **Plusieurs opérations d'envergure** sont actuellement en cours ou seront menées dans les années à venir :

- à l'AP-HP, avec notamment le projet de transformation de l'Hôtel-Dieu ;
- le projet de communauté hospitalière de territoire (CHT) psychiatrique;
- le projet "ALBA", associant l'hôpital Saint-Joseph, l'association de dialyse Aura, l'hôpital Léopold Bellan et la Clinique Arago ;
- ou encore l'évolution du projet médical (notamment psychiatrique) au sein des locaux de l'Institut de Puériculture de Paris par le Centre hospitalier Sainte-Anne.

L'ARS veillera à ce que les restructurations de l'offre de soins (transferts d'activités, fermetures éventuelles de sites...) n'aient pas un impact défavorable sur la prise en charge des patients.

3.2.1.3.4 Inscrire l'offre hospitalière parisienne dans une dynamique globale d'aménagement équitable du territoire francilien

Pour assurer une offre de santé répondant aux besoins des parisiens et des franciliens, il n'y a pas lieu d'augmenter l'offre existante ; il convient plutôt d'envisager les réorganisations nécessaires et les coopérations entre établissements parisiens avec ceux de la petite et de la grande couronne, afin d'améliorer l'accessibilité à une offre de qualité, de garantir un maillage répondant aux besoins et une gradation des soins adaptée. Cet objectif vaut particulièrement pour l'AP-HP, CHU de la région.

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

3.2.1.4 Chantiers prioritaires

3.2.1.4.1 Améliorer la prise en charge en santé mentale

En psychiatrie, l'offre de soins parisienne est particulièrement dense et diversifiée mais souffre de son émiettement, qui entraîne un manque de lisibilité et de complémentarité des interventions. Cette structuration de l'offre aboutit à des difficultés d'accès et/ou de maintien dans des parcours de soins adaptés, fluides et coordonnés alors même que la maladie mentale s'inscrit souvent dans la chronicité et dans une forte intrication des troubles psycho-médico-sociaux.

En termes organisationnels, les améliorations visent principalement la prévention et la gestion des situations de crise, la mise en œuvre de « l'aller vers », le développement et la formalisation des partenariats entre les différents intervenants (soins psychiatriques sectorisés et non sectorisés, soins somatiques, médecine de ville, médecine préventive, dispositifs sociaux et médico-sociaux, éducation nationale, justice...).

Ces actions cibleront prioritairement les malades les plus jeunes (périnatalité, jeunes enfants, préadolescents, adolescents et jeunes adultes) et les plus âgés (malades mentaux vieillissants ou personnes âgées développant des troubles psychiatriques) ainsi que les patients en situation de précarité sociale.

Le projet de CHT qui associe les cinq établissements sectorisés a vocation à mieux prendre en compte l'ensemble de ces enjeux. Pour atteindre cet objectif, ils devront veiller à tisser et formaliser des liens en dehors de la CHT avec l'ensemble des acteurs, en particulier avec l'AP-HP, l'Institut Mutualiste Montsouris, les établissements de santé psychiatriques non sectorisés et la psychiatrie libérale. Face au déséquilibre régional de l'offre de soins psychiatriques, la future CHT doit également jouer un rôle de recours tout en impulsant le renforcement des compétences médicales en grande couronne.

Une réflexion est en cours sur le devenir de l'Infirmierie psychiatrique près la préfecture de Police, à l'initiative de la ville de Paris et en lien avec les observations du contrôleur général des lieux de privation de liberté. Ceci pourrait conduire à une évolution du statut et des modalités de fonctionnement de ce dispositif, dans le souci d'une prise en charge intégrée, de droit commun.

Les établissements psychiatriques non sectorisés, nombreux à Paris, doivent également s'engager dans une dynamique de partenariats et de rapprochement afin d'améliorer la complémentarité de l'offre et sa viabilité à terme. Le renforcement des services de santé mentale de l'AP-HP doit être une priorité.

3.2.1.4.2 Améliorer le parcours de santé des personnes âgées

Paris compte 8 filières gériatriques labellisés. Améliorer le parcours de santé des personnes âgées suppose de renforcer la gouvernance de ces filières, et de garantir leur complétude et leur pérennité. Les deux expérimentations engagées relatives à l'amélioration du parcours de santé des personnes âgées (l'une dans le 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissement et l'autre dans le 18^{ème}) seront poursuivies, afin notamment de réduire le recours inopportun aux urgences, et d'améliorer la gestion des sorties et des suites de l'hospitalisation.

Le deuxième axe d'action en faveur des personnes âgées portera sur la coordination entre les secteurs de psychiatrie et les 8 filières gériatriques (en partenariat avec les acteurs de la prise en charge médico-sociale et ambulatoire des personnes âgées), le soutien des compétences existantes en géronto-psychiatrie et le développement des unités cognitivo-comportementales.

Par ailleurs, une attention sera portée au rééquilibrage de l'offre d'hospitalisation entre la médecine interne, polyvalente et gériatrie aigue. L'accroissement ponctuel de l'offre

en cours sera poursuivi : implantation d'une USLD de 53 lits à l'Hôpital Rothschild, labellisation de 6 MAIA et poursuite des actions d'aide aux aidants et de prévention.

Au total, il s'agit d'assurer une responsabilité collective de l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la prise en charge des personnes âgées, sur leur territoire (CLIC, réseaux de santé, filières gériatriques, MAIA...).

3.2.1.4.3 Accentuer la mobilisation du territoire autour des problématiques liées à la périnatalité et à l'IVG

Le parcours de la femme enceinte à Paris sera organisé autour de 5 filières de prise en charge, définies en fonction du niveau de risques médico-psycho-sociaux. La démarche en cours dans le quartier Belleville-Amandiers constitue à cet égard, une expérimentation de mise en réseau d'acteurs tant de la prévention que du soin, pour améliorer le repérage et la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité.

La couverture par un réseau périnatal départemental unique est attendue sur le territoire parisien.

L'ARS veillera à garantir pour chaque parturiente l'accessibilité à une maternité adaptée à sa situation, en portant attention à la prise en charge en anténatal et post-natal. Pour réduire les prises en charge *outborn*, les capacités de néonatalogie seront redéployées vers la périphérie.

En ce qui concerne les interruptions volontaires de grossesses (IVG), Paris totalise 22% de l'ensemble des IVG pratiquées en Ile-de-France. Aussi, il importera dans ce cadre de veiller à garantir une offre de qualité et diversifiée, qui maintienne un accès à l'IVG instrumentale et développe l'intervention sous anesthésie locale, dans le respect de la volonté des patientes. Ceci justifie qu'une vigilance soit exercée en particulier lors des restructurations hospitalières.

3.2.1.4.4 Améliorer la prise en charge des malades chroniques

Le parcours de santé du patient chronique doit d'abord être envisagé autour de son domicile avec le rôle primordial du médecin traitant, et le cas échéant, le recours aux hôpitaux de jour et à l'hospitalisation à domicile (HAD). La coopération des acteurs via les réseaux de santé devra permettre d'assurer les soins de proximité et l'éducation thérapeutique.

L'hôpital, partie prenante de ces parcours de santé, devra veiller à développer les collaborations avec l'offre de 1er recours et les médecins spécialistes de ville afin de garantir une prise en charge adaptée et la continuité des soins. Il s'agira notamment d'apporter une attention particulière aux patients des milieux les plus modestes, avec une priorité sur certaines pathologies : cancers, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies neurologiques, VIH...

3.2.1.4.5 Améliorer la santé des publics particulièrement vulnérables

Les dispositifs spécifiques de prise en charge des publics relevant de la grande exclusion doivent être remobilisés afin de mieux coordonner et fluidifier leurs parcours de santé. Par exemple, la médicalisation en cours des Espaces solidarité insertion (ESI) doit mobiliser l'offre de santé existante au sein de l'offre de premier recours et des plateaux techniques hospitaliers. La coordination régionale des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), visant à garantir une offre de service homogène et à renforcer la mise en réseau avec le système de santé de droit commun, suppose, pour réussir, de mobiliser les acteurs du secteur social. Une réflexion devra aussi être menée sur l'évaluation et le développement des Lits halte soins santé (LHSS) et des Lits d'accueil médicalisé (LAM), afin de coordonner ces dispositifs avec l'hôpital pour fluidifier les parcours de soins.

De façon générale, il conviendra d'associer les réseaux de santé, les centres de santé et les services sociaux départementaux, au développement d'une offre de service favorisant une prise en charge globale à l'interface du social et du sanitaire, et à l'accompagnement social des parcours de santé des personnes précaires. Si dans un premier temps, il s'agit de mobiliser des dispositifs spécifiques de prise en charge, l'objectif est bien, à terme, de parvenir à l'intégration des malades précaires dans les dispositifs de santé de droit commun.

La mise en place de 4 filières de soins en addictologie (devant permettre une articulation avec la psychiatrie, la prise en charge des comorbidités somatiques, psychologiques ou psychiatriques et la création de circuits courts) et le repérage effectif des personnes en difficulté du fait de leur consommation, en particulier d'alcool, de tabac, de cannabis, etc., doit permettre d'améliorer leur prise en charge. Chaque établissement de santé devra organiser une réponse adaptée en lien le secteur médico-social, ainsi que l'accompagnement et l'orientation des patients à la sortie de l'hospitalisation (le cas échéant, afin de réduire le risque de réadmission). A cet effet, il s'agira de consolider et de structurer l'offre existante pour aboutir à la mise en place de 4 filières dans le champ de l'addictologie et de créer au moins une filière de soins addictologiques adaptée pour répondre aux besoins spécifiques des plus jeunes. Un accent particulier sera mis sur le développement d'activités de liaison et de consultations au bénéfice des femmes enceintes, des jeunes et des publics précaires.

En conclusion, Paris dispose d'une offre hospitalière particulièrement riche et dense qui joue à la fois un rôle de proximité d'une part, et de recours et de référence d'autre part. Il s'agit d'acquiescer sur la durée du présent schéma un niveau d'organisation interne et de collaboration avec les autres acteurs du système de santé qui soit à la hauteur des enjeux d'efficacité, de qualité de soins apportés aux malades, et de réduction des inégalités sociales de santé sur le territoire parisien.

3.2.2 La Seine-et-Marne

3.2.2.1 Caractéristiques du territoire

La Seine-et-Marne est un territoire qui se distingue des autres départements de la région par sa géographie étendue (la moitié de la superficie francilienne), sa ruralité (75% des communes comptent moins de 2 000 habitants), ses perspectives de développement démographique importantes (et notamment à Marne-la-Vallée et autour de Sénart), une relative fragilité sociale et une situation sanitaire défavorable.

Au 1er janvier 2012, le département compte 1,3 millions d'habitants, dont 21% sont âgés de moins de 20 ans. Les plus de 75 ans pèsent 5% de la population seine-et-marnaise. Le revenu fiscal médian par unité de consommation est de 19 980 € (20 575 € en moyenne régionale), et l'Indice de développement humain (IDH) de 0,54 est inférieur à la moyenne régionale (0,57).

La Seine-et-Marne présente des indicateurs de santé défavorables : l'espérance de vie à la naissance comme à 60 ans est la plus faible de la région pour les hommes et les femmes. Les taux de mortalité par cancer du sein et par maladies cardiovasculaires sont les plus élevés de la région. Le taux de suicide est également le plus défavorable de l'Île-de-France.

3.2.2.2 Présentation de l'offre

L'offre hospitalière du territoire est éclatée avec un nombre d'acteurs important : 8 centres hospitaliers et 11 établissements privés. Ce constat est particulièrement vrai dans la moitié sud du département, avec 5 centres hospitaliers et 6 établissements privés.

L'offre médico-sociale du département est développée sauf en ce qui concerne les personnes en difficultés spécifiques ; cela s'explique en partie par un effet « terre d'accueil » qui concerne plus particulièrement les adultes handicapés. Le territoire compte 134 structures pour personnes handicapées inégalement répartie selon le type de handicap et 118 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), offre importante qui doit toutefois faire face à des enjeux de vétusté immobilière préoccupants.

L'offre ambulatoire rapportée à la population est peu dense, pour les omnipraticiens comme pour les spécialistes. Cette faible densité peut être un des facteurs expliquant le taux d'hospitalisation plus élevé en Seine-et-Marne que dans les autres départements de la région. **L'offre de psychiatrie est particulièrement** sinistrée avec seulement 69 praticiens installés dans le département. L'ARS a identifié en Seine-et-Marne 8 zones déficitaires et 4 zones fragiles. Corolaire de ce constat, la permanence des soins en ambulatoire (PDSA) est très peu structurée et l'accessibilité, y compris financière, inégale

L'offre en prévention repose sur un nombre d'acteurs limité, malgré l'engagement des centres hospitaliers. Les parties est et sud du département sont particulièrement fragilisées par une offre associative insuffisante.

3.2.2.3 Enjeux

3.2.2.3.1 Organisation

La démographie médicale, et la faible attractivité médicale du département, en particulier pour les activités critiques comme la réanimation, imposent une vigilance particulière pour garantir à la population l'accès à une offre qui garantisse la continuité de la prise en charge et la sécurité des soins.

L'émiettement des structures est un obstacle à la constitution de pôles d'activités robustes à même de susciter l'installation de nouveaux professionnels. Les taux de fuite, vers la petite couronne et vers Paris, sont élevés dans ce territoire. Un trop grand nombre d'acteurs très concurrentiels positionnés sur un marché étroit entraîne une fragilisation parfois extrême du tissu hospitalier en matière de démographie médicale, d'équilibre économique et de capacité à investir. En cancérologie, l'atomisation de l'offre entraîne des niveaux d'activité n'atteignant pas les seuils réglementaires. Cet éparpillement induit également des filières de prise en charge qui demeurent insuffisamment structurées alors même que les indicateurs de santé défavorables devraient conduire à une mobilisation des réseaux d'adressage, particulièrement en matière de prise en charge des cancers.

Des recompositions de l'offre sont engagées depuis plusieurs années qui, face à l'urgence d'agir pour répondre à la fragilisation croissante de l'offre de soins de la Seine-et-Marne, doivent être amplifiées dans les années à venir.

Dans le nord du département, le groupe hospitalier est francilien (GHEF) regroupe les centres hospitaliers de Meaux, Lagny/Marne-la-Vallée et Coulommiers. Le GHEF finalise son projet médical instaurant une gradation et une complémentarité des soins entre les trois sites et les autres opérateurs afin de mettre en place des filières de prise en charge territoriales (AVC, chirurgie des cancers, hématologie, périnatalité, biologie médicale, imagerie, ...), de développer les synergies au sein du Groupe et d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques

Dans le sud du département, l'ARS accompagne la volonté de mise en cohérence des projets des établissements. Les trois principaux pôles hospitaliers sont engagés dans des projets d'investissements ambitieux avec notamment un projet de plateforme publique-privée à Melun regroupant le centre hospitalier Marc Jacquet et les cliniques Saint-Jean et l'Ermitage prévoyant une intégration très poussée de leurs activités afin de constituer un ensemble cohérent réalisant plus de 50 000 hospitalisations annuelles. A Fontainebleau, la Polyclinique de la Forêt et le centre hospitalier sont également engagés dans un projet de partenariat.

Sous l'impulsion de l'Agence, les quatre hôpitaux publics du sud Seine-et-Marne (Melun, Fontainebleau, Nemours et Montereau) se sont engagés dans l'élaboration d'un projet médical commun. Ce processus pourra les amener à considérer l'opportunité de création d'une communauté hospitalière de territoire. Les quatre établissements présentent des fragilités importantes en termes de volume d'activité, de financement, de capacité à investir, de démographie et d'attractivité médicale et de conformation aux conditions techniques d'exercice des activités. Ce projet permettra de décliner une gradation des soins, augmenter les complémentarités et l'organisation d'équipes territoriales. Les avancées attendues concernent la périnatalité, la chirurgie la réanimation-surveillance continue, l'imagerie et la biologie, les AVC....

Enfin, à Provins, le centre hospitalier Léon Binet et la clinique Saint-Brice sont engagés dans un projet de coopération public-privé qui prévoit le regroupement des deux établissements sur un site unique et le partage d'un bloc opératoire rénové.

Les parcours de santé et la réduction des inégalités

La Seine-et-Marne est marquée par des indicateurs de santé dégradés. L'ARS, au travers de la déclinaison territoriale de la partie relative à l'offre de soins du SROS-PRS, ambitionne d'organiser la réponse aux besoins de santé de la population de ce département en structurant fortement des filières de prise en charge clairement identifiées et sécurisées.

L'organisation de la chirurgie sur ce territoire doit mettre un frein aux effets négatifs de la concurrence entre établissements, qui empêche aujourd'hui l'émergence de pôles de référence qui soient attractifs en termes d'équipes médicales. En chirurgie, l'association publique-privée est indispensable au maintien d'une offre durable et accessible y compris financièrement sur ce territoire.

En matière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), deux filières sont identifiées : au nord, les patients sont pris en charge au Centre hospitalier de Meaux, établissement de référence du GHEF. Au sud du département, cette activité de recours devra être assurée par le centre hospitalier du sud-francilien (CHSF).

Les filières gériatriques devront être étoffées en termes de prise en charge psychiatrique et d'articulation avec les structures médico-sociales

La filière périnatale du sud du département est polarisée sur la maternité de type III du CHSF tête du réseau Périnatalité Sud. Le centre hospitalier de Melun (type IIb) a vocation à rejoindre ce réseau afin de constituer un ensemble cohérent et gradué entre les trois maternités publiques du sud.

Au nord du département, le centre hospitalier de Meaux est tête de filière avec une maternité de type III. Le projet médical du GHEF renforcera le fonctionnement en réseau des trois maternités.

Le développement d'une activité de procréation médicalement assistée sur le département doit être envisagé.

Dans le nord du département, la cancérologie sera fortement réorganisée par l'ouverture du nouvel hôpital de Marne-la-Vallée à Jossigny. Sur le site de Jossigny, il y aura une offre élargie regroupant la radiothérapie, la chimiothérapie, la chirurgie et la médecine nucléaire. Ces activités seront développées en partenariat avec les acteurs privés et en complémentarité avec les pôles d'activité de référence à Meaux (et notamment l'hématologie et la chirurgie thoracique). Des filières performantes seront organisées pour desservir l'ensemble du territoire avec notamment des consultations avancées à Coulommiers.

Dans le sud du département, la plateforme de Melun pourrait participer à la constitution d'un pôle de référence similaire dans le cadre d'un partenariat avec le CHSF pour les activités de recours.

Le département ne compte aucune unité de soins palliatifs ; il doit être envisagé de créer deux unités de soins palliatifs, une au sud et une au nord.

Dans le domaine de la psychiatrie la Seine-et-Marne ne dispose pas d'établissement public spécialisé. L'activité de sectorisation est ainsi assurée par les établissements de court séjour alors que la densité des psychiatres libéraux est particulièrement faible. La psychiatrie est touchée par une très faible attractivité médicale et ce, plus particulièrement sur le sud et l'est du département et pour la pédopsychiatrie.

Cinq actions seront entreprises dans le cadre du Plan régional de santé :

- favoriser les recrutements de psychiatres au travers de partages de postes avec les établissements spécialisés du centre de la région,
- renforcer le pôle d'activités psychiatriques dans les centres hospitaliers de Melun et de Nemours, en poursuivant notamment la modernisation des infrastructures immobilières ;
- ⁷initier une filière de prise en charge des adolescents sur le Sud et conforter celle du nord en lien pour les deux zones avec le C.M.P.A. de Neufmoutiers-en-Brie
- renforcer les modalités et les moyens des inter-secteurs et leurs capacités à répondre à leurs partenaires ;
- développer des filières en géronto-psychiatrie en termes d'hospitalisation et de travail avec les EHPAD.



3.2.2.4 Chantiers prioritaires

Au regard des enjeux, l'Agence retient comme chantiers prioritaires :

- la réalisation des coopérations entre les établissements publics avec un projet médical commun mis en œuvre au nord comme au sud,
- l'articulation des ces projets médicaux et la mise en place de coopérations avec les établissements privés,
- la consolidation de l'offre de soin notamment en cancérologie, psychiatrie,

Compte tenu des difficultés particulières du département en matière de démographie médicale tant dans les centres hospitaliers, notamment en grande couronne, que d'une manière plus générale en médecine ambulatoire, l'ARS Ile-de-France a décidé que la Seine-et-Marne sera un territoire prioritaire

3.2.3 Les Yvelines

3.2.3.1 Caractéristiques du territoire

Le territoire Yvelinois connaît une situation sociodémographique globalement plus favorable que la moyenne francilienne. Avec un revenu médian par habitant supérieur de plus de 10% à la moyenne régionale, les Yvelines occupent le troisième rang francilien, malgré quelques zones de fragilité qui demeurent.

L'espérance de vie à la naissance en Yvelines y est supérieure à celle de l'Ile-de-France.

S'agissant des indicateurs de santé cette situation est même très favorable, avec une mortalité prématurée inférieure de près de 10% aux moyennes régionales tant pour les hommes que pour les femmes. Cependant les cantons de Trappes, de Poissy et du Mantois connaissent des surmortalités significatives de plus de 5% par rapport à cette même moyenne régionale : ainsi des écarts importants existent entre infra territoires Yvelinois.

Si ces indicateurs de santé sont plus favorables concernant la mortalité par cancer (hors le cancer colorectal pour les femmes), la mortalité infantile et l'hypertension artérielle, ils sont cependant moins favorables concernant certaines addictions et les maladies cardiovasculaires

3.2.3.2 Présentation de l'offre

Le département, composé de 2 infra territoires géographiques, un nord et un sud, est bien couvert. L'offre en structures de soins y est quantitativement importante avec 52 établissements de santé dont 13 structures publiques, 8 ESPIC et 31 privées commerciales.

Parmi ces établissements, 26 exercent une activité de MCO dont 11 services d'urgence ; 31 ont une activité SSR, 8 font de la psychiatrie et 8 proposent une unité de soins en longue durée (USLD).

L'activité en MCO est réalisée, à hauteur de 55% dans le sud du département, et 42 % dans le nord par des établissements privés commerciaux, essentiellement pour les activités de chirurgie ambulatoire.

En SSR, le département dispose d'une bonne couverture dans la prise en charge de proximité dans les spécialités : locomoteur, neurologie, et prise en charge de la personne âgée, et deux offres régionales en addictologie et pédiatrie.

En santé mentale, l'offre est satisfaisante en psychiatrie générale, même si des infrastructures doivent être modernisées en particulier au sud, alors qu'en psychiatrie infanto-juvénile, l'offre demeure insuffisante surtout dans le sud.

L'offre de médecine de ville est globalement satisfaisante :

La densité départementale d'omnipraticiens (83,2 pour 100 000 h) est égale à la densité régionale (85,4/100 000 h) tandis que concernant les spécialistes, la densité départementale est plus faible (97,9 pour 100 000 h) que celle de la région (113,7 pour 100 000 h) notamment en pédiatrie, gynéco-obstétrique et psychiatrie

On observe également un manque dans certaines zones du département en particulier dans la région Nord Ouest. Le secteur I est pratiqué chez 70% des généralistes et 40% des spécialistes

Pour les professions paramédicales notamment les chirurgiens-dentistes, masseurs kinésithérapeutes et infirmiers, leur densité reste en deca des moyennes régionales. Par ailleurs, la population de praticiens vieillit, l'âge moyen des omnipraticiens étant de 51,7 ans.

L'offre est importante en matière de réseaux de santé (15) et le département est bien couvert sur les thématiques de la cancérologie, gérontologie, et soins palliatifs.

Le département compte 13 centres de santé et 26 SSIAD qui couvrent l'ensemble du département

L'offre médico-sociale est relativement conséquente concernant les établissements pour les personnes âgées, les adultes et enfants handicapés avec cependant un retard d'équipement pour les services.

Les Yvelines occupent la troisième place des départements les mieux équipés en places d'EHPAD de la région avec 90 EHPAD, soit 8 885 places Personnes âgées A dont 49 places d'hébergement temporaire.

Leur répartition géographique est cependant très inégale laissant des secteurs comme la ville nouvelle ou le grand Versailles sous équipés. De plus la question de l'accessibilité financière se pose compte tenu du nombre d'opérateurs privés à but commercial implantés.

Le département occupe la première place des départements par son taux très élevé de Foyers d'Accueil Médicalisé, mais également de Maisons d'Accueil Spécialisé qui est supérieur à la moyenne régionale

En revanche les services (SAMSAH) restent peu développés.

Pour les enfants handicapés les taux d'équipement sont comparables au taux moyen régional, malgré un taux d'équipement faible pour l'autisme, la déficience motrice (uniquement au niveau des services) et la déficience auditive.

3.2.3.3 Enjeux

L'optimisation du parcours de santé notamment dans les soins urgents est organisée au travers de filières de prise en charge existantes dans le cadre de la PDSES chirurgicale, viscérale et orthopédique, ainsi qu'en cardiologie et neurologie urgentes qu'il convient de renforcer.

L'offre de périnatalité des Yvelines, fédérée au sein d'un unique réseau, répond aux besoins avec, notamment, une maternité de niveau III et six de type IIa. Pour améliorer cette réponse, une maternité de niveau IIb (autorisée mais non installée) doit être mise en œuvre pour compléter ce dispositif. Les 3 maternités de niveau I sont situées dans le nord du département.

Les filières gériatriques, labéllisées ou non, ont vocation et intérêt à être complétées et renforcées.

Deux réseaux de cancérologie sont présents sur le territoire. La fragilité de certaines autorisations nécessite le renforcement des partenariats entre établissements autorisés.

La structuration de filières de soins entre établissements aigus et structures d'aval (SSR, USLD, EHPAD) doit permettre de réduire les durées de séjours aux urgences ou dans des services aigus qui ne sont pas adaptés aux besoins spécifiques des personnes âgées.

Le développement des activités d'hôpital de jour des SSR notamment dans les spécialités, locomoteur, neurologie et personnes âgées contribue au renforcement de l'accessibilité géographique

Dans le sud du département, l'offre de psychiatrie est en pleine évolution avec la modernisation, engagée, ou en cours de réflexion dans les établissements supports de secteur ainsi qu'avec le développement d'hôpitaux de jour.

La psychiatrie du sud du département bénéficie de l'appui d'un réseau (le réseau promotion santé mentale sud-Yvelines - RPSM) associant les établissements de santé publics et privés du territoire ainsi que les psychiatres et psychologues de ville ainsi que les médecins généralistes

Un effort particulier devra conforter le dispositif en psychiatrie infanto-juvénile. Des liens plus étroits devront par ailleurs être tissés entre les secteurs de psychiatrie et le médico-social, notamment en géro-psi-chiatrie avec des équipes mobiles se déplaçant dans les EHPAD.

Le département des Yvelines dispose de trois unités neurovasculaires (UNV) : Poissy, Mantes et Versailles. Pour renforcer cette offre de soins critiques, l'accès à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) 24h/24 et 7j/7 doit être garanti. L'ARS promeut également le développement de la télé-imagerie, qui devra être le support non seulement d'activités critiques, mais qui a aussi vocation à soutenir sur l'ensemble du

territoire le maintien d'une offre diagnostique de proximité dans les sites fragiles et isolés.

3.2.3.4 Chantiers prioritaires

Outre le développement des axes en psychiatrie et SSR, il apparaît que le développement des filières gériatriques et des coopérations entre établissements de santé figure parmi les chantiers prioritaires.

S'agissant des filières gériatriques, deux axes sont favorisés : la fluidité du parcours et la prise en charge des patients.

Ainsi les deux filières labellisées doivent poursuivre leur structuration. De la même façon, les établissements candidats au portage de filières labellisées doivent compléter leur offre. Il importe d'assurer l'ouverture de ces filières vers la ville et vers les structures médico-sociales et condition indispensable à l'amélioration de leur visibilité.

Le renforcement des coopérations dans le nord des Yvelines comme dans le sud, apparaît comme incontournable, afin d'une part, de répondre à la fragilisation croissante des établissements, confrontés notamment à des problématiques de démographie médicale. Par la constitution d'équipes communes de territoire, l'ambition est de préserver l'accès à une offre adaptée aux besoins. La coordination entre les établissements afin de constituer des filières de soins permettra à chaque patient, quel que soit son point d'entrée dans la filière, d'avoir accès à l'offre dont il a besoin, soit en proximité lorsqu'il s'agit d'un besoin de diagnostic ou de prise en charge d'affections chroniques, soit sur un plateau technique lourd lorsqu'il s'agit d'un besoin aigu ou critique. Ces coopérations doivent également permettre de mutualiser des équipements coûteux et des fonctions support logistiques.

Sur le nord des Yvelines, les coopérations des CH publics doivent être renforcées et le positionnement de certains établissements sur le territoire en lien avec les établissements proches doit être redéfini. Les coopérations entre les établissements publics et privés s'établissent au travers des filières de prise en charge, (ex : le groupe FINEVE en cardiologie interventionnelle Mantes Evéquemont, en insuffisance rénale chronique sur Mantes...).

La coopération des établissements publics du sud des Yvelines, organisée dans le cadre d'un Groupement de coopération sanitaire, a vocation à fluidifier les parcours de soins dans ce territoire, tant dans les spécialités de MCO que dans le SSR, la gériatrie ou pour ses aspects médico-techniques. La coopération privée s'est faite par regroupement de cliniques autour de 2 groupes : RAMSAY avec l'hôpital privé de Versailles (clinique des Franciscaines et de la Maye) et la GENERALE DE SANTE au Chesnay (clinique de Parly 2) et sur Trappes.

Enfin, plusieurs projets architecturaux d'importance sont en cours de réalisation ou en cours de réflexion (HGMS, Urgences de Poissy, le CHV de Versailles, SSR du CH de Mantes, HPOP de Trappes ...)

3.2.4 L'Essonne

3.2.4.1 Caractéristiques du territoire

La superficie du département de l'Essonne est de 1 804,40 km² pour une population totale de 1 225 717 habitants au 1^{er} janvier (source INSEE) dont :

- 34,2 % : moins de 25 ans
- 53 % : 25-64 ans

La densité est de 679,29 habitants par km²

Le territoire s'organise autour d'un axe Nord-Sud marqué par la route nationale 7 et l'autoroute A6. Alors que le nord de l'Essonne est densément peuplé, le sud du territoire présente un profil rural.

Des indicateurs sanitaires favorables

Le département de l'Essonne présente des indicateurs sanitaires globaux plus favorables que la moyenne francilienne. Cependant, de fortes disparités infra-départementales sont enregistrées, avec une partie de la zone Est/Nord défavorisée, et des zones Ouest et Sud aux indicateurs socioéconomiques plus favorables.

Le taux de mortalité tous âges confondus du département est inférieur au taux régional. Toutefois, le taux de mortalité prématurée évitable en Essonne est supérieur à la moyenne régionale.

Les femmes de l'Essonne sont plus affectées par le cancer du sein que le reste en Ile-de-France.

L'incidence médico-sociale des AVC et de la maladie d'Alzheimer, chez l'homme comme chez la femme sont plus importantes que celles constatées aux niveaux régional et national.

Le taux de suicide des hommes comme des femmes est supérieur à la moyenne régionale.

Enfin, la morbi-mortalité tant pour les hommes que pour les femmes causée par des affections cardio-vasculaires est supérieure à la moyenne régionale.

La démographie médicale en ville est préoccupante pour les omnipraticiens comme pour les spécialistes. Pour tenter d'y remédier, des structures innovantes ont été mises en place : nouveaux modes de rémunération, exercice collectif, etc. Cette organisation permet par ailleurs d'assurer des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Le taux d'équipement médico-social pour les personnes âgées (incluant les structures de l'AP-HP) est très supérieur à la moyenne régionale (+20%). Le recrutement des structures essonniennes est extra-départemental. L'accueil des personnes en situation de handicap est satisfaisant avec un taux d'équipement semblable à la moyenne régionale.

3.2.4.2 Présentation de l'offre

L'offre de soins hospitalière se répartit entre 7 établissements publics de santé, 6 ESPIC, 20 établissements privés à but lucratif et 2 établissements de l'AP-HP. Le nord du département bénéficie également de la forte concentration en établissements de santé du sud des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne.

L'offre publique est répartie sur trois bassins :

- Le Nord-Ouest est organisé autour du centre hospitalier de Longjumeau,
- Le Nord-est est structuré par la présence du centre hospitalier Sud-Francilien (CHSF) à Corbeil.
- Le Sud, rural, est desservi par le Centre Hospitalier Sud-Essonne, issu de la fusion des hôpitaux de Dourdan et d'Étampes.
- Le centre hospitalier d'Arpajon se situe au confluent de ces trois bassins.

L'offre privée est concentrée majoritairement dans le nord du département, avec la présence à l'ouest de l'Hôpital privé Jacques Cartier, de la Clinique de l'Yvette et la proximité de l'Hôpital privé d'Antony ; et dans la zone Est, des cliniques d'Evry et de l'Hôpital privé Claude Galien. De nombreuses cliniques de taille intermédiaire du nord de l'Essonne et du sud du Val-de-Marne participent à la couverture du territoire.

3.2.4.3 Enjeux

3.2.4.3.1 Organisation de l'offre hospitalière en réseau : réorganisations et restructurations

Hôpitaux d'Orsay, Longjumeau et Juvisy

Les établissements de Longjumeau, Orsay et Juvisy sont engagés dans la construction d'une communauté hospitalière de territoire qui doit aboutir à réorganiser les filières de prise en charge dans le bassin Nord-Ouest du département. Le centre hospitalier de Longjumeau sera l'établissement support de ce groupe hospitalier, assurant à terme les activités les plus lourdes. Le centre hospitalier d'Orsay fera du développement de la chirurgie ambulatoire, et de la gynéco-obstétrique un axe prioritaire de son projet médical, tandis que le centre hospitalier de Juvisy se spécialisera dans les soins au long cours et dans la réponse aux besoins des personnes âgées, tout en maintenant un accueil des urgences.

Sur chacun des sites, des équipes médicales et un encadrement médico-administratif partagés assureront la coordination entre les sites pour organiser et fluidifier les prises en charge. Parallèlement à ce projet médical, les fonctions logistiques, administratives et médico-techniques sont mutualisées dans un souci d'amélioration de l'efficacité des trois hôpitaux.

Hôpitaux du Sud Essonne

Dans le sud du département, des établissements isolés présentent des fragilités qui peuvent être importantes, qu'elles soient financières ou qu'elles portent sur la démographie médicale. La création du centre hospitalier Sud-Essonne permet de répondre en partie à ces risques. L'autre partie de la réponse passe par une redéfinition des portefeuilles d'activités de ces établissements et leur fonctionnement en filière avec les établissements de référence du nord. La mise en place de consultations avancées, le développement de la télémédecine, la constitution d'équipes médicales communes et l'optimisation des plateaux techniques sont impératifs.

Coopérations CHSF / autres établissements

L'ouverture au début de l'année 2012 du nouveau centre hospitalier Sud-Francilien est l'événement majeur dans l'offre de soins du département. Le CHSF a vocation à structurer l'offre de soins de tout le département et à devenir l'établissement de référence du sud de la région.

Il est opportun que le CHSF engage des partenariats avec les établissements publics et privés de son secteur à cette fin.

Il pourra ainsi offrir un centre de cardiologie intégré pour la prise en charge des adultes

Le CHSF doit également faciliter la graduation des soins sur son secteur qui comprend, en outre, une partie du sud de la Seine-et-Marne. C'est le cas pour la périnatalité comme pour la filière neurologique par exemple.

Les coopérations interdépartementales

Les cliniques privées du groupe GIE Santé de l'Essonne et du Val-de-Marne sont encouragées à renforcer leurs coopérations.

3.2.4.3.2 Optimisation du parcours de santé

Psychiatrie

L'organisation de l'offre de santé mentale en hospitalisation complète dans le nord a été modifiée par la relocalisation de 3 unités d'hospitalisation complète au sein même du nouvel hôpital permettant une mutualisation des personnels.

La création d'une Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie est envisagée au CHSF. Il s'agit d'une structure intermédiaire entre les secteurs de proximité et l'Unité pour Malades Difficiles.

La relocalisation de secteurs de l'EPS Barthélemy-Durand sur le site de Perray-Vaucluse prévue au SROS 3 sera réalisée en 2013 permettant un rapprochement des secteurs des populations desservies.

Périnatalité

L'Essonne compte une maternité de type III au CHSF, deux maternités de type IIb à Longjumeau et à Orsay, trois maternités IIa à Arpajon, Étampes, et Quincy-sous-Sénart et 6 maternités de niveau I. Plusieurs maternités de niveau I n'atteignent pas les 1 000 accouchements, en particulier dans le sud du département.

Le CHSF a vocation à apporter des solutions aux maternités en situation de fragilité et de structurer des filières de prise en charge qui permettent de garantir la pérennité d'une offre de proximité accessible, en poursuivant l'animation du réseau périnatal.

L'Essonne ne dispose pas d'unité mère-enfant.

Personnes âgées

De par la croissance démographique rapide des populations de plus de 45 ans et malgré un taux de fécondité les plus élevés de France, la tendance au vieillissement de la population essonniennne rend impératif le développement d'une offre gérontopsychiatrique et le renforcement des liens avec le secteur médico-social.

La labellisation et le fonctionnement effectif des filières gériatriques doivent être poursuivis.

Cancérologie

L'ouverture d'un accueil sein avec diagnostic rapide est prévue au CHSF.

Des recompositions d'activité, liées à la non-atteinte des seuils pour certaines autorisations ont été réalisées. Les coopérations entre centres chirurgicaux de faible activité doivent continuer.

Réduction des inégalités de l'offre de soins

Les 2 filières AVC prévues dans le SROS 3 ont été mises en place.

La création d'une unité mère-enfant en périnatalogie permettrait de compléter l'offre de soins de l'Essonne.

3.2.4.4 Chantiers prioritaires

Les chantiers prioritaires seront les suivants :

- Accompagnement des restructurations et coopérations entre les établissements en cours en Essonne :
 - CHT Nord-Essonne
 - Centre Hospitalier Sud-Essonne
- Accompagnement du développement des partenariats du CHSF en tant qu'établissement pivot du département, et de sud de la Seine-et-Marne, en particulier
- Redynamisation des filières gériatriques et cancérologiques
- Suivi de l'offre de soins en périnatalité

3.2.5 Les Hauts-de-Seine

3.2.5.1 Caractéristiques du territoire

Avec 1,6 million d'habitants (13% de la population régionale), le département des Hauts-de-Seine est le deuxième département le plus peuplé d'Ile-de-France et le deuxième le plus dense, avec plus de 9 000 habitants au km². Sa population croît sous l'effet d'un solde naturel excédentaire (+1% par an).

Le département des Hauts-de-Seine connaît par ailleurs une migration journalière de travail remarquable.

L'ensemble de ces caractéristiques attestant d'un dynamisme démographique devraient être renforcées dans le cadre des projets du Grand Paris.

Les indicateurs socio-démographiques sont favorables : la population active est constituée pour 39% de cadres et de professions intellectuelles, le revenu fiscal annuel médian par unité de consommation est de 25 000 € (contre 24 600 € à Paris et 21 500 € en Ile-de-France). Ces statistiques masquent toutefois de fortes disparités entre les 36 communes du département, le tiers nord étant socialement défavorisé.

Les indicateurs socio-sanitaires sont également positifs. Les taux de mortalité des hommes des Hauts-de-Seine sont, à chaque âge, inférieurs aux taux moyen des Français. De même, mais de manière un peu moins favorable, les taux de mortalité des alto-séquanaises sont inférieurs à ceux des Françaises à tous les âges, sauf chez

les 5-9 ans et chez les 55-59 ans (+5%). On observe ainsi chez les femmes une forte surmortalité par cancer du poumon, et par suicide.

Certains indicateurs sont toutefois préoccupants : ainsi la propension des conduites addictives est importante, le département comptant le taux le plus élevé d'usage régulier de l'alcool à l'âge de 17 ans en Ile-de-France.

3.2.5.2 Présentation de l'offre

Au sein d'une région qui dispose d'un équipement hospitalier globalement important en capacités, et en diversité, le département des Hauts-de-Seine se distingue par une offre hospitalière particulièrement dense.

Elle est mise en œuvre par 75 établissements de santé, de statuts publics (10), privés d'intérêt collectif (25) et privés lucratifs (33), ainsi que par 6 hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et un hôpital d'instruction des armées.

Les Hauts-de-Seine disposent de nombreux pôles d'excellence et/ou de recours à la fois publics, privés associatifs et privés lucratifs.

L'offre de soins n'est toutefois pas encore structurée à l'égal de celle des départements de la grande couronne. Cela est imputable d'une part à la configuration géographique du département, d'autre part à l'histoire, au partage de l'offre de soins publique entre l'AP-HP et les établissements publics de santé et à la densité singulière des établissements privés.

L'organisation de l'offre de soins est encore évolutive, sous l'effet :

- du renforcement de l'attractivité d'établissements consécutive à la mise en service d'équipements nouveaux,
- de la création par l'AP-HP de groupes hospitaliers universitaires, renforçant l'articulation des établissements des Hauts-de-Seine au sein de 4 GHU interdépartementaux,
- de la concentration de l'offre de soins dans certaines disciplines très spécialisées,
- de la réorganisation de la PDES afin d'anticiper les contraintes futures issues des évolutions de la démographie médicale et de sécuriser les prises en charge,
- des coopérations engagées entre établissements.

Les Hauts-de-Seine se caractérisent par une offre de médecine libérale de ville très supérieure à la moyenne nationale pour les spécialistes (avec une problématique d'accessibilité financière) mais inférieure à la moyenne nationale en médecine générale. La répartition de cette offre n'est pas homogène sur le territoire.

La densité d'infirmiers libéraux (31 pour 100 000 habitants) est très inférieure aux densités régionale et nationale.

Le taux d'équipement médico-social est proche de la moyenne régionale et les établissements médico-sociaux assurent une couverture territoriale homogène. Le maintien à domicile des personnes âgées demeure toutefois un enjeu majeur.

3.2.5.3 Enjeux

3.2.5.3.1 Organisation de l'offre hospitalière

De nombreuses opérations de réorganisation de l'offre hospitalière ont été réalisées. L'offre de soins devrait évoluer désormais par la recherche de coopérations et de partenariats. Ces évolutions de l'offre devront nécessairement s'inscrire dans des problématiques de développement de l'accessibilité.

L'accessibilité financière

L'agence régionale de santé, garante de l'accès aux soins de la population et de la promotion de l'égalité en santé, s'attachera à maintenir une offre hospitalière de proximité en secteur 1 sur l'ensemble du département.

Elle s'attachera également à contractualiser une prise en charge en secteur 1 avec les établissements privés participant à l'aval des urgences.

L'accessibilité géographique

Chaque francilien doit avoir accès à un parcours de santé aussi proche que possible de son lieu de vie. L'agence sera attentive à l'inscription des établissements de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris dans une logique d'offre territoriale, et pas seulement dans une logique de groupe hospitalier.

Ce principe s'appliquera particulièrement au projet de développement de capacités nouvelles d'hospitalisation en gériatrie aigue et en médecine polyvalente à Clamart.

Dans le même objectif, il conviendra que soit maintenue une offre de proximité dans les communes du nord des Hauts-de-Seine (Asnières, Clichy, Gennevilliers, Villeneuve la Garenne).

Les restructurations hospitalières

Sur la durée du schéma, des opérations de regroupement d'établissements privés lucratifs devraient intervenir. Elles devront, elles aussi, répondre aux besoins de santé de proximité des habitants des Hauts-de-Seine.

Le partage historique de l'offre entre les établissements du département a conduit à ce que plusieurs établissements, qui jouent pourtant un rôle essentiel dans certaines disciplines (obstétrique, néonatalogie, pédiatrie, gériatrie), ne disposent plus de la pluridisciplinarité suffisante pour conforter leur avenir.

Ces situations, legs de l'histoire hospitalière du département, ne trouveront de solution pérenne qu'au travers de coopérations, parfois très intégrées et l'adossement réciproque des offres. Cette logique coopératrice devra se substituer à la logique de concurrence potentiellement délétère.

3.2.5.3.2 Optimisation des parcours de santé

Personnes âgées :

L'agence régionale de santé a fait de la prise en compte des besoins spécifiques engendrés par le vieillissement un de ses domaines d'intervention stratégique et prioritaire.

Afin d'assurer la continuité des interventions et la cohérence des services auprès des personnes âgées, le dispositif des filières gériatriques du territoire seront confortées, cette consolidation pouvant aller jusqu'à la redéfinition de certaines filières gériatriques devenues inopérantes suite aux réorganisations récentes de l'offre hospitalière.

Les réorganisations proposées sont les suivantes :

- L'organisation de la filière Colombes-Nanterre sera déclinée dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical commun entre le CASH et Louis Mourier ;
- Le bon fonctionnement de la filière gériatrique Asnières, Clichy, Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne, coordonnée par l'hôpital Beaujon, nécessitera le rétablissement des partenariats territoriaux ;
- La filière Courbevoie-Neuilly / Levallois devra faire l'objet d'un nouveau projet intégrant la commune de Puteaux. L'inscription de l'IHFB dans cette filière devra être réinterrogée ;
- L'hôpital Foch, actuellement coordonnateur de la filière Suresnes, Rueil, Puteaux pourrait réorienter et étendre son champ d'intervention vers le centre du département, en lien avec le centre hospitalier des Quatre Villes ;
- La filière coordonnée par l'hôpital Ambroise Paré devra, elle aussi, privilégier les hospitalisations de proximité. Le rattachement de la commune de Garches à cette filière pourrait être repensé ;
- Une nouvelle réflexion devra porter sur l'organisation des prises en charge gériatriques dans le Sud du département.

La création de deux USLD par redéploiement devrait permettre de fluidifier l'ensemble de ces filières.

La fragilité de l'offre de soins de ville en médecins généralistes et surtout en infirmières constitue une entrave importante au retour à domicile à l'issue des séjours hospitaliers. Cette question devra faire l'objet d'un traitement spécifique dans le cadre de la construction des parcours de santé.

Cancérologie :

L'amélioration de la qualité du service rendu par l'offre de soins nécessite de mieux structurer le parcours de santé du patient cancéreux.

Pour ce faire, les priorités pour le département sont les suivantes :

- Formaliser le réseau centre Hauts-de-Seine ;

- Prendre en compte l'intégration du Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) René Huguenin dans l'ensemble hospitalier Curie dans l'organisation de l'offre de soins cancérologique du département ;
- Développer les activités de réseau et des centres de coordination en cancer (3C) (dossiers partagés, soins de support...);
- Mettre en place une réponse adaptée à l'urgence cancérologique ou palliative.

Périnatalité :

La réduction de la mortalité infantile et maternelle nécessite de renforcer le suivi des femmes enceintes et de repérer précocement les femmes à risque sanitaire.

Cet objectif nécessitera de développer les consultations hospitalières et les relations ville-hôpital (médecins et sages femmes libérales, HAD, réseaux, PMI).

Psychiatrie :

L'agence régionale de santé s'est donnée comme objectif de réduire la stigmatisation dont peuvent faire l'objet les pathologies mentales, et d'améliorer la lisibilité et la coordination de l'offre.

L'atteinte de ces objectifs nécessite de mener à son terme la relocalisation dans le département de l'ensemble des lits d'hospitalisation afin de permettre le rapprochement des lieux de soins des lieux de vie des usagers (cf. chantier prioritaire 1).

Certaines prises en charge spécifiques relèvent d'une attention particulière qui devra se traduire par :

- La consolidation et le renforcement d'unités de soins pour la prise en charge des adolescents et des post-adolescents ;
- Le développement de la prise en charge psychiatrique et psychologique dans les services pédiatriques et adultes prenant en charge des troubles du comportement alimentaire.

3.2.5.4 Chantiers prioritaires

Chantier prioritaire 1 :

Finaliser le rapprochement des lieux de vie et de soins en relocalisant les 9 des 21 secteurs de psychiatrie pris en charge hors département.

L'année 2012 a été marquée par l'ouverture de l'Hôpital de Clamart qui a permis la relocalisation de 4 secteurs, en créant les capacités d'hospitalisation permettant de prendre en charge en hospitalisation complète dans les Hauts-de-Seine, les patients des communes de Chaville, Meudon, Clamart, Le Plessis-Robinson, Malakoff, Montrouge, Châtillon et Bagneux.

L'objectif sera, dans la durée du schéma, de mener à bien ou d'engager les relocalisations :

- des 3 secteurs (92G13, 92G14 et 92G15) implantés dans le Val de Marne prenant en charge les patients de Vaucresson, Marnes-la-Coquette, Ville-d'Avray, Garches, St-Cloud, Boulogne Billancourt et Sèvres ;
- des 4 secteurs (92G01, 92G02, 92G03 et 92G04) localisés dans le Val-d'Oise prenant en charge des patients de Villeneuve-la-Garenne, Gennevilliers, Asnières, Clichy et Levallois-Perret ;
- des 2 secteurs (92G08 et 92G07) implantés en Picardie prenant en charge des patients de Courbevoie et de Neuilly-sur-Seine.

Ce chantier sera mis en œuvre dans une approche concertée et sans exclusive afin d'assurer la qualité des prises en charge, le meilleur emploi de la ressource médicale et soignante, la réponse aux attentes des usagers et la pérennité des promoteurs départementaux existants.

Des ajustements sont à prévoir dans les implantations pour concrétiser ces réalisations.

Chantier prioritaire 2 :

Renforcer l'offre de soins hospitalière dans la boucle nord de la Seine

Le renforcement de l'offre de soins hospitalière dans la boucle nord de la Seine, infraterritoire caractérisé par des inégalités d'accès aux soins et à la santé, sera assuré par la mise en œuvre d'un projet médical commun entre l'hôpital Louis Mourier et le CASH de Nanterre.

Il permettra le développement d'une offre de soins de qualité et de proximité mais également le renforcement de l'attractivité des établissements pour les professionnels de santé.

Celle-ci sera complétée par la mise en œuvre d'un projet stratégique au CASH de Nanterre. Il sera constitué (à côté de volets sociaux, médico-sociaux et universitaires) d'un volet médical qui permettra, outre le renforcement d'un certain nombre de services existants (chirurgie ambulatoire, maternité, médecine, soins de suite, psychiatrie), de répondre aux besoins de proximité de l'ensemble des patients en matière de soins non programmés, de consultations externes et d'éducation thérapeutique.

3.2.6 La Seine-Saint-Denis

3.2.6.1 Caractéristiques du territoire

La Seine-Saint-Denis est un département urbain dense de plus 1,5 million d'habitants soit 6 418 habitants au km². L'activité industrielle du département est en déclin compensée par le développement des activités tertiaires. La population est jeune (42% de moins de 30 ans).

Il est, aux plans social et économique, le département le plus défavorisé de la région avec un revenu moyen 30% inférieur au revenu moyen régional. 33% des enfants vivent dans des ménages à bas revenus. Les bénéficiaires de la CMUC (10% de la population) et de l'aide médicale d'Etat sont nombreux. Ces conditions socio-économiques ont des conséquences défavorables sur l'état de santé. Si le taux de natalité est le plus élevé de la région, le taux de mortalité infantile est aussi le plus élevé en « décrochage » de l'évolution régionale et nationale. Le taux de mortalité prématurée de la population générale est aussi le plus fort de la région.

Pour autant, la population du département est diverse avec d'importants mouvements de population et en particulier l'arrivée de classes moyennes en provenance de Paris. Aussi ce département est marqué par sa diversité et ses changements rapides.

3.2.6.2 Présentation de l'offre

Le département de Seine-Saint-Denis dénombre quatre centres hospitaliers (Saint-Denis, Montreuil, Montfermeil et Aulnay) et le plus grand établissement psychiatrique de la région (Ville-Evrard à Neuilly/Marne).

Par ailleurs l'AP-HP a trois sites sur le département avec le groupe hospitalier 93 : Avicenne (Bobigny) J. Verdier Bondy et René Mûret (Sevran).

Le tissu des cliniques est dense, marqué par une situation contrastée : des établissements de la Générale de santé ayant bénéficié d'importants investissements et des petites cliniques indépendantes fragiles. Ces établissements sont caractérisés par une accessibilité financière.

L'offre de santé ambulatoire libérale est insuffisante. Ce déficit continue à s'aggraver et n'est compensé que partiellement par le réseau des centres de santé. Certaines spécialités comme la psychiatrie et, plus encore, la pédopsychiatrie font face à une

démographie médicale particulièrement tendue. Dès lors la population se tourne vers l'offre hospitalière.

On constate, par ailleurs, une importante fuite vers Paris puisque 40% des actes médicaux de la population sont prescrits à Paris et plus de 50% des hospitalisations sont réalisées hors du département.

3.2.6.3 Enjeux

3.2.6.3.1 L'organisation de l'offre hospitalière

L'offre hospitalière en Seine-Saint-Denis se caractérise par un paradoxe entre une couverture satisfaisante, tant publique que privée, et la fragilité des établissements, qui doivent nécessairement se rapprocher, voire se restructurer pour maintenir une offre de soins.

Ainsi, le groupe hospitalier universitaire 93, a entamé une réorganisation d'envergure visant à la constitution de 3 grands pôles sur chacun des sites. Cette démarche, déjà bien débutée, doit être poursuivie. De même les réflexions en cours sur les coopérations et restructurations relatives aux cliniques en difficultés doivent continuer.

Au-delà de ces grands projets, les travaux de coopérations entre les établissements du département doit continuer à se développer, et notamment dans les activités de biologie, cancérologie, et cardiologie.

Plus spécifiques, les modes de coopération tel que la fédération d'urologie entre les hôpitaux de Montreuil, Montfermeil et Aulnay, permettant une graduation des soins et une prise en charge de proximité doivent être encouragés.

3.2.6.3.2 L'optimisation des parcours de santé

Quatre filières gériatriques sont constituées autour de 3 centres hospitaliers, et de l'Hôpital René Muret. Trois ont déjà fait l'objet d'une labellisation, quant à celle de l'hôpital Robert Ballanger, elle poursuit sa structuration. Ces filières permettent de développer la coordination administrative et médicale, la communication entre professionnels, et ainsi gagner en fluidité et lisibilité du parcours de soins de la personne âgée. Enfin, les articulations avec la médecine ambulatoire, le secteur médico-social et les politiques de la ville doivent être renforcées.

En matière de périnatalité, la constitution du réseau départemental NEF reliant l'ensemble des maternités - publiques et privées – permet une meilleure orientation des femmes enceintes sur la maternité adaptée au niveau de risque, la coordination des prises en charge entre établissements, l'évolution et l'harmonisation des pratiques médicales.

Par ailleurs, un dispositif d'accompagnement à la sortie de la maternité, pour les femmes en situation de précarité a été initié et doit se poursuivre. Ces organisations se font en collaboration avec le milieu associatif.

Concernant l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, l'ARS veillera à maintenir une offre de qualité et diversifiée sur l'ensemble de ce territoire.

Concernant la psychiatrie, les collaborations sont à renforcer avec les hôpitaux généraux afin de conforter la psychiatrie de liaison, proposer une offre de psychiatrie adaptée et développer des projets innovants. Les situations de crise, d'urgence notamment celles liées à la précarité sont un enjeu important pour le département. Une quatrième équipe mobile psy-précarité doit se structurer.

L'offre de cancérologie du territoire est dispersée et ne permet pas toujours d'offrir un parcours patient répondant à une logique de proximité. La constitution de pôles spécialisés et la réduction des sites doit pouvoir être envisagé en concertation avec les acteurs afin d'améliorer la lisibilité de l'offre.

En permettant la mutualisation des moyens, des hommes et des compétences, le projet de coopération entre établissements publics et privés en télémédecine vise également à une optimisation de l'offre.

3.2.6.4 Chantiers prioritaires

La problématique de l'offre de soins en Seine-Saint-Denis s'articule principalement autour d'enjeux d'attractivité et de développement/consolidation d'activité qui impliquent :

- de dynamiser et développer les coopérations entre établissements ;
- de faire émerger des pôles d'excellence ;
- de formaliser ou consolider des filières de soins ;
- de développer les alternatives à l'hospitalisation.

Les maternités de Montreuil et de Saint-Denis ont bénéficié d'un soutien important dans le cadre du plan hôpital 2007 et disposent aujourd'hui de locaux neufs et attractifs. D'autres projets de rénovation/réhabilitation visant à proposer une offre de qualité sur des plateaux techniques adaptés sont encouragés.

Dans ce cadre apparaissent comme essentiels :

- La rénovation et la réorganisation interne du groupe AP-HP 93, dont l'objectif de constitution de trois grands pôles d'excellence permettra d'améliorer l'attractivité de l'offre hospitalière.
- Cette restructuration implique un projet architectural d'envergure, et devra s'accompagner d'une réelle ouverture vers l'ensemble des acteurs du département.
- L'hospitalisation privée doit poursuivre sa modernisation et achever sa reconfiguration.

- Compte tenu du contexte économique et démographique, les centres hospitaliers doivent passer d'une logique souvent concurrentielle à une logique de complémentarité effective. De nouveaux modes de coopérations doivent être mis en œuvre pour maintenir une offre de soins pérenne et de qualité.

En psychiatrie, la restructuration des principaux établissements devra s'accompagner de la poursuite des relocalisations des secteurs d'hospitalisation

Le maintien d'une offre de proximité est particulièrement importante au regard des caractéristiques sociodémographiques de la population du département

L'évolution de l'offre hospitalière en Seine-Saint-Denis relève moins d'une question de couverture que d'organisation. Aussi les établissements, quel que soit leur statut, doivent coopérer pour maintenir une offre de soins accessible et pérenne.

3.2.7 Le Val de Marne

3.2.7.1 Caractéristiques du territoire

Avec 1 331 000 habitants, le Val-de-Marne est un département densément peuplé (5 385 habitants/km²) et très urbanisé, à l'exception de sa partie sud-est où se trouvent quelques communes rurales (plateau Briard).

Les réseaux routiers et de transports collectifs qui desservent le territoire sont denses. Les axes de circulation sont principalement orientés vers Paris. Les liaisons transversales Est-ouest sont peu développées et saturées (A-86).

Un quart de la population a moins de 20 ans et 17% plus de 60 ans ; le nombre de naissances annuel est supérieur à 20 000.

Les indicateurs socio-économiques se situent dans la moyenne régionale : le revenu médian des ménages est de 31 272 € (versus 32 638 €). Cette statistique masque des disparités entre communes. Les parties sud-est en ouest du département comptent 3,1% d'allocataires du revenu de solidarité autonomie (RSA) et 6% de bénéficiaires de la CMU-C.

L'état de santé de la population se situe, globalement, dans la moyenne régionale. Le taux de mortalité, toutes causes confondues, est de 363 pour les femmes (IDF = 371) et de 635 pour les hommes (IDF = 639). Le taux de mortalité prématurée pour les femmes s'établit à 117,8 (IDF = 118,6) et 236 pour les hommes (IDF = 236,6). Les principales causes de mortalité sont le cancer du poumon chez l'homme et les cardiopathies ischémiques chez la femme.

En comparaison régionale, les taux de surmortalité liés au cancer du poumon hommes / femmes et par cancer du col de l'utérus sont notablement défavorables.

3.2.7.2 Présentation de l'offre

Le Val-de-Marne dispose d'une offre hospitalière importante et diversifiée, comportant 6 établissements de l'AP-HP (constitués en trois groupes hospitaliers), 6 établissements publics de santé, 9 établissements de santé privés d'intérêt collectif et 18 établissements privés.

Cette offre assume, à côté de ses missions de proximité, des activités de recours à vocation régionale (Henri Mondor à Créteil, Bicêtre au Kremlin-Bicêtre, Paul Brousse et Paul Guiraud à Villejuif) voire internationale (Institut Gustave Roussy, premier Centre de lutte contre le cancer de France).

Le Val de Marne dispose de deux facultés de médecine (Paris 11 à Bicêtre et Paris 12 à Créteil) qui auront un rôle à jouer dans les collaborations avec les professionnels de santé ainsi que dans l'organisation de la territorialisation de l'offre.

Au cours des cinq dernières années, l'offre privée a été profondément modifiée avec la réorganisation du groupe Générale de Santé : fermeture de la clinique de l'Orangerie au Perreux et regroupement des autorisations à l'hôpital privé Armand Brillard à Nogent ; rachat de l'hôpital privé de Marne-la-Vallée à Bry-sur-Marne nouvellement construit ; transfert en cours du centre SOS Mains de la clinique de la Francilienne à l'hôpital privé Paul d'Egine à Champigny-sur-Marne.

La maternité de la clinique la Concorde à Alfortville a été transformée en SSR et la maternité de la clinique de Bercy à Charenton a cessé son activité.

Le Val-de-Marne est le troisième département en volume d'activité (27,2% de l'activité régionale). 57% de cette activité concerne des patients du Val-de-Marne. La proximité géographique de Paris et l'organisation des réseaux de transports induisent un taux de recours élevé aux établissements de santé parisiens, en particulier de l'AP-HP.

957 médecins généralistes et 1 164 médecins spécialistes (dont 50% en secteur II) exercent dans le département. Si la densité de médecins généralistes est similaire à celle de la région, la densité de spécialistes y reste très inférieure. La moitié des professionnels a plus de 55 ans. La baisse du nombre de pédiatres, gynécologues et de psychiatres est une source d'inquiétude. L'offre de soins ambulatoire se répartit de manière hétérogène avec un quart sud-ouest du département moins bien doté.

Le Val-de-Marne dispose de 35 centres de santé et de 82 centres de PMI. Les médecins généralistes libéraux assurent depuis plusieurs années, au sein des 12 Services d'Accueil Médical Initial (SAMI) répartis sur l'ensemble du département, la permanence des soins ambulatoires en première partie de nuit, les samedis, dimanches et jours fériés. L'accès à ces maisons médicales de garde est régulé par le Centre 15.

Le département comprend 82 établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées, dont 56 EHPAD (5 726 places). Le taux d'équipement est cependant inférieur à la moyenne régionale, avec 57,1 places pour 1000 personnes de 75 ans versus 76,7 pour l'Île-de-France.

Avec 22 Instituts médico-éducatifs et 1 577 places, le taux d'équipement pour l'enfance handicapée se situe au niveau de la moyenne régionale, avec des disparités importantes dans la réponse aux besoins et une offre sous dimensionnée pour certains handicaps (autisme, troubles envahissants du développement).

L'offre médico-sociale en faveur des adultes handicapés compte 3 421 places. Le taux d'équipement, toutes déficiences confondues, est supérieur à la moyenne régionale (4,62 contre 4,13) mais il existe un fort déficit en places de Foyer d'accueil médicalisé (FAM) et de Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

3.2.7.3 Enjeux

3.2.7.3.1 Organisation et restructurations

Sous l'impulsion du SROS précédent, les établissements installés sur la même commune, ou en grande proximité géographique, ont engagé des actions de coopération et de recherche de complémentarités. Ces efforts devront être amplifiés sur la durée du PRS.

Quatre projets de coopérations sont identifiés comme prioritaires :

- Le groupement de coopération sanitaire centre hospitalier intercommunal de Créteil-hôpital Henri Mondor ;

Les deux établissements, situés sur la commune de Créteil, ont mis en place, en 2012, un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens. Les activités et l'organisation médicale inscrites dans le champ du GCS sont l'accueil des urgences, les antennes de spécialité (ORL, ophtalmologie, cardiologie et pneumologie), la chirurgie ambulatoire, l'urologie, la chirurgie digestive et hépatique.

Sont à développer également la coordination du premier aval des urgences, de la filière gériatrique labellisée, l'organisation coordonnée et concertée des filières de prise en charge des patients atteints de cancer, la complémentarité des plateaux techniques de biologie et d'imagerie.

- L'hôpital Saint Camille et l'hôpital privé Marne-la-Vallée (Bry-sur-Marne)

La proximité géographique de ces deux établissements rend nécessaire la mise en œuvre et le développement de véritables coopérations (urgences, équipement matériel lourd, etc.).

- Les établissements de l'ouest du département

Les deux établissements de santé privés, situés à Vitry-sur-Seine, disposent maintenant d'une direction commune. Il est souhaitable que leur offre puisse aussi s'articuler avec les autres établissements du territoire, en particulier en établissant des coopérations avec le CHU du Kremlin-Bicêtre.

Les établissements privés de Thiais et du nord de l'Essonne sont incités à développer des coopérations, en tenant compte des moyens humains et des besoins de leur territoire.

- Le centre Hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges

Le Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges dispose désormais d'un nouveau bloc opératoire et d'une nouvelle maternité. Cette opération immobilière majeure s'inscrit dans le cadre du plan Hôpital 2007.

Alors que le CHSF s'ouvre et que les établissements de Créteil intensifient leurs coopérations, le CHIV devra nécessairement définir son positionnement stratégique.

3.2.7.3.2 Optimisation des parcours de santé

Les priorités ont été identifiées autour des populations et problématiques suivantes :

Les Personnes âgées

Le Val-de-Marne dispose de trois filières gériatriques labellisées (Henri Mondor, Bicêtre et CHIV). La filière gériatrique de Saint Camille n'est pas encore labellisée, en raison de l'absence d'USLD. Il conviendra de s'appuyer sur la future évaluation de ces trois filières et d'assurer une meilleure articulation des différents dispositifs (équipes mobiles gériatriques, réseaux, SSIAD, HAD, MAIA, services d'aide à domicile).

Les conventions tripartites sont un outil de négociation et de définition de mesures d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. L'ensemble des conventions doit être signé.

L'expérimentation de l'Unité de Soins de Longue Durée psychiatrique au sein du CH Les Murets sera poursuivie.

La poursuite de l'installation des Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) autorisées au sein des EHPAD et USLD est prévue.

La Psychiatrie

La création d'une unité de soins intensifs en psychiatrie, structure intermédiaire entre les secteurs de proximité et l'unité pour malades difficiles, à vocation régionale est envisagée à Paul Guiraud.

Des diagnostics territoriaux visant à proposer des améliorations du parcours de soins des cas complexes (patients en situation de précarité par exemple) devront être réalisés. La mise en place des Conseils locaux de santé mentale sera favorisée.

La Périnatalité

Avec neuf établissements disposant d'une autorisation en gynécologie obstétrique dont quatre avec une unité de néonatalogie, un avec des soins intensifs et deux avec réanimation néonatale, aucune restructuration majeure n'est à envisager sur le département.

Après la cessation de toute activité de néonatalité sur le site de l'hôpital Saint Camille à Bry-sur-Marne, l'activité obstétricale sur l'est du département devra être analysée pour qu'en cas de développement, une réponse satisfaisante soit apportée aux besoins des parturientes (création éventuelle d'une unité de néonatalogie). Les lits de soins intensifs de l'hôpital Saint Camille seront redistribués sur un ou plusieurs des sites existants.

Il est souhaitable d'inciter à la mise en œuvre effective de coopérations dans le cadre des réseaux de périnatalité existants. En particulier, les maternités de type 3 doivent s'articuler avec les maternités de type 1 et 2.

La Cancérologie

Le Val-de-Marne propose une prise en charge chirurgicale cancérologique complète, adulte et pédiatrique, à l'exception de l'activité de chirurgie thoracique. Les recompositions d'activité, liées en particulier à la non-atteinte des seuils pour certaines autorisations, ont déjà eu lieu, ou sont en cours. Elles doivent s'appuyer sur les réseaux de cancérologie existants (quatre sur le département).

3.2.7.3 Réduction des inégalités de l'offre de soins

Les axes de travail suivants devraient permettre d'améliorer qualitativement les prises en charge et de rapprocher les lieux de soins des lieux de vie de la population.

- -Des investissements en USLD sont nécessaires pour diminuer la vétusté du bâti.
- -Le déficit en places d'EHPAD du Val-de-Marne par rapport à la moyenne régionale devra être progressivement résorbé.
- -En psychiatrie infanto-juvénile, la création de l'hôpital de jour du secteur 94104, rattaché aux hôpitaux de Saint-Maurice à Choisy-le-Roi est indispensable. La relocalisation d'activités ambulatoires au sein du secteur 94103 ainsi que le renforcement du statut régional de la Fondation Vallée avec

le projet de création d'un centre de diagnostic pour l'autisme pour les dépistages précoces sont en cours.

3.2.7.4 Chantiers prioritaires

Les priorités de l'évolution de l'offre dans le Val-de-Marne consistent en une poursuite de la réorganisation et du développement des complémentarités entre établissements, en veillant à la proximité et l'accessibilité de cette offre, notamment pour les personnes en situation de précarité.

Les axes prioritaires concernent :

- l'accompagnement et le développement du groupement de coopération sanitaire CHI de Créteil / Henri Mondor ;
- le développement des complémentarités entre établissements proches géographiquement : coopération entre l'hôpital Saint-Camille et les établissements de la Générale de Santé au nord-est du département, entre les deux cliniques de Vitry-sur-Seine et entre l'hôpital privé de Thiais et les cliniques du même groupe situées en Essonne ;
- la poursuite de l'amélioration des alternatives à l'hospitalisation complète en raison du dimensionnement insuffisant et /ou de la vétusté de certaines unités que ce soit en chirurgie ambulatoire ou en oncologie médicale ;
- la poursuite de l'amélioration de l'articulation sanitaire et médico-sociale, notamment dans le cadre des filières gériatriques, des USLD, et de la psychiatrie.

3.2.8 Le Val d'Oise

3.2.8.1 Caractéristiques du territoire

Le département du Val d'Oise présente une hétérogénéité sur les plans géographiques, sociaux et économiques ; des bassins de vie très urbains, densément peuplés, situés plutôt au sud (ville nouvelle, Argenteuil, Eaubonne et Gonesse) coexistent avec des zones rurales plus au nord. De même les conditions de vie des valdoisiens sont marqués par de fortes disparités ; certains bassins de vie aisés (Isle Adam, Montmorency, Enghien notamment) contrastent avec d'importants secteurs précarisés qu'ils soient urbains (alentours de Gonesse, commune d'Argenteuil) ou combinés avec une problématique d'éloignement rural (secteur de Persan-Beaumont, Magny).

Le Val d'Oise en quelques indicateurs socio-sanitaires :

	Val d'Oise	Ile-de-France
Nombre d'habitants	1,1 M	11,728 M
Taux de natalité	16,2	15,4
Part de personnes âgées (+75 ans)	5,1 %	6,1 %
% de cadres	17,5 %	26,9 %
% d'ouvriers	18,3 %	14,5 %
Revenu médian	16 K€	21 K€
Habitants en ZUS	16,1 %	11 %
Bénéficiaires de la CMU	5,6 %	5,9 %
Indice conjoncturel de fécondité	2,2	1,99
Taux de mortalité	5,9 ‰	6,4 ‰
Espérance de vie	Hommes : 78,8 ans Femmes : 84,3 ans	Hommes : 79,5 ans Femmes : 85 ans

*sources : ORS

Certains indicateurs de mortalité sont moins favorables que la moyenne régionale, notamment concernant la mortalité prématurée par cancer chez les femmes (taux standardisé de mortalité de 60 dans le Val d'Oise pour 57,2 en IDF), chez les hommes (taux standardisé de mortalité de 96 dans le Val d'Oise ; 92,4 en IDF) ou liés aux conséquences de l'alcoolisme et des cirrhoses chez les hommes (taux standardisé de mortalité de 17,2 dans le Val d'Oise; 13,4 en IDF).

3.2.8.2 Présentation de l'offre

Depuis le dernier SROS, la situation de l'offre hospitalière dans le Val-d'Oise s'est consolidée. Pour 1,1 M d'habitants, le département compte 8 structures publiques, 7 ESPIC, 21 structures privées commerciales répartis sur 3 bassins territoriaux :

Au centre : les bassins de vie d'Argenteuil, d'Eaubonne et de Montmorency. C'est le territoire le plus urbain, couvert par les établissements publics du CH d'Argenteuil et du Groupe hospitalier Eaubonne-Montmorency (GHEM) distants de quelques kilomètres. Le GHEM est issu d'une fusion déjà ancienne des centres hospitaliers d'Eaubonne et de Montmorency. L'offre privée très présente dans le 95 est majoritairement concentrée sur ce territoire qui compte 3 cliniques psychiatriques, 5 cliniques SSR, 4 cliniques MCO, dont la clinique Claude Bernard premier opérateur de l'ile-de-France en chirurgie.

A l'ouest : vaste territoire plutôt rural avec comme point focal l'agglomération de Cergy-Pontoise, très urbanisée. L'hôpital de référence est le CH René Dubos situé à Pontoise. L'offre est complétée par le groupe hospitalier intercommunal du Vexin (GHIV), lui-même issu de la fusion en 2010 du centre hospitalier du Vexin avec l'hôpital local de Marines et le centre hospitalier intercommunal des Portes de l'Oise (CHIPO) au nord qui rassemble les sites de Beaumont-sur-Oise et de Méru (le CHIPO a la particularité d'être situé sur deux départements, Méru étant dans l'Oise); enfin 2 cliniques privées, la clinique Sainte Marie à Osny et la clinique Conti à l'Isle Adam.

A l'est : territoire à la fois urbain et rural avec une population très précarisée dans le sud-est. Les principaux opérateurs sont le CH de Gonesse et l'Hôpital Privé Nord Parisien. A noter la présence de l'AP-HP sur ce territoire représenté par le centre hospitalier à orientation gériatrique de Charles Richet.

Au total, le département dispose d'une offre globalement dense, de plateaux techniques complets et pour certains récemment rénovés. Cependant, la situation de la démographie médicale devient une préoccupation majeure. 30% des omnipraticiens et spécialistes exerçants dans le Val-d'Oise ont plus de 55 ans et d'ores et déjà la permanence des soins est insuffisante sur certaines zones comme le Vexin, Louvres ou Survilliers.

3.2.8.3 Enjeux

Ce contexte associant offre hospitalière construite, raréfaction des ressources médicales et impératifs d'efficience économique amène ce SROS moins à créer de nouvelles implantations qu'à rechercher l'amélioration des organisations de soins existantes.

La plupart des modifications concernent des projets d'extension de capacités, notamment en psychiatrie et en imagerie, ou des regroupements d'activités avec des reconfigurations de l'existant (notamment, projet de regroupement de la clinique du Parisis à Corneilles et de la polyclinique du Plateau à Bezons).

Il s'agit surtout d'anticiper et de promouvoir une nouvelle conception de l'offre de soins qui devra désormais s'articuler autour d'hôpitaux fonctionnant en réseaux et où les alternatives à l'hospitalisation complète sont favorisées (développement de HDJ à Herblay, Argenteuil, Osny et Vexin en SSR) afin d'assurer une réponse de proximité, une gradation des soins et la construction de véritables parcours de soins

L'ARS souhaite consolider l'offre de soins dans le Val d'Oise. Cette finalité sous-tend l'ensemble des actions menées par l'Agence. Certains établissements de santé sont dans des situations économiques préoccupantes, tous sont confrontés à la problématique de la démographie médicale ; aussi pour continuer à assurer leur missions, les établissements sont-ils amenés à se coordonner afin d'optimiser l'utilisation de leurs plateaux Le revenu médian du valdoisien étant inférieur à la moyenne de l'Île de France et les habitants des ZUS nombreux, le SROS entend participer à la réduction des inégalités de santé notamment dans l'accès géographique aux soins et dans l'accès pour tous à des équipements de qualité.

Une action volontariste a été engagée depuis plusieurs années par le choix de maintenir des services qui assurent un rôle dans la réponse de santé de proximité et notamment en direction des précaires et/ ou isolés. Ainsi les urgences du CH de Magny en Vexin desservent un bassin de population peu couvert en présence médicale libérale.

Sur un plan plus général, réduire les inégalités de santé c'est aussi maintenir et rénover des plateaux techniques notamment dans des zones prioritaires. Ainsi le CH

de Gonesse, qui dessert une population fortement précarisée et relativement enclavée géographiquement en dépit de sa proximité avec l'agglomération Parisienne, bénéficie d'un ambitieux programme de reconstruction soutenu financièrement par l'Agence.

L'Agence accompagne également les projets de rénovation et de reconstruction actuels qui concernent les principaux établissements publics (CH d'Argenteuil, du GHEM) et assure un suivi soutenu aux établissements péri-urbains en grandes difficultés économique (CHIPO) dont l'existence permet l'accessibilité aux soins des populations, notamment précaires.

3.2.8.4 Chantiers prioritaires

Trois recompositions de l'offre sont principalement à l'œuvre dans le Val d'Oise :

A l'ouest, un projet ambitieux de Communauté Hospitalière de Territoire se construit entre les CH de Pontoise, du CHIPO, du GHIV et du CH de Carnelle. Un Groupement de Coopération Sanitaire est dès à présent conclu entre le CH de Pontoise et le CHIPO. Ce projet fait partie des actions prioritaires de l'agence, compte tenu de la nécessité de préserver l'offre de soins sur le Beaumontois rendue fragile par l'acuité de la problématique économique du CHIPO. Cette situation impose aux établissements de développer leur attractivité notamment en direction des personnels médicaux en proposant de véritables parcours professionnels et en mutualisant leurs activités dans un objectif de complémentarité. Au-delà de la dimension de préservation de l'offre, cette organisation en réseau permettra de mieux gérer les problématiques d'aval et fluidifier le parcours du patient.

Au centre, il appartiendra aux centres hospitaliers du GHEM et du CHA de donner une nouvelle impulsion à une collaboration déjà engagée. L'objectif est de préserver la pérennité d'une offre de qualité.

A l'est, le CH de Gonesse travaille déjà de manière coordonnée avec l'HPNP ; demain d'autres partenariats seront à développer notamment avec les établissements de Seine-Saint-Denis, afin de désenclaver ce territoire et à l'ouverture du nouvel hôpital, faire profiter les établissements voisins de l'usage de services et d'un plateau technique entièrement rénové. Il s'agit ici d'une démarche d'optimisation de l'offre et d'efficience au regard d'investissements déjà consentis.

La mise en place de la PDSES participe du même objectif de travail en réseau. A l'est et à l'ouest des collaborations « public-privé » ont pu se nouer à cette occasion. Un dispositif de gardes alternées a été mis en place entre le CHA et le GHEM au centre ; à l'est le CH de Gonesse assure la tête de réseau du dispositif, à l'ouest le CH de Pontoise remplit également ce rôle.

L'offre privée évolue également et se recompose comme en témoignent diverses opérations de fusions, fermetures, rachats, relocalisations, qui ont eu lieu ces dernières années. Des modalités de prises en charge innovantes cherchent aussi à se développer, comme le projet de clinique de Domont consacré à la chirurgie ambulatoire qui devrait se déployer sur Ezanville.

Avec ce SROS, une nouvelle étape est désormais franchie dans l'intégration effective des dimensions préventives, médico-sociales, ambulatoire à la démarche hospitalière. Les établissements devront coordonner leurs interventions avec la médecine de ville et les structures médico-sociales afin de fluidifier les prises en charge et limiter les hospitalisations ou ré-hospitalisation évitables.

Les Contrats Locaux de Santé, se destinent à devenir un des outils clé de la dynamisation des parcours de soins. Neuf CLS sont désormais conclus dans le Val d'Oise, cette démarche fédérative rencontre l'assentiment de nombreux acteurs, notamment hospitaliers et mérite d'être encore développée.

Dans le Val d'Oise des actions sont à poursuivre pour réellement fluidifier ces prises en charge en fonction des populations accueillies :

La périnatalité : le parcours de la femme enceinte reste à améliorer, le suivi des grossesses est parfois insuffisant et la prise en charge des parturientes en fonction des établissements classés en type I, II, III pas toujours optimale. Il s'ensuit une saturation potentielle des établissements de type III (CH d'Argenteuil et de Pontoise). Il est souhaitable d'inciter à la mise en œuvre effective de coopérations dans le cadre des réseaux de périnatalité existants. L'accessibilité aux soins doit également être renforcée concernant les IVG. En effet, 32% des valdoisiennes s'adressent hors département et le rapport des IVG sur les accouchements est de 17% alors que la moyenne régionale est de 23%.

Les Personnes Agées : L'offre en EHPAD est supérieure à la moyenne régionale, mais nécessite un rééquilibrage entre territoires infra départementaux. De plus certains EHPAD et USLD hospitaliers ou non sont vétustes, des rénovations architecturales seront à prévoir. Le département est sous équipé en SSIAD, accueil de jour et hébergement temporaire ; il n'existe que deux réseaux gérontologiques aux moyens limités intervenant sur le sud et l'est du département (Joséphine) et sur l'est (Automne) ; mais le grand ouest est à ce jour dépourvu de couverture.

Les personnes souffrant d'addictions : des équipements et des organisations sont à prévoir pour accueillir ces patients ; pour l'instant la filière de l'offre disponible se structure mais est encore globalement insuffisante alors que les besoins existent (Cf. surmortalité liée à l'alcoolisme).

En psychiatrie /santé mentale : des besoins restent à couvrir en psychiatrie concernant la petite enfance, les adolescents, les adultes et la gérontopsychiatrie ; des projets ont émergé lors des travaux d'élaboration du présent schéma.

Si le nombre d'implantation est globalement suffisant il existe cependant de multiples projets d'extension ; par ailleurs, la liaison avec le schéma médico-social, la prévention et le volet périnatalité du SROS est essentielle.

En oncologie : l'offre est satisfaisante en qualité et regroupée. En chirurgie comme en chimiothérapie et en radiothérapie une offre de proximité est proposée sur chacun des territoires. Cependant, le volet prévention reste à développer car le taux de



mortalité prématurée évitable est un des plus élevé d'Ile-de-France alors que l'offre de soins curative est cohérente.

Activité universitaire : Enfin, le Val d'Oise a une ambition hospitalo-universitaire. Le centre hospitalier de Pontoise pourrait se voir reconnu dans cette qualification, compte tenu du panel de spécialités et des pôles d'excellence dont il dispose. Cette reconnaissance qui concernerait quelques unités permettrait de mieux articuler encore le CH de Pontoise, la ville nouvelle et le département du Val d'Oise avec le projet du « Grand-Paris ».

*En conclusion, les travaux du SROS ont permis de mieux identifier les besoins à l'échelon des territoires et d'envisager des stratégies pour répondre à ces besoins. Le SROS se déployant sur 5 ans chacun des points identifiés fera l'objet d'un suivi particulier. Cependant, certaines des thématiques identifiées en raison de leur acuité, leur incidence ou leur étendue sont reconnues comme devant bénéficier d'un traitement prioritaire par l'agence. **Dans le Val d'Oise 3 thématiques sont prioritairement retenues, il s'agit de :***

Construire la CHT Ouest et Nord Val d'Oise

Développer la psychiatrie

Améliorer le parcours de soins du patient par une meilleure coordination des différents acteurs sur les volets SSR et gériatriques

4 Les volets thématiques

La présente partie est consacrée aux missions de service public et à la présentation de l'ensemble des volets thématiques.

4.1 Les missions de service public (MSP) (paragraphe révisé)

4.1.1 Introduction

4.1.1.1 Quelles sont les missions de service public ?

Les missions de service public (MSP) sont énumérées à l'article L.6112-1 limitativement. Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

- La permanence des soins ;
- La prise en charge des soins palliatifs ;
- L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- La recherche ;
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- Les actions de santé publique ;
- La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médoco-judiciaires de sûreté.

4.1.1.2 Quelles sont les obligations auxquelles sont soumises les entités portant une mission de service public ?

L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :

- L'égal accès à des soins de qualité ; cette garanties est applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de réhospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge ;
- La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;
- La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ; cette garanties est applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de réhospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge.

4.1.1.3 Les missions de service public et le SROS

Le décret n° 2012-561 du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public fixe la procédure d'attribution des missions de service public des établissements de santé et exclut l'application du code des marchés publics à cette procédure. Le décret précise l'articulation de cette procédure avec le schéma régional d'organisation des soins (SROS) et les conditions dans lesquelles l'attribution des missions donne lieu à des appels à candidatures.

Pour la mise en œuvre des premiers schémas régionaux d'organisation des soins, le décret prévoit une procédure spécifique prenant en compte les établissements qui réalisaient une ou plusieurs missions de services publics à la date de la publication de la loi HSPT (23 juillet 2012).

Le schéma régional d'organisation des soins définit, pour chaque mission, les besoins de la population au regard des orientations et des objectifs du projet régional de santé.

Le schéma régional d'organisation des soins définit, pour chaque mission, les besoins de la population au regard des orientations et des objectifs du projet régional de santé.

Les missions suivantes font l'objet d'un inventaire et d'une expression du besoin par implantation, par territoire de santé :

- La permanence des soins (PDSES), c'est-à-dire les gardes et astreintes des personnels médicaux par spécialité ;

- La prise en charge des soins palliatifs, c'est-à-dire les soins en unités dédiées, les équipes mobiles de soins palliatifs ainsi que les équipes ressources régionales de soins palliatifs ;
- La lutte contre l'exclusion sociale, c'est-à-dire l'accueil et la prise en charge de populations en situation de précarité ainsi que les structures de permanence d'accès aux soins ;
- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, c'est-à-dire l'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie ;
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, c'est-à-dire les unités de consultations et soins ambulatoires, les unités hospitalières sécurisées interrégionales, les chambres sécurisées pour détenus, ainsi que les unités hospitalières spécialement aménagés.

Concernant les autres missions, l'appréciation est générale (mais néanmoins obligatoire) et ne doit pas être détaillée par objectif d'implantation.

Reconnaissance prioritaire sur la base de l'inventaire et des implantations

L'article L 6112-1 énonce dans son dernier alinéa :

« Les missions de service public qui, à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, sont déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné peuvent faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ».

Ainsi, suite à la publication du présent SROS, le directeur général de l'agence régionale de santé désignera les établissements de santé pour assurer une ou plusieurs missions de service public mentionnée au même alinéa, dans le respect des besoins définis au schéma d'organisation des soins conformément au même article.

A cette fin, le directeur général de l'agence régional de santé tient notamment compte :

- Du respect par l'établissement de santé des obligations liées à l'exercice de la mission ;
- Des résultats de l'évaluation de la mission lorsqu'elle est inscrite au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen.

Cet inventaire ne vaut pas reconnaissance prioritaire par lui-même mais c'est sur la base de ce recensement que s'effectuera la reconnaissance prioritaire (première phase d'attribution).

4.1.1.4 Modalités d'attribution

- Lorsque le besoin (identifié par le SROS) est inférieur à l'offre (identifiée dans l'inventaire), il n'y aura qu'une partie des établissements recensés qui seront attributaires de la mission ;
- Lorsque le besoin demeure insuffisamment couvert après l'attribution des reconnaissances prioritaires, il conviendra d'ouvrir une procédure d'appel à candidature. Cet appel à candidature est publié au recueil des actes

administratifs de la préfecture de région et rendu public sur le site officiel de l'agence régionale de santé et il y est maintenu jusqu'à la date de clôture de l'appel. Le contenu de l'appel à candidature est prévu par le code de la santé public. A l'issue de la procédure d'appel à candidatures le Directeur général de l'ARS désigne les entités qui seront chargés d'assurer la mission concernée.

Ces décisions seront prises après avis des fédérations représentant les établissements de santé, recueilli de manière collégiale.

Les décisions de désignation et de rejet des candidatures non retenues sont publiées au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et sur le site officiel de l'agence régionale de santé.

Après la publication du présent SROS, les établissements de santé réalisant une mission de service public feront l'objet d'une contractualisation au sein du CPOM.

L'article R. 6112-7 CSP dispose que le DG d'ARS tient à jour l'inventaire des MSP attribuées (via reconnaissance prioritaire, appel à candidature ou désignation unilatérale) aux établissements de santé (ou aux personnes mentionnés à l'article L. 6112-2). Cette liste est publiée sur le site officiel de l'agence régionale de santé.

4.1.2 Les missions de service public ne faisant pas l'objet d'inventaire

4.1.2.1 L'enseignement universitaire et post universitaire

Selon le guide méthodologique d'élaboration du SROS-PRS, la mission d'enseignement universitaire et post-universitaire consiste en la contribution à l'offre de stages ou de « postes qualifiants » dans le cadre de la formation de deuxième ou de troisième cycle des professions médicales et des pharmaciens.

Le SROS doit permettre d'identifier à partir des besoins de formation, analysés par spécialités, le volume d'offre de stage dans les disciplines médicales et pharmaceutiques non couverts par l'offre de stage actuelle des établissements.

En cas de besoins non couverts, le SROS doit fixer le nombre et le type de services susceptible d'être agréés terrains de stage. Le ressort géographique de la mission de service public est la région.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST, précisée sur ce point par le décret du 25 juin 2010 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales tous les établissements de santé ainsi qu'un certain nombre de terrains de stages ambulatoires, peuvent être agréés pour accueillir des internes de médecine. Tout établissement de santé a donc vocation à participer à la mission de formation initiale.

Le potentiel d'accueil y est extrêmement riche : ainsi 2 460 services hospitaliers sont agréés pour l'accueil des internes (hors pharmacie) et 824 maîtres de stage le sont en médecine générale. La diversité géographique de cet accueil a besoin d'être

préservée ainsi que la diversification – pour certaines activités- des situations d'exercice.

Du fait des évolutions attendues de la démographie professionnelle les questions de formation des professions médicales et pharmaceutiques sont cruciales en Ile-de-France qui accueillent par ailleurs chaque année entre 125 et 150 internes en provenance d'autres régions (le plus grand nombre en fin d'internant pour une spécialisation renforcée)

.Le nombre de postes offerts par grande catégorie est retracé ci-dessous.

Domaine	Nombre
Médecine générale	1 040
Spécialités médicales	963
Anesthésie-réanimation	244
Pédiatrie	200
Gynécologie médicale	14
Spécialités chirurgicales	516
Gynécologie-obstétrique	149
Psychiatrie	273
Médecine du travail	58
Santé publique	87
Pharmacie	275
Odontologie	29

Le potentiel d'accueil disponible conduit à estimer que les besoins sont couverts en dehors de situations particulières (pédiatrie par exemple, chirurgie de la main ou autre domaine particulier).

De nombreux autres enjeux concernent l'évolution de l'organisation des formations médicales ou paramédicales, évoquées dans le plan stratégique, dans la partie relative à la démographie du présent schéma et divers autres volets.

4.1.2.2 La recherche

Le développement de la recherche et de l'innovation en santé est un des objectifs stratégiques de l'ARS.

Dans le domaine de la recherche médicale, il est d'usage de distinguer la recherche fondamentale, largement portée par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et le centre national de recherche scientifique (CNRS), la recherche clinique, qui se réalise au cœur de l'activité hospitalière, et la recherche translationnelle qui lie la première à la seconde. Mais la recherche en santé ne se limite pas à cette trilogie et inclut également la recherche en soins infirmiers, celle sur la santé publique et celle sur les systèmes de santé et les organisations.

C'est cette définition large de la recherche en santé, associée à une conception de l'innovation qui regroupe l'ensemble des stratégies et des actions susceptibles de faire progresser la science, les techniques ou les organisations dans le domaine de la santé, que l'ARS souhaite promouvoir à l'échelle de la région.

La déclinaison de cette ambition du plan stratégique régional comporte trois enjeux principaux.

- Promouvoir notre région et ses équipes à l'échelle mondiale dans ces domaines d'excellence.
- Mettre cette recherche et cette innovation au service des défis qui nous sont directement posés, au premier rang desquels l'adaptation de notre système de santé aux enjeux du futur.
- Contribuer par la promotion de la recherche et de l'innovation à la motivation des équipes, et à la qualité des soins du quotidien.

En liens étroits avec les établissements scientifiques, entourés d'une densité exceptionnelle d'entreprises dans ce secteur, les établissements de santé franciliens, emmenés par leur CHU, l'AP-HP, constituent une force et un potentiel uniques de recherche clinique.

4.1.2.2.1 Le potentiel de recherche clinique de notre région est exceptionnel, emmené par l'AP-HP et ses groupes hospitaliers mais également par les CLCC et plusieurs établissements franciliens fortement engagés dans la recherche et l'innovation.

La recherche clinique constitue une des missions de service public des établissements de santé.

Le potentiel francilien s'appuie sur un maillage important de structures diverses et qui contribuent au déploiement de la recherche clinique :

- L'AP-HP, ses 12 groupes hospitaliers, et l'ensemble de leurs équipes ;
- Les centres de lutte contre le cancer (IGR et Curie) ainsi que les autres hôpitaux franciliens qui accueillent des équipes hospitalo-universitaires ;

La Direction inter-régionale à la recherche clinique (DIRC) / direction de la recherche clinique et du développement (DRCD – AP-HP)

La DIRC-DRCD s'appuie sur les 12 unités de recherche clinique (URC), rattachées aux 12 groupes hospitaliers de l'AP-HP.

Une unité de recherche clinique en économie de la santé (URC-éco) d'Ile-de-France dont la mission d'apporter aux établissements impliqués dans la recherche clinique le soutien nécessaire à la conduite de projets d'évaluation économique.

Les équipes franciliennes mènent près de 50% de la recherche clinique en France avec plus de 8.000 publications scientifiques annuelles et sont lauréates de multiples projets financés au titre du programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC), du programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI), du projet de soutien aux techniques et innovations coûteuses (STIC).

4.1.2.2 Unités INSERM, CIC, CRC, CRB... l'Ile-de-France dispose d'un fort potentiel d'organisation de la recherche clinique et d'appui méthodologique et technique aux équipes et aux projets de recherche.

- 142 unités mixtes de recherche (INSERM) dont 14 centres de recherche qui regroupent les équipes de chercheurs.
- 19 centres d'investigation clinique (CIC) dont la mission est l'appui technique et méthodologique aux équipes qui pilotent des projets de recherche clinique
 - 9 CIC « plurithématiques » : Bichat, Mondor, HEGP, 2 Pitié, Necker, 15/20, Debré, Saint-Louis
 - 3 CIC « épidémiologie » – essais cliniques : Bichat, HEGP, Debré
 - 1 CIC « innovation technologique » : Garches
 - 6 CIC « biothérapies » : Cochin, Mondor, IGR-Curie, Pitié, Cochin, Saint-Louis.
- 7 centres de recherche clinique (CRC), récemment labellisés par le ministère de la santé : Foch, IGR, Curie et en liens avec l'AP-HP, GH Bicêtre-Béclère-Paul Brousse, GH Avicenne, GH Paris-Est & Diaconesses – Croix-Saint-Simon, GH Saint-Louis Lariboisière – Fernand Vidal. Ces CRC se verront attribuer 400.000€ annuellement pendant 5 ans avec pour objectif prioritaire les inclusions de patients dans des essais thérapeutiques.

Ces structures de recherches sont appuyées par un réseau de centres de ressources biologiques, largement implanté en Ile-de-France.

4.1.2.2.3 IDEX, LABEX, IHU... les « investissements d'avenir » reconnaissent l'Ile-de-France comme une région d'excellence.

Dans le cadre des investissements d'avenir, trois IDEX (initiatives d'excellence) avaient été reconnues en Ile-de-France : Paris-Saclay, Sorbonne Paris-Cité et Université Sorbonne.

Des projets de laboratoires d'excellence (LABEX), complètent ce dispositif notamment BIOPSY (neurosciences) et TRANSPLANTEX (projet porté par Strasbourg, associant des équipes franciliennes dans la recherche sur l'histocompatibilité).

Le programme « investissements d'avenir » a également reconnu trois Instituts hospitalo-universitaires : neurosciences translationnelles d'une part, cardiométabolisme-nutrition d'autre part (Pitié-Salpêtrière) et l'Institut des maladies génétiques – IMAGINE (Necker). Ces projets, en cours de déploiement, doivent constituer à l'avenir des « campus » hospitalo-universitaires, lieux d'attractivité d'équipes de renommées mondiales et de mise en synergies de projets de recherche médicale autour de ces thématiques.

L'AP-HP a pris l'initiative de compléter ce dispositif avec son programme de labellisation des départements hospitalo-universitaires (DHU). 8 premiers DHU ont ainsi été labellisés «en 2011 par les universités, les organismes de recherche et l'AP-HP. Un deuxième appel à projet est en cours qui doit aboutir fin 2012.

4.1.2.2.4 L'ARS doit contribuer à la valorisation des équipes et au rayonnement des structures et initiatives existantes ; progressivement, elle doit également promouvoir une recherche en santé sur un champ plus large que la seule recherche médicale.

Dans le cadre de ce premier projet régional de santé, l'ARS souhaite affirmer son soutien aux équipes et aux projets en cours. La recherche et l'innovation ne sont pas seulement indispensables au progrès scientifique, elles sont aussi nécessaires à la motivation des équipes et à l'enthousiasme individuel et collectif dont notre système de santé et plus particulièrement nos hôpitaux ont besoin pour préparer l'avenir.

- L'ARS a des responsabilités administratives comme l'autorisation des lieux de recherche clinique ou l'allocation de certains financements pour des projets tels que les PHRC, PHRI, ou STIC. En lien avec les directions concernées du ministère et la DIRC, les équipes de l'ARS s'engagent à mener ces missions administratives avec efficacité et en appui aux équipes concernées.
- Dans le domaine spécifique du cancer, afin de tenir compte du développement de la génomique, du séquençage des tumeurs et des thérapies ciblées, l'ARS a

confié au directeur général du Génopole la conduite d'une réflexion sur l'organisation souhaitable d'une ou plusieurs plateformes régionales mutualisées de séquençage à haut débit du génome.

- Face à la profonde mutation de l'organisation du système de santé il y a nécessité d'approfondir la connaissance, d'améliorer les capacités de suivi et d'évaluation, d'introduire des nouveaux schémas d'observations et d'analyse, de prêter attention aux représentations des divers groupes sociaux : autant de raisons qui doivent conduire à se rapprocher des équipes franciliennes de chercheurs et d'universitaires compétentes en économie de la santé, en géographie, en aménagement du territoire, en épidémiologie, en santé publique, en organisation du système de santé et d'une manière plus générale impliquée dans la compréhension des attentes des usagers et des professionnels.

4.1.2.3 Le développement professionnel continu

La loi HPST introduit donc le nouveau concept de DPC, emprunté aux pays anglo-saxons, et en donne la définition française à l'article 59 (article L.4133-1 du code de la santé publique) :

« Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. »

Il s'agit donc d'une obligation individuelle s'inscrivant dans une démarche permanente induisant un changement de pratiques, qui se traduit lui-même en bénéfices cliniques et/ou économiques.

Il ne faut pas perdre de vue que le DPC est avant tout un outil au service de la qualité en santé.

Afin de satisfaire à son obligation, chaque professionnel doit participer à un programme collectif annuel ou pluriannuel de DPC, mis en place par un organisme enregistré auprès de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), évalué favorablement par une commission scientifique indépendante (CSI), conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC et qui comporte une des méthodes ou modalités validées par la HAS. Les programmes peuvent être pluridisciplinaires et interprofessionnels, et s'adresser à des publics aussi bien libéraux que salariés. Ils sont centrés sur l'analyse des pratiques professionnelles et complétés par des actions de formation didactique (FMC classique).

Les établissements doivent donc anticiper au mieux le DPC afin de pouvoir en maîtriser l'impact financier et humain (gestion des plannings). La mise en place de l'obligation pour l'ensemble des professionnels de santé peut en effet s'avérer, à première vue, irréalisable, compte tenu du nombre de personnes qui y sont soumises.

L'enjeu pour les établissements publics est d'autant plus important que le DPC fait partie des missions de service public qui leur sont confiées, au même titre que la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs ou bien encore la recherche (article L. 6112-1 du code de santé publique).

Même si la responsabilité de l'employeur n'est pas explicitement engagée, l'employeur devra veiller à ce que tous les professionnels concernés par l'obligation puissent participer chaque année à un programme de DPC, tel que le prévoit la loi.

Pour y faire face au mieux, les établissements pourront demander leur enregistrement comme organisme de DPC au même titre que les autres structures de formation (associations, sociétés commerciales...). Mais il s'agira avant tout de diagnostiquer l'existant, aussi bien en terme d'analyse des pratiques professionnelles (staffs-EPP, réunions de concertation pluridisciplinaire, revues de morbi-mortalité, chemins cliniques, accréditation des spécialités à risque) que de formations didactiques (EPU, FMC...). Dans un second temps, il conviendra de formaliser les procédures en interne, puis de se faire enregistrer comme prestataire de formation auprès du préfet de région. Ensuite, il conviendra de sa faire enregistrer auprès de l'OGDPC, groupement d'intérêt public Etat-Assurance Maladie en charge du pilotage national du dispositif, et de se faire évaluer par la ou les commissions scientifiques indépendantes, instances d'expertise scientifique et pédagogique. Seuls les organismes évalués favorablement pourront mettre en place des actions qui seront prises en compte dans le cadre de l'obligation légale de DPC.

A ce jour, même si une grande partie de ces différentes instances sont en place, le dispositif n'est pas encore pleinement opérationnel. Il devrait l'être début 2013.

4.1.2.4 Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination.

Le schéma de prévention précise les conditions de mise en œuvre de la présente mission. L'implication des établissements de santé est nécessaire : elle est particulièrement observée pour l'éducation thérapeutique dont 85% des 640 programmes franciliens d'éducation thérapeutique autorisés, sont portés par des établissements hospitaliers.

4.1.2.5 Les actions de santé publique

Elles contribuent à l'atteinte des objectifs de la loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Elles sont donc multiformes et concernent à des titres divers l'ensemble des établissements de santé. Certaines missions sont plus spécifiques et sont mises en œuvre par des établissements clairement identifiés. La région Ile-de-France du fait de sa taille, de la présence d'une expertise variée assure ainsi l'animation d'une grande diversité de centres de ressource impliqués soit dans le soin proprement dit (avec une vocation interrégionale et parfois nationale), soit dans l'épidémiologie, soit dans le conseil – notamment aux usagers, et la plupart du temps dans la recherche. Ces centres ont plusieurs des activités précédemment énumérées.

Parmi ces centres figurent.

Les Centres mémoire de ressources et de recherche,
 Les COREVIH (comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH),
 Les Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage,
 Les Centres de références pour la prise en charge des maladies rares,
 Le Centre de référence sur l'hémophilie,
 Les Centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose,
 Les Centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson,
 Les Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal,
 Le centre de diagnostic préimplantatoire,
 Les Centres de référence pour les infections ostéo-articulaires,
 Les Registres à caractère épidémiologique,
 Le Centre national de ressources de la douleur,
 Le Centre national de ressources pour les soins palliatifs.

4.1.2.6 Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres de rétention est exercée dans le respect des dispositions des articles L.551-1 et suivants du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Les départements concernés par l'implantation de ces centres sont les suivants : la Seine-et-Marne, les Yvelines, l'Essonne, la Seine-Saint-Denis et Paris.

La liste des établissements faisant l'objet d'une convention entre le préfet territorialement compétent et le centre de rétention est reproduite dans le tableau ci-dessous :

Dép.	Etablissements
75	3 CRA de Paris - 12 ^{eme} arrondissement (CRA 1 60 places, CRA 2 58 places, CRA 3 58 places) .1 CRA de Paris, site du palais de justice (40 places réservées aux femmes)
77	2 CRA du Mesnil-Amelot (120 places chacun, en tout 240 places)
78	Le CRA de Plaisir , 32 places
91	Le CRA de Palaiseau , 40 places.
93	Le CRA de Bobigny 39 places.

Sur l'Île-de-France, on dénombre ainsi 9 centres de rétention administrative (CRA), avec une capacité totale de 567 places.

Il n'est pas prévu d'implantation supplémentaire.

4.1.2.7 Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté est exercée dans le respect des dispositions des articles L 706-53-13 et suivants du code de procédure pénale ; elle est assurée par des établissements désignés directement par le Gouvernement.

Il n'existe actuellement qu'un seul centre expérimental situé à Fresnes, dont l'évaluation est prévue après 5 ans de fonctionnement. Cette mission de service public ne pourra donc pas faire l'objet d'une attribution dans le SROS-PRS.

4.1.3 Les missions de service public faisant l'objet d'inventaire⁸

4.1.3.1 La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a défini les règles en la matière.

Les établissements assurant cette mission sont ceux figurant dans le tableau ci-dessous et couvrent la totalité du besoin.

⁸ L'Île-de-France a choisi le département comme territoires qui sont désignés dans les tableaux suivants par leur numéro

Etablissements autorisés à la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement

Dép.	Etablissements
75	<ul style="list-style-type: none"> . EPS Sainte-Anne au sein de ses UHC installés dans le 14^{ème} arr. et via ses équipements sectoriels ou intersectoriels implantés à Paris . Groupe public de santé Perray-Vaucluse au sein de ses UHC installées à l'hôpital Henri Ey et via ses équipements sectoriels ou intersectoriels implantés à Paris . EPS Maison Blanche au sein de ses UHC installées sur les sites d'Haute ville, Bichat, Lasalle et Aviron et via ses équipements sectoriels ou intersectoriels implantés à Paris . "Hôpitaux de Saint-Maurice" via ses équipements sectoriels ou intersectoriels implantés à Paris . ESPIC ASM13 au sein de ses UHC installées à la polyclinique Wurtz et via ses équipements sectoriels ou intersectoriels implantés à Paris
77	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier de Coulommiers . Centre hospitalier de Lagny . Centre hospitalier de Meaux . Centre hospitalier de Melun . Centre hospitalier de Nemours . Centre hospitalier de Provins
78	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier de Versailles . Centre hospitalier François Quesnay - Mantes la Jolie . Institut Marcel Rivière - La-Verrière . Centre hospitalier intercommunal de Meulan les Mureaux . Centre hospitalier Théophile Roussel-Montesson . Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain . Centre hospitalier Jean-Martin Charcot - Plaisir
91	<ul style="list-style-type: none"> . EPS Barthélémy Durand – Etampes . Centre hospitalier d'Orsay . Centre hospitalier Sud-Francilien – Corbeil-Essonnes . Etablissements recevant des patients parisiens adressés par la préfecture de police de Paris . GPS Perray-Vaucluse à Epinay sur Orge . AMS 13 – Hôpital l'Eau Vive – Soisy sur Seine
92	<ul style="list-style-type: none"> . EPS Roger Prévot – Moisselles . Hôpital Max Fourestier – Nanterre . Hôpital Louis Mourier – Colombes . Clinique MGEN - Rueil Malmaison . Hôpital Corentin Celton – Issy-les-Moulineaux . EPS Paul Guiraud – Villejuif . EPS Erasme – Antony

Dép.	Etablissements
93	<ul style="list-style-type: none"> . EPS de Ville Evrard – Neuilly-sur-Marne . CHI Robert-Ballanger – Aulnay-sous-Bois . EPS Maison Blanche pour son UH située à Neuilly-sur-Marne . Maison de santé d'Epinaux-sur-Seine . Clinique de Villepinte
94	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier Paul Guiraud – Villejuif . EPS Les Murets – La Queue-en-Brie . Hôpital Paul Brousse – Villejuif . "Les hôpitaux de Saint-Maurice" . Hôpital Chenevier – Créteil . Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges
95	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier Victor Dupouy – Argenteuil . Clinique d'Orgemont – Argenteuil . EPS Les Portes de l'Oise – Beaumont-sur-Oise . Centre hospitalier Simone Veil – Eaubonne . Centre hospitalier de Gonesse . Centre hospitalier René Dubos – Pontoise . EPS Roger Prévot – Moisselles

Source : ARS arrêté n° 11-589 du 16/08/2011

Les besoins étant couverts par l'offre existante, le nombre d'implantation par territoire de santé reste identique à celui des sites portant au jour de la publication du présent SROS cette mission de service public.

4.1.3.2 La prise en charge des soins palliatifs (paragraphe révisé)

La mission de prise en charge des soins palliatifs repose sur la disponibilité en unités dédiées, en équipes mobiles de soins palliatifs ou en équipes ressources régionales de soins palliatifs. Cette activité fait l'objet d'un volet particulier qui expose en particulier les extensions souhaitées.

Sont retracés ci-dessous les établissements réalisant cette activité.

Unités de Soins Palliatifs Implantations par territoire	
75 (6)	<ul style="list-style-type: none"> . Groupe hospitalier Sainte-Perrine/Lagache . Hôpital Bretonneau . Hôpital des Diaconesses . Hôpital Jean Jaurès . Hôpital privé Cognacq-Jay . Maison médicale Jeanne Garnier
77 (2)	<ul style="list-style-type: none"> . Maison médicale de Forcilles à Férolles-Attilly . Centre Hospitalier de Fontainebleau
78 (3)	<ul style="list-style-type: none"> . Centre gériatrique Denis Forestier à La Verrière . Hôpital local de Houdan . Maison de santé "Claire Demeure" à Versailles
91 (5)	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier d'Arpajon . Centre médical de Bligny . Etablissements de santé du centre hospitalier de Juvisy-sur-Orge . Groupe hospitalier Joffre-Dupuytren . Hôpital Clémenceau à Champcueil
92 (2)	<ul style="list-style-type: none"> . Notre Dame du Lac à Rueil-Malmaison . Centre hospitalier Neuilly-Courbevoie à Puteaux
93 (3)	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier général de Saint-Denis – Hôpital Casanova à Saint-Denis . Groupe hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil . Hôpital René Muret à Sevran
94 (3)	<ul style="list-style-type: none"> . Groupement hospitalier Henri Mondor/Albert Chenevier – site Albert Chenevier à Créteil . Groupe hospitalier universitaire-Est site Charles Foix à Ivry . Hôpital Paul Brousse à Villejuif
95 (3)	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier René Dubos à Pontoise . Centre hospitalier Victor Dupouy à Argenteuil . Hôpital Charles Richet à Villiers-le-Bel

Equipes mobiles de Soins Palliatifs Implantations par territoire	
75 (17)	<ul style="list-style-type: none"> . Groupement interhospitalier Bichat / Claude Bernard . Groupe hospitalier Broussais / Hôpital Européen Georges Pompidou . Groupe hospitalier Cochin- St-Vincent de Paul . Groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal . Groupe hospitalier Saint-Joseph . Groupe hospitalier Sainte Périne-Lagache . Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière . Hôpital Bretonneau . Hôpital Broca . Hôpital des Diaconesses . Hôpital Necker Enfants Malades . Hôpital Saint-Antoine . Hôpital Saint-Louis . Hôpital Tenon . Hôpital Vaugirard . Institut Curie . Hôpital Robert Debré
77 (7)	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier de Lagny-Marne la Vallée . Centre hospitalier de Meaux . Centre hospitalier de Coulommiers . Centre hospitalier de Fontainebleau . Centre hospitalier de Montereau . Centre hospitalier Marc Jacquet à Melun . Centre hospitalier Léon Binet à Provins
78 (8)	<ul style="list-style-type: none"> . Centre Hospitalier François Quesnay à Mantes-la-Jolie . Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy – St-Germain en Laye . Centre hospitalier de Rambouillet . Centre hospitalier André Mignot à Versailles . Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan les Mureaux . Hôpital gériatrique et médico-social de Plaisir . Hôpital du Vésinet . Hôpital local de Houdan
91 (7)	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier d'Arpajon . Centre hospitalier de Longjumeau . Centre médical de Bligny . Centre hospitalier Sud-Francilien à Corbeil-Essonnes . Groupe hospitalier Joffre-Dupuytren – site hôpital Dupuytren à Draveil . Hôpital privé gériatrique Les Magnolias à Ballainvilliers . Hôpital Clémenceau à Champcueil
92 (9)	<ul style="list-style-type: none"> . Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre-Hôpital Max

	<p>Fourestier à Nanterre</p> <ul style="list-style-type: none"> . Hôpital Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt . Hôpital Antoine Béchère à Clamart . Hôpital Beaujon à Clichy . Hôpital Corentin Celton à Issy-les-Moulineaux . Hôpital Foch à Suresnes . Hôpital Louis Mourier à Colombes . Institut Curie – Centre René Huguenin à Saint-Cloud . Maison médicale N.D. du Lac à Rueil Malmaison
93 (6)	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier général Delafontaine à Saint-Denis . Centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger – Aulnay-sous-Bois . Groupe hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil . Hôpital Avicenne à Bobigny . Hôpital Jean Verdier à Bondy . Hôpital René Muret à Sevran
94 (9)	<p>Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges</p> <ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier intercommunal de Créteil . Groupement hospitalier Henri Mondor/Albert Chenevier – site Henri Mondor à Créteil . Groupe hospitalier universitaire-Est site Charles Foix à Ivry . Hôpital Bicêtre au Kremlin-Bicêtre . Hôpital Paul Brousse à Villejuif . Hôpital St-Camille à Bry-sur-Marne . Institut Gustave Roussy à Villejuif . Hôpital Emile Roux à Limeil Brévannes
95 (8)	<ul style="list-style-type: none"> . Groupe hospitalier Eaubonne-Montmorency – Hôpital Simone Veil à Eaubonne . Groupe hospitalier Eaubonne-Montmorency – Site de Montmorency . Centre hospitalier de Gonesse . Centre hospitalier du Vexin à Magny en Vexin . Centre hospitalier René Dubos à Pontoise . Centre hospitalier Victor Dupouy à Argenteuil . Hôpital Charles Richet à Villiers le Bel . CH Carnelle à Saint Martin du Tertre

Source : ARS

4.1.3.5 La lutte contre l'exclusion sociale

La lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre soit :

- de structures de permanence d'accès aux soins ;
- d'équipe mobile (de type équipe mobile psychiatrie/précarité).

Des financements sont par ailleurs attribués à certains établissements pour compenser les charges spécifiques découlant de la prise en charge en nombre important de patients en situation de vulnérabilité sociale.

Etablissements financés pour la permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

Dép.	Etablissements
75	<ul style="list-style-type: none"> . Hôpital Armand Trousseau . Hôpital Bichat . Hôpital Cochin . Hôpital européen Georges Pompidou . Hôpital Hôtel-Dieu . Hôpital Lariboisière . Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière . Hôpital Robert Debré . Hôpital Saint-Antoine . Hôpital Saint-Louis . Hôpital Tenon
77	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier de Meaux . Centre hospitalier de Lagny – Marne-la-Vallée . Centre hospitalier Marc Jacquet à Melun
78	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier intercommunal de Poissy – St-Germain . Centre hospitalier intercommunal de Meulan les Mureaux . Centre hospitalier François Quesnay à Mantes-la-Jolie . Centre hospitalier de Rambouillet . Centre hospitalier de Versailles
91	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier Sud-Francilien à Corbeil . Centre hospitalier Sud-Essonne – Dourdan-Etampes . Centre hospitalier de Juvisy-sur-Orge . Centre hospitalier de Longjumeau . Centre hospitalier d'Orsay
92	<ul style="list-style-type: none"> . Hôpital Ambroise Paré à Boulogne Billancourt . Hôpital Antoine Béclère à Clamart . Hôpital Beaujon à Clichy . Hôpital Corentin Celton à Issy-les-Moulineaux . Hôpital Louis Mourier à Colombes . Institut hospitalier Franco-britannique à Levallois-Perret . Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre
93	<ul style="list-style-type: none"> . Hôpital Avicenne à Bobigny . Hôpital Jean Verdier à Bondy . Groupe hospitalier intercommunal – Le Raincy-Montfermeil . Centre hospitalier André Grégoire à Montreuil . Centre hospitalier de St-Denis . Centre hospitalier Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois

94	<ul style="list-style-type: none"> . Hôpital Albert Chenevier à Créteil . Hôpital Bicêtre au Kremlin-Bicêtre . Hôpital Henri Mondor à Créteil . Hôpital Saint-Camille à Bry-sur-Marne . Centre hospitalier intercommunal de Créteil . Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges . Hôpital Paul Brousse à Villejuif
95	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier intercommunal des Portes de l'Oise . Groupe Hospitalier Eaubonne-Montmorency – Hôpital Simone Veil . Centre Victor Dupouy à Argenteuil . Centre hospitalier de Gonesse . Centre hospitalier René Dubos à Pontoise

Il existe par ailleurs cinq permanences de soins gérées par des établissements psychiatriques :

75 – hôpital Ste-Anne

91 – hôpital Barthélémy Durand à Etampes

92 - Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre

93 – hôpital Ville Evrard à Neuilly sur Marne

94 – centre hospitalier Les Murets à La Queue en Brie

Il n'est pas prévu de créer de nouvelles permanences d'accès aux soins de santé, plusieurs structures actuellement financées n'étant pas en fonctionnement.

Etablissements ayant bénéficié de crédits de crédits MIG précarité

Dép.	Etablissements
75	<ul style="list-style-type: none"> . Hôpital Armand Trousseau . Hôpital Bichat . Hôpital Cochin . Hôpital européen Georges Pompidou . Hôpital Hôtel-Dieu . Hôpital Lariboisière . Hôpital Necker . Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière . Hôpital Robert Debré . Hôpital Saint-Antoine . Hôpital Saint-Louis . Hôpital Tenon . Hôpital Léopold Bellan . Relais médical – Clinique Milan . Centre médico-chirurgical de Vinci . Clinique Jeanne d'Arc . Clinique d'Autancourt . Clinique du Mont Louis . Clinique Paris Montmartre

Dép.	Etablissements
77	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier Marc Jacquet à Melun . Centre hospitalier de Montereau . Centre hospitalier de Lagny – Marne-la-Vallée
78	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier intercommunal de Meulan les Mureaux . Centre hospitalier François Quesnay à Mantes-la-Jolie
91	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier Sud-Francilien à Corbeil . Centre hospitalier de Juvisy-sur-Orge . Centre hospitalier d'Arpajon . Centre hospitalier de Longjumeau
92	<ul style="list-style-type: none"> . Hôpital Ambroise Paré à Boulogne Billancourt . Hôpital Antoine Bécclère à Clamart . Hôpital Beaujon à Clichy . Hôpital Louis Mourier à Colombes . Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre . Clinique Ambroise Paré
93	<ul style="list-style-type: none"> . Hôpital Avicenne à Bobigny . Hôpital Jean Verdier à Bondy . Groupe hospitalier intercommunal – Le Raincy-Montfermeil . Centre hospitalier André Grégoire à Montreuil . Centre hospitalier de St-Denis . Centre hospitalier Robert Ballanger à Aulnay-Sous-Bois . Maternité des Lilas . Hôpital européen de Paris – La Roseraie à Aubervilliers . Centre chirurgical Floréal à Bagnolet . Hôpital Privé de Seine-Saint-Denis au Blanc-Mesnil . Polyclinique Vauban à Livry-Gargan . Clinique Hoffman à Rosny-sous-Bois . Clinique de l'Estrée à Stains . Clinique du Landy à Saint-Ouen . Clinique de la Dhuys à Bagnolet
94	<ul style="list-style-type: none"> . Hôpital Albert Chenevier à Créteil . Hôpital Bicêtre au Kremlin-Bicêtre . Hôpital Charles Foix à Ivry-sur-Seine . Hôpital Henri Mondor à Créteil . Hôpital Paul Brousse à Villejuif . Hôpital Saint-Camille à Bry-sur-Marne . Hôpitaux de Saint-Maurice . Centre hospitalier intercommunal de Créteil . Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges . Hôpital Privé de Marne la Vallée à Bry-sur-Marne . Clinique des Noriets à Vitry-sur-Seine . Clinique Pasteur à Vitry
95	<ul style="list-style-type: none"> . Centre hospitalier intercommunal des Portes de l'Oise . Centre Victor Dupouy à Argenteuil . Centre hospitalier de Gonesse . Centre hospitalier René Dubos . Hôpital privé d'Enghien . Hôpital Privé du Nord-Parisien à Sarcelles

Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Dép.	Etablissements	Ville d'intervention
75	. Centre hospitalier Sainte-Anne . Centre hospitalier Maison Blanche . Centre hospitalier Esquirol . Centre hospitalier Perray Vacluse . ASM 13	
77	. EMPP "La Rose des Vents" . Centre hospitalier de Melun	. Meaux . Melun
78	. EMP CAP santé 78 . Centre hospitalier du Chesnay	. Carrières sous Poissy . Versailles
91	. Etablissement public de santé B. Durand . Etablissement public de santé d'Etampes	. Brétigny sur Orge . Etampes
92	. Centre hospitalier Paul Guiraud . EMPP "Le Fil d'Ariane" . Centre médico-psychologique W. Granoff . Centre d'accueil et de soins hospitaliers	. Bagneux . Nanterre . Nanterre . Nanterre
93	. Etablissement public de santé mentale de Ville Evrard . Centre hospitalier intercommunal A. Grégoire . Centre hospitalier R. Ballanger	. Neuilly sur Marne . Montreuil . Tremblay en France
94	. Hôpital Paul Brousse à Villejuif . Centre hospitalier Les Murets . Centre médico-psychologique de Fresnes . Centre hospitalier Paul Guiraud	. Ivry . La Queue en Brie . Fresnes . Villejuif
95	. Equipe mobile de liaison "Les Oliviers" . Centre hospitalier régional R. Dubos . Hôpital Chenevier-Mondor . Centre hospitalier intercommunal des Portes de l'Oise . Centre hospitalier de Gonesse	. Beaumont sur Oise . Cergy Pontoise . Créteil . Domont . Gonesse

Les besoins étant couverts par l'offre existante, le nombre d'implantation par territoire de santé reste identique à celui des sites portant au jour de la publication du présent SROS cette mission de service public.

4.1.3.6 L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés

Le volet médecine d'urgence du présent schéma précise les conditions d'exercice de la présente mission.

4.1.3.7 Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire

Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, c'est-à-dire les unités de consultations et soins ambulatoires, les unités hospitalières sécurisées interrégionales, les chambres sécurisées pour détenus, ainsi que les unités hospitalières spécialement aménagés.

Dép.	Etablissements	Implantations
75	. Groupement hospitalier Cochin-St Vincent de Paul . Groupe hospitalier Pitié- Salpêtrière . Hôpital Ste-Anne	3
77	. Centre hospitalier de Meaux . Centre hospitalier Marc Jacquet à Melun	2
78	. Centre hospitalier de Versailles . Centre hospitalier de Mantes la Jolie . Centre Hospitalier Intercommunal Poissy- Saint-Germain . Hôpital Charcot à Plaisir	4
91	. Centre hospitalier Sud Francilien à Corbeil-Essonnes	1
92	. Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre	1
93	. Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois	1
94	. Groupement hospitalier Bicêtre . Etablissement public de santé national de Fresnes . Hôpital Paul Guiraud à Villejuif	3
95	. Centre hospitalier René Dubos à Pontoise	1

Il n'y a pas de projet de création de nouveaux établissements pénitentiaires sur la région.

Seule une réhabilitation pour la maison d'arrêt de Paris la Santé devrait débuter en 2014.

Les besoins étant couverts par l'offre existante, le nombre d'implantation par territoire de santé reste identique à celui des sites portant au jour de la publication du présent SROS cette mission de service public.

4.1.3.8 La permanence des soins en établissements de santé

Un volet spécifique du présent schéma précise les conditions d'exercice de la présente mission.



4.2 Les volets thématiques

Pour des raisons matérielles et tout en faisant intégralement partie du présent schéma, les différents volets thématiques sont regroupés dans un document distinct.

Glossaire

ABM : agence de biomédecine
AD : autodialyse
ADARPEF : association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française
AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AIT : accident ischémique transitoire
ALD : affections de longue durée
AM : assurance maladie
AMP : aide médico-psychologique
AMP : assistance médicale à la procréation
APA : allocation personnalisée d'autonomie
AP-HP : assistance publique- hôpitaux de Paris
ARLIN : antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
ARS : agence régionale de santé
ASE : aide sociale à l'enfance
ASR : assistants spécialistes régionaux
ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU : (forfait) accueil et traitement des urgences
AVC : accident vasculaire cérébral
BSPP : brigade des sapeurs pompiers de Paris
CA : chiffre d'affaires
CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CC : cardiopathie congénitale
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCLIN : centre de coordination et de lutte contre les infections nosocomiales
CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit
CDEA : centre de diagnostic et d'évaluation
CDES : commission départementale d'éducation spéciale
CDPN : centre de diagnostic prénatal
CDT : contrat de développement territorial
CEC : circulation extra-corporelle
CépiDC : centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CERVEAU : centre régional de veille et d'action sur les urgences
CESP : contrat d'engagement de service public
CFAR : collège français des anesthésistes réanimateurs
CGH : comparative génomique hybridation
CHA : centre hospitalier d'Argenteuil
CHG : centre hospitalier général
CHIPO : centre hospitalier intercommunal des Portes de l'Oise
CHT : communauté hospitalière de territoire
CHU : centre hospitalier universitaire
CIC : centre d'investigation clinique
CISS : collectif interassociatif sur la santé
CLCC : centre de lutte contre le cancer



CLIC : centre local d'information et de coordination gérontologique
CLIN : centre de coordination et de lutte contre les infections nosocomiales
CLSM : conseil local de santé mentale
CMC : centre médico-chirurgical
CMD : catégorie majeure de diagnostic
CME : commission Médicale d'Etablissement
CMP : centre médico-psychologique
CNC : conseil National de Chirurgie
CNCH : collège national des Cardiologues des Hôpitaux
CNOM : conseil National de l'Ordre des Médecins
CNP : conseil National de Pilotage
CNRS : centre national de la recherche scientifique
COBH : cyclotrons et aux caissons d'oxygénothérapie hyperbare
COREVIH : comité de coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine
CP2 : centre périnatal de type 2
CP3 : centre périnatal de type 3
CPDPN : centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRA : centre de rétention administrative
CRC : centre de recherche clinique
CRFMC : conseils régionaux de la formation médicale continue
CRSA : commission Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRUQPC : commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSH : cellules souches hématopoïétiques
CSOS : commission spécialisée de l'offre de soins
CSP : code de la santé publique
CTB : centre de traitement des grands brûlés
CTBRC : centre de traitement des blessés radio contaminés
CTRA : comité technique régional sur l'autisme
CTSA : centre de transfusion sanguine des armées
DAD : dialyse à domicile
DAF : dotation annuelle de financement
DAP : direction de l'administration pénitentiaire
DCSSA : direction centrale du service de santé des armées
DDAC : donneur décédé après arrêt circulatoire
DES : diplôme d'études spécialisées
DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires
DFC : défibrillation cardiaque
DGARS : directeur général de l'ARS
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DHU : département hospitalo-universitaire
DIRC : direction inter-régionale à la recherche clinique
DMS : durée moyenne de séjour
DP : dialyse péritonéale
DPC : développement professionnel continu
DPI : diagnostic préimplantatoire
DPI : dispositif précoce d'insertion



DRCD : direction de la recherche clinique et du développement
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECG : électrocardiogramme
EEG : électroencéphalogramme
EFS : établissement français du sang
EHMP : ensemble hospitalier militaire parisien
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EML : équipement matériel lourd
EMP : équipe mobile de psychiatrie
EMPP : équipe mobile psychiatrie précarité
EMSP : équipe mobile de soins palliatifs
ENC : examens nationaux classants
EPP : entretien prénatal précoce
EPP : évaluation des pratiques professionnelles
EPS : établissement public de santé
EPSNF : établissement public de santé national de Fresnes
EPU : enseignement post-universitaire
ESP : établissement de soins pluridisciplinaires
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP : éducation thérapeutique
ETP : équivalent temps plein
FA : fibrillation atriale
FA : file active
FAM : foyer d'accueil médicalisé
FCC : formation conventionnelle continue
FDG : fluoro-deoxy-D-glucose
FDT : foyer de vie à double tarification
FESUM : fédération européenne des services d'urgences mains
FET : fluoroethyl-tyrosine
FFR : fraction de flux de réserve coronaire
FHF : fédération hospitalière de France
FIR : fonds d'indemnisation régional
FISH : fluorescent in situ hybridization
FMC : formation médicale continue
FPC : formation professionnelle continue
FRI-SFR : fédération de radiologie interventionnelle de la Société française de radiologie
GCS : groupement de coopération sanitaire
GDR : gestion du risque
GEM : groupes d'entraide mutuelle
GHEM : groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency
GHT : groupe homogène de tarif
GIR : groupe iso-ressources
GMPS : Gir moyen pondéré soins
GO : gynécologues-obstétriciens
GPS : groupe public de santé
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : haute autorité de santé
HC : hospitalisation complète



HCAAM : haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP : haut conseil de la santé publique
HD : hémodialyse
HDJ : hôpital de jour
HIA : hôpital d'instruction des armées
HPNP : hôpital privé du nord parisien
HPST : (Loi) hôpital, patients, santé et territoire
HTA : hypertension artérielle
IAC : insémination artificielle avec sperme du conjoint
IAO : infirmières d'accueil et d'orientation
IC : insuffisance cardiaque
ICR : indice de coût relatif
ICT : irradiation corporelle totale
IDEX : initiative d'excellence
IDM : infarctus du myocarde
IGAS : inspection générale des affaires sociales
IGR : Institut Gustave Roussy
IJ : infanto-juvénile
IME : Institut médico-éducatif
INCa : institut national du cancer
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : Institut de veille sanitaire
IRC : insuffisance rénale chronique
IRCT : insuffisance rénale chronique terminale
IRDES : institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IRM : imagerie par résonance magnétique
ITEP : instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques
IVG : interruption volontaire de grossesse
JACIE : joint accreditation committee of ISCT and EBMT
LFSS : loi de financement de la sécurité sociale
LABEX : laboratoires d'excellence
LOLF : loi organique relative aux lois de finances
MAIA : missions d'accueil et d'information des associations
MAS : maison d'accueil spécialisée
MCO : médecine-chirurgie-obstétrique
MDA : maison des adolescents
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
MIG : missions d'intérêt général
MIGAC : mission d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation
MK : masseurs-kinésithérapeutes
MPR : médecine physique et de réadaptation
NABM : nomenclature des actes de biologie médicale
NRBC : nucléaire, radiologique, biologique et chimique
NRI : neuroradiologie
OGDPC : organisation gestionnaire du développement professionnel continu
OMS : organisation mondiale de la santé
ONDAM : objectif national des dépenses de l'assurance maladie
OCDE : organisation de coopération et de développement

OQN : objectifs quantifiés nationaux
OQOS : objectifs quantifiés de l'offre de soins
PASS : permanence d'accès à la santé et aux soins
PDSA : permanence des soins ambulatoires
PDSES : permanence des soins des établissements de santé
PEAJ : points d'écoute et accueil jeunes
PEC : prise en charge
PECD : prise en charge déterminante
PFT : placement familial thérapeutique
PG : psychiatrie générale
PHRC : programmes hospitaliers de recherche clinique
PHRI : programme hospitalier de recherche infirmière
PJJ : protection judiciaire de la jeunesse
PLFSS : projet loi de financement de la sécurité sociale
PMI : protection maternelle et infantile
PMP : pathos moyen pondéré
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PNMR : plan national maladies rares
PPI : plan pluriannuel d'investissement
PPS : programme personnalisé de soins
PRADO : programme d'accompagnement du retour à domicile
PRAPS : programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
PRS : projet régional de santé
PRT : plan régional de télémédecine
PSL : produits sanguins labiles
PSRS : plan stratégique régional de santé
RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
REIN : registre réseau, épidémiologie, information, néphrologie
RENIF : réseau de néphrologie d'Ile-de-France
RIFHOP : réseau Ile-de-France en hémato-onco-pédiatrique
RMM : revue de morbi-mortalité
ROFSED : réseau ouest-francilien de soins des enfants drépanocytaires
ROR : répertoire opérationnel des ressources
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
SA : semaine d'aménorrhée
SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU : service d'aide médicale d'urgence
SAPAD : service d'assistance pédagogique à domicile
SAU : service d'accueil des urgences
SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale
SDIS : service départemental d'incendie et de secours
SF : sages-femmes
SFAR : société française d'anesthésie et de réanimation
SFETB : société française d'étude et de traitement des brûlures
SI : soins intensifs
SME : sujet en état de mort encéphalique
SMPR : service médico-psychologique régional
SMTI : soins médicaux techniques importants



SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation
SNC : système nerveux central
SOTS : schéma d'organisation de la transfusion sanguine
SPRA : service de protection radiologique des armées
SROMS : schéma régional d'organisation médico-sociale
SRPR : service de réadaptation post-réanimation
SSA : service de santé des armées
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSM : soins de suite médicalisés
SSR : soins de suite et de réadaptation
STC : synchronisation « triple chambre »
STIC : soutien aux techniques et innovations coûteuses
STOT : schémas territoriaux d'organisation de transfusion sanguine
T2A : tarification à l'activité
TDM : tomodensitométrie
TED : troubles envahissants du développement
TEP : tomographie par émission de position
TSI : taux standardisé d'incidence
TSM : taux standardisé de mortalité
UCC : unité cognitivo-comportementale
UCOG : unité de coordination en oncogériatrie
UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires
UDM : unité de dialyse médicalisée
UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée
UHR : unité d'hébergement renforcée
UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI : unité hospitalière sécurisée interrégionale
UMAP : unité pour malades agités perturbateurs
UMI : unité mobile interdépartementale
UMJ : unité médico-judiciaire
UNV : unité neurovasculaire
UPID : unité psychiatrique intersectorielle départementale
URC : unité de recherche clinique
URC-éco : unité de recherche clinique en économie de la santé
URPS : union Régionale des Professionnels de santé
USC : unité de soins continus
USC : unité de surveillance continue
USIC : unité de soins intensifs cardiologiques
USI-NV : unité de soins intensifs neurovasculaires
USIP : unité de soins intensifs en psychiatrie générale
USLD : unité de soins de longue durée
USP : unité de soins palliatifs
UTEP : unités transversales d'éducation thérapeutique
VAD : visites à domicile
VHB : virus de l'hépatite B
VHC : virus de l'hépatite C
VIH : virus de l'immunodéficience humaine
VSAV : véhicule de secours et d'assistance aux victimes
ZUS : zone urbaine sensible

35 rue de la gare - 75935 Paris cedex 19

Tél : 01.44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

