



Conférence de territoire

Séance plénière du 18 octobre 2012

COMPTE-RENDU

Ordre du jour

- 1) **Présentation des nouveaux membres**
- 2) **Présentation du volet hospitalier du SROS PRS**
- 3) **Questions diverses**

Le jeudi 18 octobre 2012, trente-quatre membres (dont 23 titulaires) de la conférence de territoire de l'Essonne se sont réunis pour la dixième séance plénière.

Le Président remercie les membres de leur présence puis présente l'ordre du jour.

I – Présentation des nouveaux membres

Arrêté n°12-470 du 09 octobre 2012 du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France

- Collège 4 – Représentants des Professionnels de santé libéraux et internes en médecine
Au titre des représentants des internes en médecine

Nomination en tant que titulaire de Mme Laetitia GIMENEZ, présidente du SRP-IMG en remplacement de Mme Cécilia SALDANHA GOMES.

Arrêté n°12-421 du 24 août 2012 de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France

- Collège 1 - Représentants des établissements de santé
Au titre des personnes morales gestionnaires

- Pour les établissements privés à but lucratif :

Nomination en tant que titulaire de M. Alexandre BREIL directeur de l'Institut hospitalier Jacques CARTIER en remplacement de Mme Martine HADDAD.

- Pour les établissements de l'AP-HP :

Nomination en tant que suppléant de Monsieur Julien DELIE directeur de l'hôpital Joffre Dupuytren en remplacement de Monsieur Didier CAZEJUST.

- Collège 2 – Représentants des établissements médico-sociaux
Au titre des personnes handicapées

- Pour les représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux.

Nomination en tant que suppléant de Mme Yvonne LEITE, directrice de la MAS d'Évry en remplacement de Mme Rachel SECADES.

Monsieur PULIK introduit le deuxième point de l'ordre du jour par la présentation Monsieur Gilles ECHARDOUR coordonnateur PRS au siège de l'ARS qui exposera le volet régional du SROS hospitalier. Il précise par ailleurs que la présentation comporte plusieurs parties et qu'à l'issue de chacune d'elle, un temps de réactions (questions) sera ouvert.

II - Présentation du volet hospitalier du SROS PRS

1^{ère} partie : Éléments préalables

- 1) Schéma d'organisation sanitaire, volet hospitalier, plan stratégique et projet régional de santé

Le plan stratégique a été arrêté le 11 octobre 2011.

Il définit les lignes d'orientations des divers schémas et programmes.

L'ensemble constitue le projet régional de santé qui sera arrêté en fin d'année.



- 2) La dimension juridique

Les multiples aspects réglementaires en général :

- des conditions générales de fonctionnement (exemple : les seuils) ;

- des conditions techniques de fonctionnement (disponibilités de locaux, d'équipements, permanence des soins etc...)
- La notion d'opposabilité notamment celle relative aux implantations.

Dans les domaines présents dans le schéma les pouvoirs publics délivrent des autorisations et complètent par reconnaissance

3) La liste des 24 volets

Médecine adulte	PDS ES	Chirurgie cardiaque
Pédiatrie	IRC	Greffes et prélèvements
Chirurgie	Cancérologie	Neurochirurgie et neuroradiologie
Périnatalité	HAD	Grands brûlés
AVC	Génétique	Santé des personnes détenues
Cardiologie	SSR	Santé des personnes âgées
Imagerie médicale	Psychiatrie	
Réanimation	USLD	
Médecine d'urgence	Soins palliatifs	

4) L'élaboration

Un groupe expert par domaine (5 à 6 réunions par groupe) ;
Une problématique pré-identifiée :

- analyse des besoins,
- analyse de l'offre,
- enjeux,
- objectifs et recommandations.

Des aspects plus transversaux (démographie par exemple) ;
Des ajustements selon l'ancienneté des sujets (le plus nouveau la génétique, certains récents comme cardiologie, chirurgie cardiaque, cancérologie) ;
Des présentations intermédiaires en juin /juillet.

Le document proprement dit

Un document général comprenant :

- une partie introductive et de contexte,
- une partie d'analyse, de présentation des enjeux et des orientations générales,
- une partie territoriale,
- les missions de service public.

Un document retraçant les 24 volets thématiques.

Il est vraisemblable que les lecteurs auront des intérêts distincts :

- les professionnels plutôt attirés par tel ou tel volet thématique,
- les institutionnels par le document général.

Les ressources mobilisables

A ce stade fortes sont les inconnues :

- péréquation asymétrique ?
- l'aigu finance le chronique ?

- la T2A s'étend aux activités de soins de suite et réadaptation ? À la psychiatrie?
- la part des missions d'intérêt général augmente ?
- les actions d'éducation, de prévention et la coordination sont financées en tant que telles ?
- l'investissement est beaucoup plus sélectif ?

Fin de la première partie, Monsieur PULIK reprend la parole et fait l'analyse suivante : les enjeux ayant changé deux attitudes sont possibles : subir les changements (choc démographique ou financier) sans les anticiper avec toutes les conséquences négatives que cela peut avoir en termes d'offre de soins ou choisir d'accompagner l'indispensable mutation dans laquelle chacun peut être acteur. Compte tenu des enjeux, comment réorganiser le système ? L'opportunité de réagir est donnée aux membres mais à ce stade de la présentation il n'y a pas de questions.

2^{ème} partie - DIAGNOSTIC REGIONAL ET PRINCIPALES ORIENTATIONS

1) Le diagnostic régional

Mais de quoi mourrons-nous, en 2030 ?

Selon les projections de l'Organisation mondiale de la santé, avant tout du cancer (en premier lieu le cancer du poumon), d'affections cardio-vasculaires, de diabète et d'une maladie pulmonaire qui doit beaucoup au tabac: la bronchite chronique obstructive. Les maladies mentales, celles liées aux boissons alcooliques, la maladie d'Alzheimer pèseront également lourd dans le fardeau sanitaire et économique de notre pays.

La plupart de ces maladies auront un point commun: elles nécessiteront des prises en charge repensées, beaucoup plus souvent tournées vers la médecine de ville, avec de courts séjours hospitaliers.

L'évolution des besoins et des prises en charge

Les besoins croissent dans la quasi-totalité des domaines : les cancers, les pathologies liées au vieillissement, le diabète, les maladies mentales et plus généralement les maladies chroniques, la prématurité, les besoins des adolescents, les suites des dépistages, la précarité etc.

En parallèle de cette évolution des modifications qualitatives majeures :

- de moins en moins de prise en charge par un offreur unique ;
- alourdissement global (vieillesse et chronicité) et intrication du problème médical et de la dimension sociale;
- séquences de soins plus nombreuses et bénéficiaires plus diversifiés (patients, entourage, aidants).

Évolution des ALD 2010/2009

Départements	2010	2009	2010/2009 (%)
75	359 502	346 062	1.04
77	195 102	184 215	1,06
78	229 710	217 083	1,06
91	181 330	173 719	1,04
92	288 601	274 215	1,05
93	243 529	233 750	1,04,
94	210 505	201 514	1,04
95	167 318	159 512	1,05

L'hospitalisation en Île-de-France : aspects structurels

La couverture territoriale des besoins est globalement satisfaisante avec des fragilités notamment en grande périphérie ;

Un temps d'accès moyen parmi les meilleurs en France ;
Des établissements spécialisés voire hyper spécialisés au centre, plus généralistes à la périphérie ;

Les capacités ont sensiblement baissé et demeurent assez contrastées en MCO et en psychiatrie : elles ont cru en SSR.

Par ailleurs :

- un équipement médico-social insuffisant,
- un premier recours en difficulté et faiblement organisé.

Recours, flux régionaux et parts de marchés

Le recours à l'hôpital :

- recours en hospitalisation contrasté (MCO et soins de suite) mais plutôt inférieur à la moyenne française. Il est supérieur dans les zones fragiles,
- recours à l'hôpital (hors hospitalisation) croissant et élevé.

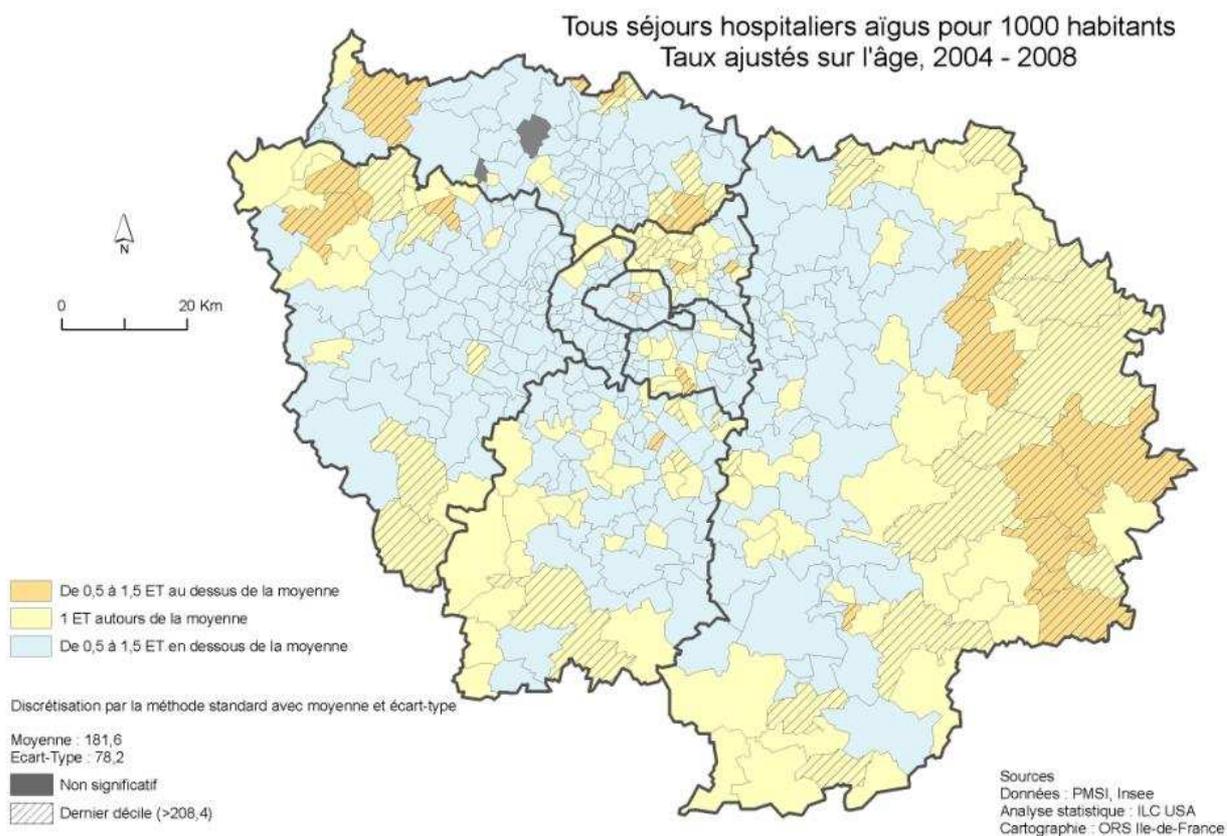
S'agissant des flux on a une opposition MCO /SSR. Pour les flux MCO, Paris demeure autonome et attractif, la petite couronne a la plus faible autonomie et une certaine attractivité : la grande couronne a une moindre attractivité et une autonomie intermédiaire.

Les parts de marché entre grande catégorie d'acteurs ne sont pas profondément modifiées en dehors de l'obstétrique – surtout à Paris – au détriment du secteur privé et des soins de suite plutôt à son avantage.

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

Département	Consommation standardisée	Indice ALD	ICM
Paris	651	87	80
Seine et Marne	643	109	102
Yvelines	634	89	86
Essonne	659	102	91
Hauts de seine	644	86	83
Seine-Saint-Denis	678	109	98
Val-de-marne	666	98	87
Val d'Oise	650	99	96
Ile-de-France	653	97	90
France Métropolitaine et DOM	628	100	100

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



2) Les enjeux

- répondre aux défis de la démographie professionnelle,
- accompagner la mutation stratégique de l'hôpital,
- adapter et équilibrer la gradation des soins.

L'enjeu démographique en chiffres

Une démographie médicale préoccupante :

- entre 2012 et 2017, l'Île-de-France va perdre environ 10 500 médecins dont 2/3 de spécialistes,
- elle va en former environ 4 700 et 1 000 autres viendront s'y installer (provenant d'autres régions et d'autres pays).
= - 4 800 médecins fin 2016
- Actifs en 2012 qui seront partis à la retraite dans 10 ans en Île-de-France :
 - 7 522 médecins généralistes = 40% (dont 2 623 = 47% sur Paris),
 - 12 290 médecins spécialistes = 43% (dont 5 566 = 44% sur Paris).

TOTAL : 19 812 départs en 10 ans, soit environ 10 000 en 5 ans.

Données relatives aux plus de 55 ans sur certaines spécialités

Spécialités	Effectif en IDF	Part des plus de 55 ans	Renouvellement
Médecine générale	18 617	44,48%	Improbable
Pédiatrie	2 155	45,29%	Improbable
Cardiologie	1 580	44,49%	Non
Imagerie	1 968	42,90%	Non
Psychiatrie	4 226	53,95%	Non
Anesthésie-réanimation	2 185	49,38%	Non
Total spécialités chirurgicales	4 957	47,63%	Improbable
Total spécialités médicales	10 376	41,43%	Improbable

Les risques et les enjeux

L'accès aux soins : un maillage équilibré du territoire :

- répartition des plateaux techniques et des services de recours,
- des critères de gradation des soins et de répartition,
- une affectation des ressources en fonction des priorités,

L'attractivité pour les professionnels : des possibilités de valorisation des parcours professionnels :

- une possibilité de progression entre les différents établissements,
- une valorisation de la diversité du parcours : valoriser la gériatrie et la mixité sanitaire / médico-social,
- des passerelles entre métiers.

L'efficacité du système : une meilleure utilisation du temps soignant

Les réponses en débat

Une responsabilisation territoriale des facultés de médecine ;

Une coopération entre établissements attractifs et moins attractifs pour partager une responsabilité de recrutement et de temps médical ;

Les réorganisations d'activité et la promotion des métiers ;

Une cible prioritaire : les départements de Seine-Saint-Denis et de Seine-et-Marne.

Accompagner la mutation stratégique des établissements hospitaliers

L'hôpital a longtemps été un acteur :

- de la prise en charge en aigu ;
- de la prise en charge très longue (psychiatrie).

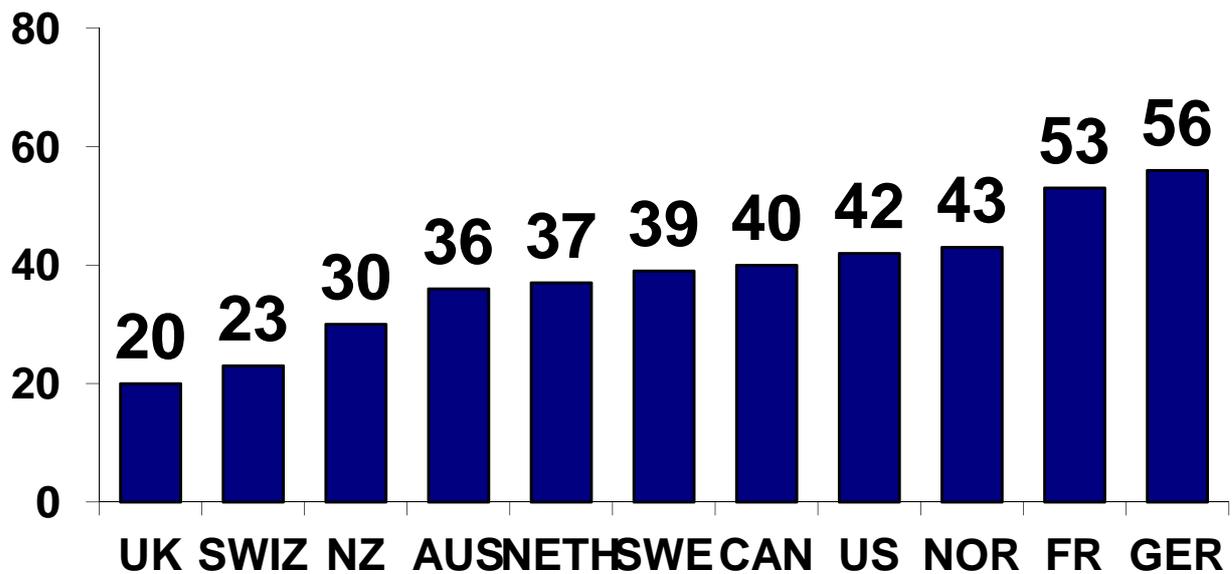
Les prises en charge sont aujourd'hui très différenciées :

- l'aigu demeure mais pour des prises en charge de plus en plus courtes voire ambulatoires,
- les soins non programmés prennent une place croissante,
- l'urgence change de nature,
- les pathologies chroniques se développent.

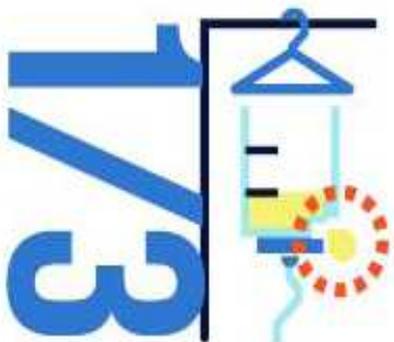
Les parcours les plus concernés

- AVC, IRC, Insuffisance cardiaque, psychiatrie, maladies chroniques personnes âgées, périnatalité,
- En gros les volets plutôt populationnels.

Pourcentage de patients ayant fait l'expérience d'un défaut de coordination* durant les deux dernières années



Dimension francilienne ? Nationale? ou internationale ?



of adults say the health care system is poorly organized.



of adults report problems with care coordination, notification of test results, and communication among their doctors.

*I'OM (Institute of medicine) :
Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America*

Des objectifs futurs

Dans la prise en charge des maladies chroniques : les partenariats sont à installer ou à développer avant tout avec les acteurs du premier recours et du médico-social et l'hôpital peut devenir acteur de la médecine de parcours ;

Dans la prise en charge aiguë les partenariats sont plutôt inter hospitaliers : ils doivent améliorer la gradation des soins (laquelle concerne aussi le SSR et dans une certaine mesure la psychiatrie) ;

Dans l'amélioration de la qualité les axes sont multiples : souvent dans l'intra hospitalier (aval des urgences) mais aussi dans la gestion des entrées et des sorties notamment en appui au premier recours et au médicosocial.

Adapter et équilibrer la gradation des soins

La gradation actuelle et future des activités
La couverture territoriale

Recommandation 6: Care Continuity

"Improve coordination and communication within and across organizations. Payers should structure payment and contracting to reward effective communication and coordination between and among members of a patient's care team".

"Health care delivery organizations and clinicians, partnering with patients, families, and community organizations, should develop coordination and transition processes, data sharing capabilities, and communication tools to ensure safe, seamless patient care."

La gradation actuelle des activités

Activités très concentrées moins de vingt implantations ;
Brûlés, greffes et prélèvements, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, oncopédiatrie, réanimation néonatale Samu, etc.

Activités semi-concentrées : entre 20 et 50 implantations.
SMUR, Une partie de la cancérologie (radiothérapie, certaines chirurgies), certains soins de suite spécialisés, la pédiatrie, les AVC, la cardiologie interventionnelle, les unités de soins palliatifs, les USLD.

Activités très déployées au-delà de 50 implantations parfois de cent.

Médecine, chirurgie, psychiatrie, imagerie, urgences, SSR, réanimation, etc.

La gradation future des activités

D'une manière globale elle est à poursuivre avec une probable différenciation :

- l'Île-de-France est la région qui compte le plus de centres experts quelle qu'en soit la nature,
- les problèmes de rareté démographique (neuroradiologie mais aussi imagerie voire psychiatrie) sont déterminants pour certaines activités,
- dans beaucoup de domaines un équilibre est à trouver entre l'expertise technique qui peut être concentrée et les besoins de continuité des soins.

C'est l'une des raisons qui expliquent la baisse du nombre des implantations dans un certain nombre de domaines.

La couverture territoriale

Elle s'est améliorée dans presque tous les domaines ;

Deux grandes zones de fragilité :

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

Dans le premier cas la réponse est dans la coopération quelle qu'en soit la forme (fusion, CHT, autre) ;

Dans la seconde, l'ARS souhaite prendre une initiative pour anticiper sur les évolutions attendues dans le cadre du Grand Paris.

3) Les grandes tendances du schéma Par grandes catégories de volets

Les volets populationnels

- AVC,
- IRC,
- Cancérologie,
- Cardiologie,
- Psychiatrie,
- Périnatalité,
- Personnes âgées.

Aspects communs

Une population prise en charge et donc une épidémiologie (avec incidence/prévalence/historique, le cas échéant résultats de santé à partir de registres ou d'enregistrements du même ordre) : hors périnatalité très proches des maladies chroniques.

La présence de la prévention (primaire, secondaire voire tertiaire).

Éducation thérapeutique également présente selon des modalités multiples.

La notion de parcours de santé et de soins y trouve tout son sens :

- avec des phases de prévention ;
- des dépistages plus ou moins organisés ;
- des prises à charge à plusieurs dans des temps et des lieux différents
- des prises en charge au long cours.

Les parcours

Plus de prévention (IRC, AVC, Insuffisance cardiaque etc.).

Plus de dépistage (AVC, cancérologie, maladies mentales, périnatalité).

Prises en charge mixtes variables selon les domaines :

- IRC ou cancérologie présence de l'ambulatorio dans le dépistage, le diagnostic, le soin, le suivi

- AVC plus grande présence hospitalière pour le diagnostic et la prise en charge initiale.

Souvent une phase aiguë cruciale.

Quelques données de volume

Pour les malades par dizaines ou centaines de milliers : croissance dans tous les domaines.

Pour les sites : entre vingt et cent.

Pour les résultats :

- en dépit des insuffisances, domaines où souvent la France brille et l'Île-de-France aussi.

Pour la démographie :

- une situation contrastée,
- croissance en cancérologie,
- stabilité en neurologie,
- baisse modeste en cardiologie, très forte en psychiatrie.

Les orientations

Plus de proximité, moins « d'institutionnalisation » (IRC, en partie l'AVC, psychiatrie, personnes âgées etc.).

Moins d'attente : pédopsychiatrie.

Plus de suivi et de rééducation (AVC, Insuffisance cardiaque) et si rééducation plutôt en hôpital de jour qu'en hospitalisation complète.

Préoccupation pour l'après-maladie (le cancer).

Soutien aux aidants.

Organisation des prises en charge avec les autres partenaires.

La couverture géographique

Peu de modifications attendues en IRC, AVC, cardiologie, psychiatrie.

Plus d'incertitude en cancérologie (chirurgie, radiothérapie).

Le plus en proximité possible pour les personnes âgées, pour l'IRC, la chimiothérapie.

Des correctifs à apporter en :

- néonatalogie par redistribution des excès de Paris,
- assistance médicale à la procréation,
- diagnostic anténatal.

Dimensions particulières

La problématique des personnes âgées excède et de beaucoup l'hôpital.

Une partie de la médecine et une partie de la pédiatrie auraient pu figurer ici.

Une alternative à l'IRC : la greffe.

Au total plus de malades debout que de malades couchés :

- terre d'élection des maladies chroniques,
- dimension sociale du soin.

Les volets intermédiaires

- Urgences,
- Médecine (adulte et pédiatrie)
- Chirurgie,
- HAD,
- SSR,
- USLD,
- Soins palliatifs.

Aspects communs / différents

Les plus évidents tournent autour de la gestion de l'urgence.

Un aspect de problématique concerne donc la filière de l'urgence et l'organisation intra hospitalière : il y a donc beaucoup d'établissements concernés (90 sites d'urgences, 220 de médecine, 160 de chirurgie, 200 de SSR, plus de cinquante USLD).

Une autre partie de la problématique est plutôt chirurgicale et donc souvent en rapport avec l'activité programmée.

Les volumes sont importants plutôt en rapport avec une prise en charge en hospitalisation sauf urgences (malades couchés).

Un million de malades opérés par an, 3,5 millions de passages aux urgences,

Les parcours

L'une des priorités du SROS : l'aval des urgences mais on ne saurait nier qu'il existe aussi une question sur l'organisation du premier recours et la permanence des soins ambulatoires.

Une autre dimension : l'entrée à l'hôpital par circuit court quand c'est possible, au bon endroit, au bon moment etc.

Les personnes âgées opérées :

- prise en compte de la dimension gériatrique sous des modalités organisationnelles diverses,
- l'âge est de moins en moins un obstacle à l'intervention mais est un élément majeur de la suite de la phase chirurgicale.

Les parcours de pédiatrie eux-mêmes dédoublés entre ce qui relève de l'urgence (avec les problèmes de variations saisonnières) et ce qui relève des pathologies chroniques.

Dans les situations complexes HAD et réseaux sont des soutiens.

La couverture géographique

Peu de modifications attendues en médecine adulte et enfant, pour les urgences et pour les soins de suite et réadaptation.

Pour la chirurgie il existe une certaine incertitude liée à :

- la démographie professionnelle,
- au développement de la chirurgie ambulatoire qui pourrait voir les grosses structures éliminer les petites.

Une volonté de rééquilibrage pour les unités de soins de longue durée.

Des correctifs à apporter :

- pour les soins palliatifs (Seine-et-Marne),
- l'HAD.

Les orientations

Plus de liens avec le premier recours : les circuits courts à l'entrée mais aussi la gestion des sorties.

Plus d'hospitalisations de moins d'une journée (chirurgie, mais aussi médecine, SSR voire soins palliatifs et gériatrie).

Des articulations repensées avec le médico-social :

- USLD, soins palliatifs, SSR (plateforme vers d'autres).

Dans la dimension intra hospitalière :

- programme prioritaire lié aux liens urgences /reste de l'hôpital
- le cas échéant redistribution des capacités spécialités/accueil des poly pathologies
- relations à réorganiser entre les centres de pédiatrie périphériques et les centres universitaires

Dimensions particulières

La chirurgie :

- de plus en plus spécialisée,
- de plus en plus ambulatoire,
- dans des centres ambulatoires autonomes?
- de plus en plus robotisée ?
- l'avenir incertain des petits sites périphériques,
- la juxtaposition risquée de pôles obstétricaux forts et de pôles chirurgicaux modestes.

Les soins de longue durée :

- un vieillissement accéléré,
- un contexte particulier de financement,
- des exigences architecturales contraignantes,
- un avenir capacitaire à discuter.

Les Volets à présence forte de plateau technique

- imagerie,
- réanimation,
- chirurgie cardiaque
- neuroradiologie - neurochirurgie,
- greffes et prélèvements
- génétique,
- traitement des brûlés

Aspects communs / différents

Ces activités requièrent la présence d'un plateau technique plus ou moins diversifié.

Souvent royaume de l'excellence technique : en fait l'expertise intellectuelle presque toujours pluridisciplinaire est aussi importante que la dimension strictement technologique.

Le volet imagerie est singulier en ce qu'il concerne tant la ville que l'hôpital.
La notion de besoin est double :

- difficile pour certains domaines (réanimation, imagerie),
- extrêmement précise pour d'autres (greffes par exemple).

La dépendance à l'égard des évolutions technologiques est forte

Les parcours

Une dimension de gravité (brûlés, réanimation, greffes),
Un rôle extra régional,
L'accessibilité peut poser problème :

- financière en imagerie,
- pour les délais en génétique.

Les parcours peuvent dépendre d'une logistique lourde (génétique, greffes).

De plus en plus de médecine hors présence du malade (génétique, imagerie, télémédecine).
Des situations à dimension éthique.

Les orientations

La poursuite du renforcement en imagerie avec des critères sélectifs. Tendance à l'accroissement du rôle de l'IRM.

La poursuite du rapprochement réanimation /surveillance continue.

L'espoir de la croissance du nombre de greffes y compris par donneur vivant.

La réduction du nombre de site pour les brûlés (en coopération avec le service de santé des Armées), les greffes et peut-être la neurochirurgie /neuroradiologie (logique de pôles neurosciences).

L'élargissement du rôle de la télémédecine.

La couverture géographique

Elle est rarement une donnée majeure sauf pour l'imagerie et la réanimation.

Pour la réanimation maintien du potentiel et de la couverture géographique sauf exception.

Dimensions particulières

La génétique : première parution dans un schéma avec un champ particulier hors prénatal. Les autorisations ne portent que sur l'activité biologique.

Dans certaines greffes (notamment pédiatriques) les équipes franciliennes ont un rôle national.

Les évolutions selon les domaines

Domaines où la stabilité prévaudra	Domaines avec réorganisation majeure
Urgences Cardiologie Obstétrique Assistance médicale à la procréation Diagnostic prénatal Génétique	Aval des urgences Partage médecine interne/médecine spécialisée Cancérologie ?

Domaines avec renforcement de l'offre
Chirurgie ambulatoire
Prise en charge des adolescents et des maladies chroniques de l'enfant
Maladies chroniques de l'adulte
Personnes âgées
Psychiatrie (dont sujets âgés) dont psychiatrie infanto-juvénile
Gériatrie aiguë
Soins palliatifs
Imagerie
HAD
Par ailleurs :
Activité de liaison, de coordination
Prise en charge des populations précarisées

Domaines avec réorganisation modérée
Parcours de soins : obstétrique
Néonatalogie / Réanimation néonatale
AVC
Réanimation/surveillance continue
USLD

Domaines avec réorientation vers l'ambulatoire
Soins de suite
Réadaptation
Chirurgie
Maladies chroniques

Éléments de calendrier pour la mise en œuvre : les autorisations

- Janvier 2013 : L'AMP / DPN,
- Juin 2013 : le traitement du cancer,
- Juillet 2014 : les soins de suite et de réadaptation,
- Décembre 2014 : la cardiologie interventionnelle,
- Avril 2015 : Greffes, neurochirurgie et neuroradiologie,
- Juin 2015 : médecine, chirurgie, USLD, psychiatrie.

Les missions de service public

Elles sont au nombre de 14 (art. L.6112-1 du CSP) et recouvrent :

- La permanence des soins,
- La prise en charge des soins palliatifs,
- L'enseignement universitaire et la recherche,
- La formation et le développement professionnel continu des professionnels de santé,
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et la coordination,
- L'aide médicale urgente
- La lutte contre l'exclusion sociale,
- Les actions de santé publique,
- La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques,
- Les soins destinés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire,
- Les soins destinés aux personnes retenues (droit d'asile, centres socio-médico-judiciaires de sûreté).

Les modalités de mise en œuvre

Les autorisations et les reconnaissances ;
 La contractualisation ;
 Une animation territoriale renouvelée ;
 Des appels à projet d'offres groupés sur des thématiques spécifiques transversales ;
 Des programmes performance (aval des urgences) ;
 Des programmes prioritaires pour la démographie (Seine-Saint-Denis /Seine-et-Marne).

Calendrier d'achèvement et d'approbation

- Début de consultation formelle : fin septembre,
- Conférences de territoire : octobre novembre,
- Professionnels : réunions ad hoc,
- CSOS,
- Fédérations.

Évolutions possibles du document avant adoption finale.

A la fin de la présentation régionale, le Président souligne l'effort de synthèse réalisé par Monsieur ECHARDOUR.

La démographie d'ensemble est compliquée partout dans la région et dans tous les métiers. Il faut pour cela tenir compte des situations particulières. Le manque d'infirmières n'a pas été évoqué mais il devient nécessaire d'attirer ces professionnels dans Paris.

Au regard de certains éléments de cette démographie on peut modifier les partages de rôle par les délégations de tâches. Un processus est entrepris au plan national (protocoles HAS) pour ces délégations de tâches mais il est lent. Il convient donc d'accélérer ce travail afin d'obtenir un résultat rapide et adapté à l'urgence de la situation.

Il donne ensuite la parole aux membres.

Mme RAUZE (*représentant des conseillers généraux*) : on assiste déjà au grippage du système qui a pour conséquence un renoncement aux soins. A la vue du diaporama, il n'y a pas de lieu où cela va bien.

Qu'est ce qui est entrepris pour que cela aille mieux ? La coordination de la prise en charge globale et le développement de la T2A ne viennent-ils pas en contradiction avec l'objectif ?

Entre l'obligation de faire autrement, les situations pour lesquelles la tarification ne correspond pas, le manque de médecins, d'infirmières (en grande couronne) il est impossible de faire de la coordination à cause du manque de moyens.

Quelles suppressions seront réalisées car il n'y pas de nouvelles implantations ? Suppression de maternités, suppression de lits d'hospitalisation dans le département ?

Il est essentiel de mettre en adéquation les besoins et les services. Elle termine en posant le problème rencontré par la population face à l'accès aux premiers soins sans avance de frais. En effet aujourd'hui 20% des personnes renoncent aux soins pour des questions financières.

Mme MOUTTE (*représentant des communes*) fait le constat suivant : ce sont les mêmes acteurs qui d'une part nous rendent malades et d'autre part prennent en charge nos soins. Elle cite comme exemple la chimiothérapie. Face à ce problème, quel est le rôle de l'ARS ?

Financièrement il n'est pas possible de faire face aux problèmes des maladies chroniques d'où la nécessité d'agir sur la santé sur le long ou moyen terme (prévention) de façon à avoir moins de personnes malades.

Concernant l'accès aux soins, le mélange du public et du privé est choquant. On assiste à des accouchements à la maison (ex Grigny) suite à la fermeture des maternités. Le coût d'un accouchement en clinique n'est-il pas plus élevé qu'à l'hôpital ?

Pour réaliser des économies il est nécessaire d'envisager un changement des règles notamment pour des soins très simples (ex : certificat médical pour des pathologies bénignes exemple gastro-entérite).

Elle termine en ajoutant que l'hôpital de Juvisy est dans le collimateur pour une fermeture.

M. LEFEVRE (*représentant des centres de santé, maisons de santé et pôles de santé*) : la prise en charge des maladies chroniques passe par le parcours de santé en prenant en compte la prévention. Quels sont les acteurs de cette prévention ?

L'hôpital intervient dans l'accès aux soins. Qu'en est-il de la transition ville/hôpital (avant, pendant et après l'hospitalisation) ? Quelle continuité dans l'organisation des soins ?

Le médecin sera un accompagnant pour un parcours de santé. A quel niveau va se faire les coordinations ?

Les réseaux existent mais il y a une diminution de 13% de leur budget. Comment mesurer la pertinence d'une coordination territoriale de la santé ? Enfin il propose qu'une réflexion soit menée sur une coordination locale.

M. ECHARDOUR : La présentation du jour porte particulièrement sur le volet hospitalier mais il existe plusieurs autres schémas qui englobent tous les champs, notamment la prévention, de la santé. Certes de nombreuses questions se posent, l'opportunité de se prononcer sur l'ensemble du PRS est à venir. Il rappelle que le Projet Régional de Santé englobe toutes les dimensions de la santé.

Relations publiques/privées : le rôle de l'ARS est d'assurer l'équilibre des différentes structures en attribuant des activités à chacun. Les statuts s'effacent en fonction de l'organisation.

Lien local/régional : l'essentiel de l'action est bien local. L'enjeu du futur est basé sur une animation locale. La coordination avance avec les initiatives locales. Il est par ailleurs nécessaire de changer un certain nombre d'outils, de susciter l'envie de faire ensemble pour une évolution.

Un schéma hospitalier se traduit par des autorisations, le ciblage d'une activité dans certains domaines (exemple : aval des urgences), le besoin d'innover et d'expérimenter sur le plan local afin d'identifier les écarts pour apprendre à mieux faire demain.

Le système actuel n'est pas construit avec ces idées d'où un besoin d'adapter les outils existants en vue d'une amélioration.

3^{ème} partie – Les orientations pour l'Essonne

Cette partie est présentée par M. SOUMARÉ Demba (Responsable du département Établissements de santé à la Délégation territoriale de l'Essonne).

1) Diagnostic départemental (Éléments généraux, offre de santé et offre hospitalière)

L'Essonne :

- Territoire avec des indicateurs sociodémographiques plus favorables que la moyenne francilienne mais avec des zones de fragilité.
- Environnement hétérogène et une opposition nord /sud.
- Démographie médicale de ville préoccupante tant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes.
- Taux d'équipement médicosocial supérieur à la moyenne régionale.

- Offre de prévention et promotion de la santé diversifiée.
- Implication forte des acteurs de terrain et des collectivités locales.

Présentation de l'offre hospitalière

7 établissements publics de santé :

- 6 MCO,
- 6 en SSR,
- 1 EPS psychiatrie,
- 2 en psychiatrie de secteur).

6 établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) :

- 3 MCO,
- 6 en SSR (dont 1 en SSR pédiatrie),
- 1 en psychiatrie.

21 cliniques :

- 11 MCO,
- 12 en SSR,
- 4 en psychiatrie.

2 établissements de l'AP-HP: prise en charge des personnes âgées en médecine, soins de suite.

2) Les enjeux

Adapter le parcours de santé aux besoins des Essonnais

Les points forts, aujourd'hui :

- offre de proximité dense,
- maillage efficace en site d'urgences et en établissements de court séjour,
- couverture graduée en périnatalité avec la structuration d'un réseau départemental,
- offre d'hospitalisation complète dense en psychiatrie adulte,
- prise en charge en cardiologie infantile,
- présence d'un service labellisé SOS mains.
- Taux de fuite le plus faible de la région en soins de suite.

Les points à améliorer :

- recrutements dans certaines spécialités : psychiatrie, anesthésie, radiologie...
- améliorer l'attractivité des établissements de l'Essonne
- développer l'offre en ambulatoire en soins de suite
- parachever les organisations prévues en psychiatrie : relocalisation des unités d'hospitalisation des secteurs
- développer les soins intensifs de psychiatrie
- installer les implantations autorisées en pédopsychiatrie
- accès aux soins des plus démunis

3) Les grands chantiers prioritaires

Renforcer la qualité de l'offre par la coopération des acteurs

- CHSF : Accompagnement au développement de partenariats.
- Accompagnement des restructurations et coopérations entre les établissements.

En cours :

- communauté hospitalière de territoire Nord-Essonne (Orsay-Longjumeau-Juvisy)
- centre Hospitalier Sud-Essonne (Dourdan-Etampes)

- Maintenir le rôle des établissements privés de référence.
- Soutenir la réorganisation des établissements les plus fragiles.

- Redynamisation des filières :
 - gériatriques,
 - cancérologiques,
 - urgences.

- Suivi de l'offre de soins en périnatalité.
- Autres coopérations dans certaines disciplines :
 - cardiologie interventionnelle
 - radiothérapie
 - télé médecine
 - biologie

ANNEXE 1 -Les implantations départementales prévues

Nombre d'implantations par spécialités **inchangé** :

Médecine : hospitalisation complète et hospitalisation de jour

Périnatalité :

- hospitalisation de jour
- néonatalogie de type IIA
- néonatalogie de type IIB
- néonatalogie de type 3
- médecine d'urgence
- SAMU
- SMUR
- structures d'urgences pédiatriques
- cardiologie
- AVC
- soins intensifs
- Permanence Des Soins en Établissements de Santé (PDSSES)
- SSR : hospitalisation complète
- Psychiatrie
- Soins de longue durée
- Soins palliatifs

Nombre d'implantations par spécialités **en hausse** :

- EML :
 - Scanners (machines +2 sites géographiques + 1)
 - IRM (machines +5 ; sites géographiques + 2)
- IRC (+ 3)
- SSR : hospitalisation de jour (de 12 à 19)

Nombre d'implantations en **baisse certaine** (l'activité ne sera plus autorisée sur certains sites (diminution de 8 à 6) tout en maintenant le nombre global de lits :

- Réanimation

Nombre implantations en **baisse possible**

Cancérologie	Situation actuelle	Situation future	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute
Chirurgie digestive	9	7	9
ORL et CMF	2	2	2
Gynécologie	6	5	5
Sein	8	6	7
Thoracique	1	1	1
Urologie	7	6	7
Radiothérapie	2	2	2
Chimiothérapie	8	7	8
Chirurgie hospitalisation complète	14	12	14
Chirurgie hospitalisation de jour	13	12	13
Périnatalité de type 1	12	10	12
Surveillance continue	14	10	14
Structures des urgences	11	10	11

ANNEXE 2 - Les implantations régionales

Les projets d'implantations pour l'Île-de-France

	Situation actuelle	Situation future	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute
Chirurgie	167	150	162
Médecine	222	211	220
Urgences adultes	89	84	87
Urgences pédiatriques	32	32	32
SMUR	37	35	38

	Situation actuelle	Situation future	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute
Réanimation adulte	73	64	68
Réanimation pédiatrique	7	7	7
Surveillance continue	135	111	135
USINV	19	19	19

Cardiologie	Situation actuelle	Situation future	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute
Usi cardiologie	54	49	51
Cardiologie			
Rythmologie	19	19	20
Cardiopathie de l'adulte	35	33	35
Cardiopathie de l'enfant	3	3	3
Chirurgie cardiaque adulte	8	8	10

	Situation actuelle	Situation future	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute
Réanimation adulte	73	64	68
Réanimation pédiatrique	7	7	7
Surveillance continue	135	111	135
USIC Cardiologie	54	49	51
USINV	19	19	19

Cancérologie	Situation actuelle	Situation future	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute
Chirurgie digestive	104	84	99
ORL	46	40	46
Gynécologie	59	47	54
Sein	79	66	74
Thoracique	21	16	20
Urologie	73	61	71
Radiothérapie	27	22	26
Chimiothérapie	89	82	88

SSR	Situation actuelle	Situation future	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute
Adultes	197	190	195
Enfants	19	17	18

Multiples modifications par ailleurs avec pour l'essentiel plus d'hôpital de jour et plus de structures pour des malades neurologiques.

Soins palliatifs	Situation actuelle	Situation future	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute
Unité soins palliatifs	25	25	28
Lits identifiés	89	90	92
Equipe mobile	70	70	73

EML	Situation actuelle	Situation future	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute
Scanner	213	239	239
IRM	155	211	211
Gamma caméras	89	89	89
PET Scan	27	40	40

Psychiatrie générale	Situation actuelle	Situation future	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute
Hospitalisation complète	97	94	101
Hospitalisation de jour	154	152	163
Hospitalisation de nuit	36	35	37
Placement familial	34	31	34
Appartements thérapeutique	20	20	25
Centre de crise	21	21	27

Psychiatrie infanto-juvénile	Situation actuelle	Situation future	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute
Hospitalisation complète	29	29	24
Hospitalisation de jour	98	98	106
Placement familial	22	22	29
Centre de crise	6	6	10

M. BREIL (*Directeur de l'Institut hospitalier Jacques CARTIER*) précise que bien qu'il ne s'agisse pas d'un schéma d'implantations, e nombreux changements d'implantations surviendront toutefois. Face à cette réalité, il interroge sur les soutiens qui seront proposés aux établissements en difficultés ?

M. GALINAND (*représentant des associations de retraités et personnes âgées*) intervient pour signaler l'absence de formations en gérontologie pour les directeurs et les personnes soignants dans les établissements accueillants des personnes âgées.

L'état psychologique des personnes âgées en EHPAD se dégrade de plus en plus à la limite de la démence, mais ne relevant pas de la psychiatrie. Le personnel n'est pas formé pour prendre en charge ces personnes. Il faut prévoir dès maintenant cette nouvelle pathologie.

Mme LUBELSKI (*Pédiatre - représentant des médecins libéraux*) : soulève le problème de l'obligation de passer par les urgences pour une hospitalisation. Ce principe entraine inéluctablement une augmentation des temps d'attente.

Pour la néonatalogie, il n'y a pas de changement d'importance. Le SROS périnatal prévoit que chaque femme enceinte dès le début de sa grossesse soit orientée vers une maternité en fonction de la présence ou de l'absence de facteur de risque médicaux et psychosociaux, avec une adaptation tout au long du suivi. Si les plans sont normalement appliqués les problèmes liés à l'absence de place en maternité ne devraient plus se présenter.

Pour répondre à la question portant sur les certificats médicaux, elle précise qu'il n'est pas nécessaire de présenter un certificat à l'école pour les absences liées à une pathologie courante (exemple : la gastroentérite). La loi fixe quels sont les certificats obligatoires et une circulaire a été adressée à toutes les structures accueillant les enfants précisant les cas nécessitant un certificat.

Mme LAMOTH (*représentant des communautés de communes*) : fait remarquer que l'acteur principal a été oublié dans le débat à savoir : le patient et sa liberté de choix. Il est vrai que la démographie médicale est inquiétante, et reste difficile à gérer, il ne faut cependant pas oublier le patient et son information. Il est très souvent perdu dans la masse d'informations d'où l'importance de savoir assurer cette transmission.

Elle regrette que le regroupement du CHSF passe par la suppression de services (exemple cité : SSR) et pense que la population éloignée du nouvel hôpital peut se faire soigner dans un hôpital d'un autre département proche de son domicile.

M. ECHARDOUR : le passage par les urgences pour une hospitalisation n'est pas une règle. Il faut avant tout privilégier les circuits courts. La décision d'un passage ou non est prise au cas par cas. Dans le cas où le problème est déjà identifié et qu'il n'y a pas besoin d'une nouvelle analyse de la situation, le passage systématique par les urgences n'est pas nécessaire.

Mme BURGEI (*Déleguée territoriale de l'Essonne ARS*) : l'attractivité des sites est un enjeu majeur pour les patients autant que pour les professionnels de santé. Pour que les intérêts de ces deux acteurs coïncident, il convient :

- que les activités proposées soient de qualité, sécurisées et reconnues sur leur territoire ;
- que les patients est l'information nécessaire pour la réalisation d'un choix éclairé en termes de prise en charge afin qu'ils puissent s'orienter et/ou être orienté sur les établissements les plus efficaces pour prendre en charge leur pathologie.

L'objectif de l'ARS est d'accompagner la mutation pour tous les établissements publics et privés.

Mme RAUZE : L'implantation des structures implique une réflexion en faveur des indicateurs sanitaires défavorables dans le département. La suppression d'une bonne maternité de type 1 à cause d'indicateurs négatifs peut entraîner une aggravation de la situation.

S'il n'y a pas d'adéquation avec les indicateurs que se passe t-il ? Comment améliorer ces indicateurs ? Elle rappelle son intérêt pour le service public et expose le cas de l'hôpital de Juvisy qui risque une fermeture alors que les problèmes de cet hôpital viennent des emprunts toxiques réalisés (18 millions d'euros). Que fait-ton pour cet hôpital ?

Mme TRIOLLET (*représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux*) : dit son inquiétude suite à cette présentation qui décrit une « bonne situation » de notre département. Quel mode de calcul a été utilisé pour arriver à ces conclusions ? En tenant compte des besoins réels de la population, le département est-il suffisamment équipé ?

M. ECHARDOUR : il n'y a pas de lien entre le nombre d'implantations et les résultats sanitaires. Certains critères sont pris en compte dans le choix des implantations par exemple le taux de mortalité dans le suivi des grossesses ; la faiblesse de l'activité d'un site est un critère déterminant pour la décision de maintien ou non l'activité d'un site pour la chirurgie du cancer du sein.

Si on persiste à défendre toutes les structures, on devrait s'attendre à voir des disparitions de sites liées à un manque d'activités ou à un manque de professionnels.

L'ARS a opté pour une offre équitablement répartie. De façon générale, plus une équipe est attractive, plus sa qualité sanitaire s'améliore.

L'objectif est de déterminer « comment améliorer des indicateurs défavorables » ?

M. DE MONTGOLFIER (*représentant des personnes morales gestionnaires des établissements sanitaires privés à but non lucratif*) : la coopération inter-métier n'avance pas. Pourtant, c'est l'une des solutions majeures pour répondre à la difficulté de recrutement des médecins en SSR ou EHPAD par exemple. Il faut promouvoir ces coopérations sur le terrain. L'ARS a un rôle à jouer pour faire avancer le dossier de la coopération.

Mme DELEUZE-DORDRON (*représentant des personnes morales gestionnaires des établissements de l'AP-HP*) : de nombreuses activités et de nombreux professionnels de santé rencontrent des difficultés, les soins de suites et de réadaptation, la prise en charge à domicile, les kinésithérapeutes, les infirmiers... Quel est l'avenir des établissements ? Elle insiste sur l'obligation d'une bonne coordination en amont et en aval pour avoir de bons résultats.

M. ECHARDOUR : rappelle que pour faire face au manque de professionnels de santé, la formation de nombreux médecins est en cours. D'autres métiers paramédicaux restent en difficultés donc un rééquilibrage s'avère nécessaire en faveur de ces métiers. L'avenir passe par un secteur de ville plus et mieux organisé et ce bien que la tarification ne soit pas encore adaptée. Il est nécessaire d'innover, de créer, la contribution de chacun est nécessaire. L'ARS régule mais l'intelligence de la situation doit également venir du terrain.

Mme MOUTTE : s'inquiète de l'éventuelle suppression des urgences de Juvisy (hypothèse basse du SROS -1 site). L'établissement souffre des conséquences des emprunts toxiques, la construction des nouveaux bâtiments a été stoppée, du financement T2A. Cet hôpital a besoin d'un équilibre dans ses dépenses. Le CHSF rencontre également des difficultés liées à son financement, les problèmes du SSR à l'hôpital de Longjumeau. L'hôpital de Juvisy n'a pas de problèmes liés à son attractivité, c'est l'hôpital le mieux situé dans son territoire. Comment expliquer la fermeture de l'établissement aux citoyens ?

Elle demande de ne pas sacrifier les établissements pour des raisons purement comptables.

Mme BURGEI : rappelle que la maternité de Juvisy a été fermée pour des raisons de sécurité. Il n'est pas question de fermer l'hôpital de Juvisy, ni de le transformer en EHPAD. Néanmoins, la solvabilité de la structure est fragilisée par les « emprunts toxiques » souscrits. L'établissement, comme l'ARS, est lié à ces engagements. Une solution est recherchée par l'ARS et le directeur mais elle ne peut s'affranchir du contexte budgétaire français et du cadre légal.

Mme BARROS (*représentant des infirmiers libéraux*) : attire l'attention sur le fait que de nombreux médecins et paramédicaux sont formés en Île-de-France mais que l'on assiste en parallèle à une fuite hors région de ces professionnels. Il faut trouver une solution pour favoriser leur maintien dans la région.

M. ECHARDOUR : la fuite n'est pas avérée pour les médecins mais pour les paramédicaux oui.

Mme GAUSSENS (*représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux*) : la continuité des soins est nécessaire. Elle est inquiète sur la méthode utilisée et propose de mettre la priorité sur un travail local pour un vrai parcours de santé. Il y a trop de cloisonnements notamment financiers, qui va décloisonner ?

Face aux difficultés juridiques et financières, elle fait part de son inquiétude, que dans 50 ans on en soit encore au même point. Pas besoin de plans pour tout : on peut évaluer l'existant puis déterminer ce qu'il faut faire pour que cela évolue. Elle dit rester sur sa faim suite à cette présentation. Elle attendait des réponses concrètes qu'elle estime ne pas avoir obtenues. Ses interrogations demeurent : comment faire pour mettre en place cette coopération, comment mettre fin aux barrières ?

Mme BURGEI rappelle que l'offre de soins n'est pas le déterminant majeur de l'état de santé des populations. C'est la raison pour laquelle l'ARS accorde énormément d'importance à la réflexion sur les parcours de santé, de la prévention (y compris environnementale) à la prise en charge sanitaire).

La complexification du système de santé, le virage épidémiologique, nous conduit à penser l'organisation de la santé autrement en cherchant à recenser, à valoriser et à consolider les expériences qui fonctionnent. Les évolutions réglementaires en termes d'activités, de financement ...ne seront plus seulement le fruit d'une réflexion verticale mais bien d'un échange entre les acteurs du système (patients, élus, professionnels, établissements...) de santé et le

législateur. Il s'agit bien d'une nouvelle gouvernance, exigeante, mais qui n'a pas d'autre choix que de réussir dans un contexte difficile.

Travaillons autrement, travaillons mieux, informons.

Monsieur PULIK fait un point d'information sur la composition du bureau. L'article 5 du règlement intérieur stipule qu'en cas de démission ou de perte de mandat d'un membre du bureau, autre que le président et le vice-président de la conférence de territoire, survenant au cours des deux premières années après l'installation de la conférence, on ne procède pas à de nouvelles élections. Le remplacement est assuré par le membre non élu, s'étant présenté comme candidat au bureau et ayant obtenu le plus de voix, immédiatement après le dernier élu».

En application de cet article, deux nouveaux membres ont été nommés pour remplacer deux départs. Messieurs Philippe NASZALY et Olivier FOUQUET remplaceront les docteurs Jean-Christophe PAQUET et Michel VARROUD-VIAL.

Le président met fin à la séance en annonçant que la prochaine conférence de territoire aura lieu le jeudi 29 novembre 2012. Le point à l'ordre du jour est la présentation territorialisée de l'articulation des différents schémas.

Fin de la séance à 12h40.