



# **Conférence de Territoire du Val d'Oise**

**25 octobre 2012**

# Présentation du SROS – Volet Hospitalier

# SOMMAIRE

- **ELEMENTS PREALABLES**
- **LE DIAGNOSTIC REGIONAL ET LES PRINCIPALES ORIENTATIONS**
- **LES ORIENTATIONS TERRITORIALES**

# 1ère partie : ELEMENTS PREALABLES

1. SROS et PRS
2. La dimension juridique
3. Les différents volets
4. Les modalités de préparation

## 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.



## — 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

## — 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	

## — 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 ?

# 2ème partie : DIAGNOSTIC REGIONAL ET PRINCIPALES ORIENTATIONS

1. Le diagnostic régional
2. Les enjeux
3. Les grandes tendances du schéma
4. Les implantations

## — 2<sup>ème</sup> partie

### 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.

Source Antoine Flahaut

## — 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 dépistage, 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 (vieillissement et chronicité) et intrication du problème médical et de la dimension sociale ;
  - Séquences de soins plus nombreuses et bénéficiaires plus diversifiés (patients, entourage, aidants).

## — Evolution des ALD 2010/2009

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

## — L'hospitalisation en Ile-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.



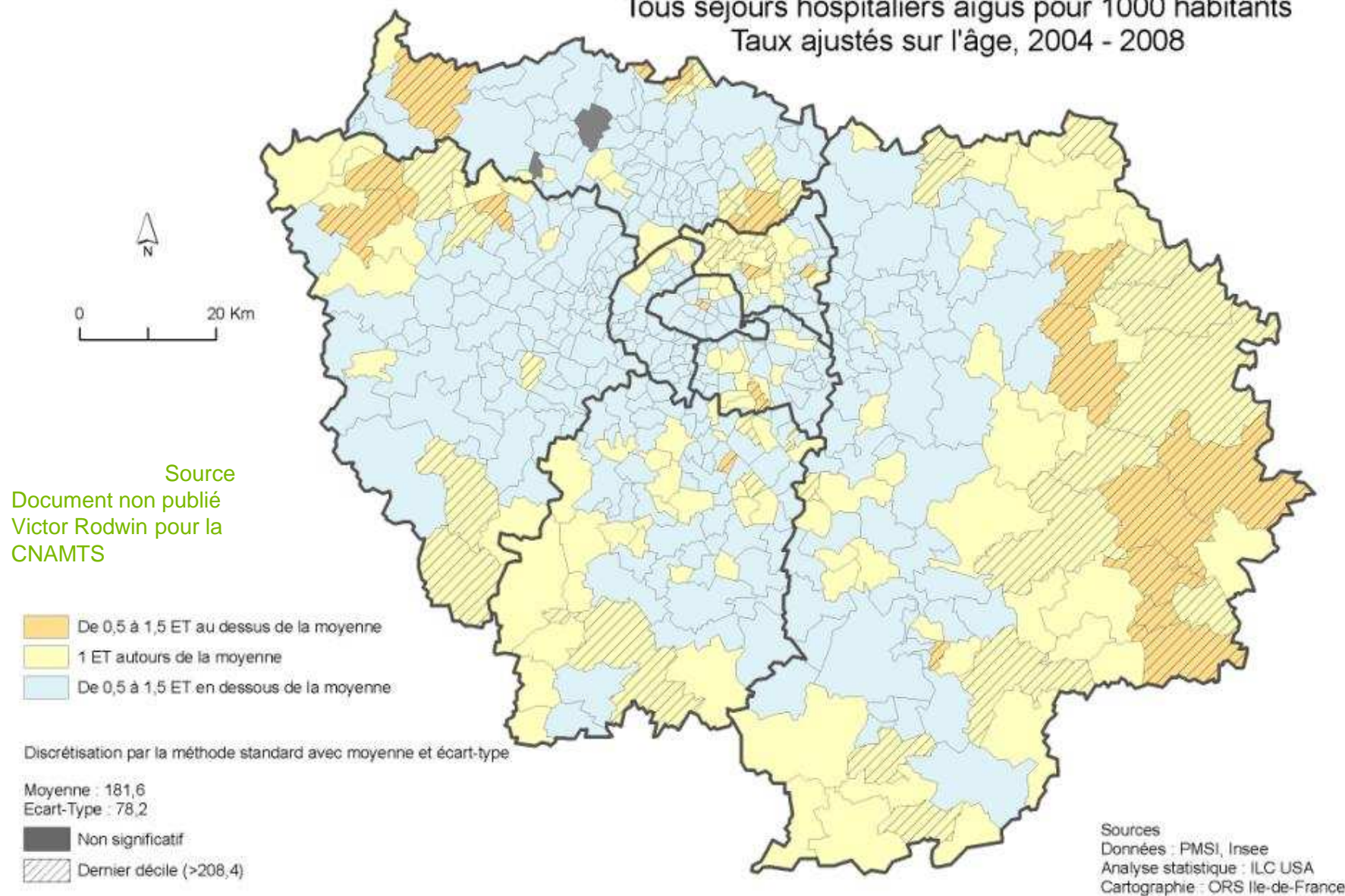
## — Recours, flux régionaux et parts de marchés

- 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 Ile-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 métro. et DOM	628	100	100
Sources : CNAMTS-SNIIR-AM, PMSI-MCO Calculs : DREES Année 2009. MCO euros /habitant			

# Tous séjours hospitaliers aigus pour 1000 habitants Taux ajustés sur l'âge, 2004 - 2008



## — 2<sup>ème</sup> partie

### 2. Les enjeux

## — 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
<b>Médecine Générale</b>	18 617	44,48%	Improbable
<b>Pédiatrie</b>	2 155	45,29%	Improbable
<b>Cardiologie</b>	1 580	44,49%	non
<b>Imagerie</b>	1 968	42,9%	non
<b>Psychiatrie</b>	4 226	53,95%	non
<b>Anesthésie-réanimation</b>	2 185	49,38%	non
<b>Total spécialités chirurgicales</b>	4 957	47,63%	Improbable
<b>Total spécialités médicales</b>	10 576	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'efficience du système : une meilleure utilisation du temps soignant



## — Les réponses en débat

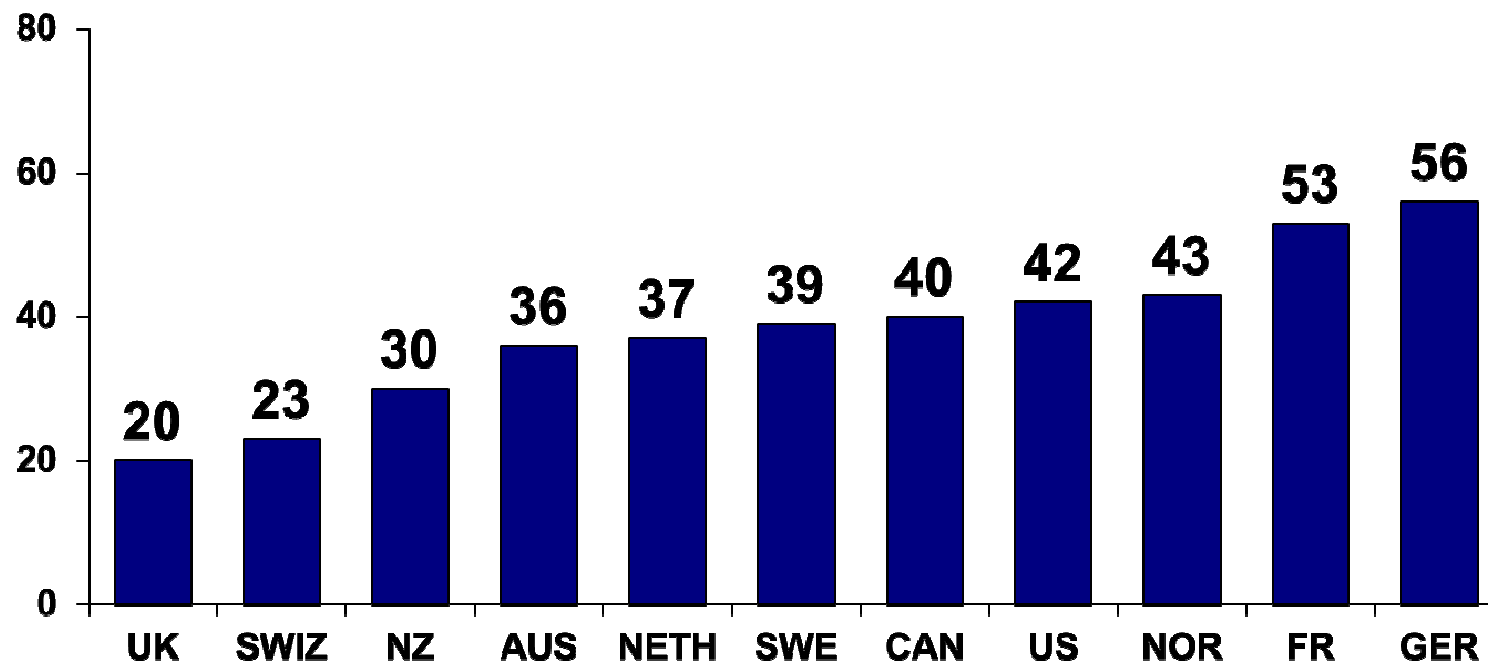
- Une responsabilisation territoriale des facultés de médecine ;
- Une coopération entre établissements attractifs et moins attractifs pour partager une responsabilité de recrutement et de temps médical ;
- Les réorganisations d'activité et la promotion des métiers ;
- Une cible prioritaire : les départements 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.

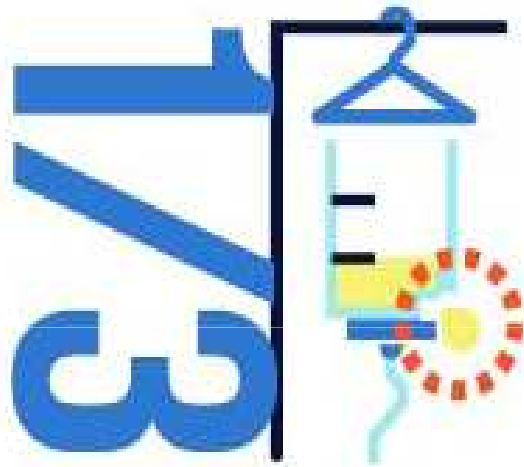
## — % de patients ayant fait l'expérience d'un défaut de coordination\* durant les deux dernières années



\* Résultats d'examens ou dossiers non disponibles lors de la consultation, prescription d'examens déjà réalisés, professionnels de santé ne s'étant pas communiqués une information importante, spécialiste n'ayant pas une information sur les antécédents et/ou médecin traitant non informé de la prise en charge

Source: 2011 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults in Eleven Countries.

## — 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.

IOM (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**



## — Recommendation 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.”

IOM (Institute of medicine) :

Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America



## — 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'Ile-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.

## — II<sup>ème</sup> partie

### 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)
- Education 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, oncologie, maladies mentales, périnatalité)*
- *Prises en charge mixtes variables selon les domaines*
  - *IRC ou oncologie 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'Ile-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 antenatal*

# — 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 intrahospitalière : 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 relèvent 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 inconnue 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'hospitalisation 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 et est une activité de proximité
- La notion de besoin est double :
  - difficile à évaluer et à quantifier 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 pour certaines structures*
- *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, télémedecine)*
- Des situations à dimension éthique

# — Les orientations

- La poursuite du renforcement en imagerie avec des critères sélectifs. Tendances 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 télémedecine*

## — 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

Urgences  
Cardiologie  
Obstétrique  
Assistance médicale à la procréation  
Diagnostic prénatal  
Génétique

## Domaines avec réorganisation majeure

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

## — Les missions de service public (2)

- 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'offreurs 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.
- Evolutions possibles du document avant adoption finale

— 3ème partie :  
**Le SROS territorialisé  
dans le Val d'Oise**

## — Les besoins du territoire

- **Des besoins existants** : un bassin populationnel de + de 1.168 000 habitants à desservir
- **Une population qui connaît parfois des difficultés liées :**
  - à la **précarité**, notamment bassin de vie de Beaumont (IDH2 < 0,5)
  - à l'**isolement** (zone rurale du Vexin)
- **Une offre de santé qui tend à se réduire :**
  - **non remplacement de médecins à venir**
    - 64 % des chefs de service (soit 16) ont + 55 ans au CHIPO,
    - 41 % des chefs de service (soit 20) au CH de Pontoise
    - 15 % des chefs de service (soit 2) au CH de Carnelle
  - **Une raréfaction des professionnels médicaux en zone rurale** (30 % d'entre eux ont plus de 55 ans),
    - notamment au Vexin : densité des médecins généraliste < à 58,1 pour 100 000 habitants dans certains cantons.

## — Les besoins du territoire

- **Une difficulté d'attractivité** des établissements du Val d'Oise liée à la proximité avec l'agglomération parisienne
  - Taux de fuite en médecine et chirurgie : 30 %
- **L'expression d'un besoin de prise en charge globale et mieux coordonnée** émanant des usagers



## — L'offre sanitaire dans le Val d'Oise

### ➤ Offre sanitaire départementale :

- 3 931 lits et places en court séjour
- 2 079 lits et places en SSR
- 1 350 lits et places en psychiatrie

### ➤ L'offre sanitaire répond aux besoins de la population (sauf en psychiatrie)

### ➤ L'offre est relativement bien organisée :

- de grosses structures concentrent une part importante de l'activité de court séjour (> 80%).
- L'offre privée s'est concentrée
- effet structurant de la PDSES sur les urgences et la chirurgie

## — L'offre sanitaire dans le Val d'Oise

- **Ce contexte associant offre hospitalière construite, raréfaction des ressources médicales et impératifs d'efficience économique, amène ce SROS moins à créer de nouvelles implantations qu'à rechercher l'amélioration des organisations de soins existants**



# **Un SROS avant tout d'organisation**

**I. Une relative stabilité des implantations**

**II. L'innovation du SROS : le concept de « l'hôpital réseau »**

**III. Les orientations du SROS par grandes spécialités**



## I. Une relative stabilité des implantations



## Evolution d'implantations prévue au 13 septembre 2012

	Suppression d'implantations prévues	Implantations supplémentaires prévues
<b>Chirurgie</b>		
HC	2	0
HJ	1	
<b>Médecine</b>	0	0
<b>Urgences</b>	0	0
<b>SAMU</b>	0	0
<b>SMUR</b>	0	0
<b>Réanimation</b>	0	0
<b>Surveillance continue</b>	0	2
<b>USINV</b>	0	0
<b>Gynéco-obstétrique</b>	0	2 HJ
<b>AMP</b>	0	0
<b>DPN</b>	0	0
<b>Orthogénie</b>	0	0
<b>cardio T1</b>	0	1
<b>cardio T2</b>	0	0
<b>cardio T3</b>	0	0
<b>USI cardio</b>	0	0
<b>Centre dialyse</b>	1	0
<b>Unité de dialyse médicalisée</b>	1	0
<b>autodialyse</b>	0	1
<b>dialyse à domicile</b>	0	0
<b>dialyse péritonéale</b>	0	2

## Evolution d'implantations prévue au 13 septembre 2012

	Suppression d'implantations prévues	Implantations supplémentaires prévues
<b>SSR adultes</b>		
indifférencié	0	0 HC / 3 HJ
locomoteur	0	0
neurologique	0	0 HC / 1 HJ
cardiologie	0	0
addictologie	0	0
affections respiratoires	0	0
digestif	0	0
onco-hémato	0	0
personnes âgées	0	0 HC / 5 HJ
<b>SSR enfants</b>		
locomoteur	0	0
neurologique	0	0
affections respiratoires	0	0
digestif	0	0
onco-hémato	0	0
<b>Psychiatrie adultes*</b>		
HC	0	0
HJ	1	0
HDN	0	1
Alternatives	0	3
Centre de crise	0	1

Evolution d'implantations prévue au 13 septembre 2012

	Suppression d'implantations prévues	Implantations supplémentaires prévues
<b>Psychiatrie enfants*</b>		
HC	0	1
HJ	0	0
HDN	0	0
Alternatives	0	3
Centre de crise	0	0
<b>Chirurgie des cancers</b>		
digestif	0	0
ORL	0	0
gynéco	0	0
sein	0	0
thorax	0	0
urologie	0	0
<b>Radiothérapie</b>	0	0
<b>Radiothérapie métabolique</b>	0	0
<b>Curiethérapie</b>	0	0
<b>Chimiothérapie</b>	0	0
<b>USP</b>	0	0
<b>EMSP</b>	0	1
<b>LISP</b>	0	1
<b>SSRS Soins palliatifs</b>	0	1
<b>Scanner</b>	0	1
<b>IRM</b>	0	2
<b>Gamma caméra</b>	0	0
<b>TEP</b>	0	0
<b>USLD</b>	0	1

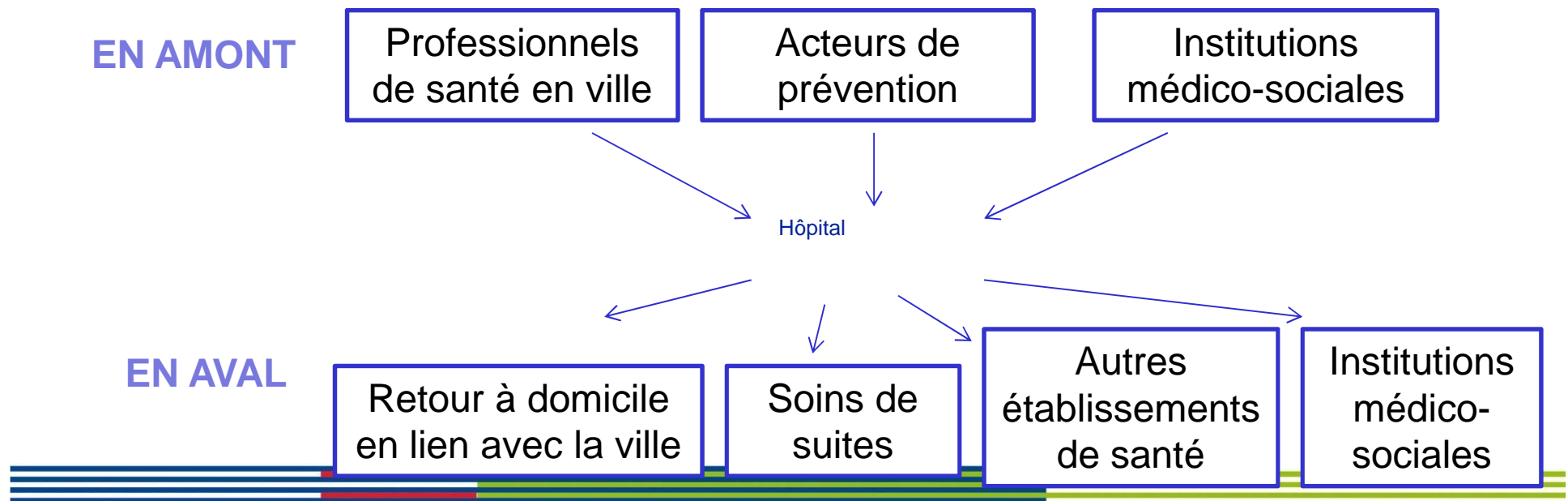
## **II. Une nouvelle approche : « l'hôpital en réseau »**





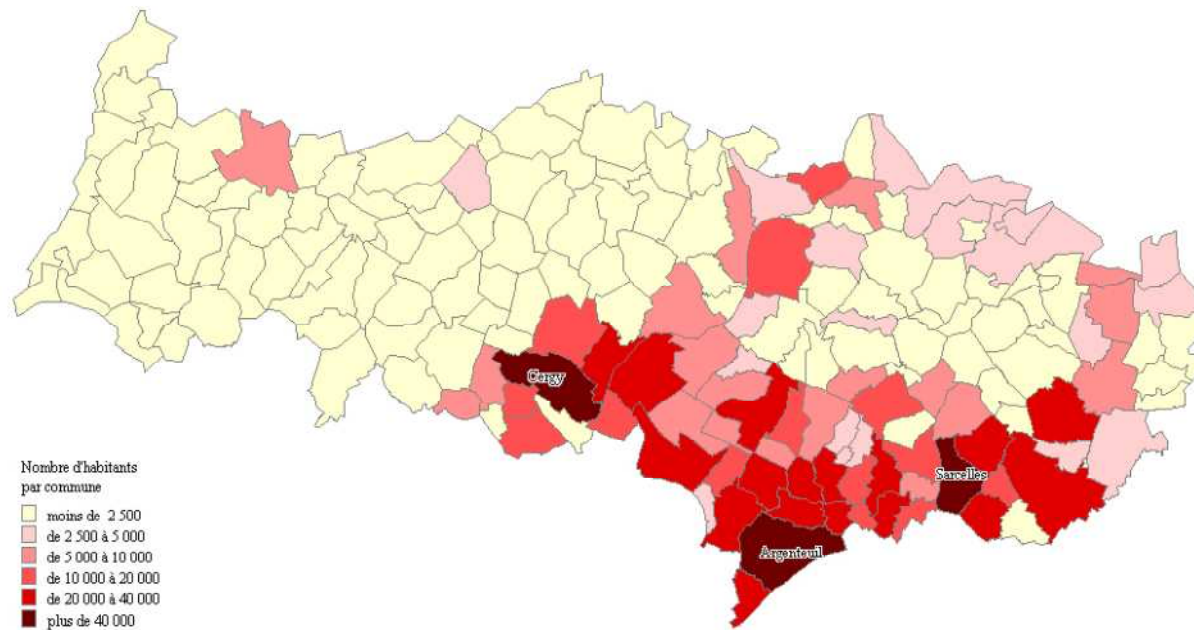
## — En réponse, le développement d'une nouvelle approche : « l'hôpital en réseau »

- **Objectif** : mieux coordonner le parcours du patient en développant la notion de prise en charge globale de l'aval, à l'amont de l'hospitalisation, l'hôpital constituant « un moment » de cette prise en charge.
- **L'hôpital, acteur de cette prise en charge, doit donc être ouvert sur son environnement et fonctionner en réseau.**



## — C'est sur ces fondements que s'organise l'offre de soins sur le territoire

### DÉMOGRAPHIE DE LA POPULATION DU VAL D'OISE



Source : recensement 2008 de la population INSEE

## — En effet, 3 dynamiques sont à l'œuvre dans le Val d'Oise

**A l'ouest :** un ambitieux projet de CHT se construit entre les CH de Pontoise, du CHIPO, du GHIV et de Carnelle

- Un GCS est d'ores et déjà conclu entre le CH de Pontoise et le CHIPO

**Au centre :** il appartiendra au GHEM et CH d'Argenteuil de donner une nouvelle impulsion à une collaboration déjà engagée

**A l'est :** le CH de Gonesse travaille déjà de manière coordonnée avec l'HPNP. Demain, d'autres partenariats devront se développer avec la Seine-Saint-Denis



## — Un exemple de travail en réseau déjà effectif : le rôle structurant de la PDSES

**Objectif et principe** : assurer la permanence des soins relative aux urgences chirurgicales de nuit

- Toutes les interventions non programmées après 22h sont conduites sur le site de référence pour être prises en charge.
- Le lendemain, si son état de santé permet le déplacement, le patient est repris en charge par l'établissement d'origine.

**Organisation retenue dans le Val d'Oise** :

- **A l'ouest** : organisation centrée autour du CH de Pontoise qui assure le rôle de tête de réseau. Le dispositif fonctionne depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, associant le CHIPO, la clinique Ste Marie et la clinique Conti.
- **Au centre** : mise en place d'un dispositif de garde alternée entre le CVH d'Argenteuil et le GHEM
- **A l'est** : collaboration public-privé entre le CH de Gonesse et l'HPNP. Le CH de Gonesse assurant le rôle de tête de réseau.

## — Objectif : fluidifier le parcours du patient entre l'amont et l'aval

### ➤ En utilisant le réseau des établissements hospitaliers afin de :

- Mieux organiser la filière d'aval pour la prise en charge en soins de suite
  - en mobilisant les CH de Carnelle et du GHI du Vexin en aval du MCO de Pontoise et du CHI des Portes de l'Oise
- Mieux adapter les prise en charge entre maternités de niveau I (Conti), II (CHIPO) et III (Pontoise)
- Conserver les réponses de santé de proximité
  - médecine et urgences au Vexin et à la clinique Ste Marie.



## — Plus largement, décliner un parcours de soins adapté aux populations

- En développant les liaisons entre l'hôpital et les autres acteurs en santé

3 thématiques retenues comme prioritaires par le SROS pour le Val d'Oise :

- Personnes âgées
- Santé mentale
- Périnatalité



# — Exemple d'intervention de l'hôpital dans le parcours de santé de la personne âgées dans le Val d'Oise

**Objectif** : limiter les hospitalisations évitables

**Méthode** : améliorer les liens :

- établissements de santé / professionnels de santé libéraux :
  - actions d'information, de formation et en favorisant la participation des chacun aux réseaux et filières
- établissements de santé / EHPAD :
  - développement des interventions des équipes mobiles de psychogériatrie (au sein des EHPAD)
  - développement des soins palliatifs en EHPAD, notamment par la formation des professionnels exerçant en EHPAD par les équipes mobiles hospitalières et les réseaux

## — **Mieux articuler l'intervention de l'hôpital avec les autres acteurs en santé mentale**

- **Favoriser les liaisons avec le secteur ambulatoire :**
  - en formant les professionnels au repérage, en constituant un « staff » afin d'améliorer la prise en charge des patients rencontrant un épisode aigu
- **Articuler le travail du secteur hospitalier avec les CSAPA,** afin d'améliorer la prise en charge psychiatrique des patients souffrant d'addiction
- **Favoriser les liaisons avec les partenaires sociaux** (structures d'hébergement, résidences sociales, CHRS), compte tenu de la prévalence des troubles psychiques chez les personnes en grande précarité
- **Améliorer la cohérence de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale :**
  - En favorisant le décroisement des acteurs médico-sociaux et le sanitaire par la mise en place d'une commission départementale



## — Mieux articuler la prise en charge hospitalière avec les autres acteurs dans le domaine de la périnatalité

- **S'appuyer sur le Réseau Périnatalité du Val d'Oise pour :**
  - mieux organiser les filières de prises en charge
  - favoriser l'implication des professionnels de ville
  - développer le suivi des nouveaux nés vulnérables

### **III. Les orientations du SROS par grandes spécialités**



## — La médecine

- **Poursuivre le développement des liens Ville Hôpital** pour améliorer le parcours de soins notamment pour les pathologies chroniques
- **Développer l'accès aux soins palliatifs :**
  - installer les capacités autorisées non installées.
- **Installer les lits reconnus en surveillance continue et USINV**

## **Les urgences**

- **Maintien des sites existants**
- **Poursuivre les coopérations existantes inter-établissements**
- **Amélioration de l'articulation des urgences avec les Maisons Médicales de Garde (CH d'Argenteuil et Gonesse)**



## **L'imagerie médicale**

- **Développement de l'offre en imagerie médicale en coupes, IRM notamment, en veillant à :**
  - **l'accessibilité économique**
  - **la bonne répartition de l'offre sur le département**
  - **la participation de l'ensemble des acteurs à la PDS**
  - **améliorer les délais de rendez-vous**



## **La chirurgie**

- **Développement de la chirurgie ambulatoire** en particulier dans les établissements publics
- **Actions de communication** (EPU, travail en réseau ville-hôpital)
- **Dynamisation des équipes chirurgicales par une politique de recrutement innovante et de coopération.**
- **Sécurisation de la chirurgie carcinologique** (respect des autorisations et des seuils réglementaires)
- **Evolutions territoriales :**
  - Regroupement de plateaux techniques
  - Coopérations

## — La périnatalité



### **Respect de la gradation types I, II, III :**

- pour fluidifier les prises en charges,
- pour désengorger les niveaux III
- pour limiter les transferts



### **S'appuyer sur le réseau :**

- pour mieux organiser les filières de prises en charge
- pour favoriser l'implication des professionnels de ville
- pour développer le suivi des nouveau-nés vulnérables



### **Nécessité d'objectiver le besoin de prise en charge psychiatrique mère-bébé en hospitalisation complète.**



### **Veiller au maintien d'une offre accessible en IVG**



## — La psychiatrie

- **4 nouvelles implantations de pédopsychiatrie**
  - 1 HC,
  - 3 structures alternatives (placements familiaux)
- **5 nouvelles implantation en psychiatrie gébnérale**
  - 1 HDN (unité mère bébé)
  - 3 structures alternatives (postcure, placement familial, appartement thérapeutique)
  - 1 centre de crise
- **Renforcement des structures actuelles** afin de répondre aux spécificités locales (enfance, adolescence, gérontopsychiatrie) et dans le respect du parcours de soins du patient



## **Le SSR**

- **Résoudre les problématiques de filières :**
  - décroisement du secteur médico-social avec le champ SSR (soins de suite et de réadaptation)
  - utilisation de l'outil trajectoire par les établissements
- **Développer les alternatives à l'hospitalisation complète**
- **Installer l'ensemble des autorisations (cardiologie, addictions)**
- **Poursuivre la mise en place des filières gériatriques**



## — En conclusion

L'ambition de l'ARS au niveau des territoires est bien de maintenir des offres de proximité, fonctionnant en réseau, regroupées de manière optimale et à même de répondre aux défis et objectifs de l'hôpital d'aujourd'hui et de demain dans un contexte de raréfaction des ressources médicales.

Nous vous remercions de votre attention



## ANNEXES

# Les implantations régionales



## — Les projets d'implantations pour l'Ile-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

## — Les projets d'implantations pour l'Ile-de-France

	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

## — Les projets d'implantations pour l'Ile-de-France

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
- Cardiopathies de l'enfant	3	3	3
Chirurgie cardiaque adulte	8	8	10

## — Les projets d'implantations pour l'Ile-de-France

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

## — Les projets d'implantations pour l'Ile-de-France

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



## — Les projets d'implantations pour l'Ile-de-France -

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

## — Les projets d'implantations pour l'Ile-de-France

Soins palliatifs	Situation actuelle	Situation future	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute
Unité Soins Palliatifs	25	25	28
Lits identifiés	89	90	92
Equipes mobiles	70	70	73

## — Les projets d'implantations pour l'Ile-de-France

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

## — Les projets d'implantations pour l'Ile-de-France

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 thérapeutiques	20	20	25
Centre de crise	21	21	27

## — Les projets d'implantations pour l'Ile-de-France

Psychiatrie infanto juvénile	Situation actuelle	Situation future	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute
Hospitalisation complète	29	29	34
Hospitalisation de jour	98	98	106
Placement familial	22	22	29
Centre de crise	6	6	10

Ce document est disponible sur le lien suivant :

<http://prs.sante-iledefrance.fr/>

