

**SCHEMA REGIONAL DE
L'ORGANISATION SANITAIRE
DE TROISIEME GENERATION**

2006-2010

ARHIF

Agence Régionale
de l'Hospitalisation
d'Ile-de-France

Mars 2006

ARRETE N° 06-21

**RELATIF AU SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE
DE L'ILE-DE-FRANCE**

**LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'ILE-DE-FRANCE**

- VU le code de la santé publique, et notamment les articles L. 6115-3, L. 6121-1 à 12, L. 6122-10-1, L. 6131-1 à 4, R. 6121-1 à 5, D. 6121-6 à 9,
- VU l'arrêté du 27 avril 2004 du ministre de la santé et de la protection sociale fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire,
- VU l'arrêté n° 06-20 du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France, en date du 22 mars 2006, relatif à la délimitation de bassins de santé en Ile-de-France,
- VU les avis émis par les huit conférences sanitaires départementales,
- VU l'avis du comité régional de l'organisation sanitaire en date du 23 février 2006,
- VU l'avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale en date du 10 mars 2006,
- VU l'avis de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France en date du 21 mars 2006,

ARRÊTE

- ARTICLE 1^{ER} :** Le schéma régional d'organisation sanitaire d'Ile-de-France est arrêté conformément au document joint au présent arrêté, auquel s'ajoutent les dispositions prévues dans les arrêtés suivants :
- arrêté n° 02-04 du 19 mars 2002 relatif au volet « chirurgie infantile » du schéma régional d'organisation sanitaire de l'Ile-de-France pages 18 à 22.

- arrêté n° 03-04 du 21 janvier 2003 relatif au volet « prise en charge des personnes âgées à l'hôpital » du schéma régional d'organisation sanitaire de l'Ile-de-France pages 53 à 62.
- arrêté n° 04-50 du 20 octobre 2004 relatif au volet « insuffisance rénale chronique » du schéma régional d'organisation sanitaire de l'Ile-de-France pages 51 à 60.

ARTICLE 2 L'arrêté n° 99-40 du 23 juillet 1999 est abrogé.

ARTICLE 3 Le présent schéma est fixé pour cinq ans mais son contenu peut être révisé à tout moment, en application de l'article L. 6121-1 du code de la santé publique.

ARTICLE 4 Conformément aux dispositions de l'article L. 6122-10-1 du code de la santé publique, le présent arrêté est susceptible d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé dans les deux mois qui suivent sa publication. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux.

ARTICLE 5 Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales de Paris, de Seine-et-Marne, des Yvelines, de l'Essonne, des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne et du Val-d'Oise sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Ile-de-France.

ARTICLE 6 Le schéma régional d'organisation sanitaire, est consultable et téléchargeable sur le site <http://ile-de-france.parhtage.sante.fr>

La version papier du schéma qui fait foi juridiquement est consultable au service documentation de la préfecture de la région Ile-de-France.

Le présent arrêté pourra être également consulté au siège de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France et dans les directions départementales des affaires sanitaires et sociales de Paris, de Seine-et-Marne, des Yvelines, de l'Essonne, des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne et du Val-d'Oise.

Fait à Paris, le 23 mars 2006

Le Directeur de l'Agence régionale
de l'hospitalisation d'Ile-de-France



Philippe RITTER

PREAMBULE

Le présent document constitue le schéma régional de l'organisation sanitaire de troisième génération d'Ile-de-France (SROS 3).

Par rapport au schéma précédent qui a couvert la période 1999-2005 il comporte de substantielles différences provenant :

- du changement du cadre juridique, qu'il s'agisse des modifications des outils, des objectifs de la planification et des nouvelles règles de financement,
- de l'élargissement des domaines devant figurer dans le schéma,
- mais également de changements de toutes natures intervenus dans la région.

La méthode d'élaboration a dans l'ensemble été proche de celle mise en œuvre lors du schéma de 1999, reposant sur un double travail régional et local permettant ainsi l'expression d'une grande diversité de points de vue.

Le SROS a été élaboré en associant les établissements, les professionnels, les élus et les usagers sous des formes adaptées à chaque étape du processus.

Outre la participation des experts dans les groupes thématiques régionaux et celle des établissements, des professionnels et des usagers dans les comités de bassin de santé, un comité de pilotage, associant l'ensemble de ces composantes, a été mis en place au plan régional dès l'origine, pour débattre et se prononcer sur les orientations générales ainsi que sur la méthodologie. Il s'est réuni ensuite régulièrement à un rythme bimestriel et a permis ainsi à l'agence de mener une réelle concertation et de rechercher le consensus des partenaires avant de procéder aux arbitrages nécessaires.

Des réunions élargies d'information et d'échanges avec les professionnels et les représentants des usagers ont été organisées à deux reprises dans les départements sur l'état d'avancement des travaux en juillet 2004 et en juin/juillet 2005.

Le comité régional des usagers a été installé en juin 2004 et régulièrement informé sur les travaux du schéma. Deux forums se sont tenus en septembre 2004 et septembre 2005. Le forum des usagers de 2005 a donné lieu à des débats sur le SROS.

Deux réunions de concertation ont été organisées avec les élus dans le cadre de chaque département en janvier 2004 et début 2006.

Les projets de schéma et d'annexe ont reçu un avis favorable très largement majoritaire des huit conférences sanitaires départementales réunies fin janvier/début février 2006. Se sont également prononcés favorablement :

- le comité régional de l'organisation sanitaire, le 23 février 2006 ;
- le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, le 10 mars 2006 ;
- la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, le 21 mars 2006.

L'avis de la commission régionale de concertation en santé mentale a également été sollicité.

Une publication complémentaire au schéma rassemble les principaux documents produits, réunis par thèmes, témoignant ainsi de l'ampleur de ces travaux et de la mobilisation de tous les acteurs et partenaires sollicités par l'agence.

La non parution à ce jour de textes réglementaires, en particulier celui relatif aux autorisations de traitement du cancer, conduit à différer les recommandations concernant la chirurgie du cancer et la radiothérapie métabolique. S'agissant des soins de longue durée, une révision du schéma interviendra dès la mise au point au plan national des critères de partage entre ce qui restera du domaine sanitaire et ce qui fera partie du champ médico-social.

Le présent document comporte un exposé des règles qui régissent désormais la planification, auquel fait suite une synthèse des caractéristiques principales de la région francilienne. Le schéma proprement dit est l'objet des parties suivantes.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. De nouvelles règles pour un schéma au contenu élargi	1
1.1. Le champ d'intervention du schéma	1
1.2. Le renforcement de l'approche territoriale	2
1.3. La concertation avec les professionnels, les usagers et les élus	3
1.4. Une annexe obligatoire comportant des objectifs quantifiés	4
1.5. Les autres axes d'évolution du dispositif de soins	5
1.5.1. Le nouveau régime des autorisations	5
1.5.2. Le nouveau régime juridique des établissements (nouvelle gouvernance, rénovation des instances, création de pôles)	6
1.5.3. Une généralisation de la contractualisation	6
1.5.4. Une nouvelle allocation de ressources	7
2. Les principales caractéristiques de la région Ile-de-France	8
2.1. Une région jeune, riche, urbanisée qui présente de fortes inégalités	8
2.1.1. Une population jeune, des situations et des évolutions variables selon les départements	8
2.1.1.1. Une population plus jeune que la population française, caractérisée par un fort excédent naturel mais un solde migratoire négatif avec les autres régions	8
2.1.1.2. Une croissance démographique plus soutenue depuis 1999	9
2.1.1.3. A l'horizon 2010, une évolution différenciée selon les zones géographiques et une part croissante des plus de 75 ans	9
2.1.2. Des indicateurs socio-économiques globalement favorables mais des disparités importantes	10
2.1.2.1. Une région riche et active, créatrice d'emplois	10
2.1.2.2. Des disparités socio-économiques importantes	10
2.2. Les besoins de soins des franciliens	12
2.2.1. La mortalité	12
2.2.1.1. Une sous mortalité générale mais de fortes disparités territoriales	12
2.2.1.2. Les deux principales causes de décès : cancer et pathologies cardio-vasculaires	13
2.2.1.3. La mortalité à l'hôpital	14
2.2.2. La morbidité : l'importance des pathologies tumorales et des maladies mentales	14
2.2.2.1. Les principales pathologies	14
2.2.2.2. Autres pathologies	15
2.2.2.3. Le recours à l'hôpital : une fréquentation stable mais des taux différenciés selon les départements	16
2.3. L'état de l'offre de soins en Ile-de-France	17
2.3.1. Médecine-chirurgie-obstétrique	17
2.3.2. Soins de suite et de réadaptation	17
2.3.3. Psychiatrie	18
2.3.4. Soins de longue durée	18
2.3.5. Imagerie	19
2.3.6. Dialyse	19
2.3.7. Prise en charge des urgences	19
2.3.8. Réseaux	19

2.4. La démographie des professions de santé	20
2.5. L'organisation territoriale en Ile-de-France	22
2.6. La couverture locale des besoins en 2004	25
3. Une offre de soins pour organiser la meilleure qualité de prise en charge	26
3.1. Une exigence accrue de qualité des soins	26
3.1.1. La qualité des soins et les objectifs de santé publique	26
3.1.2. Une accessibilité organisée et renforcée	28
3.1.2.1. Une accessibilité organisée au sein de chaque bassin pour les activités de proximité	28
3.1.2.2. Une accessibilité renforcée par une extension du potentiel de prise en charge	29
3.1.2.3. Une couverture géographique plus équilibrée	32
3.1.3. Une continuité des soins modulée selon les domaines	32
3.1.3.1. Les soins de premier recours	32
3.1.3.2. Les disciplines à couverture constante	33
3.1.3.3. L'organisation de la permanence pour certaines activités spécifiques	33
3.1.3.4. La continuité de prise en charge entre les soins en extra hospitalier et les soins hospitaliers	34
3.1.4. Une sécurité de soins garantie	34
3.1.4.1. La sécurité transfusionnelle	34
3.1.4.2. La iatrogénie	35
3.1.4.3. Les mises aux normes techniques	36
3.1.4.4. L'adaptation des organisations	36
3.1.4.5. L'évolution des systèmes d'information	37
3.1.4.6. La protection de la sécurité physique des soignants	37
3.2. Les infléchissements par rapport au SROS 2	37
3.3. Les priorités du SROS	39
3.3.1. La lutte contre les inégalités de soins	39
3.3.2. Un parcours de soins organisé et lisible	41
3.3.3. Les personnes âgées	42
3.3.4. La psychiatrie et la santé mentale	44
3.3.5. La prise en charge du cancer	45
3.4. La dimension territoriale	45
4. L'approche thématique	47
4.1. Des prises en charge précoces	47
4.1.1. Optimiser les délais de prise en charge dans les situations d'urgence	48
4.1.2. Dépister précocement les situations à risque	52
4.1.3. Développer les évaluations initiales	53
4.2. Une organisation graduée des activités	54
4.2.1. Les urgences	54
4.2.2. La réanimation, les soins intensifs (hors cardiologie et neurologie) et la surveillance continue	55
4.2.3. La cardiologie	58
4.2.4. La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux	60
4.2.5. La chirurgie	62
4.2.6. La périnatalité	63
4.2.7. La prise en charge du cancer	65
4.2.8. Les soins palliatifs	68

4.3. Une meilleure fluidité	69
4.3.1. La médecine de l'enfant et de l'adolescent	70
4.3.2. La médecine interne polyvalente	71
4.3.3. Des soins de suite et de rééducation répartis de manière homogène	73
4.3.4. Une organisation de la chaîne de soins	78
4.4. Un élargissement du rôle des réseaux	83
4.5. Des prises en charge plus différenciées	87
4.5.1. Une meilleure couverture en hospitalisation à domicile	87
4.5.2. Poursuivre le développement de l'anesthésie-chirurgie ambulatoire	90
4.5.3. Renforcer l'offre d'hospitalisation de jour en réadaptation	90
4.5.4. Des interventions plus diversifiées en gériatrie	91
4.5.5. Le renforcement du potentiel ambulatoire en psychiatrie	91
4.5.6. Des interventions à adapter pour les patients atteints du SIDA	94
4.5.7. L'insuffisance rénale chronique	95
4.5.8. Développer l'offre d'éducation thérapeutique pour les enfants et adultes atteints de maladies chroniques	96
4.5.9. La prise en charge de la douleur	98
4.6. La modernisation des plateaux techniques	99
4.6.1. L'imagerie	99
4.6.2. La radiothérapie	101
4.6.3. L'assistance médicale à la procréation	102
4.6.3.1. Les activités concernées par les autorisations	102
4.6.3.2. La couverture des besoins proposée	103
4.6.4. Le diagnostic prénatal	105
4.6.4.1. Les activités concernées par les autorisations	105
4.6.4.2. La couverture des besoins proposée	105
5. La mise en œuvre du schéma	106
5.1. La contractualisation	106
5.2. Les Objectifs Quantifiés en volume	108
5.2.1. En médecine et chirurgie	109
5.2.2. En soins de suite et réadaptation fonctionnelle	109
5.2.3. En psychiatrie	114
5.2.4. En cardiologie interventionnelle	116
5.2.5. Pour l'insuffisance rénale chronique	118
5.2.6. En soins de longue durée	118
5.3. Le rythme de mise en œuvre du schéma	119
5.4. Le développement des systèmes d'information	119
5.3.1. Un investissement multi dimensionnel	119
5.3.2. Le dossier médical personnel	121
5.3.3. La télémédecine	122
5.5. Les projets médicaux de territoire	123
5.4.1 Les principes	123
5.4.2. Les modalités	123
5.6. L'accompagnement financier	124
5.7. L'évaluation	124
Annexe 1 : Comité de pilotage du SROS 3	126
Annexe 2 : Textes de référence	129
Annexe 3 : Lexique	130

INTRODUCTION

La population de l'Île-de-France est en droit de pouvoir accéder, de façon égale pour tous, à des soins adaptés et de qualité. La région dispose d'un appareil de soins important en capacité et diversifié. Le schéma régional d'organisation sanitaire d'Île-de-France a pour ambition de mobiliser tous les établissements de santé et tous les professionnels concernés pour en assurer le fonctionnement le plus performant possible et apporter ainsi les réponses les plus satisfaisantes aux besoins et aux attentes de la population.

1. De nouvelles règles pour un schéma au contenu élargi

L'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire de 3^{ème} génération s'inscrit dans un cadre juridique rénové. En effet, l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé a fortement modifié le dispositif de planification sanitaire. Elle supprime la carte sanitaire ainsi que les indices de besoins, avec effet à la date de parution du nouveau schéma. Elle fait ainsi du schéma d'organisation sanitaire l'outil unique de planification sanitaire en même temps qu'elle élargit son champ d'intervention vers l'offre de soins non strictement hospitalière, la prévention et plus largement la santé publique, l'action médico-sociale et sociale.

1.1. Le champ d'intervention du schéma

Le schéma d'organisation sanitaire a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Il fixe les objectifs en vue d'améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité de l'organisation sanitaire et à cette fin, il constitue l'outil privilégié pour organiser l'offre de soins, pour répartir les activités et les équipements, définir les évolutions et les adaptations nécessaires, au moyen notamment des complémentarités et des coopérations entre les établissements de santé.

L'offre de soins hospitalière doit s'organiser en continuité et de façon articulée et coordonnée avec la médecine de ville (permanence des soins notamment) et les secteurs médico-social et social (personnes âgées, personnes handicapées, personnes en situation de précarité). Le schéma régional doit également prendre en compte les objectifs de santé publique tels qu'ils sont définis, notamment, dans le plan régional de santé publique.

Le schéma comporte une annexe qui précise d'une part, les objectifs quantifiés pour chaque territoire de santé, par activités de soins et équipements matériels lourds et d'autre part, les évolutions nécessaires à la réalisation de ces objectifs (créations et suppressions d'activités ou d'équipements, transformations, regroupements et coopérations d'établissements).

Le SROS doit traiter obligatoirement des matières dont la liste est fixée par l'arrêté du 27 avril 2004, à savoir :

- la médecine ;
- la chirurgie ;
- la périnatalité ;
- les soins de suite, la rééducation et la réadaptation fonctionnelle ;
- l'hospitalisation à domicile ;
- la prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins ;
- la réanimation, les soins intensifs et les soins continus ;
- l'imagerie médicale ;
- les techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale ;
- la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ;
- la psychiatrie et la santé mentale ;
- la prise en charge des personnes âgées ;
- la prise en charge des enfants et des adolescents ;
- la prise en charge des patients atteints de cancer ;
- les soins palliatifs ;
- la prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires.

Le directeur de l'ARH peut inclure dans le SROS des matières non citées dans cet arrêté.

Le schéma régional d'organisation sanitaire peut être révisé, en tout ou partie, à tout moment et il est réexaminé en tout état de cause dans les cinq ans suivant sa publication.

Les évolutions à signaler plus particulièrement portent sur le renforcement de l'approche territoriale, le développement de la concertation avec les professionnels, les usagers et les élus, ainsi que la détermination d'objectifs quantifiés inscrits dans l'annexe au schéma.

1.2. Le renforcement de l'approche territoriale

Le territoire de santé se substitue au secteur sanitaire et devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins. Les limites des territoires sont définies par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Selon la circulaire 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération, cette nouvelle approche doit permettre :

- de fixer le cadre utilisé pour la répartition des activités de soins dans l'annexe du schéma ;
- d'assurer la cohérence des activités liées au plateau technique ;
- d'offrir un espace de concertation pour l'élaboration et le suivi du schéma.

Il s'agit donc d'organiser l'offre de soins de la façon la plus rationnelle possible et à cet effet, d'associer plus étroitement à l'élaboration du schéma les établissements de santé, les professionnels de santé, les usagers et les représentants des collectivités locales dans le but de créer une dynamique territoriale dans l'élaboration puis dans la mise en œuvre de ce schéma.

La circulaire introduit à ce propos la notion nouvelle de projet médical de territoire. Qualifié de document d'orientation évolutif et non opposable juridiquement, il contribue dans un premier temps à l'élaboration du schéma et traduit ensuite les orientations retenues au travers d'un plan opérationnel propre à chaque territoire qui comprend les actions à mener, notamment en matière d'organisation des soins et de coopérations entre établissements.

Le projet médical de territoire a vocation à servir de support pour mener une démarche contractuelle afin de mutualiser les réponses apportées aux besoins de santé de la population du territoire pour ce qui concerne les activités de soins de proximité. Ce projet médical de territoire sera élaboré à l'issue du présent schéma.

1.3. La concertation avec les professionnels, les usagers et les élus

L'amélioration de la prise en charge globale et organisée de la population passe nécessairement par la concertation avec et entre les professionnels, c'est-à-dire les établissements de santé mais aussi les professionnels libéraux médecins et paramédicaux et les professionnels du champ médico-social et social. L'objectif étant que les professionnels soient force de proposition, cette concertation doit être menée à toutes les étapes du schéma, de sa conception à sa mise en œuvre, et à tous les niveaux utiles, région et territoires de santé.

L'élaboration du schéma doit être l'occasion de donner aux patients, usagers du système de soins, la place d'acteurs de santé qui leur revient, telle qu'elle est définie notamment par les articles du code de la santé publique issus de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, avec notamment la reconnaissance du rôle des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique. L'agence a décidé de créer un comité régional des usagers qui se réunit à un rythme bimestriel.

Considérant l'importance des équipements sanitaires dans les territoires, il est indispensable que les élus représentant de la population puissent également être associés, selon des modalités appropriées, à la démarche du schéma régional.

Les articles L. 6131-2 et 3 du code de la santé publique prévoient la constitution de conférences sanitaires territoriales (qui se substituent aux anciennes conférences sanitaires de secteur) formées des représentants des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des élus et des usagers des territoires concernés. Ces conférences sont consultées lors de l'élaboration et de la révision du schéma et sont chargées de promouvoir la coopération entre établissements. L'article R 713-1-1 du code de la santé publique prévoit que le ressort territorial des conférences sanitaires est fixé par arrêté du directeur de l'ARH. L'option retenue en Ile-de-France est de composer huit conférences dans le cadre départemental.

1.4. Une annexe obligatoire comportant des objectifs quantifiés

Les objectifs quantifiés s'expriment en trois dimensions complémentaires :

- maillage et gradation des activités de santé sur le territoire (objectifs d'implantation) ;
- organisation de l'accessibilité (temps maximum d'accès, permanence des soins) ;
- définition, pour chaque territoire, de volumes d'activités de soins à réaliser ou de nombres d'équipements lourds (offre cible).

La première modalité de quantification (nombre d'implantations par territoire) est obligatoire pour toutes les activités de soins et tous les équipements lourds.

La quantification sous forme de volumes d'activité ne concerne qu'une liste limitée d'activités de soins, à savoir la médecine (à l'exception de la chimiothérapie), la chirurgie, les activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie et neuroradiologie, la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation, les soins de longue durée et le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale.

Les volumes d'activité s'exprimeront, selon le cas, en nombre de séjours, nombre de venues, nombre de journées, nombre d'actes ou nombre de patients. Pour la psychiatrie, l'activité est comptabilisée en journées pour l'hospitalisation complète, alors que les hospitalisations de jour et de nuit restent décomptées en nombre de places. Les nomenclatures de référence des objectifs ainsi quantifiés sont fixées par l'arrêté du 8 juin 2005.

Les objectifs sont quantifiés soit par un minimum et un maximum, soit par une progression ou une diminution au cours de la période d'exécution du schéma, éventuellement assortie d'échéances sur tout ou partie de cette période.

Les volets du SROS relatifs à des modes de prise en charge ou des filières de soins (soins palliatifs, prise en charge des personnes âgées, prise en charge des enfants et adolescents, ...) ne sont pas quantifiés en volume, en tant que tels, car ils le sont au travers des activités dont ils relèvent (médecine, soins de suite, psychiatrie,...).

Les objectifs quantifiés de l'annexe du SROS seront ensuite déclinés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés avec chaque établissement de santé.

1.5. Les autres axes d'évolution du dispositif de soins

1.5.1. Le nouveau régime des autorisations

La notion d'installation (lits, places) disparaît en tant qu'objet soumis à autorisation. Les autorisations porteront sur des activités de soins et des équipements matériels lourds. Elles seront délivrées pour une durée de cinq ans et seront complétées par un contrat d'objectifs et de moyens passé entre l'ARH et chaque établissement de santé, dans lequel seront précisés les objectifs quantifiés par activité et équipement autorisé.

Le décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 fixe la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation. Un certain nombre d'équipements, dont l'utilisation entre dans le cadre de l'exercice d'une activité de soins, n'apparaissent plus dans la liste des équipements soumis à autorisation.

Le bilan de la carte sanitaire précédant l'ouverture des périodes de dépôt des dossiers sera remplacé par un bilan quantifié de l'offre de soins.

Une décision de refus d'autorisation pourra être prise lorsque les besoins de santé définis par le SROS sont satisfaits et lorsque les objectifs quantifiés fixés par l'annexe au schéma sont atteints.

Ces nouvelles dispositions entreront en vigueur dès la publication du schéma.

Les établissements qui, à la date d'entrée en vigueur du SROS relatif à une activité de soins, sont titulaires d'une autorisation d'installation dans laquelle ils exercent cette activité, sont réputés titulaires de l'autorisation correspondante jusqu'à la date d'expiration de la validité de leur autorisation d'installation.

L'article L 6121-2 du code de la santé précise que les autorisations existantes incompatibles avec la mise en œuvre de l'annexe du SROS pourront être révisées au plus tard deux ans après la publication du schéma.

Désormais, lorsqu'il constate que les objectifs quantifiés fixés par un contrat d'objectifs et de moyens sont insuffisamment atteints, le directeur de l'ARH peut décider la révision d'une autorisation.

Le renouvellement d'une autorisation est soumis aux résultats d'une évaluation adressée à l'agence 14 mois avant son échéance. Dans la majorité des cas, le renouvellement sera opéré tacitement. Cependant, si les résultats de cette évaluation ne sont pas satisfaisants, la commission exécutive de l'ARH va motiver et prononcer une injonction qui sera notifiée au titulaire de l'autorisation. Celui-ci sera alors conduit à présenter une demande de renouvellement selon le circuit habituel (dépôt dans le cadre d'une fenêtre, avis du CROS, décision de la commission exécutive).

1.5.2. Le nouveau régime juridique des établissements (nouvelle gouvernance, rénovation des instances, création de pôles)

L'ordonnance n° 2005-406 du 1er septembre 2005 (qui complète celle du 2 mai 2005) simplifiant le régime juridique des établissements de santé a pour objet de donner aux acteurs des établissements hospitaliers les moyens de leur réorganisation dans un cadre de souplesse et de responsabilité. Il s'agit donc d'introduire une nouvelle gouvernance à l'hôpital et pour cela de rénover les instances, d'alléger la tutelle, d'assouplir le fonctionnement interne des hôpitaux, au moyen notamment d'un recentrage des compétences des conseils d'administration, de la création d'un conseil exécutif et du développement de la contractualisation interne.

Deux éléments sont à signaler plus particulièrement. L'ordonnance réaffirme que le projet d'établissement, fondé sur le projet médical, constitue un exercice stratégique majeur devant intégrer les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel. Il doit être compatible avec le SROS et s'inscrire dans le cadre des territoires de santé. L'ordonnance précitée généralise et rend obligatoire la constitution de pôles d'activité clinique et médico-technique dans une logique de déconcentration de la gestion et aussi de rationalisation de l'organisation des soins.

1.5.3. Une généralisation de la contractualisation

Dans les relations entre agence régionale de l'hospitalisation et établissements de santé, l'accent est mis sur une logique de contractualisation. C'est le contrat d'objectifs et de moyens qui servira de cadre pour décrire les autorisations et décliner les objectifs quantifiés correspondants.

L'ARH-IF a travaillé à l'élaboration d'une politique contractuelle active pour préparer la négociation des contrats d'objectifs et de moyens qui devra être engagée après la publication du schéma régional. Un suivi des contrats et de la mise en œuvre de leurs engagements par les établissements de santé sera mis en œuvre.

Il est à noter que, dans le même esprit que l'ordonnance du 4 septembre 2003, l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé prévoit un élargissement de la négociation et de la contractualisation en interne.

1.5.4. Une nouvelle allocation de ressources

La réforme de la tarification fait partie, avec la planification et la gouvernance des établissements de santé, d'un plan d'ensemble visant à faire évoluer le système de soins vers une meilleure efficacité, en maintenant la qualité du service rendu à la population. Pour l'instant les nouvelles règles de financement ne concernent que les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et l'hospitalisation à domicile.

Ce dispositif soulève plusieurs questions. Tout d'abord il convient que les acteurs veillent à ce que les domaines d'activité ne soient pas sélectionnés du fait d'une sous valorisation du remboursement supposée ou avérée. Si de telles situations se rencontrent, la responsabilité collective conduira à réunir les éléments pour corriger ces écarts. Il faut également admettre que la notion de sous valorisation ne peut être retenue pour un segment d'activité spécifique pris isolément : une bonne évaluation doit prendre en compte l'ensemble des segments d'un domaine. La prudence dans l'éventuelle sélection d'activité est de mise du fait de possibilités d'évolution des tarifs.

Il convient également de rappeler que plusieurs dispositifs viennent compenser certaines inadaptations des tarifs, notamment le financement distinct des missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation.

Il n'est pas douteux néanmoins que la tarification à l'activité et le dynamisme qu'elle permet modifieront la fonction régulatrice de la planification. Celle-ci garde toute sa place pour l'identification des responsabilités médicales des établissements. L'annexe du SROS en particulier, puis les contrats d'objectifs, décrivent bassin par bassin ¹la répartition des activités. La définition des implantations garde toute son importance dans la planification. En court séjour à tout le moins, les établissements auront une autonomie plus forte pour définir les volumes produits. Il va sans dire que l'insuffisance de couverture des besoins dans une zone donnée sur un domaine identifié nécessiterait une intervention régulatrice de l'agence.

¹ La notion de bassin désigne l'un des vingt-deux territoires de la région.

2. Les principales caractéristiques de la région Ile-de-France

2.1. Une région jeune, riche, urbanisée qui présente de fortes inégalités

2.1.1. Une population jeune, des situations et des évolutions variables selon les départements

2.1.1.1. Une population plus jeune que la population française, caractérisée par un fort excédent naturel mais un solde migratoire négatif avec les autres régions

Sur la base du recensement de 1999, l'Ile-de-France comptait 10 952 011 habitants, soit 18,7% de la population de la France métropolitaine.

La population francilienne a augmenté de 2,7% entre 1990 et 1999, soit une croissance inférieure à celle de 3,9% constatée au plan national. Cette croissance modérée s'accompagne de fortes disparités entre départements : ainsi, Paris a vu sa population légèrement diminuer, alors que celle des autres départements progressait de façon différenciée, avec des hausses particulièrement marquées dans le Val d'Oise (+5,3%) et en Seine-et-Marne (+10,7%).

La croissance de la population francilienne est imputable à un fort excédent des naissances sur les décès. L'Ile-de-France, avec un taux de natalité (15,7 naissances domiciliées pour 1000 habitants en 2001) supérieur au taux national (13,0) et un taux de mortalité inférieur (6,7 décès domiciliés pour 1000 habitants versus 9,0), connaît une situation plus favorable que le reste de la France. Deux départements, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis, présentent des taux de natalité particulièrement élevés.

L'Ile-de-France présente, par contre, un solde migratoire fortement déficitaire avec la province. Ce particularisme, observé au cours de la période 1990-1999, s'est confirmé entre 1999 et 2004.

La population de l'Ile-de-France est plus jeune que la population française. En 2000, la région comptait 16,6% de personnes de 60 ans et plus, soit nettement moins que la moyenne nationale (21,3%). De même, les personnes de 75 ans et plus représentaient 5,8% contre 7,7%. Les départements de Paris et des Hauts-de-Seine ont une proportion de population de plus de 75 ans sensiblement plus élevée que la moyenne régionale, avec des taux respectifs de 7,9% et 6,7%. Inversement, la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise apparaissent comme les départements les plus jeunes.

La jeunesse relative de la population francilienne est confortée par la structure des flux migratoires interrégionaux. En effet, l'Ile-de-France constitue un pôle d'attraction pour les jeunes adultes (20-29 ans). A l'inverse, les familles et les retraités quittent la région et se dirigent vers les régions proches du bassin parisien ou vers celles de l'ouest et du sud du pays.

L'espérance de vie ne cesse d'augmenter en France et dans ce contexte favorable, les franciliens ont une espérance de vie constamment supérieure à la moyenne nationale. Ce constat global masque toutefois de fortes disparités au sein de la région. La Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise ont les résultats les moins favorables, certains étant même inférieurs aux valeurs nationales.

2.1.1.2. Une croissance démographique plus soutenue depuis 1999

Selon les estimations localisées de population de l'INSEE pour la période 1999-2003, la population de l'Ile-de-France a atteint 11 131 000 personnes au 1^{er} janvier 2003, ce qui correspond à une augmentation de 1,7% au cours de cette période, soit une croissance annuelle plus forte qu'au cours de la décennie 1990-1999. Tous les départements franciliens enregistrent une progression de leur population, avec des taux égaux ou supérieurs à 3% en Seine-et-Marne et dans les Hauts-de-Seine et un taux inférieur à 1% en Seine-Saint-Denis. La caractéristique majeure est l'augmentation nettement plus forte pour la tranche d'âge des 75 ans et plus, avec une hausse moyenne régionale de 11,1% et des taux de progression allant de 7,4% en Seine-et-Marne à 15% en Seine-Saint-Denis.

Les premiers résultats issus de la collecte effectuée en janvier-février 2004 dans le cadre du nouveau recensement corroborent les résultats des estimations locales de population quant à la croissance démographique. Cette croissance apparaît globalement plus soutenue en moyenne annuelle entre janvier 1999 et janvier 2004 qu'au cours de la période 1990-1998, tant au plan national, avec un taux de variation annuelle de 0,60 versus 0,40, qu'en Ile-de-France, où la variation relative annuelle atteint 0,58% entre janvier 1999 et janvier 2004 versus 0,31% entre 1990 et 1998. Ces résultats confirment également le particularisme de la région, siège d'un très fort excédent naturel et d'un fort déficit migratoire vis-à-vis des autres régions (source : INSEE).

2.1.1.3. A l'horizon 2010, une évolution différenciée selon les zones géographiques et une part croissante des plus de 75 ans

Selon les projections de l'INSEE (scénario U), la population francilienne devrait croître de 3,4% entre 1999 et 2010, passant de 10 952 000 à 11 329 000 habitants, avec des évolutions différenciées selon les départements. C'est en Seine-et-Marne et dans le Val-d'Oise que la progression sera la plus soutenue, avec des taux respectifs de 12,4% et 5,5%. A contrario, la population des départements de Paris et de la Seine-Saint-Denis reste pratiquement stable entre 1999 et 2010 et accuse une légère baisse entre 2003 et 2010. Celle du Val-de-Marne ne progresse que faiblement.

Les projections effectuées sur les 22 bassins de santé, dont la délimitation a été arrêtée par le directeur de l'ARHIF en juillet 2004, montrent également une diversité dans les taux d'évolution, qu'il s'agisse de la population globale du bassin ou des personnes de 75 ans et plus.

L'accroissement de la part des personnes de plus de 75 ans va se poursuivre. Il en est de même, parmi ces dernières, du nombre de personnes dépendantes, qui devrait passer de 90 000 environ en 2000 à 92 000 en 2005 et 97 000 en 2010.

Dans la moitié des bassins de santé, la population des plus de 75 ans va augmenter de plus de 25% entre 1999 et 2010. Ces bassins sont situés essentiellement en grande couronne.

Le nombre de franciliens de 75 ans et plus atteints de la maladie d'Alzheimer est estimé à 85 000 personnes (source ORS IDF, 2003). Le nombre de nouveaux cas annuels serait de 16 000 personnes. Il s'agit du principal motif d'entrée en institution.

2.1.2. Des indicateurs socio-économiques globalement favorables mais des disparités importantes

2.1.2.1. Une région riche et active, créatrice d'emplois

L'Ile-de-France est la région française la plus urbanisée, avec 96% de la population recensée dans des communes urbaines versus 74% en moyenne pour l'ensemble de la France.

C'est une région riche et active, créatrice d'emplois. Elle constitue le premier bassin d'emploi en France. Les franciliens sont plus actifs et plus qualifiés que les provinciaux. Néanmoins, les emplois temporaires se sont multipliés au cours de ces dernières années de même que les emplois à temps partiel.

Entre 1999 et 2003, la région a gagné 332 000 emplois, principalement dans le commerce et les services aux entreprises et aux particuliers. Au total, malgré des disparités infra-régionales importantes, le marché du travail reste relativement favorable en Ile-de-France.

Jusqu'en 1999, le taux de chômage francilien était inférieur au taux national mais il a rejoint celui de la province à la fin de l'année 2003, soit 9,7%. C'est le chômage de longue durée et le chômage des jeunes qui ont progressé. Il a légèrement décru en 2005 où il s'établit à 9,5 % au 3^{ème} trimestre 2005 (9,8% au plan national). La situation varie selon les départements entre les Yvelines et l'Essonne, avec un taux inférieur à 8 %, et la Seine-Saint-Denis avec un taux de 13,3 %.

2.1.2.2. Des disparités socio-économiques importantes

L'Ile-de-France compte 4 500 000 ménages dont la taille moyenne est de 2,38 personnes, avec une nette différenciation géographique : 1,87 à Paris, 2,40 en petite couronne et 2,68 en grande couronne. A Paris, plus d'un ménage sur deux est composé d'une personne seule.

La moitié des franciliens vit dans des communes caractérisées par un taux de pauvreté élevé, localisées notamment dans le nord est de la région.

Les disparités socio-économiques entre départements ont tendance à se renforcer. La Seine-Saint-Denis se différencie de plus en plus du groupe «aisé» formé par Paris, les Hauts-de-Seine et les Yvelines. Entre 1984 et 2000, le revenu moyen après impôt par foyer fiscal a progressé de 19% en valeur constante en Ile-de-France et de 38% à Paris, alors qu'il a baissé de 3,2% en Seine-Saint-Denis.

En 2003, 1 090 000 franciliens, soit plus de 9% de la population, résidaient dans un foyer allocataire à bas revenus. Cette proportion varie de 6% dans les Yvelines à 18% en Seine-Saint-Denis. Ce nombre est en hausse de 11% par rapport à l'année 1999.

Le nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI), après avoir diminué en 2000 et 2001, a enregistré une hausse dès 2002 dans la région, à contre courant de la tendance nationale. Cette augmentation s'est accentuée en 2003, avec un taux de progression de plus de 8%, contre 5,3% au plan national, et en 2004 avec un taux régional de +12,3%.

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé (AAH) marque une nette tendance à la hausse ces dernières années.

Au total, plus de 9% des ménages franciliens sont concernés par les minima sociaux, dont près de la moitié résident à Paris et en Seine-Saint-Denis. Or, selon une étude de la DREES de 2003, les allocataires de minima sociaux sont deux fois plus nombreux que l'ensemble de la population à faire état d'un problème de santé chronique, à âge et sexe comparable, plus d'un tiers déclarant avoir renoncé à des soins pour raisons financières.

En 2003, l'Île-de-France comptait 332 000 bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) de base et 727 000 de la CMU complémentaire, soit respectivement 22,5% et 17,6% du total France entière. Les bénéficiaires de la CMU de base représentent 3% de la population de la région et 4,8% de la population de Paris et de celle de la Seine-Saint-Denis. Pour la CMU complémentaire, la Seine-Saint-Denis arrive en tête avec 11,5 bénéficiaires pour 100 habitants, suivie de Paris avec 9%, pour un taux moyen régional de 6,6%.

Face à cette situation de pauvreté et de précarité, les pouvoirs publics ont conduit une politique de la ville en s'appuyant sur l'ensemble des dispositifs existants. L'Île-de-France compte notamment 157 zones urbaines sensibles (ZUS), qui rassemblent 1 334 000 habitants, soit 12% de la population de la région. Ces ZUS se caractérisent par une population souvent jeune et moins diplômée, un taux de chômage élevé, davantage d'emplois précaires et un parc de logements sociaux important. Près d'un quart des étrangers franciliens résident en ZUS. Si les ZUS présentent des traits communs, elles ne constituent pas pour autant un ensemble homogène et les populations en difficultés ne sont pas uniquement concentrées dans ces zones.

2.2. Les besoins de soins des franciliens

Trois aspects sont à évoquer : l'évolution de la mortalité, de la morbidité et le recours à l'hôpital.

2.2.1. La mortalité

2.2.1.1. Une sous mortalité générale mais de fortes disparités territoriales

Les données présentées portent sur la période 1997-1999 et proviennent principalement des travaux de l'Observatoire régional de la santé et de la DRASS. Sur la période 1997-1999, 75 000 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année dans la région.

L'Ile-de-France est l'une des régions françaises où l'on vit le plus longtemps. Cette sous mortalité générale est due notamment à une très faible mortalité par maladies cardiovasculaires et à une faible mortalité aux âges élevés.

La mortalité francilienne (générale, prématurée et infantile) est caractérisée par de fortes disparités départementales, distinguant généralement le centre et le sud-ouest favorisés et le nord et l'est défavorisés. Ces disparités se retrouvent aussi à un niveau infra départemental entre bassins de santé.

La mortalité infantile est un peu plus élevée en Ile-de-France qu'au plan national (4,9 décès avant un an pour mille naissances versus 4,5). Elle est par contre inférieure pendant l'enfance et l'adolescence, en raison notamment d'une moindre mortalité accidentelle.

Chez les personnes de plus de 65 ans, la forte surmortalité masculine perdure, avec un taux supérieur de 2 à 2,5 fois au taux féminin. Les tumeurs et les maladies cardiovasculaires constituent les deux principales causes de décès.

La mortalité prématurée, qui concerne les personnes de moins de 65 ans, a touché 19 000 personnes en moyenne chaque année sur la période 1997-1999, soit le quart des décès de la région. Cette mortalité a fortement régressé au cours de ces dernières décennies mais un homme sur trois meurt avant 65 ans, soit un taux deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. A structure d'âge comparable, la mortalité prématurée francilienne est inférieure à la moyenne nationale pour les hommes et comparable à la moyenne nationale pour les femmes.

Trois départements connaissent une surmortalité féminine prématurée par rapport à la moyenne nationale : Paris, la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis.

La Seine-Saint-Denis présente également une nette surmortalité pour les hommes. L'Ile-de-France se distingue par une moindre mortalité accidentelle et par maladies cardiovasculaires qu'au plan national chez les personnes de moins de 65 ans.

2.2.1.2. Les deux principales causes de décès : cancer et pathologies cardio-vasculaires

La mortalité par cancer

Les cancers constituent la première cause de décès en Ile-de-France, avec 22 000 décès annuels, soit près de 30% du total.

A structure d'âge comparable, la mortalité francilienne masculine par cancer est en deçà de la moyenne nationale (taux comparatif de mortalité de 339 contre 357). La mortalité féminine se situe par contre au-delà (169 versus 161). Les taux masculins sont deux fois plus élevés que les taux féminins, malgré une baisse de la mortalité cancéreuse plus marquée chez les hommes que chez les femmes au cours des vingt dernières années. Tous les départements franciliens connaissent une surmortalité féminine par cancer par rapport à la moyenne nationale (expliquée par le cancer du sein et la progression régulière du cancer du poumon), avec une différence particulièrement marquée à Paris et en Seine-Saint-Denis. Pour les hommes, trois départements sont en situation de surmortalité : la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise.

Les cancers constituent une cause de décès non négligeable à tous les âges, y compris dès la petite enfance (19% des décès chez les enfants de 1 à 14 ans).

Les cancers responsables du plus grand nombre de décès avant 65 ans sont le cancer du poumon chez l'homme (plus de 10% des décès prématurés masculins) et le cancer du sein chez la femme (plus de 13% des décès prématurés féminins).

Le cancer du poumon atteint d'abord les hommes. Cependant, chez ces derniers le taux comparatif de mortalité francilien est inférieur au taux national (30,4 contre 32,4) alors qu'il est supérieur chez les femmes (6,4 contre 5,3).

La mortalité par affections cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires représentent la deuxième cause de décès en Ile-de-France, avec 20 700 décès annuels sur la période 1997-1999, soit 28% du total, mais c'est la première cause de décès chez les femmes.

Les décès se concentrent aux âges élevés. La population féminine étant plus âgée que la population masculine, le nombre de décès est donc plus important chez les femmes que chez les hommes.

L'Ile-de-France est la région où l'on meurt le moins de maladies cardiovasculaires. Cette sous-mortalité s'observe pour les deux principales affections, les cardiopathies ischémiques et surtout les affections vasculaires cérébrales.

Tous les départements présentent une sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale, et ce pour les deux sexes. Les départements de Seine-Saint-Denis, de Seine-et-Marne et du Val d'Oise ont des taux plus élevés que la moyenne régionale. Paris est dans la situation la plus favorable.

2.2.1.3. La mortalité à l'hôpital

Sur les 75000 décès enregistrés chaque année dans la région, environ la moitié surviennent dans un établissement de santé en court séjour (données PMSI). 2% des séjours se terminent par un décès. Ces décès touchent majoritairement les personnes de plus de 75 ans.

2.2.2. La morbidité : l'importance des pathologies tumorales et des maladies mentales

Le principal indicateur de morbidité est le taux d'incidence de l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée attribuée par les organismes d'assurance maladie.

Les principaux motifs d'admission en ALD avant 65 ans dans la région sont par ordre décroissant : les pathologies cancéreuses, les troubles psychiatriques, le diabète, l'hypertension artérielle sévère et les artériopathies chroniques évolutives.

2.2.2.1. Les principales pathologies

Les pathologies tumorales

Les pathologies tumorales constituent la première cause d'exonération du ticket modérateur dans la région. L'incidence des tumeurs en Ile-de-France, toutes localisations confondues, est identique à celle de la France pour les hommes et légèrement supérieure pour les femmes. Trois localisations présentent des incidences supérieures dans la région : le cancer du poumon pour les femmes, avec un surcroît d'incidence de 30% par rapport au chiffre national, le cancer du sein (+6%) et le cancer de la prostate (+7%).

Les maladies mentales

En ce qui concerne les maladies mentales, le taux d'incidence médico-sociale standardisé de l'exonération du ticket modérateur pour psychoses, troubles graves de la personnalité et déficiences mentales est de 233 en Ile-de-France en 2002 versus 228 France entière. Ce sont les jeunes de 10 à 19 ans et les personnes de plus de 70 ans qui sont les plus concernés : pour les jeunes de 10 à 19 ans avec l'émergence de troubles graves de la personnalité et des psychoses et pour les plus de 70 ans avec la maladie d'Alzheimer. La mortalité par suicide est la deuxième cause de décès des 20-24 ans et la première chez les hommes de 25 à 34 ans. Une part élevée de ces décès est fortement associée à des troubles dépressifs. Les tentatives de suicide chez les jeunes scolarisés de 14 à 18 ans sont en augmentation en Ile-de-France.

Les maladies cardio-vasculaires

L'incidence médico-sociale de l'hypertension artérielle et celle de l'accident vasculaire cérébral sont plus élevées en Ile-de-France qu'au plan national, avec des taux d'incidence respectivement de 183,9 versus 179,5 et de 63,4 versus 58,5. Inversement, celle des artériopathies chroniques est un peu plus faible (171,4 versus 178,9).

2.2.2.2. Autres pathologies

D'autres domaines peuvent être appréhendés : le fait que ce sont les âges extrêmes de la vie qui sollicitent le plus le système de santé conduit à s'y intéresser.

Ainsi, aux âges précoces, la croissance de la prématurité et celle de la grande prématurité sont maintenant des données bien établies. Par ailleurs, le taux de naissances avec malformation ne fléchit pas. Le suivi au long cours des bébés nés à risque s'élargit peu à peu.

L'enfance et l'adolescence voient se développer les troubles liés à l'obésité et les insuccès des solutions thérapeutiques de nombreuses maladies orphelines. Par ailleurs, chez les adolescents, la dépendance à diverses addictions est en croissance.

Aux âges plus avancés de la vie, la croissance des besoins de santé est indéniable, du fait des succès thérapeutiques (on soigne avec réussite à des âges de plus en plus élevés) et des maladies chroniques. Plus l'âge avance, plus se rencontrent polypathologies et intrication des dimensions médicales et sociales.

Dans presque tous les domaines la notion de soin s'élargit. La dimension technique y demeure essentielle mais les besoins d'information et d'accompagnement croissent pour les patients et aussi pour leur entourage. L'isolement au domicile de beaucoup de personnes âgées est une donnée à prendre en compte.

L'Île-de-France présente par ailleurs quelques spécificités : elle reste la région la plus touchée de France métropolitaine par la tuberculose et les problèmes de toxicomanie, le maintien d'une forte incidence s'expliquant par l'importance de groupes de population à risque présents dans la région. Elle est également la région la plus affectée par les hépatites ainsi que par le Sida.

L'Île-de-France enregistre 45 % des cas de Sida diagnostiqués en France depuis le début de l'épidémie, et 48 % des nouvelles découvertes de séropositivité déclarée en 2004.

Cette région compte 10 000 personnes vivantes au stade sida, dont 40 % sont domiciliées à Paris. C'est la région de France où sont pris en charge le plus grand nombre de patients VIH (file active estimée : 40.000) et la plus impliquée dans la recherche clinique et thérapeutique.

Cette épidémie, après une stabilisation puis une amélioration observée à la fin des années 90, suscite à nouveau des inquiétudes devant la recrudescence des comportements à risques, l'augmentation des contaminations par voie hétérosexuelle et la féminisation, notamment dans les populations africaines d'origine sub-saharienne.

Si l'avènement des multi-thérapies depuis 1996 a profondément modifié le cours de la maladie, faisant du sida une maladie chronique sous traitement, de nouveaux enjeux se dégagent :

- Les cas de résistance aux anti-rétroviraux (ARV) se multiplient, rendant le maniement des médicaments complexe et nécessitant un ajustement des pratiques : bilans de résistance au traitement, recours aux pharmacologues. Tous ces éléments compliquent la coordination et entraînent un surcoût financier (30% des patients traités sont en échec virologique, 7 à 8 % en échec thérapeutique sévère).
- Les événements indésirables liés au traitement constituent également un réel problème thérapeutique aujourd'hui et nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire : pathologies cardiovasculaires, troubles métaboliques, troubles neuro-psychiatriques.
- La fréquence de co-morbidités associées à la pathologie VIH (notamment les troubles psychiatriques, les hépatopathies virales chroniques VHB et VHC devenues la première cause de mortalité) impose, là aussi, une coordination efficace des professionnels.
- La difficulté d'accès au dépistage et aux soins dans un délai acceptable pour les populations vulnérables (personnes précaires, détenus, migrants) et particulièrement exposées, est d'une actualité croissante. Cette difficulté rend compte de cas traités tardivement, en particulier chez les personnes d'origine étrangère (Africains d'origine sub-saharienne).
- La démarche de prévention de la transmission virale auprès des patients séropositifs constitue un impératif et doit faire partie intégrante des missions des services hospitaliers.

L'Ile-de-France présente par ailleurs d'autres spécificités comme un taux d'interruption volontaire de grossesse nettement supérieur à la moyenne nationale (respectivement 20 et 14 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans).

2.2.2.3. Le recours à l'hôpital : une fréquentation stable mais des taux différenciés selon les départements

Les taux d'hospitalisation en court séjour (hospitalisation complète et hospitalisation de jour), standardisés sur l'âge, ont peu évolué entre 1999 et 2002 dans la région.

On observe par contre des différences non négligeables entre départements dans les taux d'hospitalisation standardisés sur l'âge. Deux départements ont un recours moindre, les Yvelines et les Hauts-de-Seine, avec des taux respectifs de 227,6 séjours pour mille habitants et 227 en 2002, pour un taux moyen régional de 242,4. Deux autres, la Seine-Saint-Denis, avec un taux de 267,3 séjours pour 1000 habitants, et la Seine-et-Marne (254,8) sont dans une situation inverse. Les quatre autres départements (Paris, l'Essonne, le Val-de-Marne et le Val d'Oise) ont des taux très proches de la moyenne. Seule une étude approfondie permettrait d'expliquer ces écarts.

On constate une augmentation de l'âge moyen des patients hospitalisés en court séjour entre 2000 et 2003, tant pour les séjours de moins de 24 heures que pour les séjours en hospitalisation complète. Néanmoins, l'âge moyen des patients en séjours de moins de 24 heures reste sensiblement inférieur à celui des patients pris en charge en hospitalisation complète. C'est dans les établissements publics hors Assistance publique-hôpitaux de Paris que l'âge moyen est le plus élevé (58 ans pour les séjours de moins de 24 h et 53 ans pour les séjours de plus de 24h).

2.3. L'état de l'offre de soins en Ile-de-France

2.3.1. Médecine-chirurgie-obstétrique

En juillet 2005, l'Ile-de-France compte 46 808 lits et places autorisés en court séjour, répartis de la façon suivante : 21 452 en médecine, 20 631 en chirurgie et 4 725 en gynécologie-obstétrique. Entre 1999 et 2005, les capacités hospitalières en MCO ont diminué de façon sensible. C'est en chirurgie que la baisse a été la plus marquée. Ces réductions de capacité ont porté sur les lits d'hospitalisation complète. Le nombre de places autorisées en alternatives à l'hospitalisation a progressé de plus de 20% en six ans. Ces places représentent 10% du total de l'équipement autorisé en MCO en 2005.

En 2003, le taux d'équipement en Ile-de-France (nombre de lits et places installés pour mille habitants) était légèrement supérieur au taux national (France métropolitaine) tant pour la médecine (y compris l'hospitalisation à domicile) que pour la chirurgie. En gynécologie-obstétrique, le taux d'équipement régional était identique au taux national. L'Ile-de-France est particulièrement bien équipée en places d'hospitalisation à domicile par rapport aux autres régions. En effet, elle totalise 45% des capacités métropolitaines pour 19% de la population.

L'activité en alternatives à l'hospitalisation s'est fortement développée au cours de ces dernières années dans la région tant en médecine qu'en chirurgie, alors que parallèlement l'activité en hospitalisation complète diminuait. En chirurgie, il reste cependant un fort potentiel de substitution entre hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire.

2.3.2. Soins de suite et de réadaptation

L'Ile-de-France dispose en 2005 de 19 000 lits et places autorisés en soins de suite (13 000) et de réadaptation (6000). Le nombre de lits et places autorisés en soins de suite et réadaptation a progressé de près de 20% entre 1999 et 2005. L'effort de développement des capacités a porté principalement sur trois départements du centre de la région (Paris, Hauts-de-Seine et Seine-Saint-Denis), qui étaient les moins bien dotés. Cependant, fin 2005, environ 2 300 lits et places n'étaient pas encore installés.

En 2003, l'Ile-de-France restait relativement moins bien équipée que l'ensemble de la métropole en lits et places de soins de suite et de réadaptation, avec un taux d'équipement de 1,30 versus 1,59.

Les problèmes de fluidité de l'offre, notamment entre le court séjour et les soins de suite, ne sont pas résolus. Les établissements de soins de suite et de réadaptation sont confrontés à une insuffisance de l'offre médico-sociale en aval des soins de suite et réadaptation aussi bien pour la prise en charge du handicap de personnes souffrant de pathologies chroniques que pour les personnes âgées.

2.3.3. Psychiatrie

En ce qui concerne la psychiatrie, l'équipement autorisé en avril 2005 se répartit en 8 812 lits et 4 932 places pour la psychiatrie générale et 632 lits et 1 964 places pour la psychiatrie infanto-juvénile. Entre 1999 et 2005, les capacités autorisées ont diminué en hospitalisation complète au bénéfice du développement des alternatives à l'hospitalisation, en particulier en psychiatrie générale. Cette évolution s'est accompagnée d'un certain rééquilibrage géographique. Les opérations de rapprochement des lieux d'hospitalisation du domicile des patients prévues dans le SROS 1999-2004 ont été partiellement réalisées, le bilan étant contrasté selon les départements.

En 2003, le taux d'équipement global (lits et places) de l'Île-de-France était sensiblement plus faible que le taux national pour la psychiatrie générale et identique pour la psychiatrie infanto-juvénile. Par ailleurs, l'équipement reste encore inégalement réparti sur le territoire régional.

La filière amont, en particulier la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence, est insuffisamment organisée, tant en psychiatrie infanto-juvénile qu'en psychiatrie générale. Par ailleurs, il apparaît nécessaire d'assurer une prise en charge plus adaptée et différenciée des patients au long cours hospitalisés en psychiatrie faute de solution alternative, de diversifier les modalités de réponse, de développer la psychiatrie de liaison et la coordination des acteurs.

2.3.4. Soins de longue durée

Les services ou unités de soins de longue durée ont vocation à accueillir des personnes atteintes d'affections chroniques susceptibles d'épisodes répétés de décompensation, ayant perdu leur autonomie et nécessitant un suivi médical rapproché.

Le taux d'équipement francilien est inférieur à la moyenne nationale (13,7 ‰ contre 18 ‰ avec 8 900 lits en 2005). L'obligation pour les établissements de s'engager dans une convention tripartite (établissement, conseil général, agence régionale de l'hospitalisation) et le respect des normes réglementaires en terme de conditions d'hébergement a induit la fermeture de nombreuses capacités, mouvement amorcé depuis 2000.

Les départements les moins bien équipés (en nombre de lits rapportés à la population de 75 ans et plus) sont Paris, la Seine-Saint-Denis et les Hauts-de-Seine (source ORS IDF). L'AP-HP gère près de la moitié de la capacité régionale avec une part prédominante à Paris, dans le Val-de-Marne et l'Essonne.

2.3.5. Imagerie

L'Île-de-France dispose en juillet 2005 de 169 scanners et 114 IRM autorisés. Le parc des équipements lourds d'imagerie s'est fortement développé entre 1999 et 2005, avec une répartition géographique améliorée. L'Île-de-France apparaît comme une région sensiblement mieux dotée en équipements lourds d'imagerie que les autres régions. Les taux d'équipements franciliens restent toutefois inférieurs à ceux de bien des pays au développement sanitaire comparable.

2.3.6. Dialyse

Le parc des appareils de dialyse a également été renforcé au cours des 5 dernières années, en particulier au bénéfice des départements les moins bien dotés. L'Île-de-France compte, en 2005, 625 postes autorisés en hémodialyse en centre et 841 postes d'autodialyse. Cependant, si tous les franciliens qui en ont besoin ont accès à la dialyse, le mode de prise en charge dont ils bénéficient n'est pas toujours le mieux adapté. La mise en œuvre des autorisations accordées en octobre 2005 dans le cadre du volet insuffisance rénale chronique du SROS devrait permettre d'orienter les patients vers les modalités de traitement les mieux adaptées à leur état de santé.

2.3.7. Prise en charge des urgences

En ce qui concerne les urgences, on recense 83 structures autorisées, correspondant à 91 sites d'accueil, soit un site pour 122 000 habitants. Le nombre de sites apparaît globalement suffisant. Par contre, les problèmes de l'aval des urgences reflètent les difficultés rencontrées au regard de la continuité des soins à l'hôpital. Une dizaine de maisons médicales permettent aux médecins libéraux de couvrir une partie des besoins.

2.3.8. Réseaux

Les collaborations hospitalières ainsi que les réseaux se sont développés depuis quelques années. Ainsi, en 2004, l'Île-de-France comptait notamment 15 réseaux de cancérologie, 10 réseaux de soins palliatifs, 13 réseaux de périnatalité. Néanmoins toutes les zones et tous les domaines ne sont pas couverts. Par ailleurs, les situations sont hétérogènes en termes d'implication et de résultats.

2.4. La démographie des professions de santé

L'évolution de la démographie médicale et paramédicale est un facteur particulièrement important que le SROS ne peut ignorer. Il doit à ce titre favoriser les évolutions en termes d'organisation et de regroupement dans le but de la meilleure utilisation des ressources et des compétences.

La délivrance de soins de qualité suppose une disponibilité de personnels qualifiés. L'agence régionale est disposée à soutenir dans le respect du partage de compétences, les mesures incitatives destinées à améliorer la démographie des professionnels de santé.

Concernant la profession infirmière, 7 % des postes étaient vacants au 31 mars 2005 dans les établissements de santé d'Ile-de-France, les domaines les plus touchés étant la psychiatrie (14 % de vacance) et les soins de suite et de longue durée (11%).

L'Ile-de-France dispose d'une densité médicale importante, mais les effectifs stagnent et vont commencer à décliner à partir de 2010, en particulier chez les spécialistes.

La prise en compte de cette dimension a conduit à dessiner (pour quelques domaines) des perspectives chiffrées pour la fin du SROS 3, à partir de l'étude des flux (entrées et sorties), même si l'exercice comporte nécessairement de fortes marges d'erreur. Il suppose en effet de travailler comme si « toutes choses restaient égales » à la situation actuelle, alors même que des décisions peuvent être prises qui modifient significativement le cours des choses.

Les flux « entrants » intègrent les nouveaux diplômés et les médecins issus de la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice : les départs en retraite constituent les flux sortants. Des estimations à 5 ans et à 10 ans sur les effectifs en Ile-de-France ont ainsi pu être établies.

Pour ces prévisions, le choix a été fait d'étudier conjointement des professions de santé travaillant en complémentarité et donc interdépendantes (chirurgiens, anesthésistes, infirmier(e)s de bloc opératoire et infirmier(e)s aides anesthésistes) en limitant l'exercice à 4 secteurs d'activité : les plateaux techniques chirurgicaux, l'accompagnement de la naissance, la médecine physique et de réadaptation et la radiothérapie.

Le tableau ci-après retrace les résultats.

ESTIMATIONS DES EFFECTIFS EN ILE-DE-FRANCE

	Effectifs ADELI 2004	Estimations en effectif global	
		à 5 ans	à 10 ans
CHIRURGIE TOTALE (HORS OPH ET ORL)	2406	2175 (-9,6%)	2196 (-8,7%)
ANESTHESISTES	2162	2003 (-7%)	1845 (-14%)
GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS	1327	1322 (-0,38%)	1354 (+2,03%)
PEDIATRES	2128	1931 (-9,26%)	1842 (-13,44%)
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	268	233 (-13,06%)	233 (-13,06%)

Sources Fichier ADELI 2004 - DRASSIF ; Facultés de médecine (DES et DESC) et JO

Il ressort de cette étude les éléments suivants :

- **pour la chirurgie totale, hors ophtalmologie et ORL** : une baisse des effectifs de 9,6 % d'ici fin 2009, qui se stabilise par la suite ;
- **pour les anesthésistes réanimateurs** : une baisse des effectifs comparable à celle des chirurgiens affectant principalement les hôpitaux publics et s'accroissant davantage au-delà de 2014, ce qui provoquerait un net déséquilibre anesthésistes/chirurgiens ;
- **pour les gynécologues obstétriciens** : peu de variation des effectifs à l'échéance des SROS 3 et 4 ;
- **pour les pédiatres** : une baisse notable des effectifs jusqu'à -13,44 % en 2014 due à l'importance des départs en retraites estimés ;
- **pour les professionnels de la médecine physique et de la réadaptation** : une forte baisse des effectifs, notamment due à la méconnaissance de cette discipline, est estimée d'ici 2009, ce qui affecterait fortement le développement des services de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. Cette baisse devrait se stabiliser par la suite.

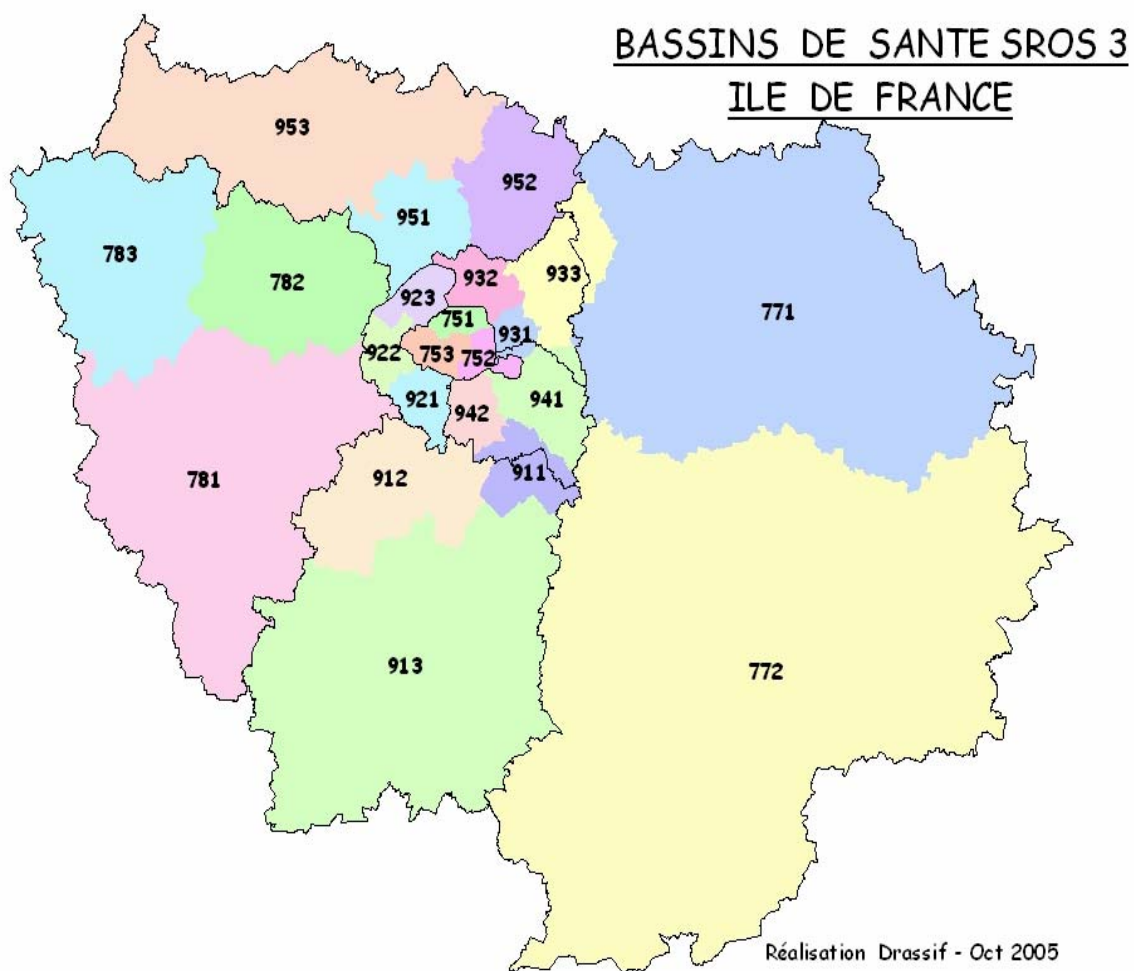
Deux autres estimations ont été effectuées :

- **pour les oncologues radiothérapeutes** : les effectifs, actuellement insuffisants sur la région, devraient subir une légère baisse d'ici 2009.
- **pour les sages-femmes** : une nette augmentation des effectifs est envisagée pour le futur.

2.5. L'organisation territoriale en Ile-de-France

L'Ile-de-France comptait 14 secteurs sanitaires. Lors de la préparation du schéma précédent, 25 bassins de vie avaient été identifiés, principalement sur la base des flux de patients. Ces bassins de vie ont servi alors avant tout de lieu de concertation avec les établissements et les professionnels de santé. Dans le cadre du SROS 3, ces secteurs et ces bassins de vie cèdent la place à 22 bassins de santé.

En effet, à la suite d'une large concertation ayant abouti à un accord de l'ensemble des acteurs, l'ARHIF a procédé à la délimitation de 22 bassins de santé, avec la perspective de favoriser au mieux l'organisation de la gradation des soins ainsi que les complémentarités et les coopérations entre établissements.



Caractéristiques des bassins de santé

Bassins de santé	Population RGP 1999	Superficie en km ²	Densité au km ²	Population projection 2010	Evolution 2010 / 1999
Bassin 75-1 Paris Nord	702 940	27	25 636	716 300	1,90 %
Bassin 75-2 Paris Est	640 178	33	19 329	653 804	2,13 %
Bassin 75-3 Paris Ouest	782 128	45	17 435	754 043	- 3,59 %
Bassin 77- 1 Seine-et-Marne Nord	601 537	2 088	288	697 513	15,96 %
Bassin 77- 2 Seine-et-Marne Sud	553 152	3 768	147	600 495	8,56 %
Bassin 78-1 Versailles-Rambouillet	612 444	1226	479	635 201	3,72 %
Bassin 78-2 Poissy-Saint Germain	568 939	438	1 300	576 936	1,41 %
Bassin 78-3 Mantes la Jolie	172 921	621	278	179 909	4,04 %
Bassin 91-1 Yerres-Villeneuve St Georges	258 331	114	2 265	260 538	0,85 %
Bassin 91-2 Longjumeau-Orsay	497 543	343	1 450	510 957	2,70 %
Bassin 91-3 Evry-Etampes	473 337	1 389	317	508 611	7,45 %
Bassin 92-1 Hauts-de-Seine Sud	476 681	63	7 558	493 440	3,52 %
Bassin 92-2 Hauts-de-Seine Centre	368 090	56	6 598	385 724	4,79 %
Bassin 92-3 Hauts-de-Seine Nord	584 110	57	10 293	607 357	3,98 %
Bassin 93-1 Montreuil-Vincennes	357 820	36	10 065	358 361	0,15 %
Bassin 93-2 Saint-Denis-Bobigny	540 639	74	7 345	539 868	- 0,14 %
Bassin 93-3 Aulnay-Montfermeil	579 476	182	3 189	589 711	1,77 %
Bassin 94-1 Créteil	654 792	142	4 610	673 491	2,86 %
Bassin 94-2 Ivry-Villejuif	421 489	65	6 499	420 005	- 0,35 %
Bassin 95-1 Argenteuil-Eaubonne	516 894	170	3 042	532 561	3,03 %
Bassin 95-2 Gonesse	260 828	242	1 076	269 190	3,21 %
Bassin 95-3 Pontoise	327 742	834	393	365 158	11,42 %
Région	10 952 011	12 012	912	11 329 173	3,44 %

L'ARHIF a pris le parti, dans un souci de continuité, de maintenir pour l'essentiel le découpage antérieur et de procéder au regroupement de certains bassins (Yvelines et Essonne). Ces bassins sont dénommés bassins de santé. Leur délimitation a été fixée par un arrêté du directeur de l'agence du 30 juillet 2004, ultérieurement rectifié pour l'Essonne et les Yvelines en vue de la répartition d'activités de soins et d'équipements matériels lourds relevant du schéma régional d'organisation sanitaire.

Les 3 bassins de santé parisiens sont sans surprise parmi les plus peuplés, entre 640 000 et 780 000 habitants chacun. Les 9 bassins de santé de la petite couronne ont une population variant entre 357 000 et 654 000 habitants, avec une densité variant entre 3 000 et 10 000 habitants. Les 10 bassins de santé de grande couronne sont bien sûr les plus vastes en surface mais avec un nombre d'habitants qui reste conséquent, entre 172 000 et 637 000 et une densité variable allant de 147 dans le bassin de santé 77-2 (Seine-et-Marne Sud) à 1 300 dans le bassin de santé 78-1 (Poissy-Saint-Germain).

Au total, Paris rassemble 20 % de la population sur moins de 1 % du territoire, la petite couronne 40 % de la population sur 7 % du territoire et la grande couronne 40 % également sur 92 % du territoire.

Considérant l'imbrication des flux de patients et la forte concentration des équipements, le centre de la région ne se prête pas facilement à une approche territoriale. A Paris, le découpage retenu est celui des territoires des groupements hospitaliers universitaires de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris.

La plupart des bassins de santé se situent dans les limites d'un seul département, avec néanmoins pour certains d'entre eux, le rattachement de quelques communes limitrophes du département voisin. Seul le bassin 91-1 Yerres-Villeneuve Saint Georges est nettement à cheval sur deux départements, à savoir le nord de l'Essonne et le sud du Val-de-Marne.

Compte tenu notamment du nombre d'habitants relativement important des bassins, l'option a été prise de ne pas multiplier et différencier les découpages territoriaux en fonction des activités, dans un souci de simplicité et de lisibilité. Les bassins de santé servent à la déclinaison des objectifs quantifiés pour la plupart des thèmes du schéma. Seuls quelques uns d'entre eux sont déclinés au niveau départemental.

Chaque bassin de santé dispose, sauf exception, de l'ensemble des services relevant de la proximité, au sens large de ce terme tel qu'il est retenu dans le présent schéma.

Une étude réalisée sur les temps d'accès, dans des conditions réelles de circulation, aux services d'urgence, aux maternités et aux services de réanimation, soins intensifs et surveillance continue montre que les temps d'accès à ces services sont compatibles avec les exigences de sécurité

D'autres territoires existent comme les secteurs psychiatriques, les secteurs de la permanence des soins en médecine ambulatoire, les secteurs d'intervention définis par les schémas gérontologiques départementaux. Force est de constater qu'il n'existe pas et qu'il n'est pas simple d'obtenir une cohérence générale entre ces différents découpages territoriaux et les bassins de santé. Pour ce qui concerne la permanence des soins en médecine ambulatoire, dans les départements, la délimitation des secteurs a tenu largement compte des bassins de santé. Pour la psychiatrie, les objectifs quantifiés ont néanmoins été déclinés par bassin de santé.

Les réflexions et les travaux portant sur l'analyse des besoins et sur la répartition et l'organisation de l'offre de soins ont été menés au niveau de ces bassins.

S'agissant des conférences sanitaires, le choix a été fait de ne pas constituer 22 conférences sanitaires, une par bassin de santé, mais de limiter leur nombre à huit, une par département. L'arrêté 05-31 du 20 octobre 2005 du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation a fixé le ressort territorial de ces conférences. L'agence veillera à ce que la dimension départementale des conférences sanitaires, distincte du périmètre des bassins de santé, ne nuise en aucune façon à l'exercice de leurs missions au service, notamment, de l'élaboration des projets médicaux de territoire. Il reviendra aux conférences d'organiser leurs travaux à cet effet.

2.6. La couverture locale des besoins en 2004

Les flux et les déplacements sont importants en Ile-de-France. Tenir compte de cette dimension est également une nécessité. Le niveau de couverture locale selon les bassins varie : il est retracé dans le tableau ci-dessous (où les données sont exprimées en %) pour la médecine et la chirurgie (le nombre de résumé de séjours constituent l'information originelle).

Bassins de santé	Médecine	Chirurgie
Bassin 75-1 Paris Nord	46,96	39,82
Bassin 75-2 Paris Est	50,66	41,94
Bassin 75-3 Paris Ouest	62,99	59,91
Bassin 77- 1 Seine-et-Marne Nord	63,57	62,04
Bassin 77- 2 Seine-et-Marne Sud	66,39	62,38
Bassin 78-1 Versailles-Rambouillet	65,70	62,46
Bassin 78-2 Poissy-Saint Germain	62,11	60,31
Bassin 78-3 Mantes la Jolie	70,32	63,58
Bassin 91-1 Yerres-Villeneuve Saint Georges	61,83	57,09
Bassin 91-2 Longjumeau-Orsay	54,29	45,30
Bassin 92-3 Evry-Etampes	58,05	55,82
Bassin 92-1 Hauts-de-Seine Sud	44,54	43,29
Bassin 92-2 Hauts-de-Seine Centre	57,85	41,67
Bassin 92-3 Hauts-de-Seine Nord	52,70	50,36
Bassin 93-1 Montreuil-Vincennes	31,90	31,84
Bassin 93-2 Saint-Denis-Bobigny	49,13	42,81
Bassin 93-3 Aulnay-Montfermeil	59,66	53,46
Bassin 94-1 Créteil	59,89	60,38
Bassin 94-2 Ivry-Villejuif	50,71	38,51
Bassin 95-1 Argenteuil-Eaubonne	65,05	61,26
Bassin 95-2 Gonesse	60,17	46,36
Bassin 95-3 Pontoise	66,63	61,18

Si l'on excepte Paris (où cette notion est relative) la couverture locale est toujours supérieure en médecine à celle de chirurgie : elle est également plus élevée pour les zones périphériques à celle des bassins du centre où les flux sont plus nombreux. Dans la majorité des bassins, environ six malades sur dix sont soignés en proximité en médecine et un sur deux en chirurgie. La situation est singulièrement différente dans d'autres activités (soins de suite et psychiatrie notamment).

3. Une offre de soins organisée pour la meilleure qualité de prise en charge

3.1. Une exigence accrue de qualité des soins

3.1.1. La qualité des soins et les objectifs de santé publique

Les besoins de santé évoluent et les ressources également. Seule la promotion de la qualité est de nature à satisfaire les patients et les soignants. Le schéma régional d'organisation sanitaire a pour objet de :

- répartir sur le territoire régional les activités de soins et les équipements médicaux nécessaires ;
- fixer les orientations et les objectifs permettant de conduire et d'accompagner les évolutions des établissements de santé publics et privés, indispensables pour conforter **l'accessibilité, la continuité, la sécurité et l'efficacité du système de soins.**

La qualité des soins dépend de facteurs multiples : disponibilité de professionnels compétents, mise en œuvre de référentiels reconnus, pratiques de soins conformes aux données les plus récentes, continuité des soins notamment. Elle peut également résulter pour les soins délivrés par le système hospitalier, de la répartition géographique de l'offre, de l'adaptation des infrastructures, de la conformité des procédures aux exigences de sécurité.

Les patients attendent à la fois les meilleurs soins au plan technique mais aussi une disponibilité des soignants pour les éclairer et les accompagner, eux-mêmes ou leurs proches. La conciliation de cette approche plus globale et plus personnalisée et de compétences et de techniques toujours plus spécialisées impose une adaptation permanente du dispositif de soins. Elle illustre aussi la complexité croissante de l'organisation des soins, complexité accentuée par l'élargissement des domaines couverts par le schéma : tous les âges de la vie y sont présents et presque toutes les dimensions du soin, qu'elles soient somatiques ou qu'elles concernent les pathologies mentales, les phases diagnostiques, thérapeutiques ou palliatives.

L'objectif du schéma régional ne se limite donc pas à proposer une répartition géographique de l'offre assortie de recommandations multiples : il doit s'inscrire dans les perspectives d'amélioration des états de santé fixées par la loi de santé publique. Certains de ces objectifs concernent en effet directement les domaines du présent schéma.

Citons parmi les principaux :

Précarité et inégalités	
mesure 34	La réduction des inégalités devant la maladie et la mort des groupes confrontés aux situations précaires.

Maladies infectieuses	
mesure 36	Infection VIH-Sida : réduire l'incidence des cas de SIDA
mesure 37	Réduire la mortalité attribuable aux hépatites chroniques. Réduire la proportion de patients ayant une hépatite chronique.

Santé maternelle et périnatale	
mesure 44	La réduction de la mortalité maternelle.
mesure 45	La réduction de la mortalité périnatale.
mesure 46	La diminution des complications des grossesses extra utérines.
mesure 47	La régression de la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme.

Tumeurs malignes	
mesure 49	L'amélioration de la survie des patients atteints de cancer par une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100 % des patients.

Affections neuropsychiatriques	
mesure 63	La limitation de la perte d'autonomie des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de son retentissement sur les proches.

Maladies cardiovasculaires	
mesure 69	L'obtention d'une réduction de 13% de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires.
mesure 72	La baisse de la fréquence et de la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux accidents vasculaires cérébraux.

Insuffisance rénale chronique	
mesure 80	La stabilisation de l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale.

Affections d'origine anténatale	
mesure 88	Un accès plus aisé à un dépistage et à un diagnostic anténatal respectueux des personnes.

Reproduction, contraception, IVG	
mesure 97	L'assurance d'un accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions.

Multiplés sont donc les cibles, les domaines concernés et les catégories d'acteurs à mobiliser, au nombre desquels figurent les structures hospitalières. D'autres dimensions de la qualité sont au cœur du nouveau schéma.

3.1.2. Une accessibilité organisée et renforcée

3.1.2.1. Une accessibilité organisée au sein de chaque bassin pour les activités de proximité

L'une des premières dimensions de la qualité est un accès aisé aux soins. L'offre hospitalière - objet principal du SROS - est appelée à s'organiser dans un cadre géographique : vingt-deux bassins ont ainsi été définis.

L'offre d'un bassin doit assurer la couverture de l'essentiel des besoins de proximité. Ceci concerne les urgences, dont les urgences cardiologiques (en dehors des urgences hyper-spécialisées), les moyens de transports médicalisés, la réanimation adulte, la dialyse, la chirurgie et la médecine courante, la prise en charge des personnes âgées, la chimiothérapie, l'obstétrique, la pédiatrie et la néonatalogie, la psychiatrie (en dehors de l'hospitalisation des enfants en hospitalisation complète), le repérage et la prise en charge des conduites addictives, les soins de suite et de réadaptation (en dehors de certaines prises en charge spécifiques), les soins palliatifs, l'hospitalisation à domicile, les explorations biologiques et les possibilités d'investigation radiologique, y compris l'imagerie en coupe.

Echappent à cette logique de proximité au sein du territoire certaines activités médicales comme l'hématologie, les soins de suite et la rééducation spécialisés, la réanimation néonatale, la radiothérapie, la médecine nucléaire et l'utilisation de tomographe à émission de positons, la chirurgie infantile, l'aide médicale à la procréation, certaines structures spécialisées comme les soins intensifs de neurologie, l'activité de rythmologie interventionnelle ou la radiologie interventionnelle. Pour ces activités la couverture doit s'exercer dans le cadre de plusieurs bassins du même département ou parfois, selon les flux d'échange géographiques, des départements les plus proches.

Une dernière catégorie d'activités ne s'exerce que dans des centres hyperspécialisés presque toujours situés dans la zone centrale de la région : en dehors des activités de neurochirurgie, de chirurgie cardiaque, de traitement des brûlés et de transplantation non soumises au présent schéma, citons les activités de recours pédiatriques, médicales et chirurgicales, la prise en charge de situations rares ou complexes (en oncologie en particulier), certaines investigations biologiques ou radiologiques spécifiques.

Assurer la couverture des besoins au niveau territorial ne signifie pas que chaque établissement a vocation à tout couvrir : en particulier pour les activités nécessitant l'accès au plateau technique, le juste équilibre est à trouver entre concentration inévitable de l'offre pour des raisons de sécurité et d'efficacité et préservation de l'accessibilité et de la proximité.

La recherche de la meilleure accessibilité aux soins doit aussi prendre en considération les spécificités d'ordre démographique, économique, social et culturel des territoires et de leurs populations.

Au regard des contraintes touchant à la démographie des professions de santé et des ressources disponibles, les questions d'organisation des soins et de mutualisation des moyens et de pratiques professionnelles occupent d'ores et déjà une place centrale. Il faut susciter et formaliser autant que possible les partenariats nécessaires pour répondre à cet impératif.

3.1.2.2. Une accessibilité renforcée par une extension du potentiel de prise en charge

Le tableau ci-dessous retrace les principales évolutions de l'offre au plan régional. Le fait que les outils traditionnels que sont la carte sanitaire et les taux d'équipement n'aient plus cours a conduit à choisir la notion d'implantation comme l'un des indicateurs les plus caractéristiques des changements. On peut présenter les domaines selon l'importance des modifications envisagées (au regard du nombre d'implantations proposées).

Tableau synthétique de l'offre cible pour 2010 (en nombre d'implantations)

Activités ou équipements	Situation actuelle	Situation future
Urgences	91	88 à 96
SAMU	8	8
SMUR	42	42
Médecine	188	224 à 228
Chirurgie	189	175 à 183
Soins de suite	187	188 à 202
Rééducation	104	104 à 109
Maternités	111	99 à 106
Néonatalogie	27	26 à 27
Soins intensifs néonataux	21	18 à 20
Réanimation néonatale	15	15
Psychiatrie générale		
Hospitalisation temps plein	88	100
Alternatives	245	252 à 305
Psychiatrie infanto-juvénile		
Hospitalisation temps plein	23	29 à 31
Alternatives	111	119 à 149
UMAP UPID	0	1 à 2
Réanimation adulte	80	70 à 76
Réanimation pédiatrique	8	7
Soins intensifs (hors USIC et USINV)	14	18
Surveillance continue	68	132 à 135
Soins intensifs de cardiologie	53	51 à 54
Angioplastie coronarienne	40	37 à 41
Rythmologie	45	43 à 50
Unités de neurologie vasculaire	11	24 à 25
Scanner	171 appareils	201 appareils
IRM	114 appareils	146 appareils
Gamma-caméras	87 appareils	97 appareils
TEP	18	25
AMP biologique	20	20
AMP clinique	23	22 à 31
Equipes mobiles gériatriques	27	48 à 50
Services de gériatrie aiguë	52	65 à 66
Chimiothérapie	106	95 à 118
Radiothérapie	30	30
Curiethérapie	14	14 à 21
Equipes mobiles de soins palliatifs	62	67 à 75
Lits identifiés de soins palliatifs	56	69 à 91
Unité de soins palliatifs	25	26 à 28
Equipes mobiles de lutte contre la douleur	38	39 à 42
Réseaux périnataux	13	17
Réseaux de cancérologie	19	22
Réseau régional de cancérologie	0	1

Domaines où la stabilité prévaudra

Urgences
Médecine
Pédiatrie
Obstétrique
Soins intensifs de cardiologie
Assistance médicale à la procréation
Diagnostic prénatal
Réanimation néonatale

Domaines avec renforcement de l'offre

Chirurgie ambulatoire
Soins de suite
Réadaptation
Prise en charge des adolescents et des maladies chroniques de l'enfant
Psychiatrie dont psychiatrie infanto-juvénile
Soins intensifs de néonatalogie
Soins intensifs de neurologie
Gériatrie aiguë
Soins palliatifs
Imagerie

Domaines avec réorganisation majeure

Permanence des soins en chirurgie
Réanimation
Cancérologie
Soins de suite
Réadaptation
Psychiatrie dont psychiatrie infanto-juvénile
Soins de longue durée

Domaines avec optimisation souhaitable des niveaux d'activité

Angioplastie coronaire
Rythmologie interventionnelle

Il faut convenir que la notion d'implantation aussi riche qu'elle soit ne suffit pas à rendre compte de la totalité des mutations projetées. Certaines activités connaîtront un maintien d'ensemble du potentiel mais avec des redistributions géographiques.

3.1.2.3. Une couverture géographique plus équilibrée

Autre dimension de l'accessibilité, l'équilibre de la couverture géographique. Les mouvements sont distincts selon les activités.

La zone centrale devrait augmenter son potentiel en :

- soins de suite et réadaptation,
- structures pour personnes âgées.

Par ailleurs elle bénéficiera d'une amélioration avec la poursuite de la relocalisation de l'hospitalisation complète en psychiatrie.

La zone périphérique verra, elle, les améliorations en :

- néonatalogie (soins intensifs et réanimation néonatale essentiellement),
- cancérologie,
- imagerie,
- moyens de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux,
- soins palliatifs,
- psychiatrie générale et infanto-juvénile.

3.1.3. Une continuité des soins modulée selon les domaines

Elle revêt plusieurs dimensions :

- les soins de premier recours dans l'ensemble des territoires ;
- la couverture des activités pour les disciplines à fonctionnement continu ;
- l'organisation de la permanence pour certaines activités spécifiques ;
- la continuité de prise en charge entre les soins extra-hospitaliers et les soins hospitaliers.

3.1.3.1. Les soins de premier recours

La continuité des soins s'effectue à la fois par l'intermédiaire des acteurs libéraux impliqués dans le dispositif de permanence des soins (parfois dans le cadre de maisons médicales) et par le réseau des services d'urgence, voire par les centres de santé.

L'organisation de la permanence des soins de ville repose sur une sectorisation, compétence des préfets de département s'appuyant sur les propositions des CODAMU-PS et de la mission régionale de santé.

L'accès au dispositif repose sur le SAMU-Centre 15 et la participation à la régulation des médecins libéraux doit être encouragée aux heures de la permanence des soins. Clarté et lisibilité vis-à-vis de la population justifient une campagne d'information adaptée.

3.1.3.2. Les disciplines à couverture constante

Plusieurs activités hospitalières doivent fonctionner sur tout le nycthémère, telles l'obstétrique, les réanimations, et d'une manière générale celles qui sont exposées à l'urgence. Au sein de ces dernières néanmoins, le volume d'activité en dehors des heures ouvrables, la disponibilité d'alternatives proches et l'importance des moyens à mobiliser justifient une adaptation de leur organisation.

3.1.3.3. L'organisation de la permanence pour certaines activités spécifiques

a) En chirurgie

Dans les établissements autorisés à l'accueil des urgences, l'urgentiste prend en charge initialement les patients relevant de la chirurgie. Il doit cependant pouvoir faire appel 24 heures sur 24 à un chirurgien, en cas de nécessité d'un avis spécialisé. Les relations entre les urgentistes et les équipes chargées d'assurer l'expertise chirurgicale sont formalisées par un protocole.

L'expertise chirurgicale, indispensable à la qualité des soins aux urgences, doit être dissociée de l'ouverture 24 heures sur 24 du plateau technique lui-même. Le maintien de l'activité opératoire la nuit, les week-ends et jours fériés, ne se justifie pas sur tous les sites, étant donné le nombre peu important d'interventions réalisées pendant ces périodes.

Dans chaque territoire, un nombre limité d'établissements organise une permanence au bloc opératoire en orthopédie et en chirurgie viscérale, la nuit, les week-ends et les jours fériés. Des établissements sont identifiés pour cette mission, y compris les établissements référents et spécialisés en pédiatrie. Les établissements désignés pour garantir un bloc opératoire de permanence ont une salle de réveil pouvant être ouverte à tout instant. Selon l'activité, le chirurgien et l'anesthésiste sont de garde sur place, éventuellement jusqu'à minuit, ou sont en astreinte opérationnelle.

L'organisation de cette permanence de prise en charge des interventions chirurgicales doit garder une bonne lisibilité pour les patients et les organismes régulateurs.

La concentration de l'activité sur un nombre restreint d'établissements par la réduction du nombre de sites réalisant les interventions chirurgicales pendant les gardes, impose une mutualisation accrue des moyens pour renforcer les équipes opératoires, au sein du bassin de santé et éventuellement avec les bassins limitrophes. Ainsi, le travail des équipes sur plusieurs sites est amené à se développer et des incitations à des projets inter établissements seront mises en œuvre. Un pool inter hospitalier d'anesthésistes réanimateurs et de chirurgiens pourrait être créé dans chaque bassin de santé, dont la coordination reviendrait à l'établissement ressource assurant la permanence des soins 24 heures sur 24.

Au-delà de cette organisation, chaque établissement disposant d'une activité en chirurgie organise une astreinte chirurgicale, afin d'assurer la permanence et la continuité des soins.

Pour des raisons voisines des organisations spécifiques sont mises en place à Paris avec :

- l'existence d'une « grande garde » d'ORL adulte et d'une « grande garde » d'ORL pour les enfants ;
- une garde d'odontologie ;
- la reconnaissance de centres destinés à l'accueil des polytraumatisés ;
- l'identification de centres de prise en charge pour les blessés médullaires et les patients cérébro-lésés.

b) Dans certaines disciplines à activité de garde modérée

En cardiologie interventionnelle et radiologie vasculaire par exemple, les tensions existant sur certains sites pour la couverture médicale des périodes de gardes pourraient s'atténuer avec l'organisation dans un cadre territorial défini, de permanences mutualisées. Ce même type d'organisation pourrait se concevoir dans la zone centrale, en ophtalmologie par exemple. Dans le même esprit, l'organisation d'une permanence mutualisée, sectorisée et lisible des soins pour l'embolisation artérielle obstétricale dans les secteurs où l'offre de prise en charge est faible, sera expérimentée.

3.1.3.4. La continuité de prise en charge entre les soins extra-hospitaliers et les soins hospitaliers

La nécessité de liens plus étroits entre ville et hôpital dans beaucoup de prises en charge programmées notamment, n'est plus contestée dans son principe : sa mise en œuvre, délicate et complexe, est décrite dans d'autres parties du présent schéma.

3.1.4. Une sécurité des soins garantie

C'est une exigence à laquelle les patients et les soignants sont particulièrement attentifs. Elle trouve un écho dans les objectifs de santé publique et dans le programme régional de gestion des risques de santé publique avec lequel le SROS sera étroitement articulé.

3.1.4.1. La sécurité transfusionnelle

Les établissements de santé autorisés à conserver et distribuer des produits sanguins labiles doivent le faire sous le respect de plusieurs règles de bonne pratique rappelées par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique.

En particulier, les établissements exerçant certaines activités doivent disposer de plateaux techniques adaptés aux exigences de la sécurité transfusionnelle :

- accès aux produits sanguins labiles en moins de 30 minutes en situation d'urgence ;
- disponibilité des analyses immuno-hématologiques ;
- organisation logistique nécessaire au transport des produits sanguins labiles et des échantillons de sang compatibles avec les situations cliniques.

La couverture actuelle de la région est assurée par :

- 28 sites de l'Etablissement français du sang ;
- le site du service de transfusion du service de santé des armées ;

- 112 établissements de santé autorisés à gérer un dépôt de sang dont 65 assurent l'attribution nominative.

Pour les établissements qui exerceront une activité obstétricale, un accueil d'urgence ou des activités chirurgicales à risque hémorragique au regard des exigences de sécurité transfusionnelle, une convergence entre les dispositions du schéma régional d'organisation sanitaire et le schéma d'organisation de la transfusion sanguine sera effectuée.

3.1.4.2. La iatrogénie

Les éléments à prendre en compte sont multiples.

a) Les objectifs de santé publique

Ils consistent à :

- réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène de 10% à 7% d'ici à 2008 ;
- abaisser la fréquence des évènements iatrogènes d'origine médicamenteuse ;
- réduire d'un tiers la fréquence des évènements iatrogéniques évitables ;
- diminuer les doses d'irradiation individuelles et collectives liées aux expositions médicales à visée diagnostique.

Dans ce domaine figurent également l'identification du risque nutritionnel et la lutte contre la dénutrition nosocomiale. Elle atteint jusqu'à 50% des patients et ses conséquences sur la morbidité, la mortalité et les coûts d'hospitalisation et de santé sont documentées.

La prise en compte de la dénutrition hospitalière implique une identification précoce et une prise en charge thérapeutique. Elle suppose une organisation intra-hospitalière transversale et multidisciplinaire. La mise en place des unités transversales de nutrition et de comités de liaison alimentation nutrition (CLAN), préconisée par la circulaire DHOS/E1 n° 2002-186 du 29 mars 2002, doit être encouragée.

b) L'incitation à développer une culture de gestion du risque

On évalue à 63 000 en Ile-de-France le nombre d'évènements indésirables graves (dont 20 % environ en rapport avec une infection et une même proportion en rapport avec une prise de médicament) et liés aux soins durant une hospitalisation, dont environ le tiers serait évitable. Parmi les plus exposés figurent les patients fragiles (personnes âgées, malades graves et situations cliniques complexes).

Outre l'obligation pour tout établissement de disposer d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), il y a désormais la nécessité pour chacun de publier les résultats retracés dans l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN).

La gestion du risque nutritionnel chez les patients hospitalisés concerne particulièrement les patients fragiles précités. Les établissements de santé prenant en charge ce type de patients devraient pouvoir être davantage impliqués.

Les CLAN permettent ainsi une meilleure sensibilisation des soignants, en particulier des médecins, des actions de formation, une mutualisation des moyens et, notamment, une organisation de la prise en charge des patients en liaison avec la ville.

La mise en place d'UTN (Unités transversales de nutrition) sera favorisée dans certains établissements de santé pilotes.

Les actions projetées s'amplifieront en conséquence dans les directions suivantes :

- soutien aux mesures de recueil et de traitement des données, en particulier celles qui permettent les actions préventives ;
- négociation lors des contrats d'objectifs et de moyens de volets qualité et sécurité : la lutte contre la iatrogénie devrait être l'un des résultats indirects du contrat du bon usage du médicament conclu entre les établissements et qui prend effet au 1^{er} janvier 2006. Le volet concernant la sécurisation du médicament constitue un axe de progrès indéniable ;
- publication des résultats ;
- coordination de toutes les actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins notamment les vigilances.

c) La diminution des irradiations

L'extension des équipements d'IRM permet de réduire les doses d'irradiation lors des procédures diagnostiques. La substitution d'accélérateurs linéaires de particules aux bombes au cobalt qui sera prochainement achevée vise aussi à réduire l'exposition aux risques lors des traitements de radiothérapie.

3.1.4.3. Les mises aux normes techniques

Plusieurs programmes se poursuivront aux fins de rendre les installations techniques plus sûres :

- la préparation centralisée des cytotoxiques aux fins de garantir la qualité des conditions de reconstitution et d'acheminement des médicaments anticancéreux ;
- les mises aux normes accompagnant la modernisation du parc hospitalier en particulier pour les blocs opératoires, les salles de réveil, la stérilisation, le rapprochement des unités de néonatalogie et d'obstétrique, les services de réanimation et ceux de radiothérapie.

3.1.4.4. L'adaptation des organisations

La sécurité des soins passe par un accès égalitaire aux compétences médicales. De fait les perspectives de la démographie médicale rendent indispensable l'adaptation des organisations dans le sens d'une mutualisation des compétences, que ce soit dans le

cadre d'activités programmées ou dans celui de la permanence des soins, notamment spécialisés.

3.1.4.5. L'évolution des systèmes d'information

Plusieurs domaines justifient des systèmes d'information appropriés pour analyser les circonstances de la survenue d'évènements graves : ainsi, il est nécessaire en périnatalité d'améliorer la disponibilité des données de morbidité grave et de mortalité maternelle pour permettre une analyse et une amélioration des pratiques.

3.1.4.6. La protection de la sécurité physique des soignants

Donnée nouvelle, cette dimension renvoie à la sécurisation des procédures dans l'usage de certains médicaments ou dispositifs médicaux, mais également dans différentes mesures cherchant à protéger les soignants contre certains comportements déviants des usagers, notamment aux services d'urgence.

Pour la prise en charge des accidents d'exposition au sang survenant dans les services cliniques ou médico-techniques, certains services sont sollicités pour dispenser, en lien avec la médecine du travail, l'information adéquate au personnel (prévention des piqûres, signalements systématiques des incidents et respect des délais de prise en charge, élaboration de protocoles à afficher dans tous les services).

3.2. Les infléchissements par rapport au SROS 2

Le SROS 2 s'est donné de multiples objectifs :

- recomposition de l'offre hospitalière par une profonde évolution des structures : incitation aux fusions, atteinte de taille critique, réduction des capacités excédentaires (souvent en chirurgie), reconversion de sites ;
- redéploiement entre centre et périphérie et renforcement des activités et des zones géographiques insuffisamment pourvues pour permettre un meilleur équilibre géographique de l'offre de soins ;
- accroissement de l'offre en soins de suite, en réadaptation et en psychiatrie ;
- amélioration de l'accessibilité géographique aux moyens diagnostiques et thérapeutiques dans nombre de domaines : urgences, imagerie, insuffisance rénale chronique, chimiothérapie, néonatalogie ;
- individualisation de la responsabilité des structures dans les domaines qui apparaissaient alors majeurs ;
- amorce de l'organisation en réseaux.

La plupart de ces objectifs ont été atteints : certains ne le sont pas encore, mais les décisions qui y conduisent sont prises. Il convient désormais de les concrétiser. Souvent ce sont les délais d'investissement qui expliquent la durée de mise en œuvre, preuve qu'en la matière ce sont plutôt dix années qui sont nécessaires pour atteindre les résultats escomptés.

Le document « SROS 2 : bilan et perspectives » publié en mai 2005 retrace plus précisément le degré d'exécution de ce schéma.

Le SROS 3 se situe pour partie dans la continuité du schéma précédent. Il va poursuivre ce dernier en particulier dans les domaines où il s'agit de concrétiser des décisions déjà prises. De nombreux infléchissements vont néanmoins voir le jour : rôle accru joué par la dimension territoriale de l'organisation des soins, identification systématique des responsabilités confiées à chaque établissement, préalable à une plus grande lisibilité de l'offre, recherche d'une meilleure articulation entre les différentes composantes de l'offre, notamment.

Alors que le SROS 2 a cherché à agir sur les structures (leur localisation, leur taille et leur responsabilité, principalement), le SROS 3 mettra la priorité sur les procédures, les interrelations et les missions envisagées dans la quasi-totalité des domaines. Il n'y a donc plus lieu de proposer des bouleversements majeurs dans le volume de l'offre (en tout cas en court séjour), ni dans l'identification des responsabilités médicales des établissements. On connaîtra certes des ajustements mais moins de suppressions de sites ou de fusions juridiques.

Il demeure des situations qui contredisent ce constat : ainsi en Seine-et-Marne, tant au nord qu'au sud, des reconfigurations sont attendues. Il en va de même dans le sud ouest de Paris entre hôpitaux PSPH. Dans certains domaines, la configuration des années à venir va apporter des mutations significatives, comme en périnatalité à Paris et en proche banlieue. D'une manière générale Paris sera un des lieux de réorganisation significative : au sein de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris avec la mise en œuvre du plan stratégique et la consolidation des groupements hospitaliers universitaires, de manière plus générale par le renforcement des soins de suite, de la psychiatrie et de structures pour personnes âgées qui s'ajoutent aux autres évolutions déjà mentionnées.

Mais les changements à décider pour les années à venir sont largement d'un autre ordre. Ils concerneront avant tout :

- la recherche d'une meilleure fluidité dans le parcours des patients ;
- un équilibre entre activités spécialisées et polyvalente, amorce d'une prise en compte du vieillissement de la population et de la fréquence des polypathologies ;
- une intégration plus forte entre les différentes dimensions du soin - technique, relationnelle ou sociale - ainsi qu'entre la prévention, le dépistage et les soins ;
- la construction de relations plus étroites entre les acteurs hospitaliers en intra-hospitalier - tout au long de la chaîne de soins - d'une part, et en extra-hospitalier avec les autres soignants, notamment ceux qui contribuent au maintien ou au suivi à domicile.

Dans un nombre croissant de domaines, les malades, probablement plus nombreux, seront de moins en moins présents à l'hôpital, en tout cas en hospitalisation de court séjour (en psychiatrie la tendance est la même avec d'évidentes spécificités) : lorsqu'ils le seront, ce sera pour des durées le plus souvent brèves. Un nombre croissant de

malades (pour les pathologies chroniques et les polyopathologies en particulier) avec des séquences de soins alternées entre l'hôpital et le domicile conduit à chercher une continuité de prise en charge entre ces deux lieux de soins. Seule la recherche d'organisations nouvelles, reliées et réactives, peut permettre d'y parvenir.

En conséquence, dans un nombre accru de situations, la dimension technique du soin ne sera plus seule en mesure de garantir une qualité optimale des prestations : elle restera de toute évidence un aspect essentiel et les orientations du SROS 3 doivent la conforter. Mais la qualité des soins sera de plus en plus dépendante des performances organisationnelles. Et c'est cette nouvelle exigence qui doit, mieux que par le passé, être prise en compte.

3.3. Les priorités du SROS

La volonté de corriger des insuffisances ou de préparer des mutations majeures conduit à proposer deux priorités « transversales » :

- la lutte contre les inégalités de soins ;
- l'amélioration du parcours de soins du patient ;

et trois priorités thématiques :

- la prise en charge des personnes âgées ;
- la psychiatrie et la santé mentale ;
- le traitement du cancer.

Les trois priorités thématiques retenues sont d'incontestables priorités de santé publique : si la dimension sanitaire est majeure, elle ne les englobe pas en totalité, les aspects sociaux ne pouvant être ignorés. On remarquera qu'il s'agit de domaines où les prises en charge sont au long cours et assimilables, de ce fait, à des pathologies chroniques.

3.3.1. La lutte contre les inégalités de soins

Les résultats de santé au sein de la région montrent des écarts entre les zones géographiques assez fortement corrélés au statut socioéconomique des populations : c'est globalement le quart nord-est qui a les indicateurs les plus défavorables. Les explications sont multiples : différences sociales, exposition à un environnement moins favorable, moindre connaissance des possibilités de recours, sollicitation tardive du système de soins, barrières culturelles ou obstacles économiques pouvant conduire à des refus de soins, etc.

La principale question posée est de savoir selon quelles voies un exercice de planification largement orienté sur le système hospitalier peut contribuer à réduire ces inégalités, les études montrant le plus souvent qu'un niveau social plus élevé va de pair, en amont de l'hospitalisation, avec un suivi ambulatoire plus spécialisé, plus approfondi, avec un nombre d'explorations supérieur, alors même que ces différences sont moins observées dans la prise en charge hospitalière.

On peut souligner que toute amélioration de l'accessibilité est de nature à atténuer ces inégalités. En particulier lorsqu'il s'agit de soins primaires : le maillage en services d'urgence (et en consultations non programmées) est l'une des réponses en la matière, de même que les possibilités diagnostiques et thérapeutiques offertes à l'hôpital, dans le cadre financier de droit commun. Dans certains domaines l'hôpital supplée l'absence de remboursement en ville (consultations de psychologues ou de diététiciennes par exemple). D'autres actions exercées par les structures hospitalières contribuent également à l'amélioration de l'accessibilité des patients aux soins : le dépistage organisé du cancer du sein confié aux hôpitaux en complément des structures libérales d'imagerie en est un exemple. Il faut enfin citer le rôle essentiel joué par les permanences d'accès aux soins et le service social (PASS).

Le rôle des PASS est de faciliter le recours des populations défavorisées au système de santé. Pour favoriser la reconnaissance de leurs droits, le renforcement des coopérations avec les organismes d'assurance maladie est à rechercher. Il s'agit également d'assurer à ces personnes une qualité de prise en charge et de suivi, dans une approche pluri-professionnelle sanitaire et sociale en relation avec les collectivités territoriales et les associations.

Quant au service social, il doit être disponible dans tous les établissements de santé et en particulier dans ceux situés dans les territoires qui concentrent le plus grand nombre de personnes en situation de précarité.

L'accent mis sur une approche plus globale des soins et donc sur une prise en compte des dimensions psycho-sociales est particulièrement présent dans certains domaines.

a) Ainsi, en périnatalité il est envisagé de favoriser l'accès à un suivi de grossesse et à un accompagnement en suite de couches adaptés aux populations en situation de précarité par :

- la mise en place d'organisations évitant tout facteur d'exclusion d'une femme enceinte du suivi de grossesse et de l'accompagnement du post partum, un soutien en moyens financiers et humains adéquats restant à définir ;
- le fait de considérer la grossesse chez les femmes en situation de précarité comme une urgence médico-psycho-sociale ;
- la proposition de favoriser l'équité d'accessibilité aux maternités publiques et privées par une contractualisation sur la base d'un pourcentage réservé de prise en charge par les établissements des femmes en situation de précarité ;
- le développement d'une organisation favorisant la cohérence sanitaire et sociale et la continuité de l'accompagnement des femmes en situation de précarité.

b) De la même manière, le constat que les personnes en situation de précarité, souffrant d'addictions sévères et de troubles de santé mentale, y compris les enfants et adolescents, accèdent trop difficilement au droit commun des soins spécialisés en psychiatrie, a abouti aux recommandations suivantes :

- étendre la mise en place des dispositifs psychiatrie-précarité à l'ensemble des territoires de la région et formaliser par convention le travail de partenariat entre équipes de psychiatrie et équipes sociales ;
- articuler ces dispositifs avec une ouverture facilitée de chaque secteur à des accueils non programmés, à l'accueil d'une population marginalisée, incapable de formuler une demande directe, à accepter l'errance avant qu'un lien puisse être créé, à montrer de la souplesse par rapport à la temporalité ;
- lier le SROS avec le schéma régional de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion et les schémas pour personnes handicapées ;
- pérenniser les financements des dispositifs psychiatrie-précarité validés, après expérimentation ;
- généraliser le pilotage départemental et mettre en place un pilotage régional, pour poser un cadre d'échanges et de concertation.

c) Plusieurs réseaux ont comme objectifs de favoriser l'accès aux soins des populations défavorisées. Au vu de l'évaluation de leurs résultats, ces initiatives pourraient être étendues. Il pourra en aller de même pour la mise en place récente de projets locaux de santé dans cinq communes de la région.

3.3.2. Un parcours de soins organisé et lisible

L'identification systématique des rôles joués par les établissements hospitaliers et le fait que cette information sera publique ont vocation à rendre l'accès plus égalitaire et à faciliter les parcours de soins.

Plusieurs arguments plaident pour que l'organisation du parcours de soins soit une priorité :

- le développement des pathologies chroniques et des comorbidités, la fragmentation des prises en charge et l'alternance des lieux de soins à domicile et à l'hôpital compliquent le suivi et le partage d'information ;
- la mobilité des franciliens qui voient un nombre non négligeable d'entre eux soignés en dehors de leur lieu de vie provoque des difficultés d'échange entre acteurs de ville et acteurs hospitaliers ;
- le raccourcissement des durées de séjour (en soins aigus) et le transfert croissant en soins de suite nécessitent une fluidité parfois absente aujourd'hui ;
- l'organisation plus graduée de l'offre hospitalière doit inciter les différents établissements à concevoir une organisation spécifique pour éviter les discontinuités de prise en charge.

Globalement par ailleurs l'Ile-de-France est une région où la densité de l'offre (avec ses inégalités) la rend peu lisible, avec de multiples cloisonnements.

Les modalités pour assurer la meilleure coordination des soins sont diverses. Certains réseaux actuels ont ouvert des voies en la matière, d'autres formes verront le jour, variables selon les activités et les problèmes à régler :

- le développement des équipes mobiles (en soins palliatifs, en psychiatrie, en addictologie et en gériatrie) ;
- la mise en place d'un répertoire professionnel des compétences pour la prise en charge des urgences ;
- les conventions de tout type que les partenaires d'un même domaine devront élaborer pour permettre une gradation des soins ;
- en psychiatrie ainsi qu'en addictologie, l'activité de liaison est désormais incontournable et l'exercice de l'activité dans un cadre intersectoriel se répand.

Il en est de même pour les filières de soins demandant une organisation continue des prises en charge du diagnostic et de l'orientation à l'aval jusqu'au retour à domicile ou le recours à des structures médico-sociales ou sociales. Pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux et pour les personnes âgées la mise en place de telles filières est une recommandation essentielle.

En cancérologie la généralisation à brève échéance du dispositif d'annonce et du programme personnalisé de soins sera à mettre en œuvre. Ce qui inspirera vraisemblablement des programmes de même nature dans d'autres domaines.

3.3.3. Les personnes âgées

Les actions des années à venir ont été arrêtées par un volet récent du SROS 2 qui ne justifie que quelques adaptations. Améliorer la prise en charge initiale (en particulier avec le sensible accroissement des services de gériatrie aiguë et de médecine polyvalente ainsi que des pôles d'évaluation), renforcer les soins de suite adaptés à la prise en charge de ces patients polypathologiques et lourdement dépendants, diversifier les modalités de prise en charge (hospitalisation à domicile, accueils de jour) et articuler les dispositifs sanitaire et médico-social continueront d'être les lignes directrices.

La croissance du nombre de patients âgés - et leurs nouvelles attentes - vont progressivement concerner la quasi-totalité des activités hospitalières. D'où de nouvelles réponses.

Les enjeux sont de préserver le plus longtemps possible le maintien au domicile, d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées, notamment de celles qui sont polypathologiques et lourdement dépendantes et de veiller à évaluer le mode de sortie dès l'admission afin de l'organiser au mieux et d'éviter un allongement injustifié des durées d'hospitalisation préjudiciable pour ces patients fragiles.

Les orientations principales seront en conséquence les suivantes :

- développer l'évaluation gériatrique ambulatoire avec en particulier, le diagnostic précoce des troubles mnésiques, pour infléchir le nombre des hospitalisations non programmées ;
- adapter la prise en charge hospitalière aux patients à risque ou en perte d'autonomie et anticiper l'organisation de leur devenir ;
- impliquer les établissements dans une organisation territoriale de la filière gériatrique, pour en améliorer l'adéquation et la fluidité, en lien étroit avec l'ensemble des partenaires médico-sociaux et libéraux et renforcer l'articulation entre le secteur hospitalier, les soins de ville, les secteurs médico-sociaux et associatifs, par l'intermédiaire des dispositifs de coordination (CLIC – centre local d'information et de coordination - et réseaux gérontologiques) ;
- veiller au maintien d'une capacité suffisante en structures d'aval du soin de suite (sanitaire ou médico-sociale) ;
- améliorer l'information des aidants et des professionnels de santé ;
- assurer une coordination avec les schémas départementaux.

Beaucoup d'actions spécifiques en découleront.

Ainsi en psychiatrie, compte tenu de l'augmentation des besoins, il est demandé aux équipes psychiatriques d'accroître leur implication et leurs compétences dans la psychiatrie du sujet âgé. Une politique géronto-psychiatrique doit ainsi être définie au sein de chaque territoire. Des améliorations sont attendues sur :

- le renforcement de la formation des équipes psychiatriques à la prise en charge spécifique des personnes âgées atteintes de pathologies mentales ;
- le développement de la psychiatrie de liaison au sein des établissements sanitaires (MCO, soins de suite et réadaptation) et des EHPAD (établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes), et des interventions au domicile des patients âgés, l'articulation avec les acteurs locaux des réseaux centrés sur les personnes âgées ;
- la réservation de places spécifiques en hôpital de jour ;
- l'accès de l'ensemble des territoires à des lits de géronto-psychiatrie de court séjour ;
- la prise en charge des soins somatiques des personnes âgées hospitalisées en services psychiatriques compte tenu des fréquentes co-morbidités somato-psychiques chez le sujet âgé.

Les somaticiens et acteurs du champ médico-social doivent améliorer leur connaissance de la prise en charge des troubles de comportement et renforcer la dimension psychiatrique des projets de soins.

De la même manière, adapter la prise en charge des personnes âgées dans les services de court séjour s'imposera : lors d'une admission, l'avis d'un gériatre est recommandé dès que l'état du patient en unité aiguë le justifie, notamment en cas de polyopathologies ou de perte d'autonomie, de façon à l'orienter rapidement vers un centre de gériatrie aiguë ou vers un service de soins de suite. Dans certains services, ce recours se justifie aussi afin de respecter la rotation nécessairement rapide de tels services.

L'importance de la population âgée explique également les évolutions proposées pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ou le développement des soins de suite. Dans ce dernier domaine, si la polyvalence des structures est préconisée, cela n'exclut pas la diversification d'une partie de l'offre pour faire face aux patients lourdement dépendants. Ces structures doivent pouvoir assurer des soins paramédicaux de niveau relativement élevé ainsi que la gestion de l'aval de ces patients qui reste souvent problématique.

L'accueil de ces patients est assuré, dans la majorité des cas, par la réorientation et le développement de l'offre polyvalente de proximité.

3.3.4. La psychiatrie et la santé mentale

La présence de la psychiatrie au nombre des priorités tient aux raisons suivantes :

- diversification et augmentation de la demande émanant de contextes et de populations extrêmement hétérogènes et en particulier augmentation exponentielle des sollicitations des secteurs sanitaire, médico-social et social, plus sensibilisés à la dimension santé mentale de leur action, en particulier à l'égard de la psychiatrie infanto juvénile ;
- diversité et intrication psychologique, médicale et sociale des troubles générés par la maladie mentale, et ceci plus que pour toute autre pathologie. Cette triple dimension des besoins exige d'organiser une offre de soins, préventifs et curatifs, qui articule l'ensemble des dispositifs potentiellement concernés, directement inscrits dans le champ sanitaire, spécialisé en psychiatrie ou non, ou qu'ils concernent d'autres champs, médico-social, social, voire éducatif ou judiciaire ;
- inachèvement des réalisations prévues dans le schéma précédent. Le rapprochement des lieux d'hospitalisation en psychiatrie générale, sur la base de projets sectoriels et intersectoriels, est à mi-parcours des objectifs fixés dans le SROS précédent et demeure un axe d'action majeur pour les cinq années à venir. Les projets présentés doivent anticiper et intégrer les contraintes de démographie des professionnels, de qualité, de sécurité et d'optimisation des ressources, qui militent pour un seuil minimum et une organisation adaptée, au-delà d'une simple relocalisation de l'existant.

3.3.5. La prise en charge du cancer

Il s'agit tout à la fois d'une priorité nationale et d'un domaine où les besoins sont également croissants, avec d'importantes recommandations pour améliorer la qualité des soins. Ces recommandations touchent le soin direct au patient et les réorganisations multiples qui doivent assurer une harmonisation des pratiques et une véritable continuité des soins.

La tendance prédominante sera d'assurer dans des délais acceptables une prise en charge :

- plus personnalisée et plus globale associant selon les situations les soins palliatifs et les soins de support ;
- garantie par des pratiques multidisciplinaires, la concertation pluridisciplinaire initiale s'imposant comme la clef de voûte ;
- tenant compte des possibilités diagnostiques et thérapeutiques les plus récentes. L'inclusion plus forte dans des essais thérapeutiques doit favoriser la diffusion des innovations.

Dans la majorité des situations et dans le respect des volontés des patients, la prise en charge sera à organiser dans un contexte de proximité.

3.4. La dimension territoriale

Faire progresser l'organisation territoriale des soins est l'une des améliorations attendues dans les prochaines années. La création de 22 territoires répond à cet objectif. La progressive élaboration de projets médicaux de territoire également. Cette optique doit concerner tant les relations inter-hospitalières que les relations ville-hôpital. Le renforcement de l'approche territoriale explique également le niveau géographique retenu pour l'appréciation des besoins.

Les relations inter-hospitalières

Parce que chaque territoire dispose de la quasi-totalité des moyens diagnostiques et thérapeutiques pour couvrir les soins de proximité, une complémentarité et une répartition des rôles est à concevoir, et chaque fois que possible dans un cadre formalisé :

- en matière de permanence des soins ;
- dans certaines filières de soins ;
- là où une gradation des soins différencie les responsabilités des différents établissements hospitaliers.

Devant les perspectives de la démographie médicale, un partage de la ressource médicale est à rechercher dans chaque territoire.

Les relations ville-hôpital

Les domaines où des progrès sont attendus sont multiples. Si les soins chroniques sont un terrain propice à ces prises en charge partagées, des complémentarités mieux construites sont également concevables ailleurs : le suivi des grossesses en ville, celui au long cours des bébés nés à risque, le suivi de l'état nutritionnel, le retour à domicile en collaboration avec des infirmières et des médecins libéraux, l'admission directe dans les services de médecine ou de soins de suite sont des modalités à favoriser.

Faciliter l'admission et la sortie des malades pourrait être une des voies de progrès, en particulier pour les services de médecine interne, en suggérant que le médecin de ville puisse, dès l'adressage, proposer l'aménagement de la sortie du patient. Le rôle des réseaux et des filières est aussi d'aider à construire ces liens. La prise en compte de l'hétérogénéité de la couverture en médecins de ville et en infirmières libérales est nécessaire comme le montre la répartition de la densité des médecins (pour 100 000 habitants).

Département	médecins omnipraticiens	médecins spécialistes	infirmiers
Paris	123,1	247,8	41,7
Seine-et-Marne	82,5	66,2	49
Yvelines	87,5	98,7	39,7
Essonne	85,5	80,0	43,5
Hauts-de-Seine	82,9	117,8	30,3
Seine-Saint-Denis	76,5	70,7	31,4
Val-de-Marne	84,8	91,3	36,6
Val-d'Oise	81,9	73,0	46,4
Ile-de-France	90,8	117,5	39,5
France	101,4	88,7	81,2

source URCAMIF éléments de diagnostic sanitaire en Ile-de-France édition 2005 (données 2003)

Le cadre territorial d'appréciation des besoins

La volonté de privilégier la dimension locale conduit à retenir le cadre des bassins pour évaluer les besoins de santé dans la totalité des domaines sauf quelques exceptions. Echappent à cette règle :

- la rééducation fonctionnelle, l'assistance médicale à la procréation, le diagnostic prénatal et l'imagerie dont les besoins sont évalués dans le cadre du département ;
- l'insuffisance rénale chronique dont les besoins sont évalués dans le cadre de regroupements de bassins ;
- les soins de suite pour les départements de Paris et du Val de Marne ainsi que la rééducation fonctionnelle pour le département de Paris dont les besoins sont également évalués dans le cadre de regroupements de bassins.
- la psychiatrie pour les unités pour malades agités et perturbateurs et l'unité sanitaire d'accueil d'urgence pour personnes atteintes de syndrome autistique dont les besoins sont évalués dans le cadre régional.

4. L'approche thématique

Les thèmes du schéma régional sont multiples. Plusieurs dimensions sont néanmoins communes à différents volets. Ainsi, la majorité des épisodes de soins sont de plus en plus en situation intermédiaire entre un avant communément appelé l'amont (moment du dépistage, du diagnostic ou d'une prise en charge initiale) et un après, le plus souvent dénommé aval (suite de soins, retour à domicile, suivi). Parfois, la prise en charge à plusieurs en simultané est une nécessité. Souvent, les rôles changent pour les soignants : prescripteur puis prestataire. L'interdépendance s'accroît de ce fait : l'efficacité oblige donc à construire des relations multiples entre acteurs (professionnels ou structures). Ces relations sont loin d'être toujours naturelles dans une région peu organisée avec des flux multiples et dans un contexte de spécialisation croissante des compétences.

Les lignes directrices du schéma régional vont donc chercher à organiser des interventions plus précoces, à clarifier la gradation des responsabilités, à rendre plus solidaires les divers intervenants et à construire des relations plus formalisées et surtout plus opérationnelles entre les différents prestataires de soins.

4.1. Des prises en charge précoces

Une réactivité plus grande de l'offre hospitalière par rapport à son amont est souhaitable, et ceci dans plusieurs dimensions : la régulation initiale, l'organisation des transports, une meilleure gestion des flux, les campagnes d'information, les articulations avec les centres de dépistage, l'anticipation dans l'organisation des relais sont autant de vecteurs d'amélioration. L'hôpital n'est pas toujours l'acteur exclusif ou principal en la matière : il lui incombe néanmoins des responsabilités propres.

Dans plusieurs domaines, la précocité des interventions initiales réduit considérablement les risques futurs (infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral). Pour les personnes âgées, le développement de pôles d'évaluation (consultations gériatriques, consultations mémoires, hôpital de jour de diagnostic) contribue à éviter les arrivées aux urgences en situation de crise.

Dans la prise en charge des addictions le repérage précoce visant à dépister les consommations excessives peut prévenir le stade de dépendance.

La précocité, en psychiatrie, permet de développer une politique efficace de prévention, de limiter ou éviter les situations de rupture de soins et les phénomènes de désocialisation, de contenir les durées d'hospitalisation complète. Elle est conditionnée par le renforcement de l'accessibilité des structures de soins et des prises en charge au plus près des lieux de vie et d'activités des personnes, y compris à leur domicile.

Elle concerne toutes les tranches d'âge et toutes les pathologies prises en charge.

- **Le secteur psychiatrique** est réaffirmé dans sa fonctionnalité, garant de la proximité et de la continuité des soins, s'appuyant sur des ressources spécifiques adéquates, sectorielles et intersectorielles.
- **Le rôle pivot du centre médico-psychologique** doit être renforcé en termes de disponibilité des équipes, de professionnalisation de l'accueil, d'élargissement des plages horaires d'ouverture, pour offrir des modalités d'accueil adaptées aux besoins des patients, des familles et des professionnels de première ligne, intégrant les accueils non programmés et les interventions extérieures.
- **L'accessibilité des soins** implique une proximité fonctionnelle (horaires, seuil minimum d'une équipe pluridisciplinaire, délais et modalités de réponse, accès connu du public et des partenaires), plus large que la proximité géographique, qui peut conduire à aménager cette dernière, en regroupant des structures, moins proches, mais plus accessibles.

Pour les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, une prise en charge plus précoce doit viser à développer les diagnostics au stade de début de la maladie, grâce à la formation des professionnels et l'accessibilité des consultations mémoire.

4.1.1. Optimiser les délais de prise en charge dans les situations d'urgence

a) Dans l'appel au centre 15

Le centre 15, qui intègre une régulation libérale, dispose d'un répertoire des lieux de permanence des soins ayant contractualisé avec le réseau et en assure l'accès. L'organisation de la prise en charge des demandes de soins urgents repose sur la mise en réseau des acteurs de l'urgence, hospitaliers et de ville, avec le centre 15 comme pierre angulaire.

b) Dans l'organisation des transports sanitaires

Il n'est pas envisagé de modifier la couverture actuelle en transports sanitaires qui comprend :

- trente sept services de transport médicalisés polyvalents ;
- cinq services ou antennes pédiatriques.

L'orientation directe des urgences pré-hospitalières médicalisées par les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) est toujours privilégiée vers les structures ou services spécialisés adaptés (y compris hors établissements autorisés à accueillir les urgences).

Les patients pris en charge par les transports non médicalisés (brigade des sapeurs pompiers de Paris - BSPP -, ambulances privées...) font l'objet d'une meilleure répartition entre les différents établissements autorisés, notamment vers les structures de proximité.

La coordination des moyens des sapeurs pompiers s'effectue en étroite collaboration avec les services d'aide médicale urgente (SAMU). L'interconnexion réglementaire 15-18-112 doit entrer dans les faits. La participation à la régulation d'un coordonnateur ambulancier permet d'optimiser la recherche de moyens.

L'organisation des transports pédiatriques médicalisés s'appuie sur la complémentarité entre les SMUR référents et les autres SMUR. Un recours harmonisé aux SMUR pédiatriques justifie le traitement des appels par le centre 15 avec une délégation régionale de régulation à un référent pédiatrique, selon des modalités à définir en concertation entre les SAMU et les pédiatres.

L'autorisation d'accès hélicoptère aux établissements référents pédiatriques, tous situés à Paris intra-muros, doit faire l'objet d'une réflexion pour les urgences spécialisées de l'enfant relevant impérativement d'un de ces plateaux techniques.

Les réorganisations territoriales d'activité entre structures vont augmenter le recours aux transports inter-hospitaliers médicalisés ou non. Lorsque l'état des patients le justifie, ces transports sont sécurisés et régulés par le SAMU avec recours possible à des transports secondaires infirmiers.

L'organisation territoriale des ambulanciers améliore l'offre des transports entre la ville et l'hôpital.

c) Dans l'orientation en amont des services d'urgence

Les recommandations portent sur :

- l'information des usagers ;
- la permanence des soins de ville.

L'information de la population sur l'organisation de l'offre de soins existante est primordiale, particulièrement sur l'accès à la permanence des soins de ville.

Elle est diffusée par les organismes de l'Etat et l'Assurance Maladie, relayée par les professionnels de santé de ville (cabinets, centres de santé, pharmacies...) et les établissements de santé.

L'orientation vers la permanence des soins de ville est à privilégier.

Des modes de prise en charge innovants proposant le tiers payant contribuent à la permanence des soins : maison médicale, permanences ou consultations à horaires adaptés en ville, en centre de santé ou en établissement.

Des lieux de permanence des soins de ville répondant à un besoin local de service public évalué pourront bénéficier d'un financement ville-hôpital, sur proposition de la mission régionale de santé.

La réorientation de certains patients vers un lieu de permanence des soins de ville à proximité d'un service d'urgence est possible, après validation médicale et dans le cadre d'un protocole d'accord liant les structures et communiqué au centre 15.

d) Dans la qualité du traitement des situations de crise en psychiatrie

Ce traitement est assuré au sein des dispositifs spécialisés ou aux urgences des hôpitaux généraux et permet l'inscription du patient dans une démarche de continuité et de coordination des soins.

Les recommandations portent sur :

- le maintien et le développement d'une offre alternative, en amont du dispositif d'urgences hospitalières (préconisations sur l'implication des CMP dans l'accueil de l'urgence et de la post-urgence, diversification des modalités d'intervention) ;
- l'organisation d'une réponse plus adaptée aux urgences des hôpitaux généraux.

Les objectifs généraux à atteindre sur ce plan sont :

- d'assurer une prise en charge spécifique favorisant le travail de crise ;
- de créer une filière liant urgence et post-urgence permettant à la fois l'intervention en situation de crise et la continuité dans le temps du suivi ;
- d'organiser l'aval des situations de crise, sur le plan ambulatoire, comme de l'hospitalisation.

Parmi les modalités d'application à privilégier figurent :

- une articulation avec le SAMU, pour l'accès à un avis spécialisé ;
- une fonction d'accueil et d'orientation ;
- une fonction de prise en charge de très courte durée dans des lits individualisés au sein ou à proximité immédiate des urgences ;
- la disponibilité d'une équipe spécialisée permanente articulant les moyens de l'hôpital siège du service d'urgence et les ressources des secteurs correspondants, dans des locaux adaptés (confidentialité et sécurité) permettant une observation et un travail de crise supérieur à 24 heures ;
- des circuits d'aval coordonnés, par la mise en œuvre d'actions de liaison avec les secteurs de rattachement, des actions de post-urgence immédiate et l'identification par conventions de lits de post-urgence, afin de garantir la fluidité des prises en charge ;
- une prise en charge adaptée des suicidants.

Les flux d'activité et la densité de l'offre par territoire guideront l'organisation et la gradation des dispositifs nécessaires. Une meilleure saisie de l'activité réalisée par les équipes de psychiatrie au niveau des urgences sera recherchée.

e) Pour la prise en charge des syndromes coronariens aigus

Des campagnes de communication auprès des patients pour les inciter à appeler le centre 15 dans les meilleurs délais seront à promouvoir.

f) Pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

L'amélioration de la prise en charge pré-hospitalière sera encouragée :

- en sensibilisant le public et les professionnels de santé aux données de cette pathologie ;
- en rendant l'intervention du centre 15 / SAMU indispensable ;
- en mettant en place une accessibilité en urgence aux unités neurovasculaires.

Les recommandations concernant la prise en charge des traumatisés crâniens et des blessés médullaires se situent dans le même esprit.

g) Pour la prise en charge des blessés médullaires

La prise en charge médicale pré-hospitalière est extrêmement importante. Le diagnostic de traumatisme crânien et/ou vertébro-médullaire doit être évoqué et recherché chez tout blessé grave.

L'intervention du SAMU doit être rapide ; les équipes réalisent une évaluation neurologique initiale (échelle ASIA et score de Glasgow), recherchent des lésions associées et débutent le traitement. Le patient immobilisé est orienté rapidement vers le centre hospitalier le plus adapté à son état (centre de proximité ou de référence).

Ceci nécessite :

- une organisation extrêmement précise et fiable, sur l'ensemble de l'Île-de-France, des modalités de réponse à l'appel urgent et à l'organisation du transport du patient ;
- une formation des équipes mobilisées par le SAMU à la prise en charge de ce type de patients et la disponibilité de procédures écrites ;
- la connaissance par les SAMU de la liste des sites identifiés.

4.1.2. Dépister précocement les situations à risque

Une identification la plus précoce des risques conditionne souvent les résultats futurs.

En périnatalité, le diagnostic précoce doit conduire à l'orientation des femmes enceintes à risque vers les centres périnataux à même d'assurer la meilleure prise en charge, confirmant ainsi la politique de transferts in utero déjà largement pratiquée.

Même si une partie notable en est assurée par la médecine de ville et les centres de santé, le dépistage précoce des cancers améliore les conditions de prise en charge ultérieures.

Autre domaine majeur pour le dépistage avec une dimension particulière du lien entre le dépistage et le soin, celui du VIH et des hépatites. La moitié des consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG) est en gestion hospitalière. Ces consultations doivent être maintenues et accompagnées pour mieux répondre aux populations vulnérables ayant des difficultés pour faire la démarche de connaissance du statut sérologique. De plus, il convient de mettre en place de nouvelles consultations hospitalières de dépistage dans les départements qui en sont dépourvus.

Pour les consultations gérées par les conseils généraux ou des associations, il s'agit de renforcer leur coordination avec les services hospitaliers pour permettre une prise en charge rapide en cas de découverte de séropositivité.

Les unités de soins VIH doivent être en première ligne pour le développement d'actions de prévention. Il s'agit d'abord de mieux informer les patients pour éviter la transmission à leur(s) partenaire(s) et les sur-contaminations.

De la même façon, les équipes VIH sont sollicitées pour la prise en charge des personnes ayant été exposées à un risque sexuel (rapport non protégé, ...) : il convient de développer et de valoriser le rôle majeur de ces équipes dans le traitement de ces situations.

Dans d'autres domaines, plusieurs initiatives régionales mériteront d'être élargies au vu des résultats de leur évaluation. Ainsi :

- du suivi organisé par un réseau pédiatrique des enfants réanimés à la naissance aux fins de détecter à la phase la plus précoce possible les éventuelles séquelles ;
- de l'amélioration des délais de prise en charge des cancers du sein recherchée dans la zone sud de la région.

4.1.3. Développer les évaluations initiales

L'accueil des personnes âgées est au nombre des activités justifiant une évaluation initiale complète, sanitaire et médico-sociale et ce dès l'admission afin d'orienter au mieux les soins et les parcours à venir : le développement des équipes mobiles devrait y contribuer. Dans les situations non urgentes, le recours à l'hôpital de jour en constitue une autre modalité.

D'autres activités d'évaluation précoce sont à même de faciliter les trajectoires de soins, et de réduire la survenue de conséquences négatives des problèmes morbides :

- en cancérologie ou à la suite d'un accident vasculaire cérébral la prise en charge à domicile est souvent dépendante d'une prise en compte des problèmes sociaux ;
- lors du suivi de la grossesse, le repérage et la prise en charge du tabagisme améliore le poids de naissance et réduit les risques de cancer du poumon chez la mère ; par ailleurs, une anticipation et une préparation adaptée facilitent les sorties précoces de maternité ;
- dans les hospitalisations demandées par les médecins de ville, les indications du contexte social et familial sont de nature à faciliter la prise en charge ;
- la promotion de la démarche de réadaptation en court séjour, par des actions d'information et la diffusion des bonnes pratiques d'évaluation précoce et de prescription de rééducation auprès des soignants et des médecins hospitaliers de court séjour est à développer ;
- le repérage précoce et organisé de patients présentant des consommations excessives d'alcool et leur prise en charge a démontré son efficacité pour réduire ces consommations et surtout la morbidité qui en découle ; l'intervention des équipes de liaison d'addictologie dans les services de médecine et d'urgence est à développer sur ce point ;
- une mesure initiale de l'état nutritionnel pour les patients à risque permet d'orienter les soins et les parcours de soins à venir. L'extension à l'ensemble des patients accueillis doit être envisagée.

4. 2. Une organisation graduée des activités

Compétences et organisations se spécialisent et obligent à clarifier les missions. La gradation des activités qui en découle repose soit sur des instructions réglementaires soit sur des recommandations de sociétés savantes qui doivent être adaptées au contexte francilien, soit sur des choix régionaux. Les domaines les plus concernés sont ceux qui mobilisent des compétences rares ou des ressources importantes dont il convient de rendre l'usage optimal. Au sein des établissements concernés se distinguent ceux qui assurent des soins de recours et ceux qui jouent le rôle de centre de référence. S'agissant de ces derniers, presque tous situés dans la zone centrale de la région, certains ont une vocation qui dépasse le cadre de l'Île-de-France.

4.2.1. Les urgences

Les recommandations suivantes sont fondées sur les évolutions notamment réglementaires, en particulier sur la suppression des distinctions antérieures entre type de structures.

La problématique actuelle se décrit plus en en termes d'organisation dans le cadre d'un projet de territoire, que de besoin en sites d'accueil nouveaux. Les clefs de l'organisation par territoire reposent sur :

- l'organisation territoriale en réseau ;
- les conventions de coopération inter-établissements ;
- l'engagement des acteurs.

Les structures autorisées à l'accueil des urgences assurent la prise en charge ou l'orientation de tout patient, sans sélection, quel que soit son âge ou sa pathologie. L'accès aux spécialités non représentées dans la structure est prévu par convention avec les établissements compétents, autorisés ou non à l'accueil des urgences.

Les conventions de coopération inter-établissements sont multilatérales et basées sur une complémentarité au regard de l'offre de soins (compétences, disponibilité des plateaux techniques, horaires de fonctionnement), de l'aval des urgences et/ ou la participation à la permanence des soins de spécialité en établissement (chirurgie, pédiatrie ...).

Elles prévoient l'absence de dépassement tarifaire pour les patients en cas d'orientation en urgence vers une structure privée.

Lorsque plusieurs établissements participent à la permanence des soins de spécialité, il est souhaitable de regrouper ces permanences la nuit sur un lieu unique fixe. Toutefois, le projet médical de territoire définira en fonction du contexte local l'organisation la plus efficiente prenant en compte la qualité des soins et les coûts de fonctionnement.

Le projet médical de territoire prévoit le recours pour certaines spécialités à une permanence minimale notamment la nuit.

L'organisation de l'aval implique l'ensemble des établissements partenaires du projet médical de territoire.

Un établissement qui se positionne sur une permanence de soins s'engage à mettre en place la logistique nécessaire lui permettant de privilégier la demande de soins urgents.

L'accès à une expertise médicale pour un avis téléphonique ou un examen, doit être dissocié de la capacité d'hospitalisation ou du plateau technique. Les structures assurant une permanence spécialisée s'organisent pour que le médecin référent soit accessible, selon les besoins, pour un avis téléphonique ou un examen.

Le renouvellement des autorisations sera conditionné par les engagements pris par les acteurs pour assurer le maillage de la prise en charge des urgences.

L'urgence psychiatrique nécessite l'accès dans tout établissement d'accueil et de traitement des urgences à une expertise psychiatrique comme à un examen somatique. L'organisation territoriale de cette expertise et de la prise en charge psychiatrique prend en compte les structures identifiées à forte activité, sectorisées ou non, et les permanences psychiatriques déjà existantes ainsi que les structures ambulatoires de ville.

Des structures psychiatriques répertoriées en Ile-de-France disposent en propre de moyens de surveillance répondant aux besoins d'hospitalisation sous contrainte en conformité avec la législation. Dans les établissements accueillant les urgences, la mise à disposition de « lits psychiatriques dédiés » (notamment pour l'accueil des adolescents) dans la zone de surveillance de courte durée est une alternative utile pour l'évaluation et l'orientation de certains patients.

Les permanences, l'activité de liaison et l'organisation des consultations post-urgences sont assurées par mutualisation des structures psychiatriques hospitalières et ambulatoires, sectorisées ou non.

4.2.2. La réanimation, les soins intensifs (hors cardiologie et neurologie) et la surveillance continue

Les préconisations sont issues des dispositifs réglementaires qui spécifient les responsabilités à assumer par chaque type de structure et de l'analyse de la situation francilienne. Les trois éléments clefs sont :

- assurer l'offre globale de soins de l'ensemble comprenant la réanimation et la surveillance continue, avec transformation d'environ 25 % des lits de réanimation en lits de surveillance continue ;
- maintenir l'offre de soins actuelle de réanimation pédiatrique, cette activité étant soumise à de fortes fluctuations (épidémies) ;
- garantir l'accessibilité aux soins de réanimation pour l'ensemble des franciliens en organisant le maillage entre les établissements afin de compenser la disparité de l'offre de soins.

Les unités de réanimation

Les unités de 10 à 12 lits au minimum sont à privilégier afin d'optimiser l'organisation de la permanence médicale.

Le regroupement de plusieurs unités de petite taille existant dans un même établissement s'impose. La fusion de l'unité de réanimation médicale et de l'unité de réanimation chirurgicale sous la forme d'une unité médicochirurgicale est recommandée, sous réserve que le nombre de lits de réanimation nécessaire pour répondre aux besoins ne dépasse pas 15-20 lits. Les unités de réanimation chirurgicales ou médicochirurgicales sont susceptibles d'accueillir les patients après neurochirurgie ou après chirurgie cardiaque.

L'établissement dispose obligatoirement d'une unité de surveillance continue de capacité d'au moins 50 % de celle de la réanimation. Il est préférable que cette unité soit à proximité de l'unité de réanimation afin de favoriser une gestion optimale de prise en charge des patients et une plus grande souplesse de fonctionnement. Dès lors que des travaux d'aménagement sont mis en œuvre, l'unité de surveillance continue doit être installée à proximité immédiate de l'unité de réanimation.

Une permanence médicale et paramédicale doit être organisée afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. Le fonctionnement d'une unité de réanimation nécessite de disposer de médecins qualifiés et expérimentés (arrêté du 27 août 2003). Cette organisation médicale couvre également les besoins dans l'unité de surveillance continue rattachée.

Une fermeture complète et en alternance d'unités de réanimation est préférable aux fermetures partielles et simultanées. Elle est à organiser au minimum au sein d'un même territoire voire au sein de plusieurs territoires.

Les établissements autorisés à exercer l'activité de réanimation passent des conventions avec les établissements dépourvus de cette autorisation afin d'organiser le transfert des patients nécessitant une structure de réanimation.

Par ailleurs, ils mettent également en place des conventions avec des établissements susceptibles de recevoir des patients en état végétatif ainsi que des patients nécessitant un transfert en soins de suite et de réadaptation.

Le rôle des unités de réanimation en matière de prélèvement justifie les recommandations suivantes :

- Tout établissement de santé disposant d'un service de réanimation ou de surveillance continue ou susceptible de prendre en charge des « comas graves » doit s'inscrire dans un des réseaux de prélèvement mis en place par l'Agence de la biomédecine (ex - Etablissement Français des Greffes).
- Une relation de travail au quotidien doit être instaurée avec la coordination hospitalière de prélèvement, facilitant ainsi son accès dans les services de réanimation et permettant d'assurer au mieux l'accueil et la prise en charge des proches dès l'annonce de la mort encéphalique. Cette mesure permet de réduire le taux de refus de prélèvement, taux qui reste encore trop élevé.

- Tout sujet en état de mort encéphalique clinique de 0 à 75 ans doit être signalé sans délai aux équipes de coordination hospitalière dans le cadre des réseaux de prélèvement ou au Service de Régulation et d'Appui de l'Agence de biomédecine. Ce service est à la disposition 24h/24h des équipes de réanimation, des équipes du SAMU, des services des urgences.
- Les contre-indications éventuelles au prélèvement, l'appréciation de la qualité de chaque greffon, les limites de prélevabilité (âge du donneur, antécédents, état hémodynamique...) doivent être appréciées conjointement au cas par cas avec les médecins du Service de Régulation et d'Appui de l'Agence de la biomédecine.

Les unités de soins intensifs (hors cardiologiques et neurovasculaires)

L'unité de soins intensifs peut être spécialisée en hématologie, oncologie, neurologie, pneumologie, dermatologie, hépato-gastro-entérologie et néphrologie.

Elle est capable d'assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques et d'utiliser des dispositifs médicaux relevant de sa spécialité.

L'existence, dans un même établissement, de plusieurs unités de soins intensifs relevant de la même spécialité n'est pas justifiée, sauf nécessité dûment démontrée.

L'unité de soins intensifs organise une permanence médicale et paramédicale permettant l'accueil des patients 24h/24, 365 jours/an.

Afin de garantir la sécurité et la continuité des soins, des conventions doivent être signées avec un ou plusieurs établissements disposant de lits de réanimation. Ceci permet, en cas de défaillance multi-viscérale, de transférer les patients en réanimation dès que leur état de santé le nécessite, dans un délai ne pouvant dépasser 48 heures après contact entre les équipes pour organiser au mieux ce transfert. Ainsi, tout malade ventilé sur un mode aigu pour une durée prévisible de plus de 48 heures est à transférer dans une unité de réanimation, dès lors qu'il n'est pas pris en charge dans une unité de soins intensifs de pneumologie ou de neurologie.

Les unités de surveillance continue

L'unité de surveillance continue ne peut en aucun cas prendre en charge de façon prolongée des patients traités par assistance ventilatoire pour une défaillance respiratoire aiguë.

La continuité effective des soins nécessaires aux patients pris en charge dans une unité de surveillance continue est assurée par une présence médicale 24h/24 dans l'établissement.

Lorsque l'unité de surveillance continue est située dans un établissement dépourvu de réanimation ou d'unité de soins intensifs, il est impératif de conclure une convention de transfert des patients avec un ou plusieurs établissements, géographiquement proches, disposant d'une réanimation ou d'une unité de soins intensifs.

L'unité de surveillance continue répond à des besoins précis et ne peut durablement pallier une éventuelle carence de fonctionnement médical des services d'hospitalisation. Ceux-ci ne sont pas dispensés de leurs obligations en particulier en ce qui concerne la continuité des soins et la surveillance régulière des patients par la pratique de la visite et de la contre-visite.

4.2.3. La cardiologie

Sont concernées les activités de soins intensifs, de cardiologie interventionnelle et de rythmologie interventionnelle.

Des unités des soins intensifs (USIC) aux normes dans chaque filière

Il est préconisé un dispositif comportant :

- l'USIC sans plateau d'angioplastie coronarienne, orientée principalement sur la prise en charge de patients ayant une pathologie du rythme cardiaque et/ou insuffisants cardiaques, ou après une procédure de revascularisation ;
- l'USIC avec plateau d'angioplastie coronarienne dont le recrutement est identique à la précédente avec un accueil des syndromes coronaires aigus avec sus décalage du segment ST dans les 24 premières heures.

Les USIC doivent répondre aux normes fixées par le décret n°2002-466 au plus tard le 5 avril 2007.

Elles doivent s'inscrire dans des filières de prise en charge des urgences cardiologiques au niveau de chaque territoire, qui impliquent les médecins libéraux, les urgentistes et le SAMU.

Des centres d'angioplastie coronarienne qui respectent les seuils d'activité

Dans l'attente d'un décret définissant les conditions requises pour l'exercice de la cardiologie interventionnelle, seules les recommandations de la Société Française de Cardiologie sont retenues pour cette activité soumise à autorisation.

L'ouverture de nouveaux centres ne réalisant que des actes diagnostiques n'a plus de justification compte tenu du développement depuis le SROS II des centres d'angioplastie coronarienne et de celui à venir de la coronarographie non invasive par scanner et IRM qui pourra se révéler à moyen terme une alternative à la technique actuelle. Les critères de qualité restent liés à l'effet volume d'activité pour la sécurité du geste d'angioplastie.

En conséquence, les seuils de la Société Française de Cardiologie sont reproduits :

- pour les centres formateurs, au moins 600 angioplasties par an ;
- pour les autres centres, l'activité est considérée correcte à partir d'un seuil de 400 angioplasties par an, avec un niveau de sécurité optimal à partir de 600.

Actuellement sur les 40 centres d'angioplasties coronariennes, 15 ont une activité annuelle inférieure à 400 angioplasties, dont 6 inférieures à 200.

La demande de soins peut être estimée à 192 angioplasties pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 186.

Le registre Cardio-ARHIF doit permettre de suivre annuellement l'évolution des pratiques et le registre E. Must d'apprécier la qualité de la prise en charge des syndromes coronariens aigus par les SAMU et les SMUR.

Les centres de rythmologie

Plusieurs types d'activité de rythmologie sont à distinguer :

- les implantations de stimulateurs conventionnels ;
- l'électrophysiologie interventionnelle (techniques ablatives) ;
- les implantations de stimulateurs triple chambre et les défibrillateurs.

Concernant la stimulation cardiaque conventionnelle, les recommandations de la Société Française de Cardiologie sont reprises dans l'attente d'un décret définissant les conditions requises soit une activité minimale de 50 implantations par an et par centre et la garantie de l'accès immédiat à une unité de soins intensifs de cardiologie, soit sur place, soit par convention, de même pour l'électrophysiologie interventionnelle avec une activité minimale de 50 actes par an.

La révision de la liste des établissements autorisés dans les conditions prévues par l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale pour la prise en charge par l'Assurance Maladie des stimulateurs cardiaques triple chambres et des défibrillateurs interviendra de façon régulière à partir de l'appréciation de la couverture des besoins franciliens. Cette liste pourra être également revue en cas d'actualisation de la liste des produits et prestations consécutives à la publication de données scientifiques médicales nouvelles modifiant les indications de prise en charge et en conséquence la population cible.

En 2005, l'estimation du nombre de malades susceptibles de bénéficier d'une première implantation est la suivante :

- 50 implantations par an et par million d'habitants pour les défibrillateurs cardiaques implantables (DCI) ;
- 100 implantations par an et par million d'habitants pour les stimulateurs triple chambres (STC).

L'offre actuelle comprend :

- 45 centres de rythmologie, dont 28 à proximité immédiate d'une USIC et 13 qui réalisent moins de 50 primo-implantations par an. La demande de soins peut être estimée à 58 implantations de stimulateurs cardiaques pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 55 ;
- 19 centres d'électrophysiologie interventionnelle ;

- 13 centres adultes autorisés pour la prise en charge par l'Assurance Maladie de l'implantation de défibrillateur cardiaque et/ou de stimulateur cardiaque triple chambres.

4.2.4. La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

C'est l'un des domaines où des améliorations significatives des prises en charge sont attendues avec un nombre de centres organisés passant progressivement de onze actuellement à 24-25. La gradation des soins répartit les rôles entre des établissements ayant une responsabilité majeure pour l'accueil et le traitement des urgences et qui disposent du recrutement le plus conséquent et les autres, qui doivent s'organiser avec les précédents.

a) La mise en place d'unités neurovasculaires (UNV)

Sont mises en place de telles unités regroupant les lits accueillant les accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans les établissements répondant aux conditions suivantes :

- responsabilité majeure pour l'accueil et le traitement des urgences (ex SAU) ;
- accueil en urgence de plus de 200 AVC ;
- service ou unité fonctionnelle de neurologie ;
- IRM.

L'UNV, sous la responsabilité d'un neurologue titulaire du DIU de pathologie neuro-vasculaire ou ayant une compétence reconnue dans la prise en charge de cette pathologie, assure la prise en charge spécialisée de tous les patients neuro-vasculaires, 24 heures sur 24.

L'UNV regroupe des lits de soins intensifs ou de surveillance continue et des lits dédiés aux AVC dans le service ou l'unité de neurologie.

Les lits de soins intensifs ou de surveillance continue (unités de soins intensifs neuro-vasculaires - USINV - définies par la Société Française neurovasculaire) sont mobilisés pour la surveillance clinique et le traitement des patients instables, pour l'administration et la surveillance du traitement fibrinolytique et peuvent se situer, en fonction de l'organisation locale et du nombre d'AVC traités :

- soit, dans le service de neurologie ; la continuité des soins de jour comme de nuit est assurée par une permanence médicale (médecin de l'équipe UNV) ;
- soit, par convention, dans une unité de spécialité différente, ayant une permanence médicale. Cette unité doit disposer de protocoles de prise en charge des AVC. Un médecin de l'équipe médicale UNV assure conjointement avec un médecin du service la prise en charge des patients AVC dans cette unité. Une astreinte opérationnelle est organisée par l'équipe UNV. Des UNV proches géographiquement peuvent mettre en place une astreinte commune.

Les lits dédiés aux AVC dans le service ou l'unité de neurologie (au minimum 3 lits pour 1 lit d'unité de soins continus ou intensifs) sont destinés aux autres AVC, aux suites thérapeutiques et à la mise en route du projet thérapeutique.

Ceci implique :

- une équipe médicale et paramédicale formée et expérimentée dans la prise en charge des AVC, coordonnée par un neurologue compétent en pathologie neuro-vasculaire. Un médecin de l'équipe UNV doit être en mesure de répondre immédiatement à tout appel téléphonique et de se déplacer pour tout AVC nécessitant un avis spécialisé et urgent ;
- un regroupement des lits accueillant les patients AVC dans le service ou l'unité de neurologie ;
- une organisation de l'accueil en urgence des patients AVC pour permettre l'utilisation la plus large possible de la thrombolyse ;
- la mise à disposition des services d'urgence, des services de radiologie et de biologie de protocoles de prise en charge et d'évaluation du patient en vue d'une thrombolyse ;
- une disponibilité en lits 24 h sur 24 dans l'UNV pour accueillir en urgence les AVC ;
- un accès aux explorations complémentaires : en urgence et prioritaire 24 h sur 24 pour l'IRM (ou à défaut le scanner) et rapide pour les explorations ultrasonores cervicales, transcrâniennes et cardiologiques ;
- une organisation de la filière d'aval et la constitution d'un réseau régional.

b) L'accueil en urgence et le traitement des AVC dans les établissements sites d'urgences non identifiés UNV

Il n'est pas prévu que tous les établissements de santé recevant des AVC développent une UNV, du fait notamment de contraintes de démographie médicale. Ces établissements doivent s'inscrire dans un réseau régional de prise en charge des AVC et disposer de protocoles d'accueil et de traitement des AVC, précisant les modalités de transfert urgent vers une UNV et celles d'un éventuel retour du patient. Ils doivent également participer aux actions de formation.

Pour le cas particulier des AVC de l'enfant (en Ile-de-France chaque année, environ 100 enfants de moins de 16 ans présentent un AVC), il paraît souhaitable que ces enfants soient pris en charge par une équipe neuro-vasculaire ayant déjà une compétence dans cette prise en charge.

4.2.5. La chirurgie

Un niveau de qualité élevé dans les unités de chirurgie

La réduction du temps médical et paramédical disponible, dans un contexte d'exigence croissante de qualité de la part des patients, rend nécessaire une recomposition des plateaux techniques et le développement des collaborations entre établissements. Ceci permet de constituer autour des équipes chirurgicales des pôles d'excellence, susceptibles de garantir une pratique de qualité à tout patient relevant d'une prise en charge chirurgicale.

Les équipes soignantes des établissements autorisés à pratiquer la chirurgie en Ile-de-France doivent effectuer un nombre minimal de 2000 interventions par an, sauf cas particulier des établissements mono-disciplinaires. Ils doivent disposer d'un nombre suffisant d'anesthésistes réanimateurs dédiés à la chirurgie (3 ETP), et de chirurgiens (3 ETP de viscéralistes et 3 ETP de chirurgiens orthopédistes pour les établissements autorisés à l'accueil des urgences). Cette activité et ces effectifs sont nécessaires au maintien à la fois des compétences et de la permanence des soins.

Pour les sites ayant une faible activité chirurgicale mais disposant d'une activité obstétricale conséquente, l'organisation retenue doit permettre la poursuite de l'activité obstétricale.

La complexité des actes effectués doit être compatible avec l'équipement disponible dans l'établissement. Ainsi, la réalisation de certaines interventions ne peut se concevoir en l'absence d'un service de réanimation sur place. Les collaborations entre les différentes structures permettent l'orientation adéquate des patients par le chirurgien et l'anesthésiste, après évaluation des facteurs de risque liés au terrain et à l'acte, en fonction de la probabilité de recourir à des soins postopératoires de réanimation ou de surveillance continue.

Lorsqu'une activité chirurgicale en hospitalisation n'est pas maintenue sur un site, des consultations avancées peuvent être instaurées, permettant aux patients des alentours de bénéficier d'un avis chirurgical de proximité. En cas d'indication chirurgicale, ces patients pourront être opérés par le chirurgien ayant réalisé la consultation, dans une structure voisine, avec laquelle des complémentarités ont été mises en œuvre.

Le renforcement des coopérations en chirurgie infantile

Le schéma relatif à la chirurgie infantile, arrêté le 19 mars 2002, reste la référence à l'organisation de la chirurgie infantile en Ile-de-France. Il consiste à renforcer l'offre de soins et à la graduer en fonction des besoins en distinguant trois types de structures :

- les centres spécialisés à vocation régionale, dits "référents" ;
- les centres spécialisés ;
- les centres de proximité.

Les centres "référents"

Ils prennent en charge les pathologies de l'enfant nécessitant un plateau technique hautement spécialisé et des compétences médicales de référence. Ils répondent également aux besoins de proximité.

Les centres spécialisés

Ils réalisent une part importante des actes chirurgicaux, notamment ceux réalisés chez les enfants âgés de moins de 1 an et sont organisés sous la forme d'une unité de chirurgie pédiatrique individualisée.

Un chirurgien pédiatre et un anesthésiste réanimateur ayant l'expérience de la prise en charge des nourrissons sont de garde sur place ou en astreinte opérationnelle.

La collaboration avec un service de médecine pédiatrique, dans l'établissement ou par convention, est indispensable.

Les centres de proximité

Ils prennent en charge la chirurgie infantile courante, dans un espace d'hospitalisation dédié aux enfants.

4.2.6. La périnatalité

Les deux éléments essentiels à prendre en compte concernent :

- l'évaluation initiale du risque (qu'il soit médical ou psychosocial) seule en mesure de reconnaître le caractère physiologique ou non de la grossesse et de d'assurer une orientation adaptée de la parturiente ;
- des prises en charge plus personnalisées incluant la dimension psychologique, affective et émotionnelle de la naissance.

Les responsabilités des différentes structures sont définies par les décrets 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998 dont les lignes directrices distinguent :

- les maternités sans dispositif spécifique pour la prise en charge du nouveau-né atteint de pathologie avérée ;
- les maternités disposant d'une unité de néonatalogie simple ou de soins intensifs ;
- les maternités offrant une unité de réanimation néonatale.

L'ensemble des centres périnatals est coordonné au sein des réseaux périnatals.

Les évolutions à promouvoir dans la durée du présent schéma, outre le renforcement de la sécurité à travers l'organisation déjà évoquée, de permanences pour l'embolisation artérielle obstétricale, sont de :

- conforter le rôle des réseaux en diversifiant leurs missions (sujet évoqué par ailleurs) vers une prise en charge globale ;
- différencier les modalités de prise en charge (expériences à conduire de maisons de naissance dès l'adoption d'un cadre réglementaire adapté ; extension de l'hospitalisation à domicile ou recours accru aux professionnels de ville pour une organisation du retour à domicile précoce) ;
- mettre en place les autorisations non mises en œuvre à ce jour ;
- redistribuer le potentiel de néonatalogie vers la périphérie.

La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse relève d'une offre de proximité. Les recommandations sont issues du rappel du dispositif réglementaire et de l'analyse de la situation régionale et territoriale. Les établissements publics de santé comportant des autorisations d'activité d'obstétrique ou de chirurgie sont tenus d'organiser une offre d'interruption volontaire de grossesse.

Il s'agit avant tout de garantir un accès en maintenant l'offre de proximité, en accompagnant particulièrement les établissements publics de santé sur les territoires enregistrant une baisse de l'offre privée.

Pour assurer la qualité et la sécurité dans tous les établissements pratiquant des interruptions volontaires de grossesse, cette activité doit être intégrée systématiquement dans les démarches de contractualisation (projet d'établissement et contrat d'objectifs et de moyens) pour tous les établissements disposant d'un service de maternité et pour ceux qui le souhaitent et reposer sur un engagement de l'établissement garantissant notamment un accès au plateau technique.

Chaque établissement doit pouvoir proposer une réponse diversifiée permettant les conditions d'un choix entre les différentes méthodes (médicamenteuse, anesthésie locale et générale). L'accès à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse mérite d'être particulièrement développé compte tenu du retard de la région en la matière.

Pour assurer un accueil sans discrimination des différentes situations prévues réglementairement une attention particulière est à accorder aux mineures, aux femmes demandant une interruption volontaire de grossesse dans les délais tardifs, aux femmes en situation de vulnérabilité. Le service doit donc organiser son fonctionnement en conséquence : accueil téléphonique, secrétariat spécifiquement formé, coordination et disponibilité de personnels sociaux et intervenants adaptés (psychologues, conseillères conjugales) pour un accompagnement, notamment dans le cadre des conventions avec les centres de planification et d'éducation familiale.

La prise en compte de la douleur et de la souffrance psychique doit faire l'objet de protocoles.

Il apparaît nécessaire de coordonner les fermetures et l'organisation en période estivale au niveau de chaque territoire.

Afin d'accompagner les nouvelles dispositions qui permettent la pratique des IVG hors établissements de santé, chaque établissement doit susciter des conventions dans son environnement (médecins libéraux et centres de santé).

4.2.7. La prise en charge du cancer

L'attente des dispositions réglementaires conduit pour l'instant à des propositions provisoires. La gradation des soins repose sur :

- les centres autorisés et les centres associés ;
- les pôles régionaux ;
- les réseaux territoriaux ;
- le réseau régional.

Les centres autorisés à pratiquer les traitements des cancers sont membres d'un réseau de cancérologie et assurent pour chaque patient :

- l'annonce du diagnostic et d'une proposition thérapeutique fondés sur une concertation pluridisciplinaire ;
- la mise en œuvre des traitements conformes aux référentiels reconnus ;
- la mise en place et le suivi d'un programme personnalisé de soins ;
- l'accès aux soins de support.

Les établissements ou organismes de soins associés participent :

- aux soins de proximité par la dispensation de chimiothérapie - hors prescription - et le suivi des patients ;
- aux soins de support et aux soins palliatifs.

Par ailleurs le centre de coordination en cancérologie évalue la qualité des soins. Les établissements les plus importants en constituent un en leur sein. Pour les autres cette fonction peut être confiée au réseau territorial.

Les pôles régionaux

Ils garantissent l'offre de soins de recours et assurent au niveau régional l'accès à l'innovation, à la recherche et aux traitements lourds et complexes. Les établissements franciliens qui assurent ce rôle et les domaines dans lesquels ils l'exercent seront identifiés. Quatre pôles régionaux seront constitués en Ile-de-France. Cette organisation s'appuiera sur des considérations géographiques et des filières déjà constituées.

L'hématologie maligne et l'oncopédiatrie justifient des considérations particulières.

L'hématologie maligne

La prise en charge est assurée par des services universitaires et des services d'hôpitaux généraux. Quelques uns parmi ces derniers qu'il convient de conforter, prennent en charge l'ensemble de l'hématologie (sauf l'allogreffe) et en particulier les leucémies aiguës. Ils devraient établir un maillage avec les hôpitaux et cliniques de leur environnement géographique afin d'homogénéiser la prise en charge notamment par le biais de consultations avancées.

Il faudrait également renforcer la participation des hématologues aux réseaux de cancérologie de leur territoire et l'organisation de consultations pluri-disciplinaires.

Pour l'irradiation corporelle totale, il est nécessaire d'augmenter la capacité de prise en charge en Ile-de-France en s'appuyant sur un ou deux centres qui privilégieraient cette activité.

La prise en charge en cancérologie pédiatrique

La cancérologie pédiatrique concerne l'enfant et l'adolescent, jusqu'à 18 ans, atteint de tumeur solide ou d'hémopathie maligne.

L'organisation des soins en cancérologie pédiatrique s'appuie sur la circulaire n° 161 DHOS/0/2004 du 29 mars 2004.

Cette organisation est définie par :

- des centres de cancérologie pédiatrique qui assurent et coordonnent la prise en charge des cancers de l'enfant. Ils animent un réseau régional ou interrégional, garantissant aux enfants et aux familles la continuité des soins avec l'ensemble des intervenants dans les structures hospitalières et les professionnels chargés de la prise en charge à domicile. Ils sont précisés dans l'annexe.

Certains centres de cancérologie pédiatrique assurent des fonctions d'expertise et de recours pour mettre en œuvre certaines techniques ou prendre en charge certaines pathologies. Ils seront identifiés par l'Institut national du cancer.

- des services de pédiatrie générale s'engageant sur cette activité en lien avec les centres de cancérologie pédiatrique. Ces prises en charge seront variables selon les services de pédiatrie et concernent : le suivi médical pendant et au décours du traitement, la prise en charge des complications iatrogènes de type aplasie fébrile, ainsi que pour quelques uns la chimiothérapie en ambulatoire ou en hospitalisation complète et les soins palliatifs. Les hôpitaux s'appuieront sur le document " conditions pour la prise en charge des enfants par les services de pédiatrie générale en collaboration avec les services d'oncologie et d'hématologie". La prise en charge devra être répartie sur l'ensemble des territoires d'Ile-de-France afin de garantir un accès de proximité aux enfants.

Le maintien à domicile est à privilégier dans la mesure des possibilités. A cette fin, il est nécessaire :

- de favoriser l'accès à l'hospitalisation à domicile en oncologie pédiatrique et de permettre cette possibilité sur l'ensemble des territoires ;
- de faciliter l'intervention et la formation des libéraux (médecins, infirmiers, psychologues...) ;
- d'organiser la coordination de la prise en charge à domicile.

Par ailleurs, un renforcement des liens entre les oncopédiatres, les équipes mobiles de soins palliatifs et les équipes de coordination des réseaux de santé en soins palliatifs est souhaité.

Les développements des réseaux et du réseau régional sont évoqués par ailleurs.

La chirurgie oncologique pédiatrique

En dehors de cas d'urgence, tous les enfants de 0 à 18 ans nécessitant une intervention de chirurgie oncologique doivent être hospitalisés dans un service de chirurgie infantile. Dans tous les cas, la décision opératoire ne pourra être prise sans l'avis d'un oncologue pédiatre.

En effet, un environnement pédiatrique est indispensable pour une prise en charge globale et adaptée. Certaines chirurgies très spécialisées peuvent justifier d'un chirurgien adulte, mais l'avis d'un oncologue pédiatre est essentiel en raison des spécificités des tumeurs de l'enfant.

Avant toute intervention chirurgicale à visée thérapeutique, il est indispensable de prendre la décision en réunion de concertation pluridisciplinaire réunissant au minimum un oncologue, un chirurgien, un radiologue, un anatomo-pathologiste (ou un biologiste selon le type de tumeurs) et si nécessaire, un radiothérapeute.

En ce qui concerne les interventions à visée diagnostique, l'avis d'un oncologue pédiatre ou d'un pédiatre hospitalier est indispensable lors de la décision d'intervention. Le contact dans un second temps avec un anatomo-pathologiste spécialisé est recommandé.

Cela est valable également pour les biopsies ganglionnaires et devrait permettre en particulier de garantir la prise en compte des règles de bonnes pratiques sur le plan anatomopathologique.

Les interventions de l'appareil locomoteur (os et tissus mous) à visée diagnostique ne devront être réalisées qu'après avis d'un centre chirurgical référent en clinique et en imagerie. Ces centres de référence devront être capables de renseigner les pédiatres demandeurs d'avis sur le caractère à priori bénin ou suspect d'une lésion osseuse. Toutes les biopsies osseuses ne seront pas faites dans les centres de références. Il sera néanmoins nécessaire qu'un contact soit établi entre l'anatomo-pathologiste du centre de proximité et celui du centre de référence avant de réaliser la biopsie afin de s'assurer que tous les prélèvements nécessaires soient faits.

L'ensemble des interventions des tumeurs de l'appareil locomoteur (os et tissus mous) à visée thérapeutique ne peuvent se faire qu'après avis consultatif d'une réunion de concertation pluridisciplinaire régionale ou interrégionale spécialisée en orthopédie. Ces réunions de concertation doivent intégrer plusieurs équipes de chirurgien orthopédiste pédiatre - l'idéal étant que toutes les équipes traitant régulièrement ce type de pathologie participent à la même réunion de concertation - ainsi que des oncologues, radiologues, radiothérapeutes, et anatomo-pathologistes. Un dispositif du même ordre devra être mis en place pour les tumeurs rares et/ou complexes dans les autres localisations tumorales, en particulier en neurochirurgie pédiatrique.

4.2.8. Les soins palliatifs

Il s'agit de soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage.

Les structures de prise en charge en soins palliatifs s'inscrivent dans le schéma général de l'offre de soins défini par la circulaire n° 2002/98 du 19 février 2002 et comprennent :

- les unités de soins palliatifs (USP) ;
- les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ;
- les lits identifiés, qui doivent constituer la modalité prioritaire de renforcement de l'offre ;
- le maintien à domicile qui repose sur les réseaux de soins palliatifs, l'hospitalisation à domicile et les professionnels de ville. Les liens établis avec l'hôpital et notamment les équipes mobiles de soins palliatifs sont à renforcer.

L'importante évolution esquissée ces dernières années doit être prolongée par les recommandations suivantes :

- graduer les niveaux de soins pour que chaque patient bénéficie de la structure la mieux adaptée à son état. Seuls les malades dont les prises en charge sont complexes, poly-symptomatiques et qui nécessitent une équipe pluridisciplinaire spécialisée pourront être transférés dans une unité de soins palliatifs ;
- renforcer les structures hospitalières insuffisamment dotées en personnels et les unités de soins palliatifs de petite taille ;
- développer des lits identifiés en soins palliatifs dans les 22 territoires de santé. Les lits identifiés en soins palliatifs correspondent à un nouveau concept qui doit concerner tous les services ayant une activité importante en soins palliatifs, aussi bien en court séjour (médecine, chirurgie) qu'en soins de suite. Ils se conçoivent dans un esprit de mutualisation des compétences et sont situés en dehors des unités de soins palliatifs ;
- mettre en place une à deux unités de soins palliatifs dans les départements les moins bien équipés (Seine-Saint-Denis et Seine-et-Marne) ;

- clarifier l'organisation actuelle et les liens fonctionnels entre les différentes offres de soins dans le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement. Par exemple les articulations entre les équipes de coordination des réseaux et celles des HAD et des EMSP sont mal appréhendées, ainsi que les modalités et lieux d'intervention des différentes équipes ;
- favoriser les liens entre la ville et les établissements de santé par les réseaux (dont il convient d'élargir la couverture géographique) et les services d'hospitalisation à domicile.

4.3. Une meilleure fluidité

L'un des éléments d'efficacité de la chaîne de soins dépend de la fluidité des prises en charge entre intervenants successifs. Et il y a dans la délivrance des soins telle qu'elle se pratique aujourd'hui, presque toujours un après. Pour les hospitalisations par un service d'urgence, c'est soit un service d'hospitalisation classique, soit un service de soins de suite ; pour un service de réanimation, un service plus conventionnel ; pour un service conventionnel une structure de rééducation, de soins de suite ou d'hospitalisation à domicile ; pour ces derniers, un établissement médico-social ou des intervenants en ville. Beaucoup d'épisodes de soins sont alternativement en ville ou à l'hôpital.

Les services franciliens de court séjour ont longtemps pâti d'insuffisances de structures de soins de suite et de réadaptation, parfois de surcroît peu accessibles pour les patients. Le potentiel en la matière s'est considérablement renforcé ces dernières années avec toutefois une partie non négligeable des autorisations non encore mises en œuvre (environ 20 % du potentiel à ce jour). Si tout l'aval ne se réduit pas aux soins de suite, cet ensemble d'activités joue un rôle essentiel pour la fluidité des trajectoires de soins, rôle probablement croissant avec le vieillissement à venir de la population.

De la capacité de la région à mettre en place le potentiel autorisé dépend l'amélioration de l'efficacité des prises en charge tant dans la zone centrale, que trop de patients quittent aujourd'hui pour ce motif, faute de réponse sur place, que dans certaines zones périphériques. Dans ces dernières en effet, on assiste au paradoxe d'une offre en soins de suite et réadaptation plutôt conséquente et d'une difficulté d'accès non discutable, une partie non négligeable du potentiel local étant destiné aux patients parisiens. Il est probable que dans la capacité à mieux recentrer les soins de suite sur une prise en charge de proximité se joue la mise en place d'une gestion territoriale des soins. L'organisation de l'aval de ces structures se verra facilitée.

Une autre évolution conditionne une fluidité améliorée dans la gestion des flux de patients : le maintien d'un potentiel suffisant de prise en charge pour les affections qui ne dépendent pas de structures spécialisées. Ce maintien concerne principalement les activités de médecine adulte et enfant qui ont en commun de devoir traiter des maladies complexes et souvent multiples. Si le potentiel de ces services a été amoindri par les effets de la spécialisation il convient désormais de leur redonner les capacités de faire face aux polyopathologies, aux maladies complexes et souvent chroniques.

4.3.1. La prise en charge de l'enfant et de l'adolescent

La pédiatrie médicale est une discipline transversale qui participe à la fois de la médecine générale et de la médecine d'organes, développée avec les spécialités.

Ont été définies comme priorités :

- la coordination des soins de proximité ;
- le renforcement de la médecine de l'adolescent ;
- une organisation spécifique pour le suivi des maladies chroniques ;
- la promotion de l'éducation thérapeutique.

La coordination des soins de proximité

Il s'agit de mettre en place une meilleure articulation ville-hôpital et un renforcement du lien en :

- organisant une meilleure connaissance, de la part des médecins hospitaliers, des compétences particulières (prise en charge de pathologies chroniques entre autre) des médecins de ville et en particulier des pédiatres afin d'assurer un suivi coordonné ;
- élaborant un annuaire des praticiens hospitaliers et consultants pour chaque service de pédiatrie générale avec leur spécialité, actualisé régulièrement et diffusé aux médecins de ville. Cet annuaire pourrait également recenser les compétences pédiatriques spécifiques des médecins libéraux (imagerie, pneumologie etc ...). ;
- pour tout enfant hospitalisé, en organisant le retour d'information auprès du médecin traitant et en cas de pathologie complexe ou nécessitant un suivi particulier, en invitant chaque fois que possible le médecin de ville dans le cadre de staffs hospitaliers ;
- favorisant l'accès au plateau technique et à l'hôpital de jour pour les pédiatres libéraux ayant une surspécialité par la mise en place d'une procédure directe adaptée ;
- développant les liens avec les secteurs scolaires, sociaux, judiciaires, la PMI, les hospitalisations à domicile pédiatriques et les soins de suite et réadaptation pédiatriques.

Des expérimentations de ce type de coordination seront facilitées.

Le renforcement de la médecine de l'adolescent

La circulaire du 16 mars 1988 reprise dans celle du 28 octobre 2004 du SROS enfants adolescents rappelle les conditions de l'amélioration de l'hospitalisation des adolescents.

Les recommandations visent à :

- favoriser l'accueil des adolescents jusqu'à 18 ans dans tout service de pédiatrie en consultation comme en hospitalisation ;
- identifier, par département ou par territoire, au moins une unité de médecine de l'adolescent dans un service de pédiatrie existant. L'équipe soignante doit être pluridisciplinaire (médecins, infirmières, assistante sociale, éducateur, psychologue...) et formée à cette approche ;
- mettre en place l'articulation avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. L'intervention ponctuelle mais formalisée d'un pédopsychiatre permettra de maintenir une hospitalisation en pédiatrie mais aussi de transférer l'adolescent si nécessaire en psychiatrie infanto-juvénile ;
- organiser autour de l'unité d'adolescents un maillage intra hospitalier (à partir des urgences, de la chirurgie et de la maternité grâce à une équipe mobile formée à l'adolescence) et extrahospitalier (médecine de ville, centres de santé, centres de planification et d'éducation familiale, CDAG, médecine scolaire, dispositif social et judiciaire, dispositif médico-social, point écoute jeunes, maisons de l'adolescent, soins de suite et réadaptation pédiatriques) ;
- mettre en place un référent adolescents pour orienter les demandes des acteurs de proximité.

Les recommandations relatives au suivi des pathologies chroniques et à l'éducation thérapeutique figurent dans d'autres chapitres.

4.3.2. La médecine interne polyvalente

Activité d'accueil et de soins indispensable au bon fonctionnement de l'hôpital, la médecine interne polyvalente se caractérise par :

- son recrutement non sélectif de malades, dont plus de la moitié provient ordinairement des urgences de l'hôpital, l'autre partie du recrutement variant selon les situations : médecine de ville ou autres services hospitaliers ;
- la grande diversité des malades qui y sont pris en charge, notamment pour des symptômes mal définis, tels que la fièvre inexplicquée, l'amaigrissement, les œdèmes, l'inflammation, et les maladies touchant plus d'un organe ;
- une orientation particulière du fait de compétences acquises, vers une (ou des) activité(s) non pratiquée(s) ailleurs dans l'hôpital, telles la diabétologie, la pathologie infectieuse, la rhumatologie, la cancérologie ou la cardiologie (pour les plus courantes) et la dénomination officielle du service (médecine à telle ou telle orientation) peut alors poser un problème de lisibilité aux patients ou aux médecins extérieurs à l'hôpital.

Cette activité d'expertise apporte un service essentiel, notamment aux généralistes. Les malades peuvent être adressés via la consultation de médecine interne où l'hospitalisation est programmée pour utiliser de façon optimale le plateau technique de l'hôpital ; l'établissement d'une stratégie raisonnée de prise en charge des malades complexes a un double intérêt économique et pédagogique.

Rares, mais utiles, sont les services de médecine interne dont l'activité prédominante voire exclusive est programmée et consacrée aux maladies complexes. Le recrutement des services de médecine interne provient en somme de trois sources se combinant de manière variable d'un service à l'autre :

- l'aval médical des urgences ;
- le recours à la pathologie complexe et aux maladies de diagnostic difficile (adressées en deuxième ou troisième recours) ;
- une (ou plusieurs) des autres spécialités non pratiquée(s) dans l'hôpital.

Les services de médecine interne polyvalente constituent donc le socle indispensable à l'équilibre de l'hôpital : ils doivent exister dans tout établissement de court séjour qui prend en charge des urgences.

L'exercice de la médecine polyvalente, non programmée et non sélective, à l'hôpital, est à l'origine de trois grandes difficultés d'organisation :

- La polyvalence, pour garantir aux malades la qualité des diagnostics et des traitements, demande que les services concernés puissent aisément accéder aux avis des autres spécialistes. Pour les spécialités non représentées dans l'hôpital, des recours sont à organiser : visite sur site accomplie régulièrement par un spécialiste extérieur, ou consultation facilitée chez un spécialiste exerçant à proximité de l'hôpital.
- La non programmation des séjours peut rendre difficile l'accès à certaines prestations du plateau technique de l'hôpital qui sont entièrement organisées sur rendez-vous. Il est souhaitable que des plages horaires non programmées y soient libérées pour ne pas retarder les examens des malades de médecine interne, retard qui est un facteur courant d'allongement du séjour.
- La non sélectivité du recrutement est le principal facteur des durées excessives de séjour en médecine interne : il est commun que 15 à 25 % des patients y cumulent la moitié des journées d'hospitalisation ; il s'agit de sujets âgés, ou de sujets plus jeunes, dépendants, ou socialement très défavorisés, qui ne peuvent regagner directement leur domicile ; ils ont besoin d'un séjour dans un service de soins de suite et de réadaptation.

Peu de services de médecine interne ont entièrement résolu ces trois difficultés, dont la troisième est généralement considérée comme la plus pesante.

Le mode actuel de tarification devrait prendre en compte ces trois composantes pour ne pas pénaliser les services de médecine interne.

Plusieurs actions sont à privilégier :

- maintenir la polyvalence du service de médecine interne et une capacité adaptée à l'activité des urgences, aux besoins des autres services et au recrutement propre du service concerné ;
- encourager le partenariat du service de médecine avec :
 - le service des urgences, en établissant un contrat effectif de coopération. Le service de médecine interne devra définir explicitement la part de son activité qu'il consacrerait au premier aval des urgences ;
 - le service de court séjour de gériatrie et /ou l'antenne de gériatrie, quand ceux-ci existent, par l'élaboration conjointe d'un projet gériatrique ;
 - les services de soins de suite et de réadaptation ;
 - la médecine libérale, afin de faciliter à la fois l'admission et la sortie des malades : il est souhaitable que le médecin de ville puisse proposer l'aménagement de sortie du patient dès son adressage ; et que le service de médecine interne puisse favoriser les entrées directes (nécessité d'un médecin référent dans le service) ;
 - les prestataires du plateau technique pour réduire les délais excessifs des examens complémentaires.

Enfin, la formation des médecins faisant fonctionner les services hospitaliers doit rester adaptée aux exigences de la médecine interne. L'application actuelle de la réforme de l'internat nécessite de trouver un équilibre entre la pratique de cette médecine en établissement de soins et celle de la médecine générale de ville.

4.3.3. Des soins de suite et de rééducation répartis de manière plus homogène

Poursuivre le renforcement de l'offre en hospitalisation complète au centre de la région et en hospitalisation de jour dans les territoires dont l'équipement se situe au-dessous de la moyenne régionale constitue les orientations dominantes.

a) Une meilleure lisibilité des missions des soins de suite et de réadaptation

Les structures de soins de suite et réadaptation interviennent après une pathologie médicale ou chirurgicale, aiguë, récente ou chronique, ayant entraîné ou non une hospitalisation. Le diagnostic de l'affection causale est supposé connu ainsi que son traitement. Elles accueillent des patients présentant des pathologies diversifiées, et des patients polyopathologiques et lourdement dépendants requérant un niveau de soins élevés, sans discrimination d'âge.

Ces structures assurent la continuité des soins 24h/24, traitent, le cas échéant, des pathologies intercurrentes, et planifient la réinsertion du patient.

La réadaptation est une démarche commune à l'ensemble des structures soins de suite et réadaptation dans un but de réinsertion globale du patient, en combinant, à des degrés variés, les soins infirmiers, les soins techniques de rééducation et les soins d'accompagnement. Elle s'appuie sur des plateaux techniques et des compétences spécifiques.

Le recrutement est centré sur la proximité.

Un dispositif de soins coordonnés est mis en place en vue de la sortie, en lien avec le médecin traitant, les professionnels et les services impliqués dans le maintien au domicile, les filières et les réseaux

La réinsertion optimale du patient repose sur une articulation forte entre les secteurs sanitaire, médico-social et social.

L'ensemble des soins de suite et réadaptation doit contribuer sans discrimination à la prise en charge des patients en situation de précarité.

Les structures de soins de suite assurent une prise charge en soins paramédicaux de niveau relativement élevé. Les soins de rééducation sont adaptés aux polypathologies et aux comorbidités des patients.

Les structures de médecine physique et de réadaptation (MPR) ont pour objectifs de mettre en oeuvre et de coordonner toutes les mesures visant à prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, subjectives et sociales d'atteintes corporelles par maladie ou accident pour tout patient sans discrimination d'âge.

Disposant d'un plateau technique de rééducation, elles sont en mesure d'assurer une rééducation intensive et complexe (temps de rééducation minimum de deux heures journalières), avec au moins deux activités paramédicales spécialisées en rééducation, dont une activité de kinésithérapie intensive.

Les patients, en fonction de l'évolution de leur état doivent pouvoir être transférés d'une structure de soins de suite à une structure de médecine physique et de réadaptation (pour bénéficier d'une rééducation intensive) et inversement (afin de poursuivre leurs soins médicaux ainsi qu'une rééducation adaptée à leurs capacités fonctionnelles).

Les structures de soins de suite et réadaptation doivent répondre aux modalités de fonctionnement contenues dans le document technique annexé au SROS et qui servira de base à l'élaboration ou au réajustement des cahiers des charges.

b) Les évolutions à privilégier

Renforcer le maillage territorial et les filières de prise en charge

Même si la polyvalence des structures est préconisée en soins de suite et réadaptation, certaines d'entre elles développent des orientations spécifiques en faisant appel si nécessaire à des spécialistes. L'aire de recrutement peut varier en fonction du type de structures.

En médecine physique et réadaptation et pour certains soins de suite très spécialisés, un recrutement sur plusieurs territoires de santé se justifie.

Dans certains domaines spécifiques (pédiatrie, MPR spécialisée dans le traitement des blessés médullaires, des traumatisés crâniens, les grands brûlés), l'offre s'organise au niveau régional.

Pour les autres structures, le maillage territorial doit être privilégié. Il doit s'organiser en lien avec les établissements de court séjour, notamment ceux autorisés à l'accueil des urgences et dont l'aval doit être assuré en priorité par les établissements de soins de suite et réadaptation du territoire. Ceci nécessite d'améliorer la lisibilité de l'offre de soins en soins de suite et réadaptation par le biais de dispositifs informatisés facilitant les relations avec le court séjour. Les services adresseurs doivent s'approprier les bonnes pratiques d'évaluation précoce et de prescription de rééducation. Les modalités de collaboration et de partenariat entre court séjour et soins de suite et réadaptation figurent dans les projets d'établissements respectifs et sont déclinées dans les contrats d'objectifs.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète (hospitalisation de jour et hospitalisation à domicile) permet d'améliorer l'aval sanitaire des structures de soins de suite et de réadaptation. Ces deux modes de prise en charge sont précisées dans un chapitre distinct.

Développer les prises en charge des patients lourdement dépendants

Pour répondre notamment aux besoins des patients âgés gériatriques et des patients avec handicap sévère quel que soit l'âge, les structures doivent assurer

- la prévention, le diagnostic et le traitement des complications, des décompensations, des pathologies chroniques et des affections intercurrentes ;
- l'organisation du devenir du patient pour lequel la prise en charge d'aval est toujours problématique.

Parmi les situations les plus complexes figure l'accueil des handicapés jeunes, des patients présentant une atteinte psychique ou des patients en situation de précarité.

Une meilleure réponse à ces besoins est assurée, dans la majorité des cas, par la réorientation et le développement de l'offre polyvalente de proximité.

En médecine physique et de réadaptation, l'amélioration de la prise en charge des patients neurologiques doit être encouragée, en particuliers ceux victimes d'accidents vasculaires cérébraux, sans discrimination d'âge. Ces patients doivent être accueillis en soins de suite lorsqu'ils ne peuvent bénéficier d'une réadaptation complexe en MPR.

Les missions de ces unités à orientation neurologique comprennent spécifiquement :

- la prise en charge des troubles moteurs, cognitifs, vésico-sphinctériens, psychiques et comportementaux ;
- le suivi au long cours des patients présentant un handicap séquellaire.

Mieux répondre aux besoins spécifiques

Les patients atteints d'affections malignes peuvent avoir besoin en soins de suite, de soins techniques lourds et coûteux requérant une compétence particulière de l'équipe soignante. Ces soins, qui se distinguent de l'intercure simple, requièrent une organisation structurée, dans des unités dédiées. Ceci est particulièrement le cas pour les soins de suite hématologiques. L'orientation en la matière consistera à :

- identifier et renforcer les structures existantes presque toutes situées en périphérie ;
- renforcer le potentiel par création de nouvelles structures en particulier à Paris ou en proche banlieue.

Les patients relevant des soins palliatifs bénéficient d'une prise en charge complexe (traitements spécifiques, soins de support, accompagnement psychologique...) en lien avec le court séjour, les réseaux et filières.

Les patients en état végétatif chronique et pauci-relationnel (EVC-EPR) sont pris en charge dans des unités dédiées, planifiées au niveau régional. Toutes les autorisations délivrées doivent être installées. Une réévaluation des besoins pourra alors être réalisée en tenant compte de la nécessité d'engager une réflexion sur les liens avec le secteur médico-social.

Les patients VIH présentant des comorbidités très lourdes qu'ils soient atteints de neuro-sida, de complications majeures (infections opportunistes), d'intolérance aux trithérapies ou en fin de vie ou qu'il s'agisse de patients migrants associant VIH et tuberculose, ont besoin de prestations spécifiques qui nécessite :

- de prévoir une capacité d'accueil suffisante en tenant compte des 700 nouveaux cas de SIDA par an en Ile-de-France, des découvertes tardives de séropositivité et de la fermeture de certaines unités ;
- d'améliorer la gestion de l'aval des soins de suite et réadaptation en s'appuyant sur des appartements de coordination thérapeutique et/ou en développant un partenariat avec des structures d'hébergement social ;
- d'organiser le maillage territorial dans le cadre de la mise en place des comités de coordination de la lutte contre l'infection VIH.

Les patients présentant des troubles alcooliques doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge pour le traitement de leur addiction. Certains patients nécessitent une prise en charge spécifique en raison de la sévérité de leurs atteintes, des comorbidités et de la durée de leur prise en charge associant consolidation du sevrage, des initiatives de réinsertion et des soins de rééducation.

Ceci implique un renforcement et une répartition plus homogène des structures accueillant ces patients. Ceux présentant une démence alcoolique qui nécessitent des soins de suite et/ ou de la réadaptation, doivent pouvoir être accueillis par les structures polyvalentes existantes.

Consolider l'offre de soins de suite et réadaptation pour enfants et adolescents

Les enfants et les adolescents sont pris en charge dans des structures de soins de suite et réadaptation spécifiques, assurant une prise en charge globale, incluant en plus un versant éducatif et scolaire. Ces structures ont un recrutement régional.

L'offre francilienne est adaptée quantitativement. La requalification d'une partie de cette offre permettrait d'orienter certaines structures vers des prises en charge spécifiques (EVC-EPR, patients trachéo-ventilés, obésité morbide) dont le besoin est encore mal couvert. L'amélioration du fonctionnement de ces structures de soins de suite et réadaptation pour enfants et adolescents nécessite la poursuite des efforts pour développer une offre médico-sociale adaptée à ces classes d'âges.

Optimiser les ressources humaines

Le déficit démographique de certains professionnels (kinésithérapeutes et médecins de médecine physique et réadaptation) oriente vers le développement des activités par extension plutôt que par création, implique la recherche d'une capacité optimale des structures et encourage la réflexion sur les transferts de compétences.

4.3.4. Une organisation de la chaîne de soins

Entre partenaires de la prise en charge les relations sont organisées et si possible formalisées. Les modalités d'organisation doivent être souples et adaptées aux différentes situations. A tout le moins une connaissance réciproque des acteurs et des possibilités effectives de prise en charge, des protocoles établis en commun, des outils d'échange d'information et une capacité de seconder le service d'aval aux prises avec des difficultés sont des atouts. Deux grandes catégories de relations sont envisageables : des organisations bilatérales et de véritables filières de soins.

Les organisations bilatérales

Elles sont souhaitables si l'on veut par exemple faciliter l'accès des patients aux structures d'aval après une intervention chirurgicale. Dans ce cas, chaque établissement possédant un service de chirurgie signe des conventions avec des structures d'aval (soins de suite et réadaptation, SSIAD, HAD, EHPAD...), afin d'améliorer la fluidité de la filière hospitalière, en favorisant l'accès des patients opérés à ces structures.

Dans tous les cas les structures qui orientent vers les soins de suite ou les structures médico-sociales, restent disponibles pour :

- réaliser des évaluations régulières ou à la demande des professionnels et des structures d'aval ;
- réadmettre ou orienter la personne en cas de situation de crise, secondaire à une rupture du système médical et paramédical mis en place.

Les filières de soins

Elles sont à promouvoir dans plusieurs domaines.

a) Pour les accidents vasculaires cérébraux, une organisation de la filière d'aval permet une évaluation multidisciplinaire précoce associant médecins de l'équipe neurovasculaire, médecins de médecine physique et de réadaptation (MPR) et/ou gériatres, assistantes sociales. Trente pour cent des patients survivants à un accident vasculaire cérébral justifient des soins de suite ou de réadaptation : 60 % en unités de médecine physique et de réadaptation à orientation neurologique et 40 % en services de soins de suite polyvalents ou gériatriques. Au moins autant de lits de soins de suite ou de réadaptation que de lits d'unité neurovasculaire (sans compter les lits de surveillance continue ou intensive) sont nécessaires pour assurer un bon fonctionnement de la filière. Le retour au domicile doit s'organiser avec les professionnels de santé libéraux et les services sociaux. Le principe d'un réseau de santé assurant la coordination de la prise en charge, devrait favoriser le maintien au domicile des patients atteints d'AVC, assurer la prévention et l'éducation thérapeutique.

b) Pour les personnes âgées, l'organisation en filières revêt deux dimensions l'une interne, l'autre externe.

L'accès à un référent gériatre afin d'obtenir un avis spécialisé et favoriser si besoin, l'admission directe des patients dans un service, sans passage par les urgences est mise en place pour les médecins traitants et les coordonnateurs d'établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les patients âgés bénéficient d'une évaluation médico-psycho-sociale précoce, permettant l'orientation la plus adaptée ou l'organisation optimale de la sortie, qui mobilise en général plusieurs intervenants.

Dans les établissements à forte activité d'urgence, une équipe mobile gériatrique est constituée pour réaliser ces évaluations médico-psycho-sociales à la demande des services. La composition, le mode de fonctionnement de cette équipe pluridisciplinaire sont adaptés à l'activité de l'établissement et aux besoins des structures d'aval liées par convention avec l'établissement hospitalier. Ces établissements disposent de capacités de gériatrie aiguë accueillant des patients gériatriques fragilisés, poly-pathologiques et lourdement dépendants.

Le recours à un avis gériatrique est assuré dans l'établissement quel que soit le service où est hospitalisé le patient.

Les établissements élaborent des conventions avec des partenaires situés à proximité pour organiser leur aval et éviter les transferts dans des structures éloignées du domicile des patients. La participation à un réseau de santé gérontologique et les partenariats avec le secteur psychiatrique, les CLIC, les structures environnantes de maintien à domicile ou les EHPAD, facilitent l'orientation adéquate des patients.

c) Pour les soins de suite et réadaptation, la préparation de la sortie de la structure est anticipée dès le court séjour puis est organisée avec le patient, son entourage, et les professionnels intervenant en aval. Elle s'inscrit dans le projet thérapeutique et le projet de vie. Elle privilégie le retour à domicile, lorsqu'il est possible, et respecte les droits du patient. Elle est formalisée et s'appuie sur une évaluation de l'environnement personnel du patient.

Dans le cadre de ce projet de sortie, les structures de soins de suite et réadaptation communiquent activement avec les établissements médico-sociaux et les services de maintien à domicile de leur territoire. Elles contractualisent avec ceux qui assurent leur aval principal. Cette organisation est conditionnée par l'évolution de l'offre médico-sociale.

Entre certains services de court séjour et leurs correspondants en soins de suite il y a lieu de mettre en place des règles communes pour le parcours du patient : ainsi entre les centres d'hématologie et les soins des suite ou entre ces derniers et les services de médecine polyvalente. Ces règles doivent préciser les conditions d'admission, les protocoles de suivi, mais également le soutien que les équipes de soins de suite peuvent escompter dans les situations de difficultés.

d) En cardiologie une filière relie les acteurs de la phase préhospitalière et ceux de la phase hospitalière : ainsi les unités de soins intensifs cardiologiques doivent s'inscrire dans des filières de prises en charge des urgences cardiologiques au niveau de chaque territoire, qui impliquent les médecins libéraux, les urgentistes et le service d'aide médicale urgente.

e) Pour les urgences pédiatriques, la filière concerne plutôt l'intra-hospitalier. Le recours pédiatrique, organisé selon le maillage en trois niveaux de compétence et de moyens décrit par la circulaire du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences, est précisé dans le projet médical de territoire.

Chaque structure autorisée à l'accueil des urgences formalise un protocole de prise en charge des urgences pédiatriques définissant les modalités et les circuits en cas d'avis spécialisé ou d'orientation nécessaire.

Dans les structures d'urgence sans unité d'accueil spécifique pédiatrique, le principe d'un accueil initial par l'urgentiste polyvalent est retenu, avec orientation vers le spécialiste en cas de besoin, sur des critères médicaux.

Pour les structures dont le nombre d'urgences pédiatriques justifie l'individualisation d'une unité d'accueil spécifique, l'accueil initial par un urgentiste pédiatre est privilégié. Les établissements pédiatriques hautement spécialisés prévoient une filière spécifique pour les urgences pédopsychiatriques avec une permanence nocturne organisée au moins au niveau régional.

f) Dans le domaine des maladies chroniques infantiles

La prise en charge en pédiatrie spécialisée conjugue connaissance du développement de l'enfant et de l'adolescent, expertise d'organe ou de système et suivi au long cours. Elle couvre le champ des pathologies rares mais aussi certaines pathologies chroniques plus fréquentes (diabète, drépanocytose, asthme, épilepsie, troubles de l'apprentissage et troubles spécifique du langage, obésité).

Les recommandations concernent :

- l'organisation de leur prise en charge qui doit faire l'objet d'une structuration en filière de soins incluant les centres référents, universitaires ou non, les acteurs de proximité (services de pédiatrie générale des hôpitaux de petite et grande couronnes, médecins de ville, généralistes et pédiatres, médecins de santé scolaire et de PMI, HAD pédiatriques...) et les structures de soins de suite et réadaptation pédiatriques. Dans le cadre de ces filières, des consultations avancées (SSR par exemple) doivent être encouragées dans les services de pédiatrie ;
- la lisibilité des filières pour les médecins, patients, associations ;
- dans ces filières de soins, certains services de pédiatrie générale des petite et grande couronnes peuvent se positionner comme centre référent ou centre coordonnateur dès lors qu'ils remplissent les conditions définies dans des cahiers des charges et/ou référentiels (file active, compétences, formation, ressources, organisation) mis au point entre professionnels ;

- cette organisation en filière de soins peut aboutir à la formalisation de réseaux de soins dont la dynamique est bénéfique à l'évolution des rôles et compétences des acteurs. Les créations des réseaux de soins doivent se faire dans un cadre coordonné ;
- le passage de relais de prise en charge entre les services de pédiatrie accueillant des adolescents atteints de maladie chronique et les services de soins pour adultes doit faire l'objet d'une organisation ;
- la prise en charge de nombreux enfants atteints de maladies chroniques ne nécessite pas toujours une hospitalisation mais un suivi en consultations. La comptabilisation des activités ambulatoires et de la file active s'impose.

g) pour la prise en charge des blessés médullaires

Leur prise en charge repose sur une filière de soins associant des sites de référence à la phase aiguë et de sites de médecine physique et réadaptation.

Les unités de référence à la phase aiguë

L'unité de référence assure la prise en charge spécialisée des blessés médullaires, 24 heures sur 24 et dispose d'une équipe médicale et paramédicale disponible permettant un diagnostic précis et précoce, la réalisation d'un acte chirurgical en urgence sur le rachis et la mise en œuvre d'un projet de réadaptation.

L'établissement doit disposer d'une réanimation chirurgicale, d'un accès prioritaire 24h sur 24 au scanner, à une IRM et au bloc chirurgical.

Les centres de médecine physique et réadaptation de référence

Les centres de référence en rééducation :

- participent aux avis thérapeutiques et d'orientation dans les services de court séjour d'amont ;
- contribuent à l'élaboration par le patient et son entourage d'un projet de vie prenant en compte sa réinsertion sociale et professionnelle et en assurent l'accompagnement en lien avec les partenaires du réseau ;
- assurent la continuité de prise en charge avec l'aval (intervenants à domicile, structures médico-sociales, dispositif de la vie autonome, maison du handicap, COTOREP,...) et à ce titre, l'accueil de proximité ;
- proposent un suivi à périodes régulières, favorisant la consultation pluridisciplinaire sur site, afin de prévenir les complications (orthopédiques, urinaires, cutanées, spasticité....) survenant lors de l'évolution et concourent à l'orientation dans la filière de soins (neuro-urologie, chirurgie plastique et réparatrice, chirurgie fonctionnelle du handicap..).

Cette organisation repose sur le respect des cahiers des charges spécifiant les conditions de prise en charge et les modalités de fonctionnement contenus dans le document technique annexé au SROS.

h) pour la prise en charge des traumatisés crâniens

Il convient d'opérer une distinction entre la prise en charge des patients traumatisés crâniens sévères et celle des traumatisés légers.

La prise en charge des patients traumatisés crâniens sévères

Faisant appel à une organisation particulière spécifique à l'Île-de-France, la grande garde de neurochirurgie, cette activité est complexe à organiser du fait de la multiplicité des compétences qu'elle requiert et se heurte à une capacité d'accueil insuffisante dans le secteur d'aval, en particulier pour ce qui concerne le secteur médico-social (MAS, FAM, centres occupationnels de jour).

L'ensemble de ces dysfonctionnements, qui touche essentiellement une population jeune, est responsable d'une certaine perte de chance en terme de mortalité et de handicap.

L'objectif de ce volet du SROS 3 est de proposer des solutions structurelles à ces problèmes en identifiant et en définissant des filières de soins incluant :

- pour la phase aiguë :
 - une orientation adaptée du patient par le SAMU sur l'ensemble de l'Île-de-France ;
 - des centres référents situés dans un établissement site d'urgence et comprenant la neurochirurgie, la réanimation neuro-chirurgicale et la neuroradiologie, et assurant la prise en charge des patients traumatisés crâniens 24h/24 et susceptibles d'accueillir des patients polytraumatisés. Une équipe médicale et paramédicale disponible assure le diagnostic précoce et précis, la réalisation d'un acte chirurgical en urgence, l'avis technique auprès des centres de proximité ;
 - des centres de proximité situés dans un établissement site d'urgence et comprenant une réanimation. Ils disposent d'une équipe formée à la pose de capteurs de pression intracrânienne.

- pour la phase secondaire :
 - des centres de référence de médecine physique et de réadaptation (MPR) ;
 - des structures sanitaires ou médico-sociales d'aval.

Cette organisation repose sur le respect des cahiers des charges spécifiant les conditions de prise en charge et les modalités de fonctionnement contenus dans le document technique annexé au SROS.

La prise en charge du traumatisé crânien léger

Sur l'ensemble des traumatisés crâniens, 70 à 80 % seront classés légers chaque année.

Les problèmes posés par ces blessés concernent :

- le dépistage et le traitement de complications précoces neurochirurgicales, rares mais potentiellement graves (hématome extradural par exemple) ;
- le dépistage et la prévention du syndrome post-commotionnel, complication secondaire fréquente ;
- le suivi après la 24^{ème} heure.

Les coordinations et informations entre les différents partenaires doivent être optimisées. L'accès à des consultations spécialisées doit être facilité pour déceler les facteurs de risques d'une évolution défavorable et réduire le risque de syndrome post-commotionnel persistant.

Le recours à une structure référente pour un suivi spécialisé peut s'avérer nécessaire si le blessé fait partie des patients à risque élevé ou en cas d'évolution défavorable.

4.4. Un élargissement du rôle des réseaux

Le développement des réseaux a été amorcé au cours du SROS 2 sous la double animation de l'URCAM et de l'ARH. Les expériences acquises permettent plusieurs constats :

- Les domaines d'émergence privilégiés des réseaux sont la cancérologie, les soins palliatifs et la périnatalité après le mouvement précurseur des réseaux VIH. D'autres projets se sont développés mais avec un nombre réduit de concrétisations (diabète, pathologies mentales, précarité, bronchiolite du nourrisson, suivi au long cours des bébés nés à risque, prévention de l'obésité chez les jeunes, douleur, insuffisance cardiaque, dépistage de l'insuffisance rénale, personnes âgées, prise en charge à domicile de l'insuffisance respiratoire lourde, hépatite C, etc...).
- De manière assez schématique, on peut ainsi relever des réseaux plutôt inter-hospitaliers (l'essentiel des réseaux de cancérologie et de périnatalité) ou des réseaux ville/hôpital (diabète, soins palliatifs et quelques réseaux de cancérologie ou périnatals par exemple). Les premiers ont mis l'accent sur l'harmonisation des pratiques de soins, les seconds sur la continuité des soins entre établissements hospitaliers et acteurs libéraux dans une optique de maintien à domicile du plus grand nombre de patients. A terme cette dernière dimension devrait être présente dans tous les réseaux.
- Une répartition inégale au sein de la région de cette nouvelle forme d'organisation.

Le SROS 3 devrait donner une impulsion nouvelle dans plusieurs directions et permettre d'assurer dans certains domaines (périnatalité et cancérologie) la couverture de l'ensemble de la région.

Les orientations montrent une différenciation progressive de la notion de réseaux, certains correspondant à la définition des réseaux de santé, d'autres à une forme de collaboration plus institutionnelle.

a) Augmenter le nombre de prélèvements à l'aide du réseau régional de prélèvement d'organes et de tissus

Tout établissement de santé disposant d'une unité de réanimation doit s'inscrire dans un des réseaux de prélèvement d'organes et de tissus mis en place par l'Agence de la biomédecine conformément à la loi de bioéthique du 6 août 2004 (article L 1233-1 du code de santé publique).

b) Décloisonner et mettre en réseau les différents acteurs de l'urgence

Le nouveau dispositif envisagé vise à une réelle complémentarité sous forme de conventions de coopérations inter-établissements pour l'accueil et le traitement des urgences (compétences, disponibilité des plateaux techniques, horaires de fonctionnement), l'aval des urgences et/ ou la participation à la permanence des soins de spécialité en établissement (chirurgie, pédiatrie ...).

L'organisation territoriale en réseau implique que les différents acteurs (lieux de permanence de ville, structures sanitaires et médico-sociales) soient clairement identifiés dans la convention constitutive du réseau et auprès du SAMU – centre 15.

L'aval des urgences implique l'ensemble des établissements ayant contractualisé dans le projet médical de territoire.

c) Améliorer la prise en charge à domicile de l'insuffisance cardiaque chronique

L'insuffisance cardiaque est une pathologie du sujet âgé, essentiellement.

Des études ont montré qu'une prise en charge pluridisciplinaire permet d'optimiser le traitement des patients insuffisants cardiaques et de réduire en conséquence les hospitalisations itératives.

Le principe d'un réseau de santé assurant la coordination des différents acteurs hospitaliers et libéraux (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens, assistants de service social) est à promouvoir dans le cadre d'une optimisation des soins afin de favoriser le maintien à domicile de ces patients. Il reviendra également à ces réseaux d'organiser la prévention et l'éducation des patients.

d) Généraliser la couverture des réseaux de cancérologie, avec une coordination par un réseau régional

Les trois axes privilégiés sont :

- développer les réseaux de cancérologie dans une double direction ville/hôpital et inter-établissements pour couvrir l'ensemble de la région y compris Paris, ces réseaux établissant des liens avec les réseaux de soins palliatifs. Par ailleurs ces réseaux peuvent jouer pour certains établissements le rôle de centre de coordination cancérologique ;
- permettre le développement d'un réseau régional de cancérologie incluant les réseaux locaux ainsi que toutes les composantes hospitalières régionales répondant au cahier des charges proposé par l'INCa ;
- identifier un réseau régional en oncologie pédiatrique.

La formalisation d'un réseau régional de la cancérologie pédiatrique d'Ile-de-France sera appuyée sur le réseau de cancérologie adulte et permettra l'articulation entre les centres de cancérologie pédiatrique et les centres adultes. Le réseau devra s'assurer de la mise en œuvre de conventions entre les centres de cancérologie et les centres hospitaliers.

Chacun des intervenants en cancérologie pédiatrique s'engagera à respecter les recommandations de la charte du réseau, définissant le rôle de chacun et les engagements mutuels pour la prise en charge coordonnée, continue et à domicile des enfants.

Cette charte définit les différentes équipes impliquées :

- centre de cancérologie pédiatrique,
- services de chirurgie cancérologique pédiatrique,
- services de pédiatrie générale (des centres hospitaliers généraux, des établissements privés participant au service public ou appartenant à l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris),
- services de soins de suite,
- services d'hospitalisation à domicile,
- médecins de ville et infirmiers libéraux,
- associations.

e) Réorienter les réseaux de périnatalité en réponse au cahier des charges national et couvrir l'ensemble de la région. Ces réseaux devraient être établis notamment dans la zone centrale sur une dimension géographique : au-delà de la gestion du risque ils devraient engager des démarches communes couvrant l'ensemble des phases de la grossesse et du suivi post natal. Selon les ressources disponibles ils devraient organiser le suivi de grossesses alterné entre la ville et l'hôpital et s'investir dans les problèmes spécifiques des situations sociales délicates.

f) Un réseau régional pour les accidents vasculaires cérébraux

Tout établissement ayant une unité neurovasculaire doit établir des conventions :

- avec les établissements accueillant les urgences proches n'ayant pas de telle unité pour pouvoir donner des avis neurovasculaires en urgence et organiser si nécessaire le transfert du patient ;
- avec les établissements dotés d'une unité neurovasculaire disposant de services de neuro-radiologie interventionnelle et de neurochirurgie pour la prise en charge des patients nécessitant une expertise spécifique et des actes hautement spécialisés de neuroradiologie interventionnelle et de neurochirurgie.

Ceci nécessite la mise en place de protocoles entre les établissements permettant d'obtenir 24 h/24 des avis spécialisés (pouvant être facilité par la télématique).

g) Une expérimentation de réseaux gériatriques

S'il n'est pas douteux que la prise en charge des personnes âgées est multidisciplinaire et associe intervenants soignants et sociaux, des expériences sont à conduire pour apprécier la portée de l'organisation en réseau dans ce domaine.

h) Les deux axes des réseaux d'assistance médicale à la procréation

Pour le développement des réseaux dans ce domaine deux directions existent :

- vers les gynécologues de ville, au sein de réseaux d'infertilité de type ville/hôpital ;
- «inter centres» pour des prises en charge d'assistance médicale à la procréation plus spécifiques (don d'ovocytes, couples à risque viral, accueil d'embryons).

i) L'organisation du diagnostic prénatal en réseaux

L'organisation du diagnostic prénatal doit progressivement s'orienter vers une démarche en réseau sur les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) et articulée avec les réseaux périnataux en distinguant les centres orientés vers la prématurité et les centres à vocation de prise en charge des problèmes médico-chirurgicaux pour nouveau-nés mal formés.

Les centres de diagnostic pluridisciplinaire doivent être articulés avec les acteurs de dépistage primaire incluant tous les acteurs, du médecin généraliste aux échographistes. Une meilleure articulation entre tous les acteurs de dépistage prénatal permettra une orientation adéquate du couple mère/enfant à chaque étape de la grossesse.

Il est également important de réfléchir sur l'articulation des centres pluridisciplinaires entre eux : niveau de spécificité en particulier chirurgicale ou non et même entre les spécialités de chirurgie néonatale (centre spécialisé en chirurgie cardiaque néonatale, en ORL néonatale, etc...)

Le dépistage prénatal doit être également articulé avec les réseaux de périnatalité dont ils sont une composante.

Les orientations précédentes ne sont pas limitatives : il conviendra donc de s'appuyer sur les expériences positives pour les promouvoir et élargir les domaines couverts. En particulier, il conviendrait de susciter des projets proposant une approche populationnelle dépassant l'approche par pathologie, souvent monothématique, ou permettant d'améliorer la prise en charge des populations vulnérables en intégrant le VIH, les hépatites et les addictions.

4.5. Des prises en charge plus différenciées

Le recours à l'hôpital connaît des modalités de plus en plus diverses. La prise en charge en hospitalisation traditionnelle ne correspond plus dans certains domaines aux demandes des patients : les consultations et examens ambulatoires de toute nature se développent, de même que l'hospitalisation de jour ou l'hospitalisation à domicile. Certaines activités connaissent même une activité de consultation pour second avis en dehors de la présence de patients (anatomopathologie et cancérologie au sens large). Faire évoluer l'organisation des soins dans ce sens sera donc une des orientations majeures des années à venir.

4.5.1. Une meilleure couverture en hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation qui permet d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés.

Elle concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés. Les circulaires du 30 mai et 11 décembre 2000, du 4 février 2004 ont précisé le rôle et le fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile, et donné des indications sur les patients qui peuvent relever de cette prise en charge.

Une structure d'hospitalisation à domicile a simultanément pour un même malade un double rôle :

- un rôle de producteur de soins, en fournissant directement à domicile les prestations de soins requises par l'état du malade, incluant les dimensions préventive, éducative, curative, psychosociale et palliative ;
- un rôle de coordination des professionnels - libéraux, associatifs, hospitaliers - intervenant au domicile du malade.

La structure d'hospitalisation à domicile doit être intégrée dans le tissu sanitaire local et travailler en étroite liaison (rattachement, conventions, ...) avec les établissements, services, réseaux et filières existants. Ainsi, pour assurer la fluidité et la qualité des prises en charge, elle doit organiser une filière d'amont avec les établissements

sanitaires de court séjour et de soins de suite et de réadaptation et s'articuler avec les acteurs d'aval de la prise en charge (CLIC, PMI, SSIAD, ...).

Malgré le caractère polyvalent qui est à privilégier pour toutes les structures, certaines d'entre elles peuvent développer, conformément à la réglementation en vigueur, des prises en charge spécifiques au moyen de compétences et d'organisations particulières. Quatre domaines appellent des conditions de fonctionnement particulières du fait de la spécificité de la prise en charge des patients et des compétences requises pour ces prises en charge.

Sont concernées :

- la réinsertion et la réadaptation ;
- la périnatalité et la pédiatrie ;
- les chimiothérapies pour cancer ;
- les soins palliatifs.

Pour mémoire, en 2005, le taux d'équipement national cible est de 13,3 places pour 100 000 habitants. En Ile-de-France, selon les territoires de santé, le taux observé va de 5,8 à 24 places pour 100 000 habitants, soit un taux moyen régional de 17,9 places pour 100 000 habitants.

Ce dernier constitue le taux cible à atteindre pour les territoires insuffisamment couverts. Cet objectif est révisable en fonction des modifications éventuelles de la réglementation, des besoins, et de la capacité des structures à développer ce type de prise en charge, compte tenu notamment de l'évolution de la démographie des professionnels de santé.

Pour le SROS, les objectifs sont les suivants :

- offrir à tous les franciliens qui le désirent la possibilité de recourir à l'hospitalisation à domicile quel que soit leur lieu de résidence ;
- promouvoir en priorité le développement dans les territoires en deçà du taux d'équipement moyen régional ;
- parvenir à une répartition homogène de l'offre de soins pour favoriser la proximité des prises en charge, quel qu'en soit le type (hospitalisation à domicile polyvalente ou besoins spécifiques) ;
- assurer la continuité de la prise en charge avec l'amont (prescripteur) et l'aval (structures médico-sociales ou sanitaires) ;
- garantir la sécurité et la qualité des soins en terme de qualification des intervenants et en cas de repli.

Les recommandations

Chaque territoire, en fonction de sa situation géographique, peut disposer d'une ou plusieurs implantations d'hospitalisation à domicile couvrant chacune une zone bien déterminée. Plusieurs structures peuvent être amenées à intervenir sur l'implantation ainsi définie afin d'en couvrir les besoins.

Dans ce cas, un dispositif de concertation est à organiser entre les structures intervenant sur la même implantation. Il doit assurer :

- le repérage des besoins ;
- la promotion de l'activité d'hospitalisation à domicile, notamment auprès de la médecine de ville ;
- la coordination interne et externe des réponses.

Ce dispositif peut être organisé sur la base de conventions entre les structures concernées. Les plans d'actions initiés dans ce cadre pourront faire l'objet d'évaluations à intervalles réguliers de la part des autorités sanitaires.

Chaque opérateur intervenant sur une implantation engage la responsabilité de sa structure dans la réalisation des objectifs territoriaux et des missions ci-dessous :

- organiser le retour au domicile après évaluation des besoins en lien avec le prescripteur ;
- assurer la coordination des différents intervenants au domicile ;
- assurer la qualité et la sécurité des soins ;
- offrir des prises en charge polyvalentes et spécifiques en direct ou par convention avec d'autres structures ;
- garantir la permanence et la continuité des soins ;
- organiser les relais auprès d'autres structures ou professionnels de santé ;
- disposer de journées « SSIAD » soit en direct soit par convention avec une ou plusieurs structures médico-sociales.

Au plan matériel, cela implique :

- la présence de personnels salariés et/ou de liens avec les professionnels libéraux sur le territoire afin de pouvoir intervenir au regard des missions décrites ;
- la mise en place de liens conventionnels avec les autres acteurs et institutions (professionnels libéraux, établissements de santé, réseaux de santé, structures sociales ou médico-sociales...), afin de garantir la gradation et la continuité des soins ainsi que la sécurité de la prise en charge ;
- une organisation matérielle dotée de moyens de communication ad hoc capable d'organiser l'admission, de coordonner les réponses, d'assurer la permanence et la continuité des soins; l'organisation pouvant être une unité fonctionnelle, une antenne, un site hospitalier...

Les conditions de fonctionnement

Pour fonctionner, une structure d'hospitalisation à domicile doit disposer au préalable d'une autorisation d'activité de soins en médecine et/ou obstétrique et/ou soins de «soins de suite-rééducation ». En outre, elle doit préciser nominativement ses territoires d'intervention.

Pour être efficiente, elle doit disposer d'au moins 30 places si elle est rattachée à un établissement de santé ; dans le cas contraire, le seuil d'efficience se situe entre 60 et 100 places. La mutualisation formalisée des moyens entre structures est recommandée.

Pour l'obstétrique, la prise en charge doit être organisée dans le cadre d'une coordination territoriale.

Pour la rééducation/réinsertion, la structure d'hospitalisation à domicile doit être intégrée dans le tissu sanitaire local et travailler en étroite liaison (rattachement, conventions, filières...) avec les établissements et services existants (neurologie, médecine physique, gériatrie aiguë et soins de suite gériatriques).

Pour les chimiothérapies, la structure d'hospitalisation à domicile doit travailler en étroite liaison (rattachement, conventions, ...) avec les établissements, services et réseaux habilités en cancérologie existants sur le territoire.

Pour les soins palliatifs, l'articulation avec les réseaux de soins palliatifs intervenant sur le même territoire de santé doit être formalisée.

Les demandes de développement d'une activité d'hospitalisation à domicile seront étudiées dans la mesure où elles répondent aux cahiers des charges annexés et si le demandeur dispose, au préalable, d'une autorisation dans l'une ou l'autre des disciplines précédemment évoquées. La structure doit être préférentiellement rattachée à un établissement de santé pratiquant ces activités de soins, notamment en hospitalisation complète, et offrant un panel de prises en charge.

4.5.2. Poursuivre le développement de l'anesthésie - chirurgie ambulatoire

Le développement de l'activité en anesthésie-chirurgie ambulatoire doit être encouragé dans chaque établissement disposant d'un service de chirurgie et d'un potentiel de substitution important et l'engagement des établissements vis-à-vis de l'anesthésie - chirurgie ambulatoire figurera dans le contrat d'objectifs et de moyens.

Compte tenu des impératifs de sécurité et des difficultés concernant le recrutement du personnel médical et paramédical, il est souhaitable que les structures d'anesthésie-chirurgie ambulatoire soient adossées à une unité d'hospitalisation complète en chirurgie, sur le même site.

L'unité d'anesthésie - chirurgie ambulatoire est une structure accueillant différentes spécialités. Cette activité d'anesthésie - chirurgie ambulatoire est regroupée en un lieu et une structure unique au sein de l'établissement.

4.5.3. Renforcer l'offre d'hospitalisation de jour en réadaptation

En médecine physique et de réadaptation, certains patients pourraient bénéficier d'une hospitalisation de jour, dont le recrutement répond à plusieurs critères :

- bilans, gestes médico-techniques et/ou rééducation complexe et/ou intensive ;

- nécessité de recourir à un plateau technique hospitalier de rééducation ;
- proximité géographique ;
- nécessité de recourir, comme en hospitalisation complète, à 2 heures de rééducation par jour.

Cette alternative à l'hospitalisation peut s'inscrire dans la suite d'une hospitalisation complète en soins de suite et réadaptation ou directement à la sortie d'un service de court séjour.

En soins de suite, les hôpitaux de jour ne peuvent être développés que dans le cadre d'une prise en charge sanitaire limitée dans le temps, bien différenciée d'un accueil relevant de structures médico-sociales.

4.5.4. Des interventions plus diversifiées en gériatrie

Une réduction des hospitalisations complètes évitables, dans la mesure du possible, est à rechercher au travers des actions suivantes :

- le repositionnement des hôpitaux de jour d'évaluation gériatrique dans leur mission d'évaluation (en gériatrie et psycho-gériatrie) et de suivi thérapeutique ;
- l'accès à un service d'hospitalisation à domicile ;
- l'accueil dans des hébergements temporaires dans l'attente d'une éventuelle institutionnalisation, ainsi que la prise en charge en accueil de jour, pour prévenir l'épuisement des aidants.

4.5.5. Le renforcement du potentiel ambulatoire en psychiatrie

Le développement des activités de soins ambulatoires et des structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet doit améliorer la fluidité du parcours de soins des patients, en organisant une offre cohérente et équitable. La correction du déficit d'équipements de base sur certains territoires doit être poursuivie, en veillant à intégrer ces équipements dans leur environnement et à maintenir un taux de services sectorisés. Le taux moyen régional de places d'hospitalisation de jour sectorisées de psychiatrie infanto-juvénile (65 %) et de psychiatrie générale (70 %) sera considéré comme un minimum par territoire pour les nouvelles autorisations.

Le renforcement du potentiel d'accueil des structures ambulatoires doit s'accompagner d'une recherche de discrimination efficace des demandes pour gérer les listes d'attente. Au-delà de l'inventaire des structures, il importe de mieux cerner les possibilités réelles de prise en charge (file active, âges, prestations offertes, critères d'admission).

Les adaptations des modalités de prise en charge

La psychiatrie de liaison doit être mieux intégrée, renforcée et organisée à l'hôpital général afin d'éviter toute rupture ou retard de prise en charge. Une grande disparité est constatée selon les lieux, alors que cet objectif constitue un enjeu de prévention essentiel. Cette activité, sectorielle ou intersectorielle, doit être identifiée et formalisée (unité fonctionnelle, qualification des intervenants et du coordinateur, temps mis à disposition, modalités d'intervention et moyens logistiques). Il importe de favoriser la

séniorisation et la stabilité des intervenants médicaux, de faciliter le suivi d'aval en rattachant les intervenants (psychologues en particulier) aux services de psychiatrie.

La prise en charge et la prévention des troubles psychologiques et psychiatriques en périnatalité constituent une modalité de psychiatrie de liaison exemplaire de la nécessité d'intégration des équipes dans les réseaux correspondants, dont la charte constitutive doit intégrer la prise en compte de la dimension psychique, comme de la nécessité d'articuler cette activité avec la prise en compte des situations en amont et en aval de l'hospitalisation.

Une psychiatrie plus "réactive" pour des soins plus précoces : cet axe de développement ou de réorientation de dispositifs existants apparaît clairement, pour les professionnels, rejoignant les souhaits des aidants naturels, comme un "levier" susceptible d'agir sur le constat actuel de saturation de l'ensemble de la filière de soins.

Les équipes mobiles, les interventions à domicile, l'HAD, les consultations d'avis et de suivi conjoint constituent les principales modalités d'intervention dont le développement est attendu. Des actions d'aide à l'évaluation et à l'approche psychologique (staffs, formation, supervision) en direction des intervenants de première ligne contribuent également à un meilleur adressage des demandes.

Des soins adaptés à certaines populations spécifiques

Des soins adaptés permettent de répondre aux besoins spécifiques de certaines populations ou de certains états pathologiques dont la qualité de prise en charge demande la mobilisation de compétences particulières au sein d'un environnement ad hoc.

Sont ainsi concernés, les patients :

- appartenant à certaines tranches d'âge (très jeunes enfants, adolescents, personnes âgées...);
- relevant de certaines situations sociales (personnes en situation de grande précarité, personnes détenues...);
- présentant une pathologie dont la symptomatologie peut s'exprimer sur un mode spécifique (troubles envahissants du développement, troubles de la conduite alimentaire...), développer des phases d'acuité (états d'agitation, crise suicidaire...) ou évoluer vers une chronicisation des troubles (schizophrénie débutante, psychose infantile...);
- toxicomanes, souvent considérés comme perturbateurs et difficile à prendre en charge ;
- atteints de co-morbidité (maladies somatiques, surdité, addictions...).

L'organisation de ces prises en charge peut s'inscrire dans le milieu ordinaire de soins ou nécessiter la mise en place de dispositifs spécifiques, tels que des consultations spécialisées ou des services dédiés.

L'alimentation et la nutrition font partie intégrante des soins concernant ces populations.

La prévention et les soins en psychiatrie infanto-juvénile

Indissociables, ils mobilisent à la fois les ressources de la psychiatrie et celles du partenariat. La psychiatrie infanto-juvénile doit d'abord s'organiser pour répondre aux pathologies les plus sévères, en connexion forte avec les partenaires médico-sociaux et

sociaux. Elle doit également favoriser l'accès aux soins des jeunes et très jeunes enfants (périnatalité, unités mère-bébé), des adolescents, renforcer sa présence à l'hôpital général en particulier dans le cadre des urgences et de la psychiatrie de liaison. Sont réaffirmés le rôle central de l'accueil et des soins ambulatoires et la nécessité d'améliorer l'offre de soins en matière d'hospitalisation.

Le dispositif de soins en faveur des adolescents et des jeunes adultes

Il repose sur la collaboration entre les services de soins (psychiatrie infanto-juvénile, psychiatrie générale, pédiatrie) et avec les partenaires sociaux et médico-sociaux au sein d'un dispositif pivot par territoire de santé. Il comporte un référent et un plateau technique spécifique : accueil et soins ambulatoires, accueil spécifique au sein des urgences, hospitalisation diversifiée. Le rôle de la prévention est réaffirmé afin de réduire les situations de crise. L'aval de l'hospitalisation doit être facilité par une meilleure articulation avec les structures sociales et médico-sociales.

Les syndromes autistiques et les troubles envahissants du développement

Le rôle spécifique du champ sanitaire et son articulation avec le secteur médico-social méritent d'être précisés. Trois fonctions ont été distinguées :

- le diagnostic et l'évaluation, qui doivent engager de façon complémentaire les professionnels de la petite enfance, les secteurs de psychiatrie, les CAMSP, et les centres de diagnostic ;
- les modes de prise en charge, avec dans tous les cas le souci d'articuler les dimensions thérapeutique et éducative : création de places de CATTTP et d'hôpital de jour ; développement de l'action des CAMSP et de celle de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ; renforcement des structures d'accueil temporaire en médico-social ;
- la prévention et l'accompagnement des situations de crise ou de grande difficulté : création d'une unité sanitaire interdépartementale d'accueil temporaire d'urgence (enfants, adolescents et adultes) articulée avec les équipements locaux et de trois consultations spécialisées (sur sites et interventions mobiles) pour évaluation, bilan et orientation.

La prise en charge des patients au long cours

L'enquête régionale concernant "les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie générale en Ile-de-France", déclinée au niveau de chaque département, offre une approche quantitative et qualitative qui confirme que les actions à mettre en œuvre pour répondre de manière adaptée aux problématiques repérées ne peuvent être que diversifiées et élaborées en partenariat avec d'autres acteurs.

Il s'agit, sur chaque territoire, de s'approprier les résultats de cette étude et de mettre en œuvre, au niveau local, départemental et régional les recommandations suivantes :

- dynamiser et formaliser les coopérations entre champs sanitaire, médico-social et social ;
- développer les réponses alternatives à l'hospitalisation complète dans ces trois champs ;
- prévenir la "chronicisation " des patients en préservant ou en restaurant leurs capacités et leur autonomie ;

- déterminer les modalités de prise en charge des patients relevant de soins hospitaliers actifs au long cours ;
- développer des actions de répit pour les proches et soutenir les actions d'entraide mutuelle pour les patients ;
- favoriser une planification concertée.

La prise en charge des patients difficiles

Depuis quelques années, la conjonction de plusieurs facteurs complique la prise en charge de patients qui manifestent des problèmes de comportement (agitation, agressivité, violence). Les perturbations qui en résultent dans les unités d'hospitalisation retentissent sur les patients et les soignants.

Les recommandations émises vont dans le sens d'une gradation de la prise en charge de ces patients par une organisation appropriée au niveau de chaque secteur et la création de structures intermédiaires de type unité pour malades agités ou perturbateurs (UMAP), conçues comme structures intermédiaires de proximité, unités d'hospitalisation à temps complet destinées à recevoir, pour des séjours limités, des patients agités et perturbateurs, en hospitalisation d'office ou en hospitalisation à la demande d'un tiers, dont la prise en charge est provisoirement contre-indiquée dans les unités d'hospitalisation des secteurs, mais qui ne relèvent pas pour autant d'un service pour malades difficiles. Ces unités travailleront en lien étroit avec les équipes des secteurs d'origine des patients.

Sur la base du cahier des charges élaboré, une ou deux unités interdépartementales de ce type pourront être créées dans la région.

4.5.6. Des interventions à adapter pour les patients atteints du SIDA

Les besoins sont globalement en hausse en Ile-de-France conduisant à faire évoluer l'offre de soins : les services de court séjour doivent, d'une part, adapter leurs moyens aux nouvelles exigences et, d'autre part, pouvoir bénéficier de structures d'aval - soins de suite, médico-sociales et hébergement - répondant aux spécificités de ces patients et de leurs pathologies. Leur implication dans la prévention et le dépistage est évoquée par ailleurs.

Les services prenant en charge les patients VIH dans leur globalité sont essentiellement représentés par les services de maladies infectieuses, d'immunologie clinique et par les services de médecine interne ou de médecine polyvalente.

Les orientations préconisées sont les suivantes :

- un renforcement des consultations, qu'il s'agisse des consultations médicales des services ou de l'accès à d'autres prises en charge (travailleur social, diététicien, psychologue, psychiatre, infirmier formé à l'éducation thérapeutique, pharmacologue pour l'adaptation du traitement, services d'obstétrique pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant ou équipes d'addictologie). Pour traiter les effets secondaires et les co-morbidités le recours à d'autres professionnels (diabétologue, hépatologue, virologue, cardiologue, lipidologue, dermo-esthéticien) doit

être assuré. Une tarification adaptée à ces consultations longues et pluri-disciplinaires est souhaitable ;

- un développement de la prise en charge en hôpital de jour pour les bilans de co-morbidité, de résistance aux traitements et de prise en charge des effets secondaires et les traitements ;
- une organisation des relations avec les différents services de court séjour impliqués en nombre croissant ainsi qu'avec les services de soins de suite (pour la prise en charge des formes déficitaires de neuro-sida), les structures médico-sociales (appartements de coordination thérapeutique, aide au maintien au domicile) et celles d'hospitalisation à domicile (HAD) qui est actuellement marginale ;
- un partenariat avec les secteurs psychiatriques, pour assurer un soutien et un accompagnement de ces patients.

L'évolution des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) vers les COREVIH (centres de coordination régionale de la lutte contre les infections VIH) doit être accompagnée. Ces derniers assureront la coordination de l'ensemble des intervenants intra et extra-hospitaliers, médicaux, médico-sociaux et sociaux, et des représentants des usagers.

Par ailleurs, ils centraliseront les diverses données (épidémiologie et activité) et devraient, de ce fait, guider l'optimisation des moyens pour l'ensemble de la filière : dépistage, séjour en hospitalisation aiguë, soins de suite, appartement de coordination thérapeutique, maintien à domicile, et donner une vision globale au niveau régional des prises en charge.

Enfin, ils ont pour mission l'amélioration de la qualité des pratiques et de l'équité du traitement.

Parallèlement, la réflexion et les propositions en matière médico-sociale seront poursuivies pour assurer la fluidité des prises en charge.

4.5.7. L'insuffisance rénale chronique

L'ensemble des recommandations concernant l'insuffisance rénale chronique (IRC) a été publié le 20 octobre 2004, dans le cadre du SROS II. L'objectif est d'assurer aux patients une prise en charge de proximité dans la modalité de dialyse requise par leur état, après un choix éclairé.

L'information du patient est protocolisée et formalisée. Elle est réalisée par une équipe qualifiée multidisciplinaire, commune aux unités qui offrent l'ensemble des méthodes de dialyse.

La diversification des prises en charge est assurée par le développement des nouvelles modalités (unité de dialyse médicalisée et autodialyse assistée), ainsi que par celui de la dialyse péritonéale. L'objectif régional est que 15 % des malades soient traités par dialyse péritonéale à l'échéance du schéma, avec en parallèle une réduction de la part des patients pris en charge en centre d'hémodialyse. De nouvelles équipes se sont engagées à proposer la dialyse péritonéale. Une augmentation rapide de l'activité de l'unité (avec un minimum de 15 patients à prendre en charge), la collaboration avec les

équipes existantes et expérimentées et la formation du personnel médical et paramédical, sont les conditions de réussite du développement de la dialyse péritonéale.

Les centres d'hémodialyse doivent disposer de postes dédiés pour assurer le repli des patients traités hors centre.

Les unités de dialyse médicalisée sont adossées préférentiellement aux centres pour permettre une mutualisation des équipes, du fait de la réduction dans les prochaines années du nombre de néphrologues.

La prise en charge des malades présents temporairement en Ile-de-France doit être organisée à partir de deux structures, en collaboration étroite avec les associations d'usagers.

Le maillage en réseau favorisera l'information du patient et son accès aux différentes modalités. Il permettra également le développement de la prévention.

Une évaluation, fondée d'une part sur les éléments d'activité de l'année 2007 transmis par les établissements au réseau REIN Ile-de-France, d'autre part sur la mise en œuvre des nouvelles modalités de dialyse, et prenant en compte le choix des patients, permettra une révision des objectifs quantifiés prévisionnels fixés dans le volet IRC du SROS et dans les contrats d'objectifs et de moyens (ou à défaut dans les autorisations attribuées en octobre 2005).

4.5.8. Développer l'offre d'éducation thérapeutique pour les enfants et adultes atteints de maladies chroniques

En février 2005, l'ARHIF a interrogé 233 établissements de santé au sujet de leur offre d'éducation thérapeutique. Parmi les 112 établissements qui ont répondu, 60 déclarent mener au moins une activité de ce type. Au total, 75 % des établissements enquêtés ne réalisent pas d'activités éducatives structurées ou celles-ci ne sont pas valorisées par la direction.

Les activités d'éducation thérapeutique sont essentiellement portées par quelques professionnels motivés et sont souvent mal reconnues sur le plan institutionnel. Elles sont donc fragiles, soumises aux aléas de la disponibilité des ressources humaines, peu affichées et peu évaluées.

Pourtant, les bénéfices de ces activités éducatives sont multiples. Ils sont directs en terme de santé ou indirects : économiques et organisationnels.

Ce sont par exemple :

- l'amélioration de la sécurité des prises en charge (réduction des accidents iatrogènes) ;
- la diminution de la mortalité évitable (asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive) et de la morbidité (diabète) ;
- l'amélioration de la qualité de vie des malades et de leur entourage ;

- la réduction des hospitalisations ;
- les recours plus faciles aux alternatives à l'hospitalisation complète ;
- l'amélioration de la fluidité des filières de soins ;
- la réduction de l'absentéisme scolaire ou professionnel.

L'éducation thérapeutique doit permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Elle concerne surtout les personnes atteintes de maladies chroniques et leur entourage mais aussi des personnes atteintes d'une affection de courte durée (diabète gestationnel, traitement anticoagulant passager). Elle peut être organisée en individuel ou en groupe. C'est un processus continu qui comprend l'éducation initiale, le suivi éducatif et les reprises éducatives.

La compétence des professionnels de santé impliqués dans l'éducation thérapeutique est acquise par une formation spécifique et une formation continue.

Elle doit être intégrée aux autres soins (spécifiques ou de support) et adaptée à la personne (âge, langue, connaissances antérieures, besoins). Elle est réalisée par des professionnels de santé formés à cet effet. Le diagnostic éducatif, le contrat d'éducation et les effets du processus d'apprentissage doivent être consignés dans le dossier du patient.

Les activités d'éducation thérapeutique devront être inscrites à tous les niveaux de l'organisation interne de l'établissement de santé, être intégrées dans le système d'information et bénéficier d'un financement pérenne.

Chez l'enfant et l'adolescent, ces activités éducatives sont d'autant plus importantes qu'elles conditionnent de surcroît le devenir affectif et social (autonomie, orientation scolaire et professionnelle).

Tout service de pédiatrie qui soigne des enfants et adolescents atteints de maladies chroniques doit pouvoir assurer l'éducation thérapeutique, au moins initiale (ex. diabète, asthme, drépanocytose, mucoviscidose, etc.). Le personnel comprend au moins un pédiatre formé à l'ETP et un paramédical (un infirmier ou puériculteur au moins).

L'éducation thérapeutique en hospitalisation et en ambulatoire requiert un dégagement du personnel dédié pour cette activité dans les services de pédiatrie.

Les services de pédiatrie qui ont développé des compétences et une organisation dans une spécialité pédiatrique qui requiert de l'éducation thérapeutique, doivent avoir une équipe multidisciplinaire (pédiatre, infirmière ou puériculture, diététicienne ou kiné selon la pathologie concernée) formée aux pathologies concernées, des locaux et des programmes d'éducation adaptés.

Les services spécialisés de référence sont le recours pour des situations médicales nécessitant une éducation thérapeutique très spécifique (traitements innovants, maladies du très jeune enfant par exemple), requérant du personnel médical et paramédical formé et dédié pour mener ces activités.

4.5.9. La prise en charge de la douleur

L'effort de formation devra être poursuivi jusqu'à ce que l'utilisation systématique des outils d'évaluation de la douleur soit effective dans tous les services. L'identification des douleurs susceptibles de devenir chroniques sera ainsi plus précoce et la programmation de leur suivi mieux organisée.

Une équipe référente sera constituée dans tous les territoires qui n'en disposent pas encore. En plus des interventions réalisées dans son établissement, elle apportera un soutien technique aux autres établissements sanitaires et médico-sociaux du territoire qui pourront solliciter sa participation par convention.

Les personnes les plus vulnérables, comme les enfants et les personnes âgées, devraient être les premières à bénéficier de cette attention spécifique à leur souffrance.

Le recours aux consultations pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique rebelle pourrait être optimisé par la mise en place de procédures d'accueil (bilan réalisé par le médecin traitant, questionnaire...) et par la formation et l'information des médecins prescripteurs. Ces structures devront être individualisées et répondre au cahier des charges régional qui sera élaboré sur la base des circulaires ministérielles en vigueur.

4.6. La modernisation des plateaux techniques

Sont présentées dans ce chapitre les orientations relatives à l'imagerie diagnostique et thérapeutique ainsi qu'aux activités de procréation médicale assistée et de diagnostic anténatal où les ressources biologiques sont fondamentales.

4.6.1. L'imagerie

Les objectifs principaux du schéma régional d'imagerie sont de :

- dispenser aux patients des prestations d'imagerie conformes à l'état de l'art médical en minimisant leur exposition aux radiations ionisantes et en leur assurant l'accès aux techniques d'imagerie dans des délais compatibles avec les bonnes pratiques médicales ;
- permettre l'accès des radiologues aux différentes techniques d'imagerie en particulier l'imagerie en coupe ;
- favoriser une évolution et une évaluation des pratiques médicales garantissant leur conformité aux référentiels médicaux, qu'il s'agisse des indications ou des délais de prise en charge.

Ces objectifs déterminent plusieurs lignes de conduite, à savoir :

- un renforcement des équipements disponibles (imagerie en coupe et appareils de médecine nucléaire) ;
- des critères destinés à sélectionner les lieux et conditions d'installation des équipements nouveaux en cherchant la meilleure couverture géographique possible et le meilleur service aux malades ;
- la mise en œuvre de collaborations chaque fois que nécessaire entre établissements, entre ces derniers et le monde libéral, voire entre partenaires libéraux ;
- des mesures garantissant la disponibilité d'effectifs médicaux et non médicaux nécessaires au fonctionnement optimal de ces équipements au moment de la mise en application de l'autorisation définitive ;
- la diffusion des outils modernes d'échange d'informations et d'images par le développement des réseaux d'image, l'accès partagé aux dossiers et le développement de la télé-imagerie dans l'intérêt du patient en conformité avec les recommandations nationales.

Le nombre d'appareils à installer au cours des cinq prochaines années

Le tableau ci-dessous décrit les propositions formulées, les propositions détaillées par territoire figurant dans l'annexe, étant précisé que ces objectifs peuvent faire l'objet d'une révision en cours de SROS en fonction des besoins observés.

	Cible 2010*	Situation actuelle*	Ecart*
Scanographes	201	171	30
IRM	146	114	32
Gamma caméras	97	87	10
TEP	25	18	7

* en nombre d'appareils

Le rythme de délivrance des autorisations

Le renforcement du parc rendu possible par le choix des cibles proposées doit normalement s'étaler sur les cinq ans à venir. Il ne saurait être que progressif (l'agence arrêtera annuellement le nombre d'appareils qu'elle se propose d'autoriser). Au cours de chacune des trois premières années de l'exécution du schéma, il ne pourra être délivré un nombre d'autorisations supérieur au tiers des autorisations disponibles.

Les conditions d'attribution des nouveaux équipements

Seront pris en compte les critères suivants :

- le renforcement des zones géographiques les moins dotées ;
- la qualité du projet médical reste un élément de choix entre les différents dossiers et sera fondée sur les éléments suivants : collaborations entre les établissements de santé publics et privés et le secteur libéral ; nature, composition, statut juridique et stabilité de l'équipe (comprenant de huit à dix radiologues) ; possibilité pour les patients d'accéder aux équipements dans le cadre du secteur 1 ; participation effective à la permanence des soins ; mise en place d'une évaluation ; réorganisation des cabinets libéraux et respect des dispositions de l'article L 6122-3 du Code de la santé publique.

S'agissant de la médecine nucléaire, la garantie de la présence du ou des médecins impliqués dans la demande lors de la mise en service de l'équipement sera prise en compte pour l'attribution. Pour une demande de TEP, il conviendra de prévoir l'association dans un partenariat formalisé, dès le dépôt du dossier, des autres médecins nucléaristes de la zone sanitaire.

Pour les établissements ou structures souhaitant un deuxième (et, à plus forte raison, un troisième) appareil, une proposition précise fondée sur une démarche explicite et évaluable (choix d'un équipement dédié, action de prévention ou de dépistage, contribution au développement d'une nouvelle technique, participation à la permanence des soins, partenariat) sera une condition d'attribution de l'équipement. Là où la permanence des soins ne s'effectue pas dans des conditions satisfaisantes, les autorisations d'équipement pourront être conditionnées à la mise en œuvre d'un projet d'amélioration.

Les particularités pour la médecine nucléaire

La priorité ira à la création limitée de centres nouveaux dans les zones totalement dépourvues, puis au renforcement des centres existants. Pour des conditions correctes de fonctionnement, chaque centre devrait disposer, au moins, de deux gamma caméras. S'agissant des TEP, les attributions devraient, en priorité, concerner les zones peu ou pas pourvues et être attribuées aux établissements exerçant une activité de médecine nucléaire et une activité cancérologique de référence.

La diversification du parc

L'attribution des autorisations en résonance magnétique nucléaire a, essentiellement, concerné jusque là les appareils de 1,5 tesla qui permettent la réalisation de l'ensemble des examens à visée anatomique.

L'apport avéré du très haut champ (3 tesla) dans les techniques avancées (IRM fonctionnelle, spectroscopie, imagerie de diffusion et de perfusion, imagerie du tenseur de diffusion, imagerie moléculaire, imagerie corps entier et cancérologie) doit être pris en considération et pourra donner lieu à autorisation d'un appareil 3 tesla dans le cadre d'un projet spécifique explicite (recherche, enseignement, coopération) soumis à évaluation.

Par ailleurs, le développement des appareils bas champ (inférieurs à 0,5 tesla) et des appareils dits dédiés pourra conduire à l'attribution d'un certain nombre d'autorisations comme premier ou deuxième appareil.

4.6.2. La radiothérapie

La modernisation du parc portera sur le renouvellement des équipements avec en particulier la mise hors de fonctionnement des bombes au cobalt. Le nombre d'appareils est laissé à la libre initiative des établissements et ne figure donc pas dans les objectifs quantifiés. Tous les départements franciliens comptant au minimum deux installations de radiothérapie et vu les évolutions de la démographie des professionnels, il n'est pas prévu de modifier le nombre de centres. Toutefois, des changements de localisation ne modifiant pas le nombre total de centres peuvent être envisagés dans le territoire ou dans un territoire limitrophe, à condition dans l'hypothèse d'un déplacement dans un territoire limitrophe, qu'il n'existe pas d'autre installation. Les centres de radiothérapie devront respecter les dispositions du décret relatif au traitement du cancer.

4.6.3. L'assistance médicale à la procréation

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bio-éthique ont modifié le régime des autorisations d'activité d'assistance médicale à la procréation et des agréments des praticiens cliniciens et biologistes.

L'agence de la biomédecine est compétente pour l'agrément des praticiens (durée de 5 ans) et les agences régionales de l'hospitalisation autorisent, pour une durée de 5 ans, les activités dans les établissements de santé et les laboratoires d'analyse médicale après avis de l'Agence de la biomédecine.

La nouvelle législation prévoit une réunion des autorisations cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation.

4.6.3.1. Les activités concernées par les autorisations

L'article R. 152-961 du code de santé publique précise les actes cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation doivent être effectués sous la responsabilité de praticiens agréés :

Les activités cliniques :

- recueil par ponction d'ovocytes ;
- recueil par ponction de spermatozoïdes ;
- transfert d'embryons en vue de leur implantation.

Les activités biologiques :

- recueil du sperme en vue d'AMP ;
- traitement des ovocytes ;
- fécondation in vitro sans manipulation ;
- fécondation in vitro avec manipulation (ICSI, Intracytoplasmic Sperm Injection) ;
- conservation des gamètes ;
- conservation des embryons en vue de transfert.

Le décret n°99-925 du 2 novembre 1999 définit les conditions d'autorisation de conservation des embryons pour accueil. Les décrets d'application de la loi de bioéthique, en projet, devraient préciser les conditions d'agrément et d'autorisation selon le modèle suivant :

Les activités cliniques :

- recueil par ponction d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation intra conjugale ;
- recueil par ponction de spermatozoïdes ;
- transfert d'embryons pour implantation ;
- recueil par ponction d'ovocytes en vue de don ;
- mise en œuvre de la procédure d'accueil d'embryons ;

La pratique de l'acte clinique de l'insémination artificielle (I.A.) n'est pas soumise à autorisation.

Les activités biologiques :

- recueil et traitement du sperme en vue d'une insémination artificielle intra conjugale (I.A.C) ;
- activités relatives à la fécondation in vitro sans micromanipulation : recueil, traitement, conservation du sperme, traitement des ovocytes et fécondation in vitro sans micro manipulation ;
- activités relatives à la fécondation in vitro avec micro-manipulations : recueil, traitement, conservation du sperme, traitement des ovocytes et FIV avec micromanipulation ;
- recueil, traitement, conservation, cession du sperme en vue de don ;
- traitement, conservation, cession d'ovocytes en vue de don ;
- conservation à usage *auto logue* des gamètes et tissus germinaux ;
- conservation des embryons non destinés à l'accueil ;
- conservation des embryons en vue de l'accueil et mise en œuvre de la procédure d'accueil.

4.6.3.2. La couverture des besoins proposée

La prise en charge est actuellement assurée comme suit :

- recueil et traitement de sperme de conjoint : 38 sites ;
- fécondation in vitro (ponction d'ovocytes et transfert d'embryons en intra conjugal, conservation de gamètes et d'embryons pour couples) : 23 sites (23 sites cliniques et 20 sites biologiques) ;
- recueil par ponction de spermatozoïdes : 17 sites ;
- ponction pour don d'ovocyte : 8 sites ;
- accueil d'embryons : 5 sites ;
- dons de gamètes : 3 sites.

Même si l'offre de soins est inégalement répartie sur l'Île-de-France, elle ne justifie que des adaptations mineures : la localisation d'éventuels nouveaux sites devra être étudiée en fonction des besoins locaux, en privilégiant l'accessibilité géographique.

Plusieurs activités justifieraient des renforcements de moyens (les centres de prise en charge des patients à risque viral, ceux confrontés aux pathologies lourdes, en plus des pathologies virales : mucoviscidose, pathologie médullaire, patientes dont les mères ont reçu du distilbéne, centres autorisés pour le don d'ovocytes...).

Les recommandations générales

L'accompagnement psychologique par l'intervention d'un psychologue appartenant à l'équipe clinico-biologique est jugé indispensable.

Pour les inséminations avec sperme de donneur, les liens entre les cliniciens et les CECOS doivent être formalisés.

De même, la collaboration entre les centres d'assistance médicale à la procréation polyvalents cliniques et biologiques et les cliniciens et biologistes intervenant hors centre dans le cadre de l'IAC doit être renforcée.

La notion de réseau qui est spécifique au domaine est traitée dans un chapitre distinct.

Les recommandations par type d'activité

- insémination artificielle en intra conjugal :
 - L'information et la formation des gynécologues à partir d'une fiche régionale commune pour les inséminations artificielles en intra conjugal permettraient une exploitation exhaustive.

- fécondation in vitro :
 - aucune autorisation de fécondation in vitro ne devrait être délivrée isolée, sans autorisation d'ICSI ;
 - un seuil minimum de 200 ponctions lors des demandes d'autorisation d'activité est retenu ;
 - un centre présentant un taux de grossesse annuel par cycle inférieur au 20^{ième} percentile par rapport à la moyenne nationale doit faire la preuve de l'évaluation de ses pratiques cliniques et biologiques et des moyens mis en œuvre pour y remédier ;
 - un centre qui présente un taux de grossesses multiples annuel supérieur au 80^{ième} percentile par rapport à la moyenne nationale doit faire la preuve de ses pratiques cliniques et biologiques et des moyens mis en œuvre pour y remédier.

- dons d'ovocytes :
 - le nombre de sites prenant en charge cette activité pourrait être réduit ;
 - l'accès à une consultation de génétique est à organiser.

- Centre d'Etude et Conservation des Oeufs et du Sperme humains :
 - L'intégration des CECOS à un laboratoire de biologie de la reproduction, lui-même faisant partie d'un centre d'AMP, éventuellement en lien avec une unité de recherche, est indispensable.

4.6.4. Le diagnostic prénatal

4.6.4.1. Les activités concernées par les autorisations

L'article R.162-16-1 du CSP définit les 7 activités du diagnostic prénatal. Le nombre de sites franciliens est indiqué pour chacune d'entre elles :

- analyses de cytogénétique, incluant la cytogénétique moléculaire sur cellules embryonnaires ou fœtales, y compris celles circulant dans le sang maternel : 16 sites ;
- analyses de génétique moléculaire en vue du diagnostic de maladies génétiques : 15 sites ;
- analyses de biologie embryonnaire et fœtale, y compris celles de biologie moléculaire, en vue du diagnostic de maladies infectieuses : 8 sites ;
- analyses de biochimie sur l'embryon et le fœtus : 11 sites ;
- analyses d'hématologie sur l'embryon et le fœtus : 1 site ;
- analyses d'immunologie sur l'embryon et le fœtus : 1 site ;
- analyses de biochimie portant sur les marqueurs sériques d'origine embryonnaire ou fœtale dans le sang maternel : 14 sites.

Pour l'ensemble des activités de diagnostic prénatal, 27 laboratoires sont répertoriés en Ile-de-France.

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et la loi n° 2004 – 800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique ont modifié le régime des autorisations d'activité d'aide médicale à la procréation et de diagnostic prénatal et des agréments des praticiens cliniciens et biologistes. L'agence de la biomédecine est compétente pour l'agrément des praticiens (durée de 5 ans) et les agences régionales de l'hospitalisation autorisent les activités dans les établissements de santé et les laboratoires d'analyse médicale après avis de l'Agence de biomédecine.

Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal

Il existe en Ile-de-France 10 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (C.P.D.P.N.).

4.6.4.2. La couverture des besoins proposée

La qualité du diagnostic prénatal en Ile-de-France conduit à proposer une organisation territoriale régionale de l'offre de soins en diagnostic prénatal sans modification du nombre des structures. L'organisation en réseau est traitée dans un chapitre distinct.

5. La mise en œuvre du schéma

La mise en œuvre du schéma sera graduelle et interviendra dans un cadre juridique nouveau avec :

- une contractualisation ;
- un échancier progressif ;
- un développement de systèmes d'information ;
- une formalisation de projets médicaux de territoire ;
- un accompagnement financier ;
- des dispositifs d'évaluation.

5.1. La contractualisation

C'est dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (COM) ou d'un avenant au contrat existant, passé entre l'agence régionale de l'hospitalisation et chaque structure de soins dans les trois mois suivant sa délivrance, que l'autorisation d'activité de soins ou d'équipement matériel lourd va être inscrite et exprimée en objectifs quantifiés.

Le contrat d'objectifs et de moyens, conclu pour une durée de cinq ans, décline les objectifs de l'annexe. Il va aussi définir les conditions de mise en œuvre des objectifs de l'autorisation à travers, notamment, un phasage dans le temps (lorsque les objectifs quantifiés n'auront pas pu être précisés dans le contrat d'objectifs et de moyens dans le délai de trois mois suivant notification, ils le seront dans le cadre de l'autorisation accordée).

Le suivi des contrats et de la mise en œuvre de leurs engagements par les établissements de santé permettra à l'agence d'appliquer des mesures incitatives ou rectificatives nécessaires au respect des objectifs quantifiés.

Lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation constatera que les objectifs quantifiés fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (ou à défaut, dans l'autorisation) sont insuffisamment atteints en fonction de critères définis par décret, l'autorisation accordée pourra être révisée.

Par ailleurs, dès la publication du SROS III, des mesures spécifiques permettent d'assurer, pour les autorisations en cours de validité, la transition entre le régime des autorisations applicable antérieurement à cette publication et le nouveau régime, en particulier pour ce qui concerne les aspects contractuels.

Contractualisation et autorisations en cours de validité avant le 31 mars 2006

En application du processus dit de « transmutation », les établissements titulaires d'une autorisation d'installation dans laquelle ils exercent une activité de soins à la date d'entrée en vigueur du SROS, sont réputés titulaires de l'autorisation correspondante jusqu'à la date d'expiration de la validité de leur autorisation d'installation (voir encadré ci-dessous relatif au basculement dans le nouveau régime). Leur durée reste, sauf exception, celle de la décision créatrice de droits en cours, soit 10, 7 ou 5 ans.

La quantification de ces autorisations existantes en objectifs va devoir être fixée dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens au plus tard le 31 mars 2007. Ces contrats d'objectifs et de moyens devront donc être signés avec tous les établissements de santé pendant cette période de douze mois après la publication du schéma régional d'organisation sanitaire.

Pendant cette période, la référence aux capacités autorisées est maintenue : jusqu'à la conclusion du contrat d'objectifs et de moyens ou de l'avenant, les titulaires d'autorisation demeurent tenus au respect de la capacité des installations autorisées.

Le basculement dans le nouveau régime

Les autorisations accordées antérieurement à la publication du schéma pour des « installations » (lits, places, appareils) qui servent à l'exercice de ce qui est désormais une activité de soins sont réputées autorisations pour cette activité pour leur durée en cours.

Par exemple, une autorisation pour des lits de médecine (durée 10 ans) renouvelée le 2 janvier 2002, vaudra autorisation d'activité de soins de médecine et sera valide jusqu'au 2 janvier 2012.

Les autorisations antérieurement accordées pour des activités de soins qui existaient comme telles avant la nouvelle liste des matières soumises à autorisation ne changent pas de nature : transplantation d'organes et greffes de moelle osseuse, traitement des grands brûlés, etc.

Celles accordées pour des activités de soins qui ne figurent plus dans la liste n'ont plus d'objet après la date de publication du SROS III. Mais les soins en cause peuvent être compris dans une autre activité de soins.

Par exemple, « l'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées » s'intégrera à l'activité de soins de « Traitement du cancer », quand cette dernière sera définie par décret.

Enfin, les autorisations accordées pour des équipements lourds qui demeurent soumis à autorisation dans la nouvelle liste ne changent pas de nature.

Contractualisation et autorisation d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds intervenant postérieurement à la publication du SROS III

La délivrance des autorisations d'activités de soins et équipements lourds « nouveau régime », dont la durée de validité sera homogène (5 ans) quelle que soit la matière concernée, va intervenir après la publication du SROS III. Dans les 3 mois suivant la décision de la commission exécutive, un échange entre l'agence et la structure de soins concernée va permettre d'aboutir, dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens ou le cas échéant par avenant au contrat d'objectifs et de moyens, à la détermination concrète des objectifs quantifiés correspondant à cette autorisation, en référence à l'annexe du SROS.

5.2. Les objectifs quantifiés en volume

Selon les dispositions réglementaires, « les objectifs sont quantifiés soit par un minimum et un maximum, soit par une progression ou une diminution au décours de la période d'exécution du schéma, éventuellement assortis d'échéances sur tout ou partie de cette période. »

Les propositions retracées dans l'annexe pour l'Ile-de-France diffèrent selon les domaines :

- pour les activités de médecine et de chirurgie il faut respecter la dynamique des nouvelles règles de financement qui doivent inciter les établissements à concilier performance médicale et performance économique. Il faut aussi tenir compte de la couverture des besoins à assurer au sein de chaque bassin ;
- pour la psychiatrie, les modalités techniques sont plus complexes du fait de la coexistence des secteurs (adultes et infanto-juvéniles) et des bassins, et des modalités beaucoup plus différenciées de prise en charge ;
- pour les soins de suite et de réadaptation, les cibles doivent intégrer l'offre actuelle, celle qui a été autorisée mais qui n'est pas installée et les renforts envisagés.

Ces objectifs sont susceptibles de révision durant le schéma : pour assurer une transition harmonieuse, une évaluation sera réalisée au terme de l'année 2007 pouvant conduire à les modifier.

Par ailleurs, les objectifs quantifiés fixés dans le contrat ou l'annexe au contrat sont également susceptibles d'évoluer. Cette évolution, qui donnera lieu à l'élaboration d'un avenant au contrat, pourra être demandée soit par l'agence, soit par le titulaire d'autorisation.

Les circonstances et la procédure permettant ce type d'évolution restent à préciser par un décret à venir. Il s'agira en tout état de cause d'un changement substantiel qui pourra être identifié, tel que, par exemple :

- un regroupement d'établissements,
- une fusion d'établissements relevant de territoires différents,
- la difficulté, pour un établissement, à atteindre ses objectifs,
- etc...

En tout état de cause, la négociation du contrat prendra en compte l'activité de l'année 2005.

Avant cette négociation, chaque établissement aura connaissance des propositions d'objectifs quantifiés en volume des autres établissements du territoire.

5.2.1. En médecine et chirurgie

La répartition des activités entre médecine et chirurgie est fixée par l'arrêté du 8 juin 2005. Les perspectives d'évolution d'activité retenues pour chaque bassin sont situées dans une fourchette de + ou - 10 % par rapport au constat de 2004.

Bassin	Médecine 2004	borne inférieure	borne supérieure	Chirurgie 2004	borne inférieure	borne supérieure
751 - Paris Nord	144 494	130 000	159 000	73 054	66 000	80 000
752 - Paris Est	167 311	150 000	184 000	81 180	73 000	89 000
753 - Paris Ouest	262 440	236 000	289 000	147 631	134 000	162 000
771 - Seine-et-Marne Nord	63 326	57 000	70 000	40 023	36 000	44 000
772 - Seine-et-Marne Sud	67 073	60 300	74 000	34 602	31 000	38 000
781 - Versailles - Rambouillet	64 258	58 000	71 000	37 372	34 000	41 000
782 - Poissy - Saint-Germain	59 819	53 800	65 800	37 047	33 000	41 000
783 - Mantes-la-Jolie	21 179	19 000	23 000	12 054	11 000	13 000
911 - Yerres - Villeneuve-Saint-Georges	53 443	48 000	58 800	20 401	18 300	22 400
912 - Longjumeau - Orsay	53 567	48 000	59 000	24 032	21 600	26 400
913 - Evry - Etampes	68 869	62 000	75 700	31 052	28 000	34 000
921 - Hauts-de-Seine Sud	56 642	51 000	62 300	31 921	28 700	35 000
922 - Hauts-de-Seine Centre	79 638	71 600	87 600	32 563	28 700	35 000
923 - Hauts-de-Seine Nord	77 765	70 000	85 500	50 190	45 000	55 000
931 - Montreuil - Vincennes	27 068	24 300	30 000	19 364	17 500	21 300
932 - Saint-Denis - Bobigny	71 839	64 600	79 000	32 299	29 000	35 500
933 - Aulnay - Montfermeil	73 155	66 000	80 700	35 659	32 000	39 000
941 - Créteil	98 406	88 500	108 200	51 185	46 000	56 300
942 - Ivry - Villejuif	81 204	73 000	89 300	25 576	23 000	28 000
951 - Argenteuil - Eaubonne	64 753	58 300	71 300	36 570	32 900	40 200
952 - Gonesse	30 683	27 600	33 700	12 160	11 000	13 400
953 - Pontoise	43 088	38 800	47 400	23 037	20 700	25 400
Total	1 730 020	1 555 800	1 904 300	888 972	800 400	974 900

5.2.2. En soins de suite et réadaptation fonctionnelle

L'élaboration des objectifs quantifiés a tenu compte des facteurs suivants spécifiques de l'équipement régional :

- développement important de l'offre ces trois dernières années ;
- nombreuses capacités autorisées non installées ;
- persistance d'un déséquilibre centre-périphérie.

Une évaluation théorique des besoins a été réalisée sur la base d'un modèle appliqué à la projection démographique 2010 (les taux d'hospitalisation, taux de transfert en soins de suite et réadaptation et les durées moyennes de séjour appliquées sont supérieurs à la tendance des valeurs observées). Les bornes basses et hautes ont été obtenues en appliquant des durées moyennes de séjour différentes en fonction de l'âge de la population. Parallèlement, une estimation de la production hospitalière attendue, en fonction des capacités installées en 2004 (en appliquant un taux d'occupation de 85 %) ainsi qu'une estimation de la production attendue en 2008 si toutes les capacités autorisées étaient installées, a été calculée.

a) En hospitalisation complète

En soins de suite

La comparaison pour chaque territoire des besoins théoriques et de la production attendue 2008 permet d'identifier trois types de territoires :

- les territoires encore déficitaires : 75-1, 75-2, 77-1, 94-1 ; 92-1,92-2, 92,3 ;
- les territoires équilibrés : 75-3, 78-1, 78-2, 78-3, 91-3, 92-1,92-2, 92,3, 93-1, 93-2, 93-3, 94-2, 95, 95-1, 95-2 ; 95,3 ;
- les territoires d'accueil : 77-2, 91-1, 91-2.

Permettre aux territoires déficitaires de répondre aux besoins identifiés au niveau de la borne basse, indique le nombre de journées à produire en plus pour chacun d'eux ; nombre qui a été majoré de 20 % pour encourager le rééquilibrage en faveur de ces territoires.

Du fait de la montée en charge de l'équipement dans ces territoires, une réduction des flux dans les territoires d'accueil est attendue. Cette réduction s'exprime au niveau de la borne haute de ces territoires (5 % de réduction de l'attractivité ont été retenus).

La borne basse retenue correspond à la valeur inférieure des besoins théoriques minorés de 20 % (correspondant au flux sortant résiduel estimé à partir de ce qui est observé sur les territoires couvrant correctement leurs besoins). Les 20 % retirés sur chaque territoire ont été réinjectés dans les bornes inférieures des territoires d'accueil présentant une forte attractivité.

Par ailleurs les objectifs quantifiés ont été modulés pour une plus grande souplesse dans la réponse aux besoins. Ainsi pour les territoires considérés comme équilibrés ou d'accueil un volume d'activité de 177 000 journées a été retenu et réparti comme suit :

- 18 000 journées pour les territoires 78-3 et 95- 2 ;
- 9400 journées pour les autres territoires.

Ce volume permettra d'autoriser les activités liées à :

- des prises en charge spécifiques (soins de suite périnataux, alcoologie par exemple) ;
- des réponses aux besoins des territoires limitrophes sous équipés ;
- des projets de regroupement, fusion, transfert d'activité, opportuns ;
- la mise en place de filières spécifiques ou de proximité.

Pour la réadaptation fonctionnelle

L'évaluation des besoins théoriques ainsi que l'estimation du nombre de journées produites ont été réalisées selon les mêmes modèles que pour les soins de suite. Ces objectifs sont appréhendés par département. Seul Paris apparaît déficitaire et devra être renforcé à hauteur de la valeur minimale de ses besoins majorés de 10% pour encourager le rééquilibrage en sa faveur. Les départements de l'Essonne, des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne et du Val d'Oise répondent aux besoins de proximité. Deux départements sont attractifs, la Seine-et-Marne et les Yvelines. Une diminution de 5% des flux est retenue dans le calcul de leur borne supérieure.

La borne basse est calculée selon les mêmes modalités que pour les soins de suite et réadaptation.

b) En hospitalisation de jour

En soins de suite : la proportion de places autorisées en hospitalisation de jour par rapport à la capacité autorisée en hospitalisation complète est de 0.9 % en moyenne sur la région.

La borne basse est obtenue en appliquant 0.5% à la borne inférieure de l'hospitalisation complète et la borne supérieure est obtenue en appliquant 2% à la borne supérieure de l'hospitalisation complète pour chacun des territoires.

En réadaptation fonctionnelle : la proportion de places autorisées en hospitalisation de jour par rapport à la capacité autorisée en hospitalisation complète est de 25% en moyenne sur la région.

Les objectifs sont définis par département. Pour les départements qui se situent en dessous l'objectif est d'atteindre ces 25% qui sont appliqués à la borne inférieure et supérieure du nombre de journées d'hospitalisation complète. Pour les départements qui se situent au dessus de ces 25% on retient une progression de 10% en plus au niveau de la borne haute.

c) La mise en œuvre de ces objectifs

Divers facteurs sont susceptibles de modifier de façon sensible ces données sur une période de 5 ans :

- la réduction de la durée moyenne de séjour qu'il faut encourager (création de structures médico-sociales et développement du maintien à domicile) ;
- une réduction plus élevée que 5 % des flux vers les territoires d'accueil ;
- l'augmentation des taux de transfert du court séjour en soins de suite et réadaptation consécutive à l'effet de l'application de la T2A peut être observée.

Ces différents facteurs conduisent à la modération et à la nécessité d'une réévaluation à mi-parcours du SROS afin de réajuster la borne haute en fonction des évolutions constatées. En tout état de cause les autorisations nouvelles ou les extensions ne seront délivrées que de manière progressive.

Objectifs quantifiés en soins de suite

territoire	Hospitalisation complète (en journées)			Hospitalisation de jour (en venues)		
	Nombre de journées estimées en 2004	Objectifs quantifiés borne inférieure	Objectifs quantifiés borne supérieure	Nombre de venues estimées en 2004	Objectifs quantifiés borne inférieure	Objectifs quantifiés borne supérieure
751 - Paris Nord	104 865	142 800	192 000	0	720	3 800
752 - Paris Est	106 416	136 500	185 000	0	680	3 700
753 - Paris Ouest	204 455	180 200	250 000	3 380	900	5 000
Total 75	415 736	459 500	627 000	3 380	2 300	12 500
771 - Seine-et-Marne Nord	86 250	123 000	174 600	780	600	3 500
772 - Seine-et-Marne Sud	260 610	212 000	279 400	0	1 000	5 600
Total 77	346 860	335 000	454 000	780	1 600	9 100
781 - Versailles - Rambouillet	236 100	200 900	264 300	3 120	1 000	5 300
782 - Poissy - Saint-Germain	201 973	120 600	226 400	0	600	4 500
783 - Mantes-la-Jolie	51 502	33 800	64 600	0	170	1 300
Total 78	489 575	355 300	555 300	3 120	1 770	11 100
911 - Yerres - Villeneuve-Saint-Georges	300 943	194 900	322 300	1 300	970	6 400
912 - Longjumeau - Orsay	181 807	103 500	227 300	3 120	520	4 500
913 - Evry - Etampes	167 225	93 300	180 600	0	470	3 600
Total 91	649 975	391 700	730 200	4 420	1 960	14 500
921 - Hauts-de-Seine Sud	158 238	109 500	200 000	0	550	4 000
922 - Hauts-de-Seine Centre	71 668	83 000	171 400	0	400	3 400
923 - Hauts-de-Seine Nord	93 696	121 500	194 400	2 860	600	3 900
Total 92	323 602	314 000	565 800	2 860	1 550	11 300
931 - Montreuil - Vincennes	49 640	73 700	131 400	0	370	2 600
932 - Saint-Denis - Bobigny	91 214	97 500	188 400	0	490	3 700
933 - Aulnay - Montfermeil	233 618	203 700	262 800	0	1 000	3 400
Total 93	374 472	374 900	592 000	0	1 860	9 700
941 - Créteil	116 344	137 200	187 800	2 600	700	3 800
942 - Ivry - Villejuif	231 136	171 500	239 400	0	860	4 800
*Total 94	347 480	308 700	427 200	2 600	1 560	8 600
951 - Argenteuil - Eaubonne	202 283	107 900	213 700	2 600	550	4 300
952 - Gonesse	44 986	48 000	84 000	0	240	1 700
953 - Pontoise	202 593	148 900	226 400	780	750	4 500
Total 95	449 862	304 800	524 100	3 380	1 540	10 500
Total	3 397 562	2 843 900	4 475 600	20 540	14 140	87 300

* doit être intégré dans ce total. 80 000 journées produites par des établissements situés dans le territoire 91.1 mais faisant partie du département du Val-de-Marne.

Objectifs quantifiés en rééducation

TERRITOIRE	Hospitalisation complète (en journées)			Hospitalisation de jour (en venues)		
	Nombre de journées estimées en 2004	Objectifs quantifiés borne inférieure	Objectifs quantifiés borne supérieure	Nombre de venues estimées en 2004	Objectifs quantifiés borne inférieure	Objectifs quantifiés borne supérieure
751 - Paris Nord	22 959			22 100		
752 - Paris Est	62 050			7 280		
753 - Paris Ouest	52 122			28 340		
Total 75	137 131	178 700	245 700	57 720	44 700	67 600
771 - Seine-et-Marne Nord	79 114			10 140		
772 - Seine-et-Marne Sud	155 435			11 180		
Total 77	234 549	199 200	221 400	21 320	49 800	55 400
781 - Versailles - Rambouillet	31 956			6 760		
782 - Poissy - Saint-Germain	126 272			7 280		
783 - Mantes-la-Jolie	63 601			0		
Total 78	221 829	191 300	219 900	14 040	47 800	54 000
911 - Yerres - Villeneuve-Saint-Georges	66 704			17 160		
912 - Longjumeau - Orsay	78 804			11 700		
913 - Evry - Etampes	26 682			3 900		
Total 91	172 190	148 900	187 700	32 760	37 800	46 000
921 - Hauts-de-Seine Sud	53 053			5 720		
922 - Hauts-de-Seine Centre	58 948			17 680		
923 - Hauts-de-Seine Nord	32 887			3 900		
Total 92	144 888	132 900	180 000	27 300	33 300	49 500
931 - Montreuil - Vincennes	10 859			11 700		
932 - Saint-Denis - Bobigny	38 161			5 720		
933 - Aulnay - Montfermeil	17 064			520		
Total 93	66 084	110 700	145 300	17 940	27 700	40 000
941 - Créteil	126 892			34 580		
942 - Ivry - Villejuif	24 200			2 860		
Total 94	151 092	123 700	156 700	37 440	31 000	43 000
951 - Argenteuil - Eaubonne	107 657			11 960		
952 - Gonesse	7 446			2 600		
953 - Pontoise	69 186			3 640		
Total 95	184 289	160 300	193 000	18 200	40 000	48 100
Total	1 312 052	1 245 700	1 549 700	226 720	312 100	403 600

5.2.3. En psychiatrie

Le décret du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés prévoit que l'activité de psychiatrie (en distinguant psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile) soit exprimée par territoire de santé en :

- nombre d'implantations des équipements et services assurant une activité de psychiatrie, définis par arrêté (ceux qui relevaient de la carte sanitaire selon l'arrêté du 11 février 1991) ;
- nombre de journées d'hospitalisation complète ;
- nombre de places d'hospitalisation à temps partiel de jour ;
- nombre de places d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

La méthode retenue visant à définir des objectifs quantifiés fixés par territoire repose sur différents éléments.

La projection démographique 2010, en distinguant plus (psychiatrie générale) et moins (psychiatrie infanto-juvénile) de 19 ans sert de base aux évaluations de besoins par territoire.

Les équipements sont répartis au prorata de la population desservie par territoire, lorsque le secteur est implanté sur plusieurs territoires.

La psychiatrie étant une activité de proximité pour la grande majorité de ses équipements, et l'objectif de relocalisation des lits d'hospitalisation étant maintenu dans le SROS 3, une distinction est faite entre les implantations desservant la population du territoire situées sur le territoire (ST) et les implantations desservant la population du territoire, mais situées hors territoire (HT). Les objectifs quantifiés en volume (journées et places) reprennent l'ensemble des équipements desservant la population du territoire (situés sur ou hors territoire), les objectifs quantifiés en implantations sont des objectifs d'implantations sur le territoire.

Chaque "site" est comptabilisé comme une implantation, excepté pour l'accueil familial thérapeutique, pour lequel une implantation égale un établissement déployant cette activité.

En psychiatrie générale, les services d'accueil familial thérapeutique (AFT), les appartements thérapeutiques (AT) et les centres de post-cure (CPC) ont été regroupés en un seul objectif dénommé "alternative avec hébergement", quantifié en implantations (une implantation minimum située sur le territoire), associées à une fourchette de places indicative, sur une base pondérée par le nombre de patients au long cours en hospitalisation temps plein (résultats de l'enquête régionale déclinés par département).

Concernant les places d'hôpital de jour, dans le prolongement du SROS 2, l'objectif de maintenir et de renforcer le potentiel global installé, comme la réduction des écarts entre territoires, est maintenu.

Une fourchette globale de 37 à 41 places pour 100 000 habitants de plus de 19 ans est appliquée à la projection démographique 2010 en psychiatrie générale, pour 35 places / population 1999, installées en 2005. En psychiatrie infanto-juvénile, pour 100 000 habitants de moins de 19 ans, la fourchette est de 54 à 61 places / projection démographique 2010, pour 54 places / population 1999, installées en 2005. Une meilleure appréciation du nombre de "places" de CATTP, pour appréhender plus finement les réponses apportées par les équipements hors carte sanitaire, sera recherchée.

A l'exception des territoires soulignés comme particulièrement déficitaires, qui nécessitent de nouveaux hôpitaux de jour, les marges d'augmentation du nombre de places sont plutôt destinées à renforcer des hôpitaux de jour existants, à être mutualisées pour mieux couvrir certaines tranches d'âge ou pathologies spécifiques (petite enfance, adolescence, jeunes adultes, personnes âgées, addictions par exemple) ou encore à aménager l'entrée et la sortie d'hospitalisation temps plein, couplées à une unité d'hospitalisation complète. Le taux moyen régional de places d'hospitalisation de jour sectorisées de psychiatrie infanto-juvénile (65 %) et de psychiatrie générale (70 %) sera considéré comme un minimum par territoire pour les nouvelles autorisations.

Les hôpitaux de jour non sectorisés, qui répondent à des besoins plus spécifiques et/ou ont une zone d'attraction plus large devront néanmoins (sauf pôle régional, situation exceptionnelle) privilégier un recrutement de "relative" proximité, s'inscrire dans un projet de territoire pour organiser l'amont et l'aval de leur recrutement et garantir une continuité des soins. Si les besoins du territoire le justifient, ils pourront passer convention avec un secteur, pour mettre des places à sa disposition.

Concernant les places d'hospitalisation de nuit, l'objectif est fixé à une implantation minimum par territoire en psychiatrie générale et une implantation minimum par département en psychiatrie infanto-juvénile.

En psychiatrie générale, une diminution soutenue du nombre de journées d'hospitalisation complète est observée depuis 1997, qui se poursuit de manière plus modérée depuis 2001. La durée moyenne de séjour devrait poursuivre la baisse constatée ces dernières années, sans que le rythme puisse en être anticipé.

Les fourchettes de journées sont calculées sur la base des journées produites par territoire en 2003 appliquées à la fourchette du nombre de lits projetés en 2010 (entre 8000 et 8660, pour 7869 installés en 2005). La baisse tendancielle des journées /lit est prise en compte dans la borne basse de la fourchette (-1% par an). Aucun abattement n'est pratiqué sur la borne haute. Lorsque le titulaire d'une autorisation non installée est connu (cas le plus fréquent), c'est son ratio journées/lit qui est projeté.

En psychiatrie générale, les extensions inscrites dans les fourchettes d'activité sont limitées à certains territoires, et concerneront des établissements dont la durée moyenne de séjour ne sera pas supérieure à la moyenne régionale. La participation au projet médical de territoire des établissements non sectorisés, associatifs ou libéraux, sera recherchée, sur la base de partenariats ou de conventions qui garantissent, selon les besoins du territoire concerné, une offre de proximité répondant aux objectifs prioritaires, généralistes ou correspondant à une prise en charge spécifique, définis dans les annexes.

Le taux d'occupation des lits de psychiatrie infanto-juvénile est sensiblement inférieur à celui constaté en psychiatrie générale. Ce taux est de 60 % au niveau national, comme au niveau régional. Optimiser le fonctionnement des lits installés constitue un objectif de ce SROS, parallèlement à l'augmentation des capacités programmées.

Les fourchettes de journées sont calculées sur la base des journées produites par territoire en 2003 appliquées à la fourchette du nombre de lits projetés en 2010 (entre 553 et 687, pour 505 installées en 2005), avec un taux d'occupation minimum de 60 % pour les établissements qui ne l'atteignent pas (hors hospitalisation de semaine et lits soins-études).

Les services d'hospitalisation temps plein de psychiatrie infanto-juvénile ont une zone d'attraction qui dépasse le cadre du territoire et souvent du département, même s'ils sont sectorisés. Le respect des fourchettes d'implantations et des volumes d'activité fixés par territoire, et non à un niveau plus global, dans un souci de meilleure appréciation du maillage territorial concernant ce type d'équipement à développer, pourra néanmoins être apprécié à l'échelle d'un regroupement de territoires, pour ne pas aller à l'encontre du but recherché, qui reste, comme en psychiatrie générale, de rapprocher les lits de la population desservie.

5.2.4. En cardiologie interventionnelle

Les éléments pris en compte sont les suivants :

- le nombre des séjours avec réalisation d'un acte d'angioplastie coronarienne est en cours de stabilisation après la forte croissance observée au début du SROS II, actuellement 18 600 séjours PMSI en 2003, 18 700 séjours en 2004 ;
- le nombre de séjours pour primo-implantations de stimulateurs cardiaques est stable depuis au moins 3 ans (6 000 primo-implantations par an), mais l'élargissement des indications dans le cadre de l'insuffisance cardiaque laisse présager une augmentation ;
- le nombre de séjours pour actes d'électrophysiologie interventionnelle est en progression de plus de 10 % sur les 3 dernières années en raison du développement des techniques ablatives, mais cette progression devrait tendre vers un plateau (PMSI 2001 : 1580, PMSI 2004 : 1800) ;
- l'activité interventionnelle sur les valves cardiaques et l'aorte thoracique est concentrée sur 11 structures, dont 4 dans des volumes importants. Au total, cette activité représente 1035 séjours PMSI en 2004.

En raison de la nécessaire mise à jour du référentiel de la nomenclature (l'arrêté du 8 juin 2005 ne tient pas compte du remplacement des stimulateurs cardiaques, mais comptabilise les actes d'électro-entraînement temporaire et les chocs électriques externes possiblement réalisables par toute structure sanitaire), il est proposé de retenir une évolution de 10 % pour les années 2005 et 2006, pour les centres existants. Afin de tenir compte des créations possibles d'une activité dans certains territoires, il a été rajouté une activité d'au moins 50 pace-makers par an (et/ou 50 actes d'électrophysiologie interventionnelle) par centre supplémentaire, en sus de l'augmentation de l'activité des centres existants.

Le tableau ci-dessous quantifie cette évolution par territoire. Tous les actes de cardiologie interventionnelle ont été globalisés.

Bassin	Séjours PMSI 2004	Objectifs quantifiés 2010
751	2 353	2 590
752	2 666	2 935
753	3 363	3 700
771	984	1 195
772	753	835
781	1 744	1 970
782	1 355	1 745
783	137	455
911	1 152	1 270
912	1 710	1 890
913	881	1 075
921	2 049	2 255
922	779	860
923	1 992	2 245
931	750	825
932	3 103	3 415
933	1 054	1 160
941	1 528	1 680
942	10	450
951	643	765
952	355	395
953	668	790
Total	30 029	34 500

5.2.5. Pour l'insuffisance rénale chronique

Dans le schéma régional d'organisation relatif à l'insuffisance rénale chronique arrêté en octobre 2004, le nombre maximal de patients à prendre en charge en dialyse à l'horizon 2009 (7450 patients) sur la région a été calculé en utilisant des courbes statistiques d'évolution de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique établies à partir des 3 enquêtes : SEREHO 1995 et 2000, CNAM-DHOS 2003.

La répartition des patients dans les territoires de santé s'est faite en tenant compte du territoire de résidence des patients dans l'enquête 2003. Un objectif de 15 % de traitement par dialyse péritonéale a été appliqué pour ce mode de prise en charge. Pour les autres modalités, le nombre de patients a été calculé en fonction des pourcentages obtenus dans cette enquête, en tenant compte de la modalité optimale préconisée par les néphrologues.

Le nombre minimal de patients a été établi à partir de la répartition des dialysés selon leur territoire de résidence et cette même modalité optimale de prise en charge au moment de l'enquête.

Deux ajustements ont été nécessaires pour l'inclusion de ces objectifs quantifiés dans ce schéma :

- le nombre de patients a été augmenté à 7785 pour tenir compte de l'échéance 2010 ;
- l'objectif quantifié sur l'hémodialyse à domicile n'est pas décliné par territoire mais est régional du fait de l'organisation de cette prise en charge.

5.2.6. En soins de longue durée

Dans le cadre de la signature des conventions tripartites une réduction de capacité des unités de soins de longue durée va être observée dans certains territoires. Les calendriers de réduction de ces capacités et de création de structures médicosociales doivent être concordants afin de veiller au maintien d'une offre de soins suffisante pour l'accueil de ces populations.

Par ailleurs, l'évolution récente de la réglementation en ce domaine prévoit le maintien des unités de soins de longue durée dans le secteur sanitaire (article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale 2006).

De plus, la redéfinition de ces unités est actuellement en cours sur le plan national et fera l'objet d'une déclinaison régionale courant 2006. Cette démarche, qui devrait permettre de cibler au mieux les besoins, servira de base au réajustement des objectifs quantifiés mentionnés, en prenant en considération le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Ces derniers ne sont en fait que l'expression des journées potentiellement réalisées en 2004 et des prévisions de réduction de capacité connues à ce jour.

L'intégration de ces nouvelles données fera l'objet, après concertation avec les départements, d'un avenant au SROS III.

5.3. Le rythme de mise en œuvre du schéma

La mise en œuvre du schéma dépend de multiples facteurs.

Au titre des éléments réglementaires interviennent les dates auxquelles les autorisations sont susceptibles d'être délivrées. Si pour certaines activités les procédures de délivrance des autorisations interviendront dès la publication du schéma, dans d'autres domaines les autorisations en cours gardent leur validité, pour certaines jusqu'à une date proche de 2010.

Par ailleurs, pour concrétiser une autorisation, son titulaire dispose de délais réglementairement prévus. Dans certains cas (regroupement physique conditionnant des mises en œuvre de nouvelles autorisations), des solutions transitoires sont inévitables.

D'une manière plus générale, les cibles proposées sont à atteindre au plus tard en 2010.

Là où un accroissement de l'offre est prévu (imagerie, soins de suite en particulier), il doit être progressif et maîtrisé. Pour l'imagerie, le rythme envisagé figure dans le chapitre relatif à cette activité. Pour l'assistance médicale à la procréation, il n'est pas prévu de délivrer de nouvelles autorisations avant 2008. Certains aspects nécessitent une évaluation intermédiaire pouvant conduire à reconsidérer les cibles. Ainsi en est-il pour les soins de suite et de réadaptation dans le cadre d'une évaluation à conduire en 2008.

5.4. Le développement des systèmes d'information

5.4.1. Un investissement multidimensionnel

Autre aspect majeur des années à venir, le développement des systèmes d'information : c'est un enjeu essentiel dans les domaines de gestion tant sur le plan économique que sur le plan médical.

Dans le champ de la planification les exigences seront également fortes. Les anciens outils et les indicateurs qui les accompagnaient devront céder la place à ceux qu'exigent les nouveautés réglementaires mais aussi les nécessités de l'action.

En particulier les indicateurs fondés sur la description des structures devront céder la place à des indicateurs de processus et de résultat. L'activité des équipes mobiles, des consultations pluridisciplinaires en cancérologie ou de lutte contre la douleur, des filières et des réseaux devront s'apprécier à l'aide d'indicateurs nouveaux. La probable progression du besoin de publier des indicateurs de résultats (amorçés pour les infections nosocomiales et la iatrogénie) ou de délais de prise en charge y invite également.

Le suivi des objectifs quantifiés nécessitera aussi des systèmes réactifs et fiables. Ils seront à concevoir dans la perspective d'une gestion territoriale de l'offre de soins en indiquant donc les résultats par territoire.

Dans le prolongement des acquis du CERVEAU qui permet une connaissance quotidienne de la disponibilité d'accueil des services d'urgence, la mise en place de systèmes informatisés devrait permettre à un nombre croissant d'unités de déclarer en temps réel leur disponibilité.

L'obtention des résultats souhaités par la loi de santé publique devrait aussi inciter à construire des systèmes d'information appropriés.

La disponibilité d'annuaires retraçant les compétences des acteurs ou des établissements correspond à une demande de transparence des usagers et des professionnels et répond au besoin d'une meilleure lisibilité de l'offre.

La région dispose d'acquis : ainsi E-must et Cardioarhif recensent l'activité de la totalité des centres de cardiologie interventionnelle de la région et constituent une référence pour les centres franciliens.

Plusieurs projets existent : Perinatarhif, testé sur trois réseaux de la région, pourrait s'étendre à brève échéance à l'ensemble de la région. Dans le domaine de la périnatalité également, le traitement des certificats du 8^{ème} jour offre un autre éclairage sur certains résultats.

Le test d'un registre du cancer dans le département du Val-de-Marne pourrait anticiper une généralisation régionale.

Dans les échanges entre les professionnels de la cancérologie, la mise en place du dossier communiquant en cancérologie est programmée dans les dix-huit mois qui viennent.

D'autres projets pourraient voir le jour :

- un dossier médical commun partagé ou un registre informatique propre à l'AMP. Ce document, à élaborer en lien avec l'agence de la bio-médecine, pourrait être testé sur un domaine d'activité limité (don d'ovocytes, accueil d'embryons, couples à risque viral...);
- un registre pour les accidents vasculaires cérébraux.

5.4.2. Le dossier médical personnel

La loi du 13 août 2004 stipule qu'au 1er juillet 2007 tout bénéficiaire de l'assurance maladie doit pouvoir disposer d'un dossier médical personnel.

Le GIP-DMP, maître d'ouvrage de l'ensemble des déploiements, a sélectionné 6 consortiums en vue de créer et tester 30.000 dossiers réels dans dix-sept sites pilotes répartis sur treize régions dont l'Ile-de-France.

La stratégie régionale

Compte tenu de la taille et de la complexité de l'Ile-de-France, il est important d'y expérimenter dans les plus brefs délais des modalités spécifiques de mise en œuvre du dossier médical personnel.

C'est pourquoi à l'initiative de l'ARHIF les acteurs régionaux ont décidé d'affirmer leur volonté d'être impliqués dans le processus dès la phase de préfiguration et de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires. Une charte de partenariat pour la réussite de la phase d'expérimentation du DMP dans la région Ile-de-France a été signée le 25 janvier 2006. Elle associe l'agence régionale de l'hospitalisation, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, l'Union régionale des médecins libéraux et le Collectif interassociatif sur la santé.

Cet accord vise à animer une dynamique de coordination et à mettre en commun les expertises.

Le plan d'actions régional pour la période de préfiguration

Une structure de pilotage et de coordination de la mise en œuvre du DMP est mise en place dans le cadre du groupe de travail SIS Réseaux animé par les signataires de la charte et regroupant des représentants du monde de la santé d'Ile-de-France.

L'action s'articule autour de trois axes :

- la préfiguration dans les sites désignés ;
- les travaux transversaux sur les thématiques ciblées ;
- la préparation de l'ensemble de l'Ile-de-France au déploiement et à la généralisation.

Une procédure de suivi et d'évaluation par rapport à des objectifs précis doit être mise en œuvre.

Le recensement des besoins, l'évaluation par site des évolutions à réaliser et le suivi d'avancement détaillé des réalisations constituent la colonne vertébrale du plan d'action.

Les travaux à réaliser en liaison avec les instances nationales et les hébergeurs portent sur les volets techniques, organisationnels et de conduite de changement.

Une place importante doit être accordée à l'information et à la formation des différents acteurs.

5.4.3. La télémédecine

Seuls les dispositifs de télétransmission pouvant avoir un impact direct sur la planification de l'offre de soins régionale sont pris en compte, à savoir principalement :

- la téléconsultation et le télédiagnostic ;
- la téléexpertise ;
- la télésurveillance à domicile.

Les fonctionnalités peuvent porter sur :

- la visiophonie ;
- la télétransmission de données médicales, y compris d'imagerie, directement disponibles.

Les échanges peuvent être point à point (réanimation, ...) ou multipoints (périnatalité...) pour un diagnostic, en présence ou en l'absence du patient.

Les types de soins concernés

Les soins justifiant un recours à la télémédecine correspondent à plusieurs situations :

- la difficulté de déplacement du patient due le plus souvent à l'urgence de la situation, mais également à d'autres facteurs (milieu carcéral, fréquence des soins, difficulté physique, grand éloignement) ;
- la difficulté de rassembler les professionnels concernés ;
- la rareté de la ressource médicale compétente (neurochirurgie, neurologie vasculaire, spécialité, senior...) permanente ou ponctuelle, soit absolue, soit par rapport au volume de la demande ;
- le besoin de s'appuyer sur des avis d'experts reconnus comme tels compte tenu des situations des patients dans des contextes spécifiques.

Les recommandations

Certaines applications sont à mettre en place au sein des établissements de soins (accidents vasculaires cérébraux, traumatismes crâniens, ...) ou en utilisation « nomade » (hospitalisation à domicile, soins palliatifs, ...) mais il faut intégrer dans l'évaluation des projets une durée d'amortissement courte, compte tenu des évolutions technologiques qui rendront vite obsolètes les investissements réalisés.

Dès à présent, dans les nouveaux projets, il convient de considérer les technologies grand public au nombre des solutions candidates.

Les outils à mettre en œuvre devront être sécurisés pour les échanges et fiabilisés pour garantir le service attendu par les participants.

Il est recommandé de chercher à éviter la multiplication des moyens dans une discipline donnée et à partager l'utilisation des équipements informatiques coûteux au sein d'un même établissement.

Cette volonté de mettre en place des solutions décloisonnées et polyvalentes devra s'appuyer par exemple sur des réseaux de soins, car les coopérations en matière de télémédecine impliquent la conviction des utilisateurs potentiels.

L'impact sur la planification 2006-2010

La mise en place progressive de la télémédecine se fera au titre des seules spécialités qui le justifient, mais leur liste va s'allonger au fur et à mesure de la banalisation des équipements.

Elle devrait se diffuser en particulier dans les domaines sollicitant des compétences sur un nombre limité de sites référents assurant une activité permanente avec une expertise forte. Ces sites devront animer le réseau de leurs correspondants.

5.5. Les projets médicaux de territoire

5.5.1. Les principes

Le présent schéma et les annexes suggèrent dans un grand nombre de domaines des évolutions importantes dans l'organisation de l'offre en général et dans les complémentarités de tous ordres. Il est douteux que tout puisse s'envisager simultanément dans les différentes zones de la région. Ces réorganisations ne seront sans doute pas non plus spontanées : il faudra selon les cas les initier, les accompagner et les évaluer. C'est le rôle du projet médical de territoire de fédérer ces initiatives, de les inscrire dans un calendrier de réalisation, d'en analyser les obstacles et de contribuer progressivement à l'obtention de résultats.

5.5.2. Les modalités

Dès la publication du schéma et la conclusion des premiers contrats, un plan d'action devrait être arrêté dans chaque territoire définissant une première série de priorités. Le réalisme devrait conduire à procéder par sélection de sujets en nombre limité impliquant un nombre significatif d'acteurs. Une réflexion préalable sur les méthodes de travail à promouvoir est une nécessité. Les conférences sanitaires seront associées à cette réflexion et invitées à se prononcer sur le projet médical de territoire.

5.6. L'accompagnement financier

Le lien entre l'allocation de ressources et les choix de la planification est l'un des sujets les plus débattus. Ce débat est en train de considérablement évoluer du fait des multiples changements en cours dans les modalités de financement. La règle qui devrait prévaloir sous peu est que l'essentiel des activités de MCO trouveront leur financement dans la tarification à l'activité. Y feront exception :

- les priorités de santé publique avec le probable maintien d'enveloppes ciblées dans certains domaines ;
- les financements spécifiques issus des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation.

Les perspectives sont moins claires pour le développement de la psychiatrie et des soins de suite. Pour la première, le plan de santé mentale prévoit des renforts de moyens mais une part non négligeable des actions projetées dans le schéma dépendra des redéploiements internes.

Pour le volet soins de suite, le plan personnes âgées devrait être l'une des sources de financement, sans que l'on puisse garantir qu'il puisse suffire à couvrir les besoins régionaux.

Compte tenu de la situation de la région au regard de l'évolution de la T2 A, l'hypothèse la plus probable est qu'une partie non négligeable des projets doive être financée par les ressources des établissements.

5.7. L'évaluation

Elle sera à conduire dans des dimensions multiples :

- entre chaque établissement titulaire d'une autorisation d'activité et l'agence dans le cadre du suivi du contrat d'objectifs ;
- au sein de chaque bassin pour mesurer l'atteinte des résultats escomptés ;
- vraisemblablement dans une dimension départementale de concert avec les conférences départementales ;
- enfin au plan régional.

Pour chaque volet le premier travail des groupes de suivi pourrait consister à produire des indicateurs et procédures d'évaluation.

Une liste restreinte de sujets sera sélectionnée. Pourraient ainsi être l'objet de procédures spécifiques quelques sujets tels que :

- l'évolution des lieux de prise en charge en soins de suite (qui devraient logiquement rapprocher progressivement les lieux de vie des lieux de soins) ;
- en matière de soins intensifs, le nombre de patients traités en USINV-UNV et les délais de prise en charge à toutes les étapes de la filière ;
- l'évolution des pratiques médicales en imagerie (a priori on attend de l'accroissement du nombre d'équipements la disparition d'un certain nombre d'examens) ;
- la mise en place du programme personnalisé de soins et la consultation d'annonce en cancérologie ;
- le nombre de patients hospitalisés au long cours réorientés vers une prise en charge adaptée en psychiatrie.

Cette liste devra être discutée et complétée. L'apprentissage collectif de l'évaluation des réseaux et des filières constituent des données nouvelles nécessitant un investissement spécifique qu'il conviendra d'entreprendre.

ANNEXE 1

Comité de pilotage du schéma régional d'organisation sanitaire d'Ile-de-France

Président

M. Philippe RITTER, Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France

Représentants de l'Agence

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France

M. Michel PELTIER, Directeur

Mme le Dr Dominique BAUBEAU, Médecin inspecteur régional

Directions départementales des affaires sanitaires et sociales

M. Philippe COSTE, Directeur de la DASS de Paris

Mme Christiane PERNET, Directrice de la DDASS de Seine-et-Marne

Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France

M. Jacques TONNER, Directeur général

M. Alain BENITO, Directeur des affaires hospitalières

Service médical de l'assurance maladie d'Ile-de-France

M. le Dr Bernard TRUTT, Médecin conseil régional

Mme le Dr Brigitte THEVENIN-LEMOINE

Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Ile-de-France

M. Dominique CHERASSE, Directeur

Représentants des professionnels

Assistance publique – Hôpitaux de Paris

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE, Directrice générale

M. le Pr Jean NAVARRO, Directeur de la politique médicale

Union hospitalière de la région Ile-de-France

M. Jean-Pierre BURNIER, Secrétaire général

Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif

M. Philippe COTTARD, Directeur de l'Hôpital Foch

Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

M. Bruno COSTE, Directeur de l'URIOPSS Ile-de-France

Fédération de l'hospitalisation privée Ile-de-France

Mme Dominique BOULANGE, Présidente

Conférences des présidents de commissions et conférences médicales d'établissement

M. le Dr Michel BUSSONE, Président de la Conférence régionale des présidents de commissions médicales d'établissement des établissements publics de santé

M. le Dr Jean-Pierre GENET, Président de la Conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissement des établissements participant au service public hospitalier

M. le Dr Jean-François THEBAUT, Trésorier de la Conférence régionale des présidents de conférences médicales d'établissement d'hospitalisation privée

Union régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France

M. le Dr Bernard HUYNH, Président

M. le Dr Bruno SILBERMAN

Personnes qualifiées

M. le Dr François CAROLI, Président de la Commission médicale d'établissement du Centre hospitalier Saint-Anne

M. le Dr François AUBART chef du service de chirurgie orthopédique du Centre hospitalier d'Eaubonne-Montmorency

Représentants des collectivités territoriales et des usagers

Conseil régional d’Ile-de-France

M. Jean BRAFMAN
Mme Anne SOUYRIS

Conseil économique et social de la Région Ile-de-France

M. Michel LANGLOIS, Président de la Commission de la santé, de la solidarité et des affaires sociales

Association des Maires de France

M. Laurent EL GHOZI, Adjoint au Maire de Nanterre
Mme Nicole PERNOT, Conseillère municipale de Courbevoie

Représentants des usagers

Mme Suzanne BEGORRE, Vice-Présidente de la Conférence régionale des retraités et personnes âgées (CORERPA) d’Ile-de-France
Mme Marie-France EPAGNEUL, Union départementale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UDAPEI) du Val-d’Oise

Experts

Agence régionale de l’hospitalisation d’Ile-de-France

M. Gilles ECHARDOUR

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d’Ile-de-France

M. Alain LAPLACE

ANNEXE 2

Textes de référence

- articles L. 6121-1 à 4 du code de la santé publique (ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003)
- circulaire DHOS/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, complétée par diverses circulaires thématiques
- arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les SROS
- décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins
- décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires
- circulaire DHOS/O/2005/254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins
- arrêté du 8 juin 2005 pris en application du décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins
- circulaire DHOS/O4/2005 du 4 octobre 2005 relative à l'entrée en vigueur de certaines dispositions du code de la santé publique prises en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003, concernant l'organisation sanitaire, les instances de concertation et le régime d'autorisation

L'ensemble de ces textes sont disponibles sur le site www.parhtage.sante.fr / Ile-de-France / préparation du SROS 3 dans la rubrique « textes ».

ANNEXE 3

LEXIQUE

A

AAH	Allocation adulte handicapé
ADELI	Autorisation des listes (répertoire des professionnels de santé)
ALD	Affection de longue durée
AMP	Assistance médicale à la procréation
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral

B

BSPP	Brigade des sapeurs pompiers de Paris
------------	---------------------------------------

C

CAMSP	Centre d'action médico-social précoce
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CECOS	Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humain
CERVEAU	Centre régional de veille et d'action sur les urgences
CESA	Centre d'évaluation et de soins pour adolescents
CISIH	Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine
CLAN	Comité de liaison alimentation nutrition
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CODAMUPS	Comité d'organisation de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
COREVIH	Centre de coordination régionale de la lutte contre les infections VIH
COTOREP	Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel
CPDPN	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
CROS	Comité régional de l'organisation sanitaire
CRLCC	Centre régional de lutte contre le cancer

D

DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DMP	Dossier médical personnel
DMS	Durée moyenne de séjour
DPN	Diagnostic prénatal
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

E

EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EMSP	Equipe mobile de soins palliatifs
ETP	Equivalent temps plein

F

FAM Foyer d'accueil médicalisé
FIV Fécondation in vitro

G

GIP..... Groupement d'intérêt public

H

HAD Hospitalisation à domicile

I

IA Insémination artificielle
IAC Insémination artificielle en intra conjugal
ICALIN Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICSI Intracytoplasmic sperm injection
INCa..... Institut national du cancer
IRC..... Insuffisance rénale chronique
IRM Imagerie par résonance magnétique nucléaire
IVG..... Interruption volontaire de grossesse

M

MAS Maison d'accueil spécialisée
MCO Médecine, chirurgie, obstétrique
MPR..... Médecine physique et de réadaptation
MRS..... Mission régionale de santé

O

OPH Ophtalmologie
ORL Ortho-rhino-laryngologie
ORS Observatoire régional de la santé

P

PASS Permanences d'accès aux soins de santé
PMI Protection maternelle et infantile
PMSI Programmation médicalisée des systèmes d'information
PSPH Participant au service public hospitalier (établissement privé)

R

RMI Revenu minimum d'insertion

S

SAE..... Statistique annuelle des établissements
SAMU Service d'aide médicale urgente
SFC..... Société française de cardiologie
SFNV Société française neurovasculaire
SIDA Syndrome d'immunodéficience acquise
SMUR Service mobile d'urgence et de réanimation
SROS..... Schéma régional de l'organisation sanitaire
SSIAD Services de soins infirmiers à domicile
SSR Soins de suite et réadaptation

T

TED..... Trouble envahissant du développement
TEP Tomographe par émission de positons

U

UCSA.....	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UMAP	Unité pour malades agités perturbateurs
UMD.....	Unité pour malades difficiles
UNV	Unité neurovasculaire
UPID	Unité psychiatrique intersectorielle départementale
URCAM.....	Union régionale des caisses d'assurance maladie
USC	Unité de surveillance continue
USI.....	Unité de soins intensifs
USIC	Unité de soins intensifs de cardiologie
USINV.....	Unité de soins intensifs neurovasculaires
USP	Unité de soins palliatifs
UTN	Unités transversales de nutrition

V

VHB	Virus de l'immunodéficience humaine
VHC	Virus de l'hépatite B
VIH.....	Virus de l'hépatite C