

Direction générale
de l'offre de soins

**Guide méthodologique
pour l'élaboration
du SROS-PRS**

version 1



Liberté - Égalité - Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Document de travail

Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS)

Introduction	5
Partie 1 : Les enjeux de transversalité et d'articulation du SROS.....	6
A. Des enjeux organisationnels pour mieux structurer l'offre de soins	7
1.1. Les modes de prise en charge substitutifs à développer	7
1. La chirurgie ambulatoire	7
2. La dialyse hors centre.....	8
3. L'hospitalisation à domicile	10
1.2. L'articulation entre la ville et les urgences.....	12
1.3. La permanence des soins hospitalière.....	14
1.4. La gradation des soins hospitaliers	18
1.5. La biologie médicale.....	21
1.6. La transfusion sanguine	23
B. Des enjeux de transversalité pour améliorer le parcours de soins.....	24
1.7. Les pathologies du vieillissement dont maladie d'Alzheimer et maladies apparentées	24
1.8. Les maladies chroniques.....	26
1.9. Les accidents vasculaires cérébraux	27
Partie 2 : L'offre de soins ambulatoire	28
2.1. Les principes d'action.....	28
2.2. La démarche	29
4. L'état des lieux	29
5. L'élaboration du diagnostic partagé.....	30
6. La définition de priorités autour d'organisations cibles.....	30
2.3. Mise en œuvre, suivi et évaluation du volet ambulatoire du SROS.....	31
1. La déclinaison des priorités en plans d'action	31
2. Le chiffrage financier.....	31
3. Le suivi de la mise en œuvre du SROS et l'évaluation des actions engagées	31
Partie 3 : L'offre de soins hospitalière.....	33
L'impact du contexte macro-économique sur l'offre de soins hospitalière.....	33
Une forme nouvelle pour un SROS plus opérationnel	34
Les outils mis à disposition.....	34
A. Activités de soins relevant des SROS.....	35
3.1. Médecine.....	35
3.2. Chirurgie.....	37
3.3. La périnatalité.....	39
3.4. Psychiatrie.....	41
3.5. Soins de suite et de réadaptation	43
3.6. Soins de longue durée	44
3.7. Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie	45
3.8. Médecine d'urgence.....	46
3.9. Réanimation, soins intensifs et surveillance continue	48
3.10. Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale.....	50
3.11. Traitement du cancer	52
3.12. Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	54
3.13. Imagerie médicale.....	55
3.14. Soins palliatifs	57
3.15. Soins aux détenus.....	59
B. Les missions de service public	60
1. Diagnostic : inventaire des établissements et évaluation du besoin non couvert	60
2. Procédure d'attribution.....	64
C. Activités de soins relevant des SIOS ou des SROS en Ile de France et à la Réunion	65
3.16. Chirurgie cardiaque.....	65

3.17. Neurochirurgie.....	66
3.18. Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.....	67
3.19. Traitement des grands brûlés	68
3.20. Greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques.....	69
Annexes.....	70
Annexe 1 : Guide méthodologique du 6 août 2009 relatif à l'organisation de la permanence des soins hospitalière.....	71
Annexe 2 : Obligation de PDSH fixée dans le régime d'autorisation des activités de soins (hors urgences).....	72
Annexe 3 : Outils de mutualisation et d'optimisation des ressources médicales disponibles.....	75
Annexe 4 : Eléments de cadrage et de définition sur l'offre de soins ambulatoires.....	77
Annexe 5 : Exemples d'études, outils et méthodes d'analyse de l'offre et des besoins en soins de premier recours.....	79
Annexe 6 : Plans d'actions pour les zones sous-dotées	82
Annexe 7 : Gestion de la transition entre le SROS III et le SROS-PRS	85
Annexe 8 : Eléments de méthode pour la construction des OQOS volume	86
Annexe 9 : Modèle de présentation des thèmes et activités de soins	88
Annexe 10 : Méthodologie de chiffrage financier du SROS.....	89
Annexe 11 : Modalités actuelles de financement des activités correspondant aux missions de service public	90
Annexe 12 : Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé	93

Références

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id>

Décret 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022235390&categorieLien=idn>

Introduction

Le schéma régional d'organisation des soins instauré par la loi HPST comporte deux innovations majeures par rapport au schéma régional d'organisation sanitaire : son intégration à l'intérieur du Projet régional de santé (PRS) et l'extension de son champ de d'application à l'offre de soins ambulatoire. Par ailleurs son élaboration sera marquée par l'évolution du contexte macro-économique et impactera inévitablement la structuration de l'offre de soins hospitalière.

Le SROS, élément du PRS

Le SROS constitue désormais un outil opérationnel de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé, document comportant notamment l'évaluation des besoins de santé et de l'offre de soins et la détermination des orientations et objectifs stratégiques de la région en matière de santé.

Les modalités d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ne diffèrent pas de celles du schéma régional d'organisation sanitaire en ce qu'elles sont basées sur la concertation avec les professionnels de santé. En revanche, les modalités de consultation instaurées par la loi HPST sont élargies du fait de l'inclusion du SROS dans le projet régional de santé et de la création de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Le SROS doit donc être élaborée en cohérence voire même dans le cadre d'une approche intégrée avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention et l'organisation médico-sociale. Le présent guide, notamment dans son chapitre premier, apporte des éléments permettant une approche intégrée entre ces trois champs, dans l'objectif d'améliorer le parcours de vie et de soins des personnes.

La partie relative à l'offre de soins ambulatoire du SROS

L'élaboration de cette partie constitue un exercice nouveau : le présent guide fournit les éléments fondamentaux pour entreprendre la démarche et fonde son pilotage sur trois principes d'action.

Tout d'abord la construction du projet doit nécessairement être en lien et en concertation avec les acteurs de terrain : la dynamique de construction du projet est un élément déterminant de sa mise en œuvre. Le volet ambulatoire du SROS ayant une valeur essentiellement indicative, conformément aux termes de la loi, seules des priorités partagées avec les professionnels de santé libéraux et les élus locaux obtiendront la légitimité nécessaire à leur mise en œuvre sur le terrain. Ensuite l'approche pragmatique doit être privilégiée, dans un contexte de libre choix du patient et de liberté d'installation des médecins. Enfin, le champ de compétence du volet ambulatoire est large et dans le cadre de ce premier exercice il semble opportun de cibler les priorités d'action sur les zones fragiles où l'offre doit être consolidée et resserrée sur quelques projets structurants pour l'offre de soins de premier recours.

L'impact du contexte macro-économique sur l'offre de soins hospitalière

L'enjeu des SROS consiste à améliorer l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de la population, avec pour « fil conducteur » l'accroissement de l'efficacité des modes de prises en charge pour une meilleure qualité de soins dans le respect de l'ONDAM.

La restructuration de l'offre de soins hospitalière régionale doit être orientée sur l'évolution des modes de prises en charge, en optimisant l'offre existante notamment par l'amélioration de la gradation des plateaux techniques et le développement des modes substitutifs à l'hospitalisation complète. A cette fin, le présent guide formule des recommandations sur les principaux enjeux de structuration de l'offre de soins (cf. partie 1) et donne des éléments de cadrage nationaux synthétiques pour chaque activité de soins, en termes d'amélioration de l'accès aux soins, de qualité/ sécurité des soins et d'efficacité (cf. partie 3).

La priorité, lors de l'élaboration de la partie hospitalière, doit être la maîtrise du volume d'activité des établissements. A cet effet, deux moyens vont être mis en place pour conférer au SROS-PRS toute sa portée de régulation de l'activité : le chiffrage a priori des SROS et la mise en place d'un dialogue national sur la construction des OQOS en volume.

Partie 1 : Les enjeux de transversalité et d'articulation du SROS

La loi HPST structure le schéma régional d'organisation des soins (SROS) en deux volets, un volet relatif à l'offre de soins ambulatoire et un volet relatif à l'offre de soins hospitalière. Afin de garantir la transversalité entre les travaux sur les deux volets, certaines organisations et prises en charge ayant une valeur transversale et structurante de l'offre de soins, sont mises en lumière dans un chapitre préliminaire. L'objectif est d'étudier les enjeux qui ont un impact structurant sur l'offre de soins mais également sur les liens entre soins hospitaliers, soins de ville et secteur médico-social. Les enjeux sont donc organisationnels et liés aux parcours de soins.

Des enjeux organisationnels pour mieux structurer l'offre de soins

Certains enjeux ont un caractère organisationnel pour l'ensemble de l'offre de soins et méritent d'être étudiés dans leur globalité : ils figurent par conséquent dans un chapitre distinct du chapitre 3 sur le volet hospitalier, qui est présenté de façon segmenté par activité de soins pour répondre aux nécessités du droit des autorisations.

Les enjeux identifiés en termes organisationnels comme des leviers incontournables pour améliorer l'offre de soins, sont les suivants :

- les modes de prise en charge à développer (chirurgie ambulatoire, dialyse hors centre) ;
- l'hospitalisation à domicile (HAD), en tant que mode de prise en charge au développement récent, dont le périmètre doit désormais être mieux défini ;
- l'articulation entre la ville et les urgences ;
- la permanence des soins hospitalière (PDSH) ;
- la gradation des soins hospitaliers ;
- la biologie.

Des enjeux de transversalité pour améliorer le parcours de soins

Le SROS doit comporter une approche transversale pour organiser le parcours de soins en intra-établissement, mais également avec la ville et le médico-social. Pour cela, il est proposé quelques thèmes porteurs de transversalité permettant d'aborder le parcours de soins à travers les différentes composantes de l'offre en santé et de faire le lien avec les deux autres schémas.

Les thèmes prioritaires reprennent certains des domaines stratégiques proposés dans les éléments méthodologiques relatifs à l'élaboration du projet régional de santé :

- les pathologies du vieillissement dont la maladie d'Alzheimer ;
- la prise en charge de la chronicité ;
- la santé mentale.

Les ARS ont toute latitude pour choisir des thèmes supplémentaires dans leur SROS en fonction de leur diagnostic régional ainsi que la possibilité de traiter ces thèmes uniquement au niveau du PSRS.

Les modalités de coordination entre la ville et l'hôpital et éventuellement avec le médico-social, méritent d'être abordées autant que possible dans le cadre de chaque thème transversal et organisationnel afin que le SROS soit conçu de façon pragmatique et définisse des actions concrètes.

Les modalités de coordination ville-hôpital recouvrent notamment les aspects suivants :

- **l'articulation entre activité d'urgence et permanence des soins** : l'objectif est d'assurer la juste répartition entre ville et hôpital afin d'améliorer la fluidité de prise en charge des patients en amont des structures d'hospitalisation.
- **la réduction des hospitalisations injustifiées** : l'objectif est d'assurer que tous les moyens sont coordonnés autour du patient pour le maintenir autant qu'il est possible à son domicile (y compris lorsque celui-ci est un établissement médico-social) et limiter les hospitalisations à ce qui est nécessaire.

- **l'organisation des sorties des patients** : l'objectif est d'assurer que la sortie des patients est suffisamment anticipée, en lien avec la ville et le secteur médico-social pour assurer la continuité de la prise en charge et limiter les ré-hospitalisations.

A. Des enjeux organisationnels pour mieux structurer l'offre de soins

1.1. Les modes de prise en charge substitutifs à développer

1. La chirurgie ambulatoire

Orientations nationales

L'analyse des expériences tant françaises qu'étrangères souligne combien le développement de la chirurgie ambulatoire est une source d'amélioration des prises en charge des patients, de renforcement et d'amélioration de l'efficience de l'activité de chirurgie classique et d'optimisation des ressources humaines et financières. C'est pourquoi le développement d'une chirurgie ambulatoire substitutive à la chirurgie classique doit être une priorité pour les établissements de santé.

Pour ce faire, la politique tarifaire a rapproché pour 19 couples de GHM les tarifs des séjours réalisés en ambulatoire et des séjours réalisés en hospitalisation complète. Des objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire ont été définis au niveau national : ces objectifs doivent trouver leur traduction dans le SROS et dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé.

Levier

Directive aux ARS relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010

Dispositif de mise sous entente préalable pour justifier les GHS d'hospitalisation complète chez les patients ne pouvant pas bénéficier de prise en charge en chirurgie ambulatoire (l'article 37 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'année 2008 a ouvert la possibilité de soumettre à l'accord préalable, pour une période n'excédant pas 6 mois, un établissement de santé pour la réalisation de prestations d'hospitalisation s'il est fait « le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ». L'objectif de cette approche est le développement de la chirurgie ambulatoire pour 17 gestes marqueurs retenus à l'échelon national.

Fiche technique détaillant les modalités pratiques de ce dispositif, notamment l'organisation de la procédure contradictoire prévue par la loi :

http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/votre-caisse-val-d-oise/en-ce-moment/developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire_val-d-oise.php

Indicateur de suivi

Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs) (ind. CPOM)

2. La dialyse hors centre

Références

Décret n°2002-1197 du 23 septembre 2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000232864&dateTexte=>

Décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000780502&dateTexte=>

Circulaire DHOS/SDO n° 2003-228 du 15 mai 2003 relative à l'application des décrets n° 2002-1197 et 2002-1198 du 23 septembre 2002 (BOMSS 28 juin 2003 n°2003/2004, p. 105)

Lettre DHOS du 13 avril 2004, éléments méthodologiques relatifs à l'élaboration des volets des SROS relatifs au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale

Circulaire DHOS/O1 n° 2005-205 du 25 avril 2005 relative aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale (BO Santé 15 juillet 2005, n°5, p. 20)

Circulaire DHOS/E4/AFSSAPS/DGS n°2007-52 du 30 janvier 2007 relative aux spécifications techniques et à la sécurité sanitaire de la pratique de l'hémodiafiltration et de l'hémodiafiltration en ligne dans les établissements de santé (BO Santé n°2007/3 du 15 avril 2007, p. 51)

Orientations nationales

La diminution du nombre de patients autonomes vis-à-vis des générateurs de dialyse notamment du fait du vieillissement, se traduit par un frein au développement de l'hémodialyse à domicile et de l'auto dialyse simple. La croissance de la dialyse péritonéale reste très variable d'une région à l'autre et demeure inférieure aux autres pays de l'OCDE

➤ Améliorer l'accès aux soins

Rééquilibrer l'offre sur les territoires

Diversifier et renforcer l'offre de proximité en tenant compte de l'évolution des besoins de la population (vieillesse, perte d'autonomie, comorbidités), des contraintes de la démographie médicale et de l'évolution des technologies :

- Favoriser les prises en charge en unité de dialyse médicalisée (UDM) de proximité, étant rappelé que les textes réglementaires les encadrant n'exigent pas qu'une UDM soit accolée à un centre. Aussi les OQOS d'un centre et ceux d'une UDM doivent rester individualisés même lorsqu'ils se situent sur un même site. Renforcer les unités d'auto-dialyse (UAD) en zone de proximité en complément des activités d'UDM de proximité.
- Faciliter le développement de l'hémodialyse à domicile en bénéficiant des évolutions technologiques (nouveaux générateurs simplifiés)
- Faciliter l'accès à la dialyse péritonéale, en particulier, dans les structures de soins et d'hébergement (EHPAD).

➤ Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Assurer la sécurité sanitaire et la qualité des soins, notamment en ce qui concerne la surveillance et le suivi des patients pris en charge en privilégiant le recours à la télémédecine :

Référentiel de sécurité sanitaire applicable aux établissements de santé/DGOS, mise à jour 2010 : <http://www.sante-sports.gouv.fr/securite-sanitaire-dans-les-etablissements-de-sante-la-reglementation-applicable.html>

Conditions de mise en œuvre de la télémédecine en UDM, HAS janvier 2010)

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_914168/unites-de-dialyse-medicalisees-la-haute-autorite-de-sante-rend-ses-recommandations-sur-les-conditions-de-mise-en-oeuvre-de-la-telemedecine

➤ Améliorer l'efficacité

Contribuer à réduire les dépenses liées à la prise en charge des personnes dialysées (économies notamment sur les séances et transports)

Ces objectifs nécessiteront une évaluation et un diagnostic partagé de la mise en œuvre des SROS III dans chaque région et l'identification du développement respectif de chaque modalité de prise en charge en centre ou hors centre (unité d'auto-dialyse, unité de dialyse médicalisée, de dialyse péritonéale, dialyse péritonéale automatisée, dialyse péritonéale continue ambulatoire et hémodialyse à domicile). Cet état des lieux est indispensable compte tenu des fortes disparités régionales observées dans le cadre des SROS III. Il devra permettre de repérer et de valoriser les modalités d'organisation de la dialyse hors centre les plus efficaces. Dans cet objectif, un tableau de bord d'indicateurs, élaboré à partir des données du registre REIN, sera disponible pour les ARS.

Levier

[Directive aux ARS relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010](#)

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Favoriser la coopération ville-hôpital, plus précisément avec les infirmiers en exercice libéral

Favoriser les réseaux en associant la médecine générale, les cardiologues et les endocrinologues ; le cas échéant, par des liens avec le schéma régional de prévention pour le diabète, l'hypertension artérielle...

Préserver les liens IRC (dialyse péritonéale) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

S'appuyer sur les nouveaux leviers issus de loi HPST qui permet désormais à un établissement de santé public ou privé de signer un contrat d'exercice libéral avec un infirmier diplômé d'Etat (IDE) libéral pour les soins à domicile sur financement de l'ONDAM hospitalier, pour favoriser le développement de la dialyse péritonéale en institution (notamment EHPAD).

Indicateurs de suivi *(en attente de validation GT GDR)*

- Ratio des patients traités par dialyse péritonéale (DP) : nombre en DP / nombre de patients traités en dialyse (ind. CPOM)
- Taux de développement de la dialyse péritonéale pour les nouveaux patients en dialyse : nombre de nouveaux patients traités par DP / nombre de nouveaux patients traités par dialyse par région
- Ratio de patients suivis hors centre : nombre de patients suivis en unité de dialyse médicale + en auto-dialyse (simple ou assistée) + hémodialyse à domicile + dialyse péritonéale / nombre de patients dialysés

3. L'hospitalisation à domicile

Orientations nationales

L'hospitalisation à domicile (HAD) a connu un développement très important ces dernières années et plus de 98% des territoires de santé sont désormais couverts par au moins un établissement pratiquant l'HAD.

Pourtant les analyses montrent que l'offre reste inégalement répartie sur le territoire, les zones rurales accusant un net déficit en raison notamment de la dispersion de la population et des temps de déplacement induits. Par ailleurs les structures sont de tailles hétérogènes, avec une forte proportion de petites unités, notamment lorsque l'HAD est rattachée à un établissement disposant également d'unités d'hospitalisation à temps complet.

Enfin, l'activité couverte par les structures d'HAD est variée. Si certains grands domaines ont été privilégiés dans cette première phase (périnatalité, oncologie, soins continus), il convient désormais de mieux définir les besoins réels en HAD et de préciser le périmètre d'intervention, au sein des secteurs existants comme dans les domaines émergents.

Ainsi dans des domaines tels que les soins palliatifs ou la périnatalité, il convient de remettre en question le développement de certaines prises en charge en HAD qui pourraient relever d'un suivi ambulatoire : cela est particulièrement nécessaire en périnatalité, pour les prises en charge de post-partum physiologique.

En revanche de nouveaux domaines d'intervention peuvent être développés, notamment auprès des établissements médico-sociaux ou dans le cadre des soins de suite et de réadaptation. Des travaux en cours menés notamment par l'INCA dans le cadre du plan cancer permettront de donner prochainement des indications sur les types de chimiothérapies pouvant être effectués en HAD.

On observe que l'HAD s'est essentiellement développée en suite d'hospitalisation à temps complet. Cependant l'accès à l'HAD doit être possible sans passage préalable par un établissement de santé ; il conviendra de veiller à ce que les évolutions indispensables dans l'organisation et dans les pratiques soient mises en œuvre. Cet accès direct doit notamment être privilégié pour des patients souffrant de pathologies chroniques et déjà connus des services d'HAD.

L'enjeu se situe donc désormais dans une analyse du périmètre d'intervention de l'HAD et dans la mise en œuvre des substitutions d'activité et des collaborations avec les autres modalités d'hospitalisation comme avec les autres intervenants au domicile

Cette démarche d'analyse par segments d'activité doit être effectuée dans un cadre général de maintien global de l'activité à son niveau actuel, les développements en HAD ne devant être envisagés que dans un contexte attestant d'une réelle substitution à des activités d'hospitalisation avec hébergement.

Le développement de la télémédecine doit être encouragé selon deux axes : celui de la télésurveillance qui permet un suivi rapproché pour certaines pathologies chroniques et celui de la téléconsultation qui favorisera le développement de l'HAD dans les territoires qui souffrent d'une faible densité de professionnels soignants.

➤ Améliorer l'efficience

Il est demandé aux ARS d'être vigilantes sur cinq points :

- les missions de l'HAD doivent être clarifiées par rapport aux soins coordonnés ambulatoires (notamment dans le domaine des soins continus et du post-partum physiologique) ;
- une analyse de l'activité des prestataires de matériel à domicile doit être effectuée afin de bien la positionner par rapport aux activités d'hospitalisation et de suivi à domicile ;
- le relais d'une hospitalisation complète doit être organisé de façon suffisamment précoce pour justifier réellement d'une HAD ;
- l'organisation de la permanence des soins en HAD doit être suffisamment dense pour répondre à l'intensité des prises en charges que doit effectuer une HAD ;
- une taille minimale pour les structures d'HAD doit permettre de garantir leur viabilité économique.

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Les points d'articulations à étudier concernent d'une part la prévention des rechutes et des retours vers l'hospitalisation à temps complet. L'HAD peut être, notamment pour certains patients chroniques qui ont déjà bénéficié de ses services, un interlocuteur privilégié des professionnels du premier recours.

Dans les liens avec le médico-social, les points d'articulation concernent essentiellement la complémentarité avec l'activité des SSIAD, qui s'est beaucoup développée ces dernières années et l'apport spécifique des unités d'hospitalisation à domicile.

Par ailleurs l'aval de l'HAD, notamment vers des établissements médico-sociaux, doit être anticipé de façon suffisamment précoce pour garantir la fluidité des prises en charge.

Cette préconisation d'articulation s'applique également en amont, pour les services d'hospitalisation à temps complet qui doivent anticiper leurs demandes de prise en charge en HAD.

Indicateur de suivi

- Nombre de journées en HAD pour 100 000 habitants (ind. CPOM)
- Nombre et proportion de territoire de santé couverts par au moins une structure d'HAD (ind. CPOM)

1.2. L'articulation entre la ville et les urgences

Références

Arrêté interministériel du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=6B837035A00BD59F50226ED81016BB06.tpdjo14v_1?cidTexte=JORFTEXT000020553062&categorieLien=id

Arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAMU-transport sanitaire portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=92111432DD189478B5AC2BE876ECC873.tpdjo14v_3?cidTexte=JORFTEXT000020668959&categorieLien=id

Orientations nationales

- **Mettre en place une organisation territoriale articulée en amont de l'arrivée aux urgences, pour s'assurer que le « bon patient est au bon endroit » et qu'une réponse est apportée à sa demande de soins non programmés.**

Faire de la **régulation médicale**, pour les demandes concernant la médecine d'urgence ou la médecine générale, le pivot du système.

Il est souhaitable de privilégier l'intégration des régulateurs de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans les centres de réception et de régulation des appels (CRRRA), afin de regrouper la régulation au sein des SAMU centre 15. A titre exceptionnel, à défaut d'intégration au sein d'un CRRRA, le développement de lieux fixes dédiés à la régulation de PDS peut être encouragé. Dans tous les cas, l'interconnexion avec le CRRRA doit être la règle.

Veiller à la **coordination des prises en charge** dans le cadre de la PDSA entre professionnels de santé assurant la PDSA et établissements de santé concernés :

- cohérence du maillage des services d'urgences et des points fixes de garde (type maison médicale de garde (MMG). (Cf. Chapitre 2 du guide méthodologique) ;
- protocolisation pour la prise en charge de patients entre les établissements autorisés à exercer la médecine d'urgence et les MMG.
- protocolisation pour la prise en charge des personnes prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) ou dans le cadre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et les structures de médecine d'urgence – SAMU en particulier- notamment pour permettre d'assurer la continuité des prises en charge des patients ou de mieux anticiper les demandes de soins non programmées Il s'agit d'éviter, dans la mesure du possible, les transferts de patients en fin de vie ou en EHPAD, qui peuvent augmenter leur morbidité.
- élaboration de fiches de liaison entre les médecins prenant en charge habituellement les patients (en HAD, en EHPAD, ou dans le cas de maladies chroniques suivies en ville) et les établissements autorisés à exercer la médecine d'urgence.
- information des patients et des familles des patients afin de faciliter les transferts d'informations médicales.

S'assurer de la **coordination** avec les **transporteurs sanitaires** et les **services départementaux d'incendie et de secours** (SDIS) :

- en suivant la mise en œuvre des référentiels nationaux :
 - o le référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente (arrêté interministériel du 24 avril 2009), afin d'optimiser l'action conjointe des SAMU et des SDIS et de clarifier leurs missions respectives ;
 - o le référentiel d'organisation de la réponse des transporteurs sanitaires à l'urgence pré hospitalière (arrêté du 5 mai 2009) qui vise à garantir le mode de transport le plus adapté à chaque patient et organise les rapports entre les transporteurs sanitaires et les SAMU.
- en s'assurant de la mise en place des conventions bipartites d'application du référentiel d'organisation du secours à personne et à l'aide médicale urgente entre les établissements sièges de

SAMU et les SDIS et de conventions de mise à disposition de moyen entre les établissements sièges de SMUR et les SDIS, en cas de besoin.

➤ **Développer la coordination et la continuité de la prise en charge avec la médecine de ville, en aval de la prise en charge hospitalière**

- Initier des expérimentations pour anticiper et organiser les sorties d'hôpital en lien avec le médecin traitant et l'ensemble des professionnels de santé et du secteur médico-social chargés d'assurer une prise en charge coordonnée en ville, afin d'éviter des ré-hospitalisations.
- Développer le suivi des patients ayant fait appel à la régulation, en urgence ou dans le cadre de la PDSA, en particulier en lien avec le médecin traitant.

Point d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Prise en charge des personnes âgées :

- Développer les modes de prise en charge en amont des urgences. Sur la base de la continuité des soins organisée au sein des EHPAD, anticiper la réponse à donner aux besoins de soins urgents des personnes âgées, afin d'éviter un transfert inapproprié vers les urgences et d'apporter la réponse la mieux adaptée.
- Faciliter les expérimentations permettant d'identifier les appels itératifs au 15 qui ne relèvent pas de problématiques médicales mais sociales. Pour exemple, un projet est actuellement mené entre certains SAMU (ruraux et urbains) et la Croix-Rouge française, afin de déterminer comment identifier les appels au 15 relevant d'une problématique sociale et comment y répondre par la mise en place d'équipes de diagnostic et d'interventions pouvant agir y compris la nuit et les week-end.

Indicateurs de suivi

- Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades en urgence) dans les passages aux urgences pendant la permanence de soins ambulatoire (indicateur CPOM)
- Taux de passage aux urgences hospitalières en première partie et en deuxième partie de nuit ne donnant pas lieu à hospitalisation (indicateur CPOM)
- Part des actes de PDSA régulés (indicateur GDR)

1.3. La permanence des soins hospitalière

Références

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, titre 1, chapitre 1, article 1 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id#JORFARTI000020879967>

Guide méthodologique du 06 août 2009 relatif à l'organisation de la permanence des soins hospitalière
Lettre aux DARH du 6 août 2009

La réorganisation de la permanence des soins hospitalière (PDSH) constitue l'un des outils majeurs de la réorganisation future de l'offre de soins. La loi HPST érige désormais la PDSH en mission de service public. Elle donne compétence au directeur général de l'ARS pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission de service public. Le SROS-PRS constitue le cadre opérationnel dans lequel il convient d'opérer cette « remise à plat » de la PDSH et de fixer son schéma cible. Le chapitre 3 du présent guide précise les étapes conduisant à l'attribution des missions de service public.

Les enjeux de la réorganisation de la PDSH

➤ Améliorer l'accès aux soins

Assurer l'accès aux activités de soins autorisées, à l'échelon territorial le plus adapté, en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés.

Optimiser l'organisation de la PDSH pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent permettant de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional, ou régional selon les disciplines concernées (principe de gradation des soins hospitaliers).

Améliorer l'accès financier aux soins dans les plages horaires concernées. La PDSH relevant des missions de service public, les tarifs opposables pour les prises en charge réalisées dans ce cadre sont ceux du secteur 1.

➤ Améliorer la qualité de prise en charge

Réduire les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences.

Sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge ou d'orientation.

➤ Améliorer l'efficacité

Elaborer un schéma cible de PDSH au sein de chaque territoire de santé en :

- optimisant l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leurs statuts et en facilitant la participation des praticiens libéraux dans le dispositif ;
- éliminant les doublons entre établissements sur une même activité, pour éviter les dépenses inutiles et rémunérer uniquement les établissements sont attributaires de la mission de service public PDSH ;
- répartissant de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé

Rappel des conditions actuelles d'organisation et de financement de la PDSH

Les modalités d'organisation et de rémunération de la PDSH en établissements de santé publics ont été revues dès 2009. Cette réforme visait à initier une démarche de rationalisation des gardes et astreintes au regard des besoins de la population (accueil et prise en charge par spécialité de nouveaux patients la nuit, le week-end hors samedi matin et les jours fériés), en optimisant la ressource médicale.

Les tarifs ont été « débasés » des montants correspondant au coût des lignes de gardes et astreintes médicales mobilisées à ce titre et la part consacrée à la PDSH est désormais allouée aux ARS en dotation MIG. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est l'outil juridique permettant de contractualiser l'organisation de la PDSH avec les établissements de santé concernés.

Les marges de modulation données aux ARH en 2009 (possibilité de diminuer l'enveloppe MIG allouée par établissement à hauteur de 10% maximum), puis aux ARS en 2010 (taux de modulation porté à 20%), visaient à permettre d'engager la recomposition de la PDSH sur le territoire tout en contenant les effets revenus générés pour les établissements de santé publics.

La base juridique organisant la participation et la rémunération des praticiens libéraux à la PDSH en établissements de santé privés a été abrogée par la loi HPST. Cette abrogation a pris effet à compter du 1^{er} avril 2010, mais le dispositif a été prorogé jusqu'au 31 décembre 2010 sur le fondement d'une lettre conjointe adressée en ce sens au directeur général de l'UNCAM par les ministres en charge de la santé et du budget.

Orientations nationales

Après ces premières étapes, il convient maintenant d'harmoniser le dispositif applicable aux secteurs public et privé, en renforçant les marges de manœuvre régionales pour permettre de mobiliser de manière optimale les ressources médicales disponibles au regard des besoins de santé identifiés en région.

Ce dispositif cible commun aux secteurs public et privé est basé sur une contractualisation entre l'ARS et les établissements publics et privés concernés, s'intégrant dans les CPOM. Dans ce cadre contractuel, les lignes de gardes et d'astreintes participant de la mise en œuvre de la mission de service public de PDSH par les établissements de santé publics et privés seront financées par des crédits MIG relevant d'une enveloppe unique et fongible, avec à terme une harmonisation des modalités de rémunération (au moins pour les forfaits d'astreinte).

Le parallélisme du financement et plus généralement du modèle de PDSH entre les secteurs public et privé s'inscrit dans une logique de convergence, d'optimisation et de mutualisation des ressources médicales disponibles et de réorganisation territoriale de la PDSH.

Points d'articulation à étudier

➤ Articulation entre la permanence des soins ambulatoire, la permanence des soins hospitalière et les structures de médecine d'urgence

PDSH et PDSA contribuent à assurer la continuité de la prise en charge des demandes de soins non programmées entre la ville et l'hôpital.

Il faut cependant préciser les champs respectifs de la PDSA et de la PDSH, qui ne relèvent ni des mêmes logiques ni des mêmes acteurs :

La **permanence des soins hospitalière** se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins (intervention et/ou hospitalisation) dans une structure de soins d'un établissement de santé (hors structures de médecine d'urgence), la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés, que cet accès se fasse en aval d'une prise en charge dans une structure d'urgence ou non. L'objectif est d'assurer sur tous les territoires un accès aux activités de soins autorisées, en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés.

L'un des enjeux est d'organiser l'orientation des patients au sein du territoire, en veillant à rationaliser le nombre de structures assurant la PDSH.

La **permanence des soins ambulatoire** a quant à elle pour objet de répondre à des besoins de soins non programmés relevant de la médecine de ville, aux horaires de fermeture des cabinets médicaux. Elle est assurée par les médecins libéraux et des centres de santé. Elle peut être effectuée dans les points fixes de garde que sont les maisons médicales de garde.

L'un des enjeux est d'assurer l'égal accès aux soins de premier recours aux heures de fermeture des cabinets libéraux.

Le point d'articulation se situe dans les structures de médecine d'urgence (SAMU, SMUR, structures des urgences), qui assurent la coordination entre ville et hôpital :

- D'une part en amont des urgences pour organiser l'entrée des patients dans le système de soins.
- D'autre part en aval pour l'orientation des patients une fois qu'ils sont entrés dans le système de soins et que leur état requiert une prise en charge dans un établissement de santé et notamment par

un plateau technique. La structuration du réseau des urgences et le développement du répertoire opérationnel des ressources constitue les leviers privilégiés de cette mise en cohérence.

➤ **Articulation entre la permanence des soins hospitalière et les structures de permanence et d'urgence médico-sociale**

Il convient par ailleurs de veiller à améliorer les modalités d'information réciproque sur les structures hospitalières participant à la PDSH et les structures médico-sociales accessibles la nuit et les week-ends.

Le point d'articulation se situe également dans les structures de médecine d'urgence et la formalisation des réseaux des urgences médicales et des urgences médico-sociales.

La démarche d'élaboration du schéma cible de PDSH

➤ **La réalisation de l'état des lieux**

Annexe 1 : guide méthodologique du 6 août 2009 relatif à l'organisation de la permanence des soins hospitalière

Annexe 2 : obligation de PDSH fixée dans le régime d'autorisation des activités de soins (hors urgences)

Le diagnostic des besoins et des ressources médicales disponibles constitue un préalable essentiel à l'élaboration du schéma cible régional. Pour ce faire, il convient de se référer au guide méthodologique du 6 août 2009 relatif à l'organisation de la permanence des soins hospitalière (**annexe 1**).

Cette phase diagnostic requiert également la collecte, au niveau des établissements de santé publics et privés, des données suivantes relatives à :

- l'activité : nombre d'actes, par spécialité, pratiqués pour de nouveaux patients non suivis par l'établissement, avec distinction de 4 plages horaires de prise en charge : début de nuit (20h-24h) et nuit profonde (0h-8h) tous les jours, le samedi après-midi (14h-20h) et le dimanche toute la journée (8h-20h) ;
- l'organisation : état des lieux, par spécialité, du nombre de lignes de garde et le nombre de lignes d'astreinte relevant de la PDSH et perspectives en termes de conservation / suppression / mutualisation / besoins non couverts.

Afin de faciliter ce recueil de données organisationnelles, vous trouverez en **annexe 2**, un tableau de synthèse des spécialités visées dans le cadre des activités réglementées et une liste non exhaustive de spécialités « potentiellement » concernées par l'obligation de PDSH. Pour les activités réglementées, ce tableau s'attache à distinguer, d'une part, les lignes de gardes et astreintes relevant d'une obligation réglementaire au titre de la continuité des soins à l'égard de patients déjà suivis ou hospitalisés, et d'autre part, celles s'inscrivant dans une obligation d'accueil de patients extérieurs, et donc de PDSH, sur site ou à l'échelle territoriale avec des possibilités de mutualisation.

Ces données devront être croisées afin de mettre l'activité constatée en regard des lignes de garde et d'astreinte mise en place au titre de la PDSH.

Cette enquête déclarative est rendue nécessaire par le manque de sources d'informations disponibles. On notera toutefois que l'outil ARGHOS permet d'identifier les établissements titulaires d'autorisation concernés par l'obligation de permanence de soins. Le volet Q11 de la SAE permet également de mesurer cette activité non programmée en chirurgie cardiaque, sans toutefois permettre de distinguer les actes réalisés sur des patients entrants ou déjà hospitalisés. Le PMSI ne dispose pas de codage spécifique pour identifier cette activité dans les plages horaires visées. Cette approche déclarative pourra utilement être confortée par des échanges in situ.

➤ **Le partage du diagnostic**

Il importe que les constats réalisés dans cette phase diagnostique fassent l'objet d'une concertation avec les professionnels de santé et représentants des établissements et fédérations d'établissements concernés. Ce diagnostic partagé, à l'appui d'une méthodologie commune à l'ensemble des ARS, devra faire l'objet d'une publication et figurer dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS).

➤ **La définition du schéma cible régional de PDSH**

Annexe 3 : outils de mutualisation et d'optimisation des ressources médicales disponibles

Annexe 3 bis : Rapport la place de la télémédecine dans l'organisation des soins – novembre 2008 : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
Annexe 3 ter : Synthèse et recommandations de la HAS sur les conditions de mise en œuvre de la télémédecine en unité de dialyse médicalisée – janvier 2010 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/synthese_conditions_telemedecine_udm_vf.pdf

A l'appui de ces constats, il appartiendra à l'ARS d'élaborer de manière concertée le schéma cible de PDSH, dans une logique d'optimisation des ressources médicales existantes et dans la limite de l'enveloppe MIG déléguée au niveau régional au titre de la PDSH. A cet égard, il convient de rappeler que seules les lignes de gardes et d'astreintes identifiées au titre de la PDSH feront l'objet d'un financement par MIG, celles relevant de la continuité des soins continueront à être financées par les recettes d'activités des établissements concernés.

En plus des paramètres précédemment évoqués (activité constatée, obligations réglementaires) il convient de prendre en compte, pour l'élaboration de ce schéma cible de PDSH, les éléments suivants :

- les éventuelles difficultés d'accès liées à des enjeux géographiques (éloignement, enclavement,...) ;
- les possibilités de mutualisation des lignes de garde et astreinte entre établissements indépendamment de leurs statuts et les possibilités d'aménagement au regard de l'activité constatée (exemple : possibilité de mettre en place une demie garde puis une demie-astreinte en période de nuit profonde en lieu et place d'une garde) (cf. **annexe 3** sur les outils de mutualisation et d'optimisation des ressources médicales disponibles) ;
- les possibilités de recours aux différentes applications de télémédecine tant en termes de téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance ou téléassistance ;
- une organisation des actes de télémédecine dans des conditions clairement définies, soit dans le cadre du programme régional de télémédecine, soit dans le cadre d'orientations nationales, offre en effet d'importantes perspectives.
- *Exemples : mise en place de téléconsultations entre une structure de médecine d'urgence et un service d'imagerie médical assurant la PDSH, de téléconsultations pour les urgences neurochirurgicales (prise en charge de l'AVC), de téléassistance en imagerie (examens d'imagerie demandés en urgence...)* (cf. **annexe 3 bis et 3 ter**).

Les modalités de transition de la situation actuelle vers le schéma cible de PDSH arrêté par le DGARS seront arrêtées et diffusées ultérieurement, notamment s'agissant du financement des établissements de santé privés inclus dans le schéma cible de PDSH et de la rémunération des praticiens libéraux y exerçant.

Mise en œuvre du suivi et de l'évaluation de la PDSH

La mise en place d'un système de recueil de données relatives à la PDSH s'appuyant sur l'applicatif ARBUST et éventuellement sur la SAE et/ou le PMSI sera étudiée, en lien étroit avec les ARS, afin de pouvoir recueillir en routine les indicateurs de suivi décrits ci-dessous et de permettre des comparaisons interrégionales à l'appui de ces données.

Parallèlement l'IGAS sera missionnée en 2011 sur ce thème afin d'apporter des compléments d'analyse sur le plan qualitatif notamment, afin d'identifier les approches innovantes et les éventuels freins restant à lever pour favoriser la recomposition territoriale de la PDSH et les mutualisations inter-établissements.

➤ Indicateurs de processus :

- Taux de réalisation du schéma cible : écart annuel entre le nombre de lignes de gardes et d'astreintes identifiées par spécialité et par établissement dans le diagnostic initial et le schéma cible visé

➤ Indicateurs de résultats :

- Nombre et types de spécialités concernées par le dispositif de PDSH
- Nombre et types d'établissements impliqués dans le dispositif de PDSH
- Nombre de lignes de garde et d'astreinte par spécialité
- Nombre de lignes de garde et d'astreinte mutualisées par spécialité et par établissement
- Nombre de lignes de garde et d'astreinte impliquant un dispositif de télémédecine par spécialité et par établissement
- Volume d'activité par ligne de gardes et d'astreintes
- Montants alloués en MIG par établissement à partir de l'enveloppe

1.4. La gradation des soins hospitaliers

Référence

Circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sros_sios/accueil_sros.htm

La définition des plateaux techniques dans la circulaire DHOS du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération ne s'appliquait qu'aux plateaux techniques ayant des activités 24 heures sur 24 et dans un environnement hospitalier, en lien avec l'organisation des blocs opératoires et des différentes disciplines médico-techniques.

Compte tenu du développement des modes de prise en charge diversifiés substitutifs de l'hospitalisation complète, de l'organisation des soins de certaines activités qui mobilisent plusieurs niveaux de plateaux techniques (traitement du cancer par exemple), de l'organisation territoriale de la permanence des soins ambulatoire, d'une part et hospitalière, d'autre part, de l'articulation avec le premier recours, il convient de préciser les évolutions du cadre d'intervention de chaque niveau de plateau technique, comprenant également les plateaux techniques en urgence (définis par les articles R.6123-31-1 à R.6123-32-6 CSP).

La gradation des plateaux techniques telle que définie dans la circulaire doit être étendue à la notion de « gradation des soins hospitaliers ». Les précisions ci-dessous se substituent au contenu de la circulaire du 5 mars 2004.

Le niveau des soins de proximité correspond désormais au premier recours est développé dans le chapitre 2 du présent guide.

La gradation des activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation comporte désormais 4 niveaux (dont 3 de recours) :

1/ Le niveau des activités de soins exercées hors permanence des soins hospitalière : il se structure autour d'une offre ville-hôpital de proximité englobant tous les offreurs de soins détenteurs d'une autorisation d'activité de soins et/ou d'équipement matériel lourd (EML), situés en établissements de santé ou en cabinets de ville. Il se limite à des activités de soins n'ayant pas d'obligation de permanence des soins hospitalière. Pour autant, il peut disposer d'une structure des urgences (ou d'une antenne de SMUR), intégré dans le réseau des urgences. L'usage de la télé-médecine peut être requis en lien avec les établissements du niveau de recours pour la prise en charge et l'orientation de patients pendant les heures ouvrables.

Outre les établissements de santé de proximité, ce niveau comprend notamment les centres autorisés aux seules alternatives à l'hospitalisation pour la réalisation d'actes techniques de médecine avec anesthésie ou de la chirurgie ambulatoire, les cabinets de ville d'imagerie. C'est à ce niveau que se situent les structures de prise en charge externe de la santé mentale (hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques).

Les établissements de santé de proximité, qui recouvrent les anciens hôpitaux locaux mais également l'ensemble des établissements de santé polyvalents mais de taille limitée et dont l'activité est uniquement programmée et concentrée sur la médecine, constituent des acteurs à part entière de l'organisation territoriale de l'offre de soins. Ils participent à l'offre de proximité, à l'orientation et la coordination de la prise en charge des patients et contribuent à structurer l'articulation ville-hôpital et l'articulation sanitaire - médico-social. L'exemple des anciens hôpitaux locaux peut inspirer le rôle accordé à ces établissements.

- Leur expérience pratique des problématiques et des réponses organisationnelles possibles dans l'articulation entre la ville et l'hôpital et aussi avec les champs de la prévention et du médico-social doit être valorisée en termes de connaissance des enjeux et de réponses organisationnelles possibles.
- Ils constituent un point d'appui pour la structuration de l'offre de premier recours car ils constituent souvent la seule présence sanitaire dans l'environnement immédiat du patient notamment dans les zones démographiquement fragiles. Ils peuvent donc tenir toute leur place

dans la structuration d'une offre de santé de premier recours, notamment pour les personnes âgées.

- Ils doivent agir en cohérence avec l'ensemble des acteurs du premier recours (professionnels de santé libéraux, centres de santé, maisons de santé,...) et représentent un acteur privilégié car ils fonctionnent largement avec la participation des médecins libéraux à l'activité interne de l'établissement.

La loi HPST offrant désormais la possibilité de faire bénéficier tous les établissements des spécificités de ces établissements, notamment en matière d'intervention des libéraux.

A ce premier niveau peuvent s'ajouter 3 types de niveaux dits de recours : infrarégional, régional et interrégional. Ces trois niveaux de recours se distinguent par les degrés de spécialisation et d'expertise attendus à chaque échelle territoriale compte tenu des besoins sanitaires de la population. Ils ont en commun l'appui qu'ils apportent en cascade, au niveau de premier recours et aux plateaux techniques d'activités programmées, soit du fait de leur accessibilité 24h/24 soit de leur expertise.

2/ Le niveau des plateaux techniques de « recours infrarégional » : Il se distingue du niveau précédent, par une activité à la fois programmée et en urgence avec une obligation de PDS. Il concerne des établissements pivots avec un accès 24h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, aux plateaux techniques d'imagerie (scanner et IRM) et de biologie. A ce niveau sont également organisés l'hospitalisation complète en psychiatrie, la présence psychiatrique en urgence et les centres d'accueil et de crise.

3/ Le niveau des plateaux techniques de « recours régional » : selon la densité et la répartition de la population et de l'offre dans certaines régions, les activités et l'expertise attendue du niveau régional peuvent se situer au niveau de recours infrarégional. Il assure l'ensemble de l'offre des activités hautement spécialisées à l'exception de certains segments de ces activités dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifient une concentration et une organisation de l'offre au niveau interrégional voire national. Il comprend les sites de recours « *experts en cancérologie* » (voir terminologie avec PF2) (CH et CRLCC) qui apportent leur appui aux sites infrarégionaux autorisés au traitement du cancer.

4/ Le niveau des plateaux techniques de « recours interrégional » voire de référence nationale : il correspond à des activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifie la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle interrégionale laquelle permet ainsi d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée. La prise en charge des activités SIOS (neurochirurgie, chirurgie cardiaque, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques, traitement des grands brûlés) nécessite une approche interrégionale, néanmoins les plateaux techniques de ces activités peuvent se situer au niveau de recours infrarégional (IDF), au niveau de recours régional (dans la majorité des cas, un site par région) ou interrégional (traitement des grands brûlés, greffes de certains organes). D'autres activités, (AMP, DPN, examens des caractéristiques génétiques) bien que relevant des SROS doivent également s'inscrire dans cette logique d'appréciation des besoins à l'échelle interrégionale voire nationale pour certains laboratoires hyper spécialisés.

Objectifs nationaux

La gradation des plateaux techniques a vocation à répondre aux impératifs de sécurité des soins et de juste utilisation des ressources. Elle doit également permettre un accès aux soins spécialisés, notamment en urgence. L'organisation et la répartition territoriale des plateaux techniques doit être pensée en intégrant les obligations réglementaires qui structurent certaines activités de soins et les logiques de parcours de soins.

➤ Améliorer l'accès aux soins

Définir le(s) bon(s) niveau(x) de plateaux technique requis par activité de soins en tenant compte des éléments structurants suivants :

- l'application des seuils d'activité opposables à la pratique de certaines activités (dispositions réglementaires : traitement du cancer, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie)

- la recommandation de seuils d'activité justifiant le regroupement de moyens sur un nombre limité de sites (cf. fiche 3.2 sur l'activité de chirurgie et la circulaire du 5 mars 2004 :1500 séjours avec une intervention chirurgicale)
- la prise en compte de la gradation existante pour une activité donnée (maternités niveaux 1, 2, 3)
- l'organisation territoriale de la permanence des soins hospitalière identifiant les sites y participant, l'utilisation de la télémédecine
- le développement des modes de prise en charge diversifiées et substitutives à l'hospitalisation complète : évolution vers des plateaux techniques exclusifs d'une activité programmée au niveau infrarégional (centre de chirurgie ambulatoire exclusive)
- le niveau de complexité et/ou de rareté d'actes hautement spécialisés justifiant un nombre très limité de plateaux techniques et à un niveau territorial « élevé » régional, interrégional voire supra interrégional

➤ Améliorer l'efficience

- Dégager des marges d'économies par le regroupement et/ou la mutualisation des plateaux techniques (chirurgie, imagerie, biologie hospitalière)
- Déployer les outils de coopération dont la télémédecine facilitant les liaisons entre les professionnels de soins en vue de faciliter l'orientation et le transfert des patients
- Identifier les recompositions de l'offre de soins par territoire : regroupements et restructurations avec leur phasage en termes d'investissement et de fonctionnement
- S'assurer de la bonne orientation des patients compte tenu de l'organisation territoriale de l'offre de soins, notamment par la mise en place du réseau des urgences et le développement du répertoire opérationnel des ressources (cf. fiche médecine d'urgence)

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Chaque niveau de plateau technique doit répondre dans son cadre d'intervention aux besoins spécifiques des populations notamment très âgées et handicapées, vivant à domicile ou en établissement d'hébergement ou de soins.

Indicateurs de suivi

- Evolution du nombre de plateaux techniques par niveau, dans chaque territoire de santé, dans chaque région, dans chaque interrégion (cf. indicateurs des fiches par activité de soins)
- Suivi des recompositions (cf. restructurations maternité, chirurgie)

1.5. La biologie médicale

Référence

Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021683301&categorieLien=id>

Instruction n° DGOS/R2/2010/333 du 9 septembre 2010 relative aux demandes d'ouverture de laboratoires de biologie médicale

Décret n°... relatif aux structures d'exercice des laboratoires de biologie médicale et aux sociétés de participations financières de professions libérales de biologistes médicaux (en cours)

Décret n°...relatif aux conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires de biologie médicale (en cours)

Décret n°... fixant les règles permettant d'apprécier l'activité du laboratoire de biologie médicale et le pourcentage maximum d'échantillons biologiques pouvant être transmis entre laboratoires de biologie médicale

Orientations nationales

- **Accompagner la mise en œuvre de la réforme, qui poursuit notamment des objectifs d'efficacité et de qualité des pratiques.**

Le regroupement des laboratoires contribue à atteindre cet objectif et doit donc être facilité (cf. Instruction du 9 septembre 2010). Il vous appartient cependant de veiller à l'équilibre de la répartition de l'offre de biologie médicale afin de maintenir un accès aisé de la population à l'offre de biologie.

Pour cela, les règles relatives à la répartition territoriale prévues aux articles L. 6222-2, L.6222-3 sont applicables¹. Il s'agit en particulier d'apprécier si l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale (LBM) ou d'un site d'un LBM aurait pour effet de porter, sur le territoire de santé infrarégional considéré, l'offre d'exams de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population (article L. 6222-2 du code de la santé publique).

Votre attention est également attirée sur le respect de l'article L. 6222-4². Il est rappelé que l'ARS est informée des modifications de structures juridiques et financières des LBM (art. L.6222-1 « ... le représentant légal du LBM déclare à l'ARS toute modification relative à l'organisation générale du laboratoire, ainsi que toute modification apportée à sa structure juridique et financière »).

Enfin, si la continuité de l'offre de biologie médicale est menacée sur un territoire par des opérations de regroupement, fusion ou acquisition, le SROS peut en faire mention, afin d'appuyer la décision du DG d'ARS qui viendrait s'opposer à ces opérations (art. L.6222-3). Il appartient à l'ARS de déterminer l'opportunité d'une telle mention.

Il vous appartient aussi de veiller à la mise en place de l'accréditation complète de tous les laboratoires de biologie médicale privés ou publics au plus tard au 1^{er} novembre 2016 avec la preuve d'entrée dans celle-ci, pour chacun d'entre eux, dès le 1^{er} novembre 2013.

1 « Art. L. 6222-2. – Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle aurait pour effet de porter, sur le territoire de santé infrarégional considéré, l'offre d'exams de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional d'organisation des soins dans les conditions prévues à l'article L. 1434-9.

« Art. L. 6222-3. – Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer, pour des motifs tenant au risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale, à une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale ou à une opération de fusion de laboratoires de biologie médicale, lorsque cette opération conduirait à ce que, sur le territoire de santé infrarégional considéré, la part réalisée par le laboratoire issu de cette acquisition ou de cette fusion dépasse le seuil de 25 % du total des exams de biologie médicale réalisés.

2 Art. L. 6223-4.-Sans préjudice de l'application des règles particulières de constitution des formes de sociétés mentionnées à l'article L. 6223-1, l'acquisition, par une personne physique ou morale, de parts sociales de sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale n'est pas autorisée lorsque cette acquisition aurait pour effet de permettre à cette personne de contrôler, directement ou indirectement, sur un même territoire de santé infrarégional, une proportion de l'offre de biologie médicale supérieure à 33 % du total des exams de biologie médicale réalisés.

➤ **Fixer dans le SROS des règles d'implantation territoriale pour les LBM publics et privés, afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale.**

A cet effet :

- a) Elaborer une cartographie de l'existant en termes d'offre de biologie médicale. L'offre doit être exprimée en nombre de sites ouverts au public, afin d'avoir une visibilité des conditions d'accessibilité.
- b) Estimer les besoins de la population, définis en nombre total d'examens prélevés sur le territoire de santé, prenant en compte tout critère estimé pertinent et notamment les évolutions démographiques, la morbidité, etc.
- c) Indiquer, par territoire de santé, les besoins en implantation pour les LBM (exprimé en nombre de sites ouverts au public).
- d) Susciter les évolutions nécessaires par rapport à l'existant.
- e) Prévoir, le cas échéant, les dérogations à la règle d'implantation territoriale des LBM. Il est en effet prévu que les sites du LBM sont localisés soit sur le même territoire de santé infrarégional, soit sur deux et au maximum trois territoires de santé infrarégionaux limitrophes, sauf dérogation prévue par le SROS et motivée par une insuffisance de l'offre d'examens de biologie médicale (art. L. 6222-5).

➤ **Prévoir les évolutions dans le cadre du SROS sur l'organisation territoriale de l'offre de biologie pour les établissements de santé, publics et privés :**

Inciter les établissements de santé à organiser si nécessaire le regroupement de leurs laboratoires (chaque établissement de santé ne dispose que d'un seul LBM, à l'exception de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, des Hospices Civils de Lyon, de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et des établissements nationaux), en utilisant en particulier les nouvelles formules de coopération prévues par la loi HPST (notamment le groupement de coopération sanitaire).

Envisager des mutualisations de moyens pour :

- favoriser l'entrée dans le processus d'accréditation ;
- rationaliser l'organisation de la permanence des soins et éliminer les doublons d'activité ou de moyens (en veillant à garantir la réponse à l'urgence). Il est rappelé que l'organisation de la permanence de soins s'organise sur le territoire de santé et concerne l'ensemble des LBM, quel que soit leur statut.

1.6. La transfusion sanguine

Référence :

Articles L.1224-1 et suivants relatifs au schéma d'organisation de la transfusion sanguine :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=C18A37B926DDF43E913678F6471B1156.tpdjo10v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006171021&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20101009

Décret n°2006-1589 du 12 décembre 2006 relatif aux schémas d'organisation de la transfusion sanguine et modifiant le code de la santé publique :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000613546&dateTexte=>

Le schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS) est élaboré par l'Etablissement Français du Sang et soumis pour avis aux Agences régionales de santé (conformément à l'article R.1224-3).

Comme l'année 2011 verra la concordance du calendrier du SROS et celui du SOTS, il convient d'initier la réflexion concernant le besoin en produits sanguins labile pour la prise en charge des patients, dans le cadre du PSRS et du SROS. En effet, au regard des activités de soins, il est important de définir comment se réalise la mise à disposition de ces produits tout en s'assurant de la sécurité optimale et de l'optimisation de la ressource.

A cet effet et en prévision de l'avis que l'ARS devra donner sur le projet de SOTS élaboré par l'EFS, l'ARS peut réaliser un diagnostic concernant la transfusion sanguine et construire un projet de maillage des sites transfusionnels et des dépôts gérés par les établissements de santé. Dans ce cas, il conviendra d'associer lors de la concertation l'Etablissement Français du Sang (EFS) et les coordinateurs régionaux d'hémovigilance.

Comme les éléments produits par l'ARS sur la transfusion sanguine n'auront pas de valeur opposable, ils trouvent leur place dans la partie préliminaire du SROS, indicative, mais présentant les enjeux structurants pour l'offre de soins. En effet, la coordination entre les deux schémas concerne à la fois la réponse à l'urgence vitale et les activités de soins à potentiel hémorragique hors urgence vitale.

B. Des enjeux de transversalité pour améliorer le parcours de soins

1.7. Les pathologies du vieillissement dont maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Références

Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf
Plan Alzheimer 2008-2012 : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>
Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : <http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Favoriser le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer, des maladies apparentées et des troubles psychiatriques

Organiser la coopération entre les médecins généralistes, les EHPAD et les structures spécialisées (établissements de santé, neurologues libéraux, psychiatres libéraux)

➤ Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Améliorer la continuité des prises en charge

Limiter le recours aux unités de médecine d'urgence pour des soins qui ne relèvent pas directement de cet environnement

Assurer un bon fonctionnement de la filière gériatrique au sein des territoires de santé (existence des différentes composantes de la filière et définition de liens fonctionnels entre elles)

Définir les conditions d'accès aux filières plus spécialisées (Alzheimer notamment)

➤ Améliorer l'efficience

Clarifier la place des différents acteurs, en axant la démarche sur une analyse des complémentarités et des substitutions d'activité pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Cette démarche de clarification doit permettre notamment :

- la diminution des hospitalisations injustifiées
- la fluidification des filières de prise en charge
- le respect des spécificités des différents intervenants et les coopérations entre eux pour éviter les redondances (exemple : hôpital de jour versus accueil de jour)

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Une attention particulière devra être portée à l'application d'un parcours de soins coordonné intégrant l'ensemble de la filière gériatrique, y compris ses composantes médico-sociales (SSIAD, EHPAD).

Dans cette perspective les liens ne devront pas être prioritairement pensés entre structures mais intégrer l'ensemble des services que les acteurs sociaux et médico-sociaux peuvent apporter au domicile dans le cadre d'une coopération avec les professionnels de santé ambulatoires.

Cette coopération devra également s'appuyer sur les structures de coordination telles que les MAIA ou les CLIC.

Concernant les EHPAD, un travail de clarification devra être effectué sur les apports respectifs des équipes mobiles de gériatrie, des équipes de psycho-gériatrie ou des équipes de soins palliatifs ainsi que des unités d'HAD afin d'éviter les services redondants.

- Enfin il conviendra d'intégrer dans la politique en faveur des personnes âgées les préconisations du plan Bien vieillir (2010-2013) notamment dans son volet prévention

Indicateurs de suivi

- Taux de réhospitalisation des personnes âgées de plus de 75 ans et plus en court séjour (ind. CPOM)
- Nombre d'entrées directes en court séjour gériatrique (ind. CPOM)
- Nombre de séjours de personnes de plus de 75 ans dont la durée est supérieure à la borne haute en service de médecine hospitalier (ind. CPOM)
- Taux brut de recours à l'hospitalisation des personnes de 75 ans et plus (ind. CPOM)
- Nombre d'interventions d'HAD à domicile ou en EHPAD pour des personnes de plus de 75 ans (ind. CPOM)

Document de travail

1.8. Les maladies chroniques

Références

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 : <http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-pour-l-amelioration-de-la-qualite-de-vie-des-personnes-atteintes-de-maladies-chroniques-2007-2011.html>

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Assurer une prise en charge graduée des différentes maladies chroniques, qui respecte la spécificité des troubles associés à chaque pathologie tout en développant des outils communs, en particulier concernant la coordination des acteurs, les modalités d'information des patients et de soutien des familles.

➤ Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Limiter les recours aux services d'urgence pour des soins qui ne relèvent pas directement de cet environnement

Développer les actions d'éducation thérapeutique

➤ Améliorer l'efficience

Favoriser le maintien à domicile et développer dans ce cadre les interventions des acteurs sanitaires et sociaux concernés, par substitution d'une partie de l'activité d'hospitalisation à temps complet.

Assurer une meilleure information et une meilleure coordination des acteurs par le développement dans chaque territoire de santé, des modes de coordination entre les différents acteurs sanitaires et médico-sociaux intervenant au cours de la prise en charge (réseaux, maisons de santé et centres de santé, HAD, SSIAD, etc.)

Fluidifier les filières de prise en charge sanitaires

Réduire les hospitalisations inadéquates et le recours aux unités d'accueil des urgences

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico social

- Les actions de prévention des conduites à risque (nutrition, activité physique), afin de limiter les complications de la pathologie et/ou du handicap associé
- Les relations entre les acteurs sanitaires et les acteurs de l'accompagnement des patients/ familles
- Les programmes d'éducation thérapeutique, dont l'impact est à la charnière entre la prévention et le soin
- Dès les séjours en hospitalisation, la coordination et l'anticipation des conditions d'intervention des acteurs sociaux et médico-sociaux (SSIAD en particulier) et des acteurs sanitaires au domicile du patient

Ces points d'articulation nécessitent que soit réalisé au sein des territoires de santé un recensement préalable des principaux acteurs susceptibles de soutenir la politique de maintien à domicile.

Indicateurs de suivi

- Nombre de programmes autorisés par rapport au nombre de demandes d'autorisations (ind. CPOM)
- Nombre de patients atteints d'une maladie chronique pris en charge dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS (ind. CPOM)

1.9. Les accidents vasculaires cérébraux

Références

Loi de 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 72 « réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC » :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005823063&dateTexte=20100920>

Circulaire DHOS/DGS/DGAS du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2003/03-47/a0473602.htm>

Circulaire DHOS/O4/2007 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-04/a0040056.htm>

Rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC juin 2009 : <http://www.sante-sports.gouv.fr/la-prevention-et-la-prise-en-charge-des-accidents-vasculaires-cerebraux-en-france.html>

Plan d'actions national AVC 2010-2014 : <http://www.sante-sports.gouv.fr/documentation,3919.html>

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Prendre en charge tout patient victime ou suspect d'AVC dans une filière organisée et territorialement définie

Organiser le maillage territorial de la filière de prise en charge des AVC (notamment l'identification des structures, des partenaires et des ressources qui la constituent) : mise en place d'une organisation de la prise en charge des AVC de l'urgence au retour à domicile ou au secteur médico-social, et d'une offre de rééducation, réadaptation et réinsertion plus performante.

Le SROS doit prévoir un calendrier de montée en charge des filières AVC

➤ Améliorer l'efficacité

- Réduire les délais entre les premiers symptômes et la prise en charge adaptée.
- Augmenter le taux de thrombolyse.
- Améliorer la fluidité du circuit des patients entre les différentes structures de prise en charge
- Améliorer les pratiques professionnelles, l'information et la formation des professionnels, participer à la diffusion des protocoles de prise en charge des AVC.
- Contribuer à la formation et au soutien des aidants.

Point d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

- Promouvoir et valoriser les actions de sensibilisation aux maladies cardiovasculaires et de prévention et dépistage de leurs facteurs de risque
- Garantir la participation de l'ensemble des professionnels concernés dans la filière (acteurs libéraux, établissements de santé, services et établissements médico-sociaux).
- Identifier les places en MAS et FAM participant à la prise en charge des adultes victimes d'AVC en perte d'autonomie.
- Initier des appels à projets innovants régionaux favorisant l'articulation entre le secteur sanitaire et médicosocial (encourager la création de GCSMS, d'association d'ES, de professionnels libéraux).

Indicateurs de suivi

- proportion de patients admis en UNV/ nombre total d'AVC
- taux de couverture régionale par les filières AVC
- proportion de patients du territoire non admis dans la filière

Partie 2 : L'offre de soins ambulatoire

Références

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id>

Article L1434-7 (Schéma régional d'organisation des soins – 4ème alinéa sur le volet ambulatoire)

Article L1411-11. (Accès aux soins de premier recours)

Article L1411-12. (Soins de second recours)

Article L4130-1 (Médecin généraliste de premier recours)

Article L5125-1-1 A (missions de premier recours des pharmacies d'officine)

La partie ambulatoire du SROS, à caractère indicatif, a deux ambitions :

- elle détermine la stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires en définissant des priorités d'actions en matière de structuration de l'offre de soins de premier recours ;
- elle constitue un outil central pour permettre aux ARS de mobiliser les professionnels de santé libéraux autour des priorités régionales en matière de santé publique et de les impliquer dans la construction de l'offre de soins ambulatoire régionale ;
- elle contribue à la modernisation de l'offre, notamment par le développement de structures ou de modalités d'exercice coordonné.

Elle constitue le point de départ de la démarche de structuration de l'offre de premier recours que les ARS mèneront avec l'appui des dispositifs incitatifs créés par la loi HPST.

2.1. Les principes d'action

Trois principes d'action sont susceptibles de guider le pilotage de la partie ambulatoire du SROS :

- o **Construire le projet en lien et en concertation avec les acteurs de terrain** : la dynamique de construction du projet est un élément déterminant de sa mise en œuvre. Le volet ambulatoire du SROS étant indicatif, seules des priorités partagées avec les professionnels libéraux et les élus locaux pourront être mises en œuvre.
- o **Privilégier une approche pragmatique** : la définition d'un « territoire de proximité » géographiquement délimité n'est pas obligatoire en matière de soins ambulatoires, dans un contexte de libre choix du patient. Le niveau d'analyse peut cependant être réalisé sur des territoires couvrant environ 20 à 30 000 habitants, ce niveau permettant d'être opérationnel pour la gestion de projet. Cette approche doit cependant être adaptée en fonction des spécificités locales. Dans cette perspective, la capitalisation des expériences passées et des relations déjà tissées sur le terrain par les MRS est un facteur clé de réussite.

Les outils statistiques d'analyse des besoins comportent des biais. Une approche ciblée sur la connaissance « microsociologique » des points fragiles en termes de démographie médicale et sur les dynamiques portées par les professionnels doit être privilégiée dans un premier temps.

- o **Dégager quelques priorités d'action par territoires de santé**. Le volet ambulatoire du SROS couvre un champ large (cf. **annexe 4**) : l'état des lieux concerne l'ensemble des professionnels libéraux, mais **les priorités d'actions seront ciblées sur les zones fragiles où l'offre doit être consolidée, et resserrées sur quelques projets structurants pour le premier recours**. L'objet du SROS est de définir des organisations cibles, qui permettent de structurer le premier recours, d'améliorer l'accès aux soins, de maintenir les professionnels de santé qui y exercent et d'attirer de nouveaux confrères.

Ces organisations cibles répondent à l'ensemble des fonctions identifiées pour les soins de premiers recours, quelle qu'en soit la forme :

- maisons de santé pluri-professionnelles, pôles de santé qui dispensent des soins de premier recours ;
- organisation de médecins libéraux autour d'un établissement de santé de proximité, voire centres de santé lorsque l'offre libérale ne permet pas de répondre aux besoins.

L'ARS s'engage à ce que les organisations cibles ainsi définies soient rapidement mises en place, de façon à être lisibles pour les professionnels et apporter des réponses concrètes à la population. Le nombre de priorités doit être limité au départ.

La partie ambulatoire pourra être revue et complétée après un premier bilan à 18 mois ou deux ans.

2.2. La démarche

4. L'état des lieux

Cette première étape vise à établir un état des lieux de l'offre au sein de chaque territoire de santé.

a/ Volet quantitatif

➤ Etat des lieux de l'offre

Un état des lieux en termes quantitatif est établi :

- nombre et implantation des professionnels du premier recours ³
- nombre et implantation des professionnels de second recours en ville, avec des zooms sur les spécialités pour lesquelles l'accès aux soins est estimé fragile, selon les territoires.

Sont également concernés les professionnels salariés notamment par les centres de santé ou les services de soins infirmiers à domicile.

➤ Approche de l'analyse des besoins

L'identification des besoins est complexe, ceux-ci étant parfois induits par l'offre, ou par des déterminants externes. Aucune analyse ou outil n'étant exhaustif sur le sujet, l'identification des besoins ne peut être qu'approchée.

Pour l'appréhender, il est possible de s'appuyer sur une analyse des taux de recours. Seul outil disponible et accessible à tous, le logiciel cartoS@nté, cartographie interactive de l'offre de soins de ville (accessible à partir d'ameli.fr), apporte une aide. Au-delà des données relatives à l'activité des professionnels au niveau du canton ou de la commune (nombre d'actes consommés par bénéficiaire, activité moyenne du professionnel de santé...), cet outil comporte un volet « attractivité et accessibilité », avec un indicateur de consommation intra-zone et l'identification des pôles d'attraction (commune où les bénéficiaires de la zone se rendent en priorité). Est également mentionné le temps d'accès au professionnel le plus proche. CartoS@nté, renseigné à partir du système d'information de l'assurance maladie (CNAMTS, MSA, RSI), et des données du recensement 2006 (INSEE) est actuellement disponible pour les professionnels de santé suivants : médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes (données 2008).

D'autres outils, mentionnés en **annexe 5**, chacun avec leurs limites, peuvent compléter cette analyse.

Ce diagnostic doit permettre d'identifier les zones fragiles sur lesquelles porteront les actions prioritaires. Une attention particulière doit être portée sur les soins de premier recours.

A titre d'exemple les priorités pourraient porter sur :

- les zones rurales en fragilité, présentant des risques dans les 3 à 5 ans à venir (du fait de départs en retraite, par exemple) ;
- les zones urbaines en fragilité, présentant des difficultés d'accès aux soins du fait d'une offre peu visible malgré la proximité de professionnels de santé ou de la faiblesse de l'offre en secteur 1.

³ Dans un premier temps, l'inventaire pourra concerner les médecins généralistes, les infirmières, les pharmaciens, les dentistes, les masseurs kinésithérapeutes.

b/ Volet qualitatif

Une approche qualitative est nécessaire pour confronter l'approche statistique aux réalités du terrain et aux données « microsociologiques » relatives à l'organisation des professionnels déjà en place.

A cet effet, l'expérience des Missions régionales de santé (MRS) est centrale pour repérer les priorités de structuration de l'offre de premier recours et peut faire gagner beaucoup de temps dans les diagnostics.

Point de vigilance :

Ne pas perdre trop de temps dans une analyse statistique trop fouillée alors qu'en général, les principales priorités à traiter sont évidentes et déjà connues.

Cibler les outils pertinents : attention à la multiplication des critères et aux biais d'une approche uniquement « statistique ». Faire une large part à l'analyse qualitative (dynamiques engagées entre professionnels de santé, existence ou non de structures d'exercice coordonné, place des réseaux, modes d'exercice ; éventuelles tensions sur le terrain). Ne pas oublier également l'analyse des projets qui n'ont pas fonctionné (pourquoi un projet de maison de santé pluridisciplinaire s'est-il arrêté ? ...).

Ne pas dresser un bilan uniquement statistique, intégrer les éléments de prospective (par exemple, départs en retraite ou cessation d'activité).

5. L'élaboration du diagnostic partagé

A l'issue de la première étape, l'ARS dispose d'un état des lieux qui identifie les points de fragilité sur lesquels les priorités d'action doivent porter.

Cet état des lieux doit être partagé avec les acteurs locaux et les professionnels de santé. Il s'agit de confronter les priorités identifiées par cette approche « objective » à la capacité des acteurs de terrain de se structurer et de se mobiliser pour répondre à ces besoins d'implantation prioritaires.

Il est important d'associer dans cette démarche l'ensemble des acteurs : représentants institutionnels (CDOM, URPS), professionnels de santé du premier recours, médecins généralistes remplaçants, établissements de santé notamment dans la composante médecine d'urgence, établissement de santé de proximité, etc.

Ce projet peut être mené en s'appuyant sur des professionnels servant de relais auprès de leurs pairs.

La qualité du dialogue établi lors de cette phase est l'un des éléments déterminants de la mise en œuvre des plans d'actions.

A l'issue de cette étape, le diagnostic est partagé avec les professionnels et les acteurs de terrains, les priorités ont été définies en tenant compte de la capacité effective des acteurs à porter les projets.

6. La définition de priorités autour d'organisations cibles

Les priorités d'action sont ciblées sur des points d'implantation. Pour que le SROS soit opérationnel, le nombre de projets sélectionnés doit être, dans une première étape, limité.

Concrètement, ces priorités d'action correspondront à des projets de structures d'exercice coordonné, quelle qu'en soit la forme : maisons de santé pluri-professionnelles, pôles de santé qui dispensent des soins de premier recours, organisation des médecins libéraux autour d'un hôpital local, voire centres de santé lorsque l'offre libérale ne permet de répondre aux besoins.

Ces différents types de structures pourront être proposés en fonction de l'objectif poursuivi par les partenaires intervenant dans le projet.

Pour rappel, le développement des maisons de santé pluridisciplinaires fait l'objet de plusieurs dispositifs de soutien : financements par le FIQCS, programme national de financement de 250 maisons de santé sur la période 2010-2013 pour les territoires ruraux notamment.

Ces dispositifs sont présentés en annexe 1 du cahier des charges national des maisons de santé diffusé avec la circulaire NOR n°EATV1018866C du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.

Les objectifs fixés doivent être réalistes, déclinés par étape dans un calendrier de mise en œuvre et doivent pouvoir être atteints dans les 18 mois, ou du moins largement engagés.

Point de vigilance :

Afficher très peu de projets afin de s'assurer que l'on puisse atteindre les objectifs que l'on se fixe (à titre indicatif, pour une région moyenne, il paraît difficile d'aller au-delà de 15 projets pour les deux premières années du SROS), ce qui permettra de donner de la visibilité aux actions engagées et aux résultats et de créer une dynamique positive.

Hiérarchiser les projets et être clair sur le calendrier (effet motivant quand les objectifs sont atteints)

2.3. Mise en œuvre, suivi et évaluation du volet ambulatoire du SROS

Les modalités de mise en œuvre de chaque plan d'action et les conditions de leur suivi n'ont pas à figurer en tant que telles dans le SROS. Pour autant, préparer dès à présent les modalités de mise en œuvre et de suivi de chaque plan d'action permet de s'assurer de l'adhésion des professionnels au projet. Cela permet aussi de préparer les conditions de l'évaluation en anticipant sur les indicateurs à recueillir.

1. La déclinaison des priorités en plans d'action

Les plans d'action visent à :

- accompagner le regroupement de professionnels de santé,
- attirer et fidéliser les professionnels sur un territoire donné,
- mobiliser les professionnels autour des besoins de santé.

Des leviers sont à la disposition des ARS pour structurer les réponses. Ils sont présentés en **annexe 6**. Pour mettre en œuvre les priorités du SROS, chaque plan d'action doit s'accompagner d'un calendrier présentant les étapes de la mise en œuvre.

Points de vigilance :

Ne pas se limiter aux mesures financières, étudier la pertinence de l'ensemble des leviers possibles.
Être réceptif aux mesures innovantes qui pourraient remonter des professionnels de santé eux-mêmes.

2. Le chiffrage financier

La mise en œuvre des plans d'action s'inscrit dans le cadre de l'ONDAM dont le taux de progression est contraint.

Il est essentiel que le cadrage financier soit établi dès le départ afin d'assurer la faisabilité du SROS.

Pour donner de la lisibilité à l'action de l'ARS, chaque plan d'action fait l'objet d'une fiche financière indiquant le coût des mesures proposées et les financements mobilisables.

3. Le suivi de la mise en œuvre du SROS et l'évaluation des actions engagées

L'évaluation porte sur la mise en œuvre globale du volet ambulatoire du SROS et sur le suivi et l'évaluation de chacun des plans d'action.

Concernant l'évaluation du volet ambulatoire du SROS : la réalisation des projets prioritaires identifiés est le critère principal. Un suivi régulier permet d'observer, à travers quelques indicateurs simples, le déploiement opérationnel de ces projets prioritaires afin de proposer au besoin des mesures correctives.

Cet indicateur pourra être complété des éléments suivants, pour chaque territoire de santé

- nombre de professionnels exerçant en structure d'exercice coordonné
- nombre et évolution du nombre de professionnels installés
- nombre de départ de professionnels libéraux (et motifs)
- nombre et évolution du nombre de stagiaires accueillis

Par ailleurs, la mise en œuvre du volet ambulatoire du SROS devrait avoir un impact sur les indicateurs prévus dans le CPOM Etat- ARS, qui pourront ainsi faire l'objet d'un suivi régulier dans ce cadre :

- Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale
- Nombre de structure d'exercice collectif en milieu ambulatoire/ 100 000 habitants

Concernant l'évaluation et le suivi de chacun des projets prioritaires : des indicateurs sont par ailleurs définis dans les cahiers des charges et en fonction des dispositifs de financements dans lesquels ils sont inscrits (plan de déploiement des 250 maisons de santé en milieu rural, financement par le FIQCS, expérimentations des nouveaux modes de rémunération etc.). Vous pouvez vous reporter à ces indicateurs.

Partie 3 : L'offre de soins hospitalière

Références

Articles L.1434-9 (loi HPST) et R.1434-4 (décret PRS)

L'impact du contexte macro-économique sur l'offre de soins hospitalière

Lors de la conférence des déficits publics du 20 mai 2010, le président de la République a annoncé un taux de croissance de l'ONDAM de 2,9% pour 2011 et 2,8% pour 2012, après un taux de croissance de 3% en 2010. Ceci contraindra fortement les évolutions de l'ONDAM hospitalier pour les années 2011 et 2012.

Il est donc impératif d'assurer la cohérence du SROS avec l'ONDAM ; dans ce sens, les autorisations de capacité ne doivent pas déboucher sur des dépenses incompatibles avec le respect de l'ONDAM.

Par ailleurs, il est important d'utiliser le SROS comme un outil facilitant le respect de la contrainte financière à moyen terme : il doit devenir un véritable levier pour la transformation de l'organisation des soins en substituant des organisations de soins efficaces aux organisations de soins traditionnelles. La mobilisation des outils favorisant la qualité des soins s'inscrit également dans cette démarche.

Dans ce cadre, le guide méthodologique SROS a pour objectif d'apporter les éléments de cadrage nationaux minimaux par activité de soins, en termes d'amélioration de l'accès aux soins, de qualité/sécurité des soins et d'efficience.

Pour que la **maitrise du volume d'activité des établissements de santé** soit une priorité des ARS, lors de l'élaboration du volet hospitalier et conférer au SROS-PRS toute sa portée de régulation de l'activité, deux moyens sont mis en place :

- **le chiffrage a priori des SROS** car il est indispensable de pouvoir mesurer l'impact financier des SROS dès le moment de leur élaboration : un projet de méthodologie de chiffrage du SROS est annexé au guide (il est en cours de finalisation et sera testé avec les régions) ;
- **un dialogue national sur la construction des OQOS** : la première étape de la méthodologie de construction des OQOS qui est proposée en annexe doit permettre de comparer l'activité hospitalière des régions entre elles et de travailler sur les disparités.

Par ailleurs, le SROS-PRS utilisera **tous les leviers à disposition pour maîtriser l'activité des établissements de santé**. Parmi ces leviers, l'accent doit être porté sur :

- la poursuite des restructurations, malgré le report de la publication des décrets relatifs à la médecine et à la chirurgie, annoncé à la fin du mois de juillet ; à cet effet, les objectifs relatifs aux activités de médecine et de chirurgie inscrits dans le guide sont en cohérence avec les projets de décrets, qui eux-mêmes se situent dans la continuité des politiques menées depuis 2004. Ainsi, les travaux sur la gradation de l'offre, les coopérations, les restructurations engagés devront se poursuivre ;
- la structuration de l'offre de soins autour des alternatives à l'hospitalisation complète (dialyse hors-centre, substitution de l'HAD à l'hospitalisation complète, développement de la chirurgie ambulatoire) ;
- l'anticipation des évolutions à venir notamment s'agissant de la modernisation des SAMU.

Une forme nouvelle pour un SROS plus opérationnel

L'élaboration de la partie hospitalière du SROS est conditionnée par plusieurs facteurs :

- L'évaluation des besoins et de l'offre se situe désormais au niveau du PSRS
- Le nouveau cadre réglementaire offre de la souplesse en termes de structuration du SROS puisque la base législative de l'arrêté fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les SROS a été abrogée par la loi HPST
- La contrainte financière impose un pilotage et un suivi des volets hospitaliers des SROS

Le SROS ne comporte plus de volets obligatoires en tant que tels mais doit toujours comporter les éléments indispensables à la planification et à l'autorisation des activités de soins et équipements matériels lourds.

Il est proposé que le SROS contienne un chapitre par activité de soins soumise à autorisation (sur la base de l'article R.6122-25) et par une activité non soumise à autorisation mais soumise à OQOS (comme les soins palliatifs).

La présentation de chaque activité peut utilement se rapprocher des fiches régionales du CPOM ARS (cf. annexe 9) et comporter :

- une reprise succincte du diagnostic régional ou des éléments de diagnostic plus fins que ceux inscrits dans le plan stratégique régional de santé ;
- les orientations/ actions prévues par l'ARS pour atteindre les orientations nationales (en termes d'accès, de qualité/ sécurité des soins et d'efficience) ;
- les objectifs régionaux spécifiques s'ils sont différents des orientations nationales, accompagnés des actions prévues pour les atteindre ;
- le schéma cible d'organisation régionale de l'activité ou du thème ;
- les modalités/ actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social ;
- les objectifs quantifiés de l'offre de soins par activité de soins et équipement matériel lourd ;
- les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements.

Les missions de service public peuvent faire l'objet d'un chapitre particulier, sur la base des recommandations contenues dans le présent guide.

Il est recommandé que le chiffrage du SROS soit réalisé au moment de l'élaboration du SROS : une méthodologie est proposée à cet effet en annexe 4.

Les outils mis à disposition

Le guide méthodologique présente pour chaque activité de soins :

- les références réglementaires et rapports (avec lien électronique dans la mesure du possible)
- les orientations nationales pour les cinq années à venir en termes d'accès aux soins, de qualité/ sécurité des soins et d'efficience
- (éventuellement) les points d'articulation qu'il semble utile de traiter en lien avec la globalité du champ de compétence des ARS
- les indicateurs de suivi qui seront analysés au niveau national (issus majoritairement du CPOM ARS)

N.B. Le suivi des différentes activités en OQOS implantation et volume fait partie des obligations réglementaires et ne figure donc pas dans ces indicateurs de suivi plus spécifiques

Outils

Des outils statistiques sur les taux de recours de la population domiciliée par région et par territoire de santé en médecine et chirurgie/ soins de suite et de réadaptation/ psychiatrie
Un fichier Excel pour le chiffrage du SROS

A. Activités de soins relevant des SROS

3.1. Médecine

Références

Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001000038FF>

Courrier DHOS du 30 octobre 2006 relative à l'intégration des « actes exploratoires à visée diagnostique ou thérapeutique » dans les autorisations : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2004/04-52/a0523394.htm>

Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n°2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2004/04-52/a0523394.htm>

Guide méthodologique du 6 août 2009 relatif à l'organisation de la permanence des soins hospitalière

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Renforcer et structurer l'offre en médecine polyvalente en tenant compte de l'évolution des besoins liés au vieillissement de la population et aux situations de polyopathologies :

- offre de proximité
- sur les sites hospitaliers comportant une activité d'urgences

Structurer l'accès aux soins de médecine par une gradation des plateaux techniques de médecine, l'organisation de la permanence des soins : identifier les sites où sont réalisés des actes techniques de médecine avec anesthésie générale ou locorégionale - secteur interventionnel - : ces actes pouvant être réalisés dans des établissements de santé autorisés en médecine ou en chirurgie. Une mutualisation des plateaux techniques est à encourager lorsque l'établissement de santé est autorisé à exercer ces deux activités de soins ; le secteur interventionnel pouvant être situé auprès, au sein ou être assimilé au secteur opératoire.

Structurer l'organisation de consultations hospitalières spécialisées avancées pour le dépistage et le diagnostic, en articulation avec le volet ambulatoire du SROS, en tenant compte de l'impact des restructurations des plateaux techniques hospitaliers.

Structurer l'organisation graduée et coordonnée de la prise en charge des enfants et adolescents (soins de proximité et de recours hospitaliers et d'expertise) :

- identifier les implantations des structures de pédiatrie,
- identifier les sites d'hospitalisation en médecine pouvant accueillir des enfants dans le cadre d'une convention avec une structure de pédiatrie [réalisation d'actes techniques de médecine avec anesthésie générale ou loco-régionale ; enjeux d'exception géographique pour la prise en charge d'enfants à partir de 11 ans souffrant d'épisodes pathologiques aigus ou atteints de maladies chroniques après la phase diagnostique en structure de pédiatrie].

➤ Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Favoriser la création de consultations pluridisciplinaires de prise en charge des syndromes douloureux chroniques, notamment de l'enfant et de l'adolescent.

Identifier les établissements de santé nécessitant un accès immédiat aux produits sanguins labiles (PSL), en articulation avec le schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS).

➤ Améliorer l'efficacité

Maintenir une offre de médecine de proximité, tout en renforçant l'efficacité de l'offre hospitalière en tenant compte de la démographie médicale.

Diversifier l'offre hospitalière en médecine : développer les prises en charge en hôpital de jour (HDJ) et engager une évolution de l'hospitalisation à domicile (HAD) vers des prises en charge nécessitant des traitements lourds, par substitution de l'hospitalisation à temps complet.

Renforcer les coopérations entre les établissements de santé autorisés à la médecine

Assurer un meilleur équilibre entre prise en charge en médecine programmée et non programmée et garantir l'aval des urgences en journée et en période de permanence des soins hospitalière

Renforcer l'adéquation des séjours de médecine en recentrant l'hospitalisation en médecine sur les soins aigus. Veiller à une masse critique optimale des établissements de santé autorisés à la médecine, notamment s'agissant des ex-hôpitaux locaux : une unité de médecine doit permettre d'équilibrer les recettes, le coût d'une équipe paramédicale et d'une couverture médicale garantissant la continuité des soins. Tenir compte des principes fixés dans l'instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 (cf. lien supra) visant à clarifier ce qui relève d'une prise en charge de médecine en hospitalisation de jour et d'une prise en charge en consultation externe.

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Structurer et formaliser les liens ville-hôpital-secteur médico-social dans le cadre :

- des filières de soins
 - o pour les pathologies nécessitant une gradation des soins, en particulier concernant l'asthme, l'épilepsie, l'obésité, le diabète et les addictions ;
 - o pour les populations fragiles comme les personnes âgées pour organiser la prévention, l'accès précoce aux soins de premiers recours et soins spécialisés en ambulatoire et le recentrage de l'hospitalisation en médecine sur des soins aigus ;
 - o pour organiser la prise en charge des malades chroniques, souffrants d'addictions, en situation d'obésité ou ayant fait une tentative de suicide ;
 - o pour la prise en charge des enfants en menant des actions coordonnées entre les acteurs ambulatoires (pédiatres libéraux, PMI, médecins généralistes) et hospitaliers
- des filières de prise en charge populationnelle
 - o pour préparer la sortie de l'hospitalisation en médecine en lien avec les structures de SSR, la médecine de ville et le secteur médico-social afin de répondre notamment aux enjeux des inadéquations hospitalières ;
 - o pour répondre aux enjeux des maladies chroniques, de la santé psychique, du handicap et de prévention la maltraitance et éviter les ruptures entre parcours de soins et parcours de vie ;
 - o pour l'articulation de la prise en charge sanitaire des adolescents avec des lieux d'accueil, d'écoute et d'information et de soins ouverts aux adolescents (maisons des adolescents notamment).

N.B. : Des travaux communs DGOS, DGS, DGCS, CNSA sont en cours sur la transversalité entre parcours de soins et parcours de vie et viendront compléter le guide dans sa prochaine version.

Structurer une offre hospitalière en matière de programmes d'éducation thérapeutique : mutualisation des programmes pour répondre aux situations de polypathologie (ex : insuffisance rénale chronique/cardiologie/diabétologie) ; programmes sur la prise en charge des enfants/ ados

Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours en médecine dans les établissements de santé pour 10 000 habitants (ind. CPOM)
- Part des séjours de médecine en hospitalisation de jour
- Part des séjours de médecine avec actes techniques de médecine sous anesthésie générale ou locorégionale

3.2. Chirurgie

Références

Annexe « maison chirurgicale » Article D.6124-401 à D.6124-408
Chirurgie ambulatoire : Articles R.6121-4 et D.6124-301 à D.6124-306
Anesthésie : Article D.612491 à D.6124-103

Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001000038FF>

Guide méthodologique du 06 août 2009 relatif à l'organisation de la permanence des soins hospitalière

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Réduire les inégalités d'accès aux soins chirurgicaux programmés :

- Maintenir des consultations avancées en pré et post interventions chirurgicales en proximité, y compris en ayant recours à la télé-médecine
- Structurer la gradation des sites de chirurgie en identifiant les recours dans le SROS et la coopération entre les différents niveaux
- Garantir une chirurgie prise en charge en secteur 1 par territoire de santé
- Structurer la prise en charge des urgences chirurgicales dans le cadre du réseau des urgences
- Assurer sur l'ensemble des sites de chirurgie la prise en charge en aval des structures d'urgence (la prise en charge des urgences chirurgicales en journée en aval des structures d'urgence doit être organisée en prenant en compte l'ensemble de l'offre de soins de chirurgie en fonction de la gradation des soins chirurgicaux et des spécialités disponibles)
- Identifier des sites pour des prises en charge lourdes en stomatologie et odontologie

➤ Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Prise en compte et traçabilité de l'évaluation et du traitement de la douleur dans les soins chirurgicaux et dans le cadre de la sortie du patient de l'établissement de santé

Restructurer les sites de chirurgie réalisant une activité inférieure à 1500 séjours chirurgicaux au profit d'une offre répondant à des besoins de la population dans le cadre du projet médical de territoire (regroupement des plateaux techniques). Par exception, étudier le maintien d'une chirurgie des cancers sur les sites autorisés au traitement du cancer, d'une chirurgie gynécologique sur les sites des maternités.

Inscrire les sites de chirurgie au sein des filières de soins médico-chirurgicales (exemple : obésité)

Regrouper la prise en charge chirurgicale des enfants de 0 à 1 an au sein de centres spécialisés

➤ Améliorer l'efficience

Mettre en place des filières de prise en charge entre les sites de chirurgie et les soins de suite et de réadaptation

Organiser la coordination des sites de chirurgie avec les professionnels de soins ambulatoires (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes)

Développer la modalité de prise en charge de chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des sites de chirurgie fondée sur :

- une activité suffisante / masse critique
- les référentiels nationaux – qualité et efficience
- une structuration des replis (convention de sécurité)

- une organisation interne structurée : centres ambulatoires intégrés en établissement de santé et mise en place de centres de chirurgie ambulatoire exclusive extrahospitaliers

Mutualiser les plateaux techniques de chirurgie pour la réalisation des actes techniques de médecine (exemple : endoscopies) tout en maintenant une activité de chirurgie conséquente.

Optimiser la PDSH en chirurgie entre le secteur public et le secteur privé

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Etudier les particularités et liens nécessaires entre les établissements de santé et les structures d'hébergement médico-social pour préparer les prises en charge chirurgicales des personnes hébergées dans ses structures.

Formaliser certaines filières de soins (séquelles de poly traumatismes, etc.)

Indicateurs de suivi

- Taux de pratique de chirurgie ambulatoire (sur 17 gestes marqueurs) (ind. CPOM)
- Nombre de séjours en chirurgie dans les établissements de santé pour 10 000 habitants (ind. CPOM)
- Taux de recours à la chirurgie (20 gestes marqueurs) de la population domiciliée (ind. CPOM)
- Taux de fuite extrarégional sur les 100 premiers GHS courants (ind. CPOM)
- Nombre de patients pris en charge dans le cadre d'une coopération (ind. CPOM)
- Nombre d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur au seuil national de < 1500 séjours chirurgicaux (ind. CPOM)
- Dispersion du taux de ré-hospitalisation à 30 jours (ind. CPOM)

3.3. La périnatalité

Références

Gynécologie-obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale : article R.6123- 39 à R.6123-53 (conditions d'implantation) et articles D.6124-35 à D.6124-63 (conditions techniques de fonctionnement)
AMP : L.2141-2 à L.2142-4 et R.2142-1 à R.2142-5
DPN : L.2131-1 à L.2131-5 et R.2131-1 à R.2131-22
IVG : L.2212-1 à L.2212-13-3 et R.2212-4 à R.2212-2213-6

Plan périnatalité 2004-2007

La périnatalité recouvre les prises en charge autour de la grossesse et de la naissance et principalement les activités de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale, l'activité d'assistance médicale à la procréation et de diagnostic prénatal et la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse.

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Renforcer l'adéquation entre le niveau de risque pour la mère et l'enfant et l'offre de prise en charge graduée des femmes enceintes et des nouveau-nés : cette adéquation vise à garantir à la femme, aux parents et au nouveau-né une prise en charge adaptée et fondée sur une évaluation individualisée du niveau de risque pour la mère et l'enfant et une orientation adaptée dans l'offre de soins graduée des maternités.

Les moyens permettant de renforcer cette adéquation sont notamment :

- le maintien d'une offre suffisante sur les territoires de santé en maternité de niveau 1 et 2 afin d'éviter une saturation des maternités de niveau 3 au niveau régional,
- une organisation des transferts,
- le soutien des réseaux de santé de périnatalité dans leur rôle d'orientation des grossesses à risque.

Réduire les inégalités sociales d'accès au suivi de la grossesse des femmes enceintes.

Garantir la continuité et la permanence des soins au sein des maternités et faire évoluer les maternités qui ne peuvent les assurer (restructurations ou coopérations).

Organiser l'accès et la prise en charge des urgences obstétricales et notamment de l'hémorragie du post-partum au moyen d'un accès à l'embolisation et des urgences gynécologiques.

Réduire les inégalités d'accès à l'assistance médicale à la procréation, au diagnostic prénatal et au diagnostic pré-implantatoire (AMP-DPN-DPI).

Maintenir systématiquement l'IVG dans l'offre de soins de gynécologie-obstétrique et/ou de chirurgie notamment dans le cadre des restructurations

Organiser l'offre de soins de manière à assurer les IVG entre 12 et 14 semaines au niveau des territoires de santé

➤ Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Encourager la démarche qualité de soins personnalisés au sein des maternités.

Promouvoir les facteurs favorisant les relations d'attachement mère-enfant (allaitement, bien traitance)

Améliorer les conditions de prise en charge de l'AMP-DPN au sein des équipes qui les réalisent au travers d'une prise en compte des aspects psychologiques.

Renforcer la continuité de la prise en charge des nouveau-nés en risque de développer un handicap et accompagner les parents

Diversifier les modes de prise en charge de l'IVG (médicamenteuse et instrumentale) au sein de tous les établissements les prenant en charge.

➤ Améliorer l'efficience

Diversifier les modes de prise en charge au sein des maternités de niveau 2 et 3 entre le suivi des grossesses à faible niveau de risque et le suivi des grossesses à risque.

Développer l'IVG hors établissement au sein des centres de santé et en collaboration avec les conseils généraux, des centres de planification familiale

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Assurer une coordination du suivi en prénatal de la femme enceinte et en post-natal de la mère et de l'enfant qui nécessitent une prise en charge par le secteur médico-social

Assurer l'articulation des établissements pratiquant des IVG avec les centres d'éducation et de planification familiale du conseil général en prévention des grossesses non désirées (contraception)

Renforcer les coordinations entre les professionnels de santé libéraux et les établissements pratiquant des IVG dans le domaine de la prévention et de l'orientation des femmes en amont et en aval d'une IVG

Indicateurs de suivi

Grossesse-accouchement

- Taux de femmes enceintes bénéficiant de l'AME, CMU et CMUC déclarant leur grossesse au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre
- Nombre d'enfants nés de naissance multiple en niveau 1
- Nb de séjours d'accouchements en maternité de niveau 3 / nombre total de séjours d'accouchements (ind. CPOM)
- Nombre de séjours en obstétrique dans les établissements de santé pour 10 000 habitants (ind. CPOM)
- Taux de césarienne pour les maternités de niveau 1 par territoire de santé (ind. CPOM)
- Nombre d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur au seuil national annuel de < 300 accouchements (ind. CPOM)

IVG

- Nombre d'établissements de santé pratiquant des IVG / nombre d'établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie
- Nombre d'IVG médicamenteuses/ nombre total d'IVG pratiquées au sein de chaque établissement de santé ;
- Nombre d'IVG médicamenteuses pratiqués en dehors des établissements de santé / nombre total d'IVG au niveau régional.

AMP-DPN

- Délais moyens de prise en charge clinique et biologique

3.4. Psychiatrie

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Organiser, au niveau des territoires de santé, le circuit de l'urgence avec l'ensemble des partenaires impliqués (SAMU, établissements autorisés en psychiatrie, établissements autorisés en médecine d'urgence)

Organiser la prise en charge des troubles mentaux fréquents par une meilleure coopération avec les médecins généralistes

Assurer l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles mentaux

➤ Assurer la continuité des prises en charge

Assurer une répartition équilibrée sur le territoire de santé, des différentes modalités de prise en charge à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire; à ce titre il conviendra de spécifier les missions des différentes prises en charge sur un territoire et de définir des objectifs de réduction des différences de prises en charge entre les territoires de santé de la région, en privilégiant les prises en charge de proximité, sauf dans le cas où un recours à une compétence spécifique est nécessaire.

Assurer la capacité d'accueil en urgence en hospitalisation par le développement de coopération entre les établissements autorisés en psychiatrie et les établissements accueillant les urgences (unités d'accueil de courte durée, unités d'hospitalisation en urgence, formalisation des liens entre les unités d'accueil d'urgence et les établissements autorisés en psychiatrie....).

Organiser au niveau des territoires de santé des coopérations avec les partenaires sociaux et médico-sociaux intervenant en matière de logement et d'insertion afin de fluidifier les prises en charge des patients (éviter les inadéquations en hospitalisation notamment) et assurer un accès aux soins spécialisés aux personnes accueillies en établissement médico-social.

Définir les conditions d'organisation, au niveau des territoires de santé, de la réponse pour des populations spécifiques, dans le respect des objectifs généraux des plans de santé publique, en lien avec les professionnels de santé concernés exerçant dans les autres spécialités concernés (gériatrie, pédiatrie, etc.) :

- les personnes âgées
- les adolescents
- les personnes en situation de précarité
- les personnes détenues
- les patients autistes et souffrant de troubles envahissants du développement
- les patients souffrant d'addictions

Assurer l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à l'ensemble des soins : faciliter l'accès aux campagnes de dépistage nationales ; développer les coopérations avec les médecins non psychiatres tant pour les personnes hospitalisées que pour les personnes suivies en ambulatoire

➤ Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Réserver l'hospitalisation aux personnes qui relèvent de cette prise en charge en développant les coopérations avec les acteurs susceptibles d'assurer le logement des personnes ; des études sur les inadéquations seront menées sur la base du cahier des charges national de la MNASM, à paraître prochainement

➤ Améliorer l'efficacité

Développer et organiser les prises en charge conjointes avec les médecins généralistes pour fluidifier les parcours.

Mieux spécifier le rôle des structures d'accueil à temps partiel et organiser leur accessibilités à l'ensemble des patients (prises en charge de proximité, prises en charge spécialisée, spécificité par rapport aux accueils de jour médico-sociaux du territoire...).

Coordonner les prises en charge psychiatrique en addictologie avec les professionnels somatiques et les structures médico-sociales

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Définir les conditions d'accueil et/ou de prise en charge des personnes handicapées psychiques hébergées dans des établissements médico-sociaux ou bénéficiant des services médico-sociaux dans les différents territoires de santé et notamment l'organisation du suivi psychiatrique des personnes accueillies, les conduites à tenir en situation de crise, les besoins de soutien et d'accompagnement des professionnels des établissements médico-sociaux.

Effectuer la même démarche avec les EHPAD

Organiser les modalités d'accès des patients psychiatriques aux campagnes de dépistage et de prévention (cf. vaccination) nationales.

Développer les relations formalisées avec les collectivités territoriales (municipalité/ conseil général/ conseil régional – exemple des transports) pour qu'elles intègrent les besoins des patients de la psychiatrie dans la définition des politiques mises en œuvre.

Dans cette même perspective développer les relations avec l'éducation nationale pour les enfants et adolescents

Indicateurs de suivi

- Nombre de patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'un an par territoire de santé
- Evolution du taux d'hospitalisation en soins sans consentement par territoire de santé

3.5. Soins de suite et de réadaptation

Références

Décret n°2008-377 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de SSR : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664450>

Décret n°2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de SSR : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664432>

Circulaire du 3 octobre 2008 relative aux décrets réglementant l'activité de SSR : http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2008/08-10/ste_20080010_0100_0116.pdf

Rapport IGAS sur l'évaluation des SROS SSR (février 2010)

Instruction aux DG ARS du 19 mai 2010 relative à la mise en œuvre du SROS SSR

Directive aux ARS relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Organiser une répartition équilibrée des autorisations d'activité, assurant un maillage territorial adapté tant pour les SSR généralistes que pour les SSR comprenant une spécialisation. Les SSR ayant une autorisation générale d'activité doivent être en mesure de répondre aux demandes de l'ensemble des patients, quelle que soit la pathologie d'origine, dès lors que la prise en charge ne nécessite pas un niveau de recours spécialisé.

Favoriser le passage entre structures de médecine, chirurgie et obstétrique et la prise en charge en SSR, par des accords de coopération.

Faciliter par une communication auprès des professionnels libéraux l'accès direct aux SSR pour les personnes qui y ont notamment déjà été accueillies, pour éviter chaque fois que possible un passage préalable aux urgences.

➤ Améliorer l'efficacité

Développer l'hospitalisation à temps partiel, en renforçant le lien entre les structures SSR et les professionnels de ville.

Repérer les structures qui ont les durées moyennes de séjour les plus longues et développer les coopérations avec :

- avec l'HAD et les SSIAD pour faciliter le retour à domicile
- avec les structures médico-sociales (MDPH, CLIC et structures d'hébergement), permettant d'accueillir plus précocement les patients qui en relèvent

Assurer une taille suffisante aux structures, au besoin en promouvant les restructurations, notamment pour leur permettre de faire face à la mise en place prochaine de la T2A-SSR

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Développer la coordination entre les structures SSR et les professionnels de ville (médecins généralistes, spécialistes, masseurs-kiné, IDE libérales), ou structures médico sociales (SSIAD) pour instaurer une communication et éviter les ré-hospitalisations pour cause de sortie trop rapide engendrant des décompensations

Assurer la fluidité des parcours par une analyse des complémentarités, au sein des territoires de santé, entre l'offre de SSR, les acteurs participant à la prise en charge à domicile (qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux) et les établissements médico-sociaux

Indicateurs de suivi

Nombre de séjours en SSR dans les 30 jours suivants une hospitalisation pour AVC (ind. CPOM)

Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico-sociaux (établissements d'hébergement, SSIAD)

Nombre de conventions de coopération passées avec des structures de soins (HAD, MCO)

3.6. Soins de longue durée

Références

Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée

Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : <http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>

Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n° 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-06/a0060121.htm>

Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Assurer une activité de soins de longue durée dans un contexte de proximité, adapté aux différentes populations

Spécifier la place des soins de longue durée dans les filières de prise en charge (AVC, traumatismes crâniens, blessés médullaires, maladies neuro-dégénérative, psychiatrie, gériatrie...)

➤ Améliorer l'efficience

Développer les coordinations formalisées avec les autres structures au sein des champs sanitaire et médico-social

Fluidifier les filières de prise en charge sanitaires

Réduire les inadéquations au sein des établissements de santé (médecine /SSR en particulier) et des établissements médicosociaux

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Organiser les conditions de transfert entre les structures de soins de longue durée et les établissements médicosociaux

Mettre en œuvre les politiques de prévention spécifiques (dénutrition, dépistage démences, escarres...)

Indicateurs de suivi

3.7. Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Références

Décret n° 2009-409 du 14 avril 2009 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en cardiologie :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CB7E6D50FE7467DAE6BC4D155C579425.tpdjo12v_3?cidTexte=JORFTEXT000020522354&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id

Décret n° 2009- 410 du 14 avril 2009 relatif aux conditions techniques de fonctionnement :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CB7E6D50FE7467DAE6BC4D155C579425.tpdjo12v_3?cidTexte=JORFTEXT000020522367&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id

Arrêté du 14 avril 2009 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133 du code de la santé publique :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B3AA9278AC40C8F8792C8847AA1CF399.tpdjo09v_3?cidTexte=JORFTEXT000020522416&categorieLien=id

Circulaire n°DHOS 04 /2009/ 279 du 12 août 2009 :

http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-09/ste_20090009_0100_0049.pdf

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Optimiser la qualité et la rapidité de la prise en charge notamment en amont et en aval des syndromes coronariens aigus

Constituer des filières de soins articulées autour des réseaux de prise en charge des urgences, évaluer leur fonctionnement et leur impact sur la qualité des prises en charge

Faciliter l'accès direct « au plateau technique hautement spécialisé », plateau spécialisé adapté à l'état du patient

Organiser une permanence des soins sur le site où s'effectue l'activité de cardiologie interventionnelle

➤ Améliorer la qualité et la sécurité des soins

S'assurer du respect par les structures autorisées des seuils d'activité attendus pour la pratique sécurisée des trois types d'actes relevant du champ de la cardiologie interventionnelle

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

La continuité des soins et la fluidification des parcours de soins constituent une priorité notamment pour la prise en charge des infarctus du myocarde

Existence de conventions pour permettre de formaliser et de sécuriser les liens entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'amont jusqu'à l'aval

3.8. Médecine d'urgence

Références

Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000788651&dateTexte>

Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000788652&dateTexte>

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

L'accès aux soins, en urgence, comprend l'accès à des soins de proximité et l'accès à des soins délivrés dans le cadre de filières de soins spécialisés.

1) Assurer l'**accès aux soins**, pour l'ensemble des besoins de soins non programmés et urgents (urgences banales et urgences vitales), par un maillage pertinent du territoire, en prenant en compte les structures de médecine d'urgence, les SMUR et les antennes de SMUR.

La couverture du territoire par les SMUR est garante de l'accès à des filières de soins spécialisés. Les implantations de structures des urgences répondent à d'abord besoin de proximité. Elles peuvent également permettre une orientation vers des filières de soins spécialisées. Néanmoins l'emploi du SMUR pour l'accès à des filières spécialisées et après régulation médicale et doit être privilégié.

2) Développer l'**organisation territoriale** des structures de médecine d'urgence (réseau des urgences) pour optimiser l'orientation des patients en aval de leur prise en charge en urgence, c'est-à-dire à partir de l'appel au centre 15 ou de la porte d'entrée que constitue la structure des urgences, vers les plateaux techniques, vers les services d'hospitalisation, vers les structures médico-sociales le cas échéant.

En ce qui concerne l'organisation en amont des services d'urgence : cf. Chapitre I « articulation urgences/ville »

3) Garantir le **rôle des centres de réception et de régulation des appels** (CRRRA) au sein des SAMU centres 15 comme pivot de la régulation médicale pour assurer la couverture de l'ensemble du territoire par un numéro d'appel national et unique (n°15).

➤ Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Améliorer l'organisation des services d'urgence pour augmenter le nombre de passages aux urgences de moins de 4 heures

➤ Améliorer l'efficacité

1) Réfléchir à la pertinence du maillage des services d'urgences, en vue de garantir la meilleure accessibilité aux soins en fonction : du **nombre d'habitants** pouvant être pris en charge, **de la surface** pouvant être couverte, **de l'activité** des services et de **caractéristiques sociales** de la population prise en charge.

Une attention particulière sera portée aux zones situées à plus de 30 minutes d'une structure d'urgence ou d'un SMUR. Le cas échéant, il conviendra de prendre en compte les organisations alternatives mises en place : réponses apportées par le premier recours (maisons de santé pluri-professionnelles, organisations de points fixes de garde dans le cadre de la permanence des soins), convention avec les services départementaux d'incendie et de secours, médecins correspondants de SAMU, etc.

Pour identifier les zones concernées, des cartographies régionales (novembre 2007) des temps d'accès par les SMUR terrestres vitesse rapide, par les SMUR terrestres vitesse standard, par les hélicoptères et des temps d'accès aux urgences à vitesse standard sont disponibles sur le serveur PARTHAGE (*rubriques cartographie – études des temps d'accès*).

- S'assurer de la cohérence du SROS et du SDACR (schéma départemental d'analyse et de couverture des risques), afin d'éviter les doublons et en application de la circulaire du 31 décembre 2007 :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2008/08-02/a0020047.htm>

- Mettre en place des **équipes médicales communes** de territoire pour les structures d'urgence ayant **une activité de moins de 5000 passages**, si leur implantation se justifie, afin de garantir l'accessibilité des soins.

2) Organiser l'orientation des patients vers **les structures sanitaires ou médico-sociales** disposant des compétences et/ou des capacités d'hospitalisation nécessaires. Promouvoir les conventions avec les structures des urgences de proximité et mettre en place des **filières de prise en charge en urgence en particulier vers les plateaux techniques adéquats** en particulier lorsque le pronostic vital et/ou fonctionnel est engagé (ex : infarctus, AVC).

3) S'assurer que la répartition et la coordination des missions assurées par les SAMU sur le territoire régional permettent **une bonne articulation entre SAMU**

N.B. : Un cadrage national sera proposé en cours d'année sur la base des réflexions sur «la modernisation des SAMU » qui vise à améliorer la qualité et l'efficacité de leur réponse en repensant leur organisation à partir d'une approche modulaire selon des fonctions assurées par chaque SAMU, approche qui pourra dépasser le cadre départemental et qui sera rendue possible par une amélioration des systèmes d'information et de communication et de leur processus.

- contribuer au **développement du répertoire opérationnel des ressources (ROR)**, permettant d'assurer l'orientation effective des patients dans le cadre du réseau des urgences. Le ROR doit tenir compte de l'organisation de la PDSH. Développer des outils et procédures permettant de connaître la disponibilité opérationnelle en lits (par exemple, dispositif de connexion des services avec la régulation SAMU).

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Veiller à la mise en place de conventions dans le cadre du réseau des urgences avec des structures médico-sociales ou EPHAD et de convention de fonctionnement entre les établissements accueillant des activités de médecine d'urgence et les maisons médicales de gardes.

Lien avec les maisons médicales de garde

Tenir compte de la possibilité devoir faire face à des urgences collectives dans le dimensionnement des activités de médecine d'urgence. Les modalités d'organisation pour faire face à une situation de crise sont définies au chapitre 1er du livre III du code de la santé publique («menaces sanitaires graves-mesures d'urgence ») et notamment à l'article L. 3131-7 du code de la santé publique. Les modalités d'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire sont également décrites dans le guide méthodologique sur le schéma régional de prévention.

Indicateurs de suivi

- Taux de recours aux urgences hospitalières (nombre de passages pour 10 000 habitants) (ind. CPOM)
- Pourcentage de passages aux urgences en moins de 4 heures⁴

⁴ Un travail est actuellement en cours dans le cadre de la mise en place d'un baromètre de la qualité des services rendus au public (baromètre Cornut Gentil) sur la production d'un indicateur relatif à ce pourcentage qui pourra servir d'appui à une réflexion sur ce point. Parallèlement des travaux sont engagés sur la mesure du temps total de passage aux urgences, décliné selon les stades de gravité, en focalisant sur les patients qui viennent aux urgences avec un retour à domicile.

3.9. Réanimation, soins intensifs et surveillance continue

Références

Décrets n°2002-465 et n°2002-466 du 5 avril 2002 relatifs à la réanimation (CSP art D.6124-27 à 33), soins intensifs (CSP art D.6124-104 à 116), surveillance continue (CSP D.6124-117 à 120)

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=0261132ACDD7414BE33DEB39D3A16D86.tpdj13v_1&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000000222059&categorieLien=cid

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000585557&dateTexte=>

Décret n°2006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006 relatifs à la réanimation pédiatrique (modifié le décret n°2002-465 du 5 avril 2002)

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=0261132ACDD7414BE33DEB39D3A16D86.tpdj13v_1&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000000813915&categorieLien=cid

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000813917&dateTexte=>

Circulaire n°DHOS/SDO/2003/413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2003/03-45/a0453485.htm>

Circulaire n°DHOS/O/2006/396 du 8 septembre 2006 relative à l'application des décrets n°2006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006 relatifs à la réanimation pédiatrique :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-11/a0110024.htm>

Arrêté du 23 août 2003 : http://www.srlf.org/s/IMG/pdf/experience-atteste_e-en-rea.pdf

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Concentrer les activités de réanimation sur des sites pivots par territoire de santé, dans des agglomérations disposant d'un potentiel d'activité suffisant pour garantir une utilisation effective et pérenne des lits de réanimation, dotés des ressources médicales requises et d'un plateau technique significatif.

Définir le maillage territorial de prise en charge des patients nécessitant une assistance respiratoire extra-corporelle (AREC) permettant l'accès aux soins sur l'ensemble de la région, en lien avec la couverture d'intervention des unités mobiles d'assistance circulatoire (UMAC) et le schéma interrégional d'organisation de soins de la chirurgie cardiaque.

Concernant les adultes

Structurer une organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins par territoire de santé, dans le cadre d'un travail en réseau formalisé par convention inter-établissements en lien notamment avec le SAMU et les structures des urgences :

- par territoire de santé, un niveau de proximité peut se doter, en fonction de l'activité constatée de surveillance continue et compte tenu de l'éloignement géographique, d'une unité de surveillance continue ; un niveau de recours « site pivot » dispose d'au moins une unité de réanimation et d'une unité de soins intensifs en cardiologie.
- le niveau régional dispose de plusieurs unités de réanimation, de surveillance continue et de soins intensifs destinées notamment à la prise en charge de patients dans le cadre des cinq activités spécialisées relevant d'un SIOS.

Corréler les OQOS en implantations des activités de soins de réanimation avec ceux des 5 activités de soins hautement spécialisées relevant d'un SIOS.

Distinguer les unités de surveillance continue des établissements disposant d'unités de réanimation, des unités de surveillance continue des établissements n'en disposant pas, ces dernières n'étant pas soumises à autorisation et devant faire l'objet d'une reconnaissance contractuelle.

Identifier la spécialité d'organe de chaque unité de soins intensifs (adulte)

Concernant les enfants :

Identifier les unités de réanimation néonatale, distinctes des unités de réanimation pédiatrique.

Identifier les unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée.

Utiliser un dispositif régional de régulation des disponibilités en lits de réanimation à l'appui d'un système d'information partagé par tous les établissements concernés ; coordonner au plan régional les fermetures temporaires de lits de réanimation

Définir le maillage territorial de prise en charge des patients nécessitant une assistance respiratoire extra-corporelle (AREC) permettant l'accès aux soins sur l'ensemble de la région, en lien avec la couverture d'intervention des unités mobiles d'assistance circulatoire (UMAC) et le schéma interrégional d'organisation de soins de la chirurgie cardiaque.

➤ **Améliorer la qualité et la sécurité des soins**

Adapter les moyens en personnels, développer la formation et le soutien psychologique des soignants notamment dans la prise en charge de la douleur, des soins de fin de vie et de l'accès aux soins palliatifs.

Organiser la lutte contre les infections nosocomiales par la formation des personnels et l'utilisation de protocoles en hygiène, par le renforcement de la surveillance des infections nosocomiales et leur traitement, par une amélioration de l'organisation architecturale et des locaux.

Développer les prélèvements d'organes et de tissus par l'inscription systématique des équipes de réanimation dans les réseaux de prélèvement mis en place par l'Agence de bio-médecine.

➤ **Améliorer l'efficience**

Poursuivre l'effort de reconstitution territoriale des unités de réanimation adulte et pédiatrique afin de mutualiser les équipes et de répondre au mieux aux conditions techniques de fonctionnement, en tenant compte d'une analyse régionale sur les dispersions en matière d'activité et de fonctionnement des unités de réanimation pour adulte, des unités de réanimation pédiatrique et des unités de réanimation pédiatrique spécialisée.

Optimiser la gestion des ressources médicales et paramédicales par le regroupement physique sur chaque site des activités de réanimation et de surveillance continue, privilégier les capacités des unités de réanimation de 10 à 12 lits au minimum, notamment par la fusion d'unités de petite taille existant dans un même établissement, afin d'optimiser l'organisation de la permanence médicale.

Faciliter la filière des patients de réanimation par la formalisation de liens avec les services d'amont et d'aval habituels et notamment les structures SSR qui ont vocation à prendre en charge des polytraumatisés, des patients en coma prolongé.

Améliorer l'organisation de la permanence des soins pour l'accueil des patients en réanimation en lien avec les urgences.

Réduire les durées moyennes de séjour par un renforcement des coopérations relais avec les services de médecine et de chirurgie concernés et les structures SSR.

Indicateurs de suivi

Pour la réanimation adulte et la réanimation pédiatrique :

- taux d'occupation, durée moyenne de séjour, origine géographique des patients
- pourcentage des patients ventilés
- nombre et type d'actions engagées dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Suivi des CPOM lits SI / SC hors autorisation de réanimation : nb de séjours hospitaliers MCO concernés

3.10. Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

Références

Décret n°2002-1197 du 23 septembre 2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000232864&dateTexte=>

Décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000780502&dateTexte=>

Circulaire DHOS/SDO n° 2003-228 du 15 mai 2003 relative à l'application des décrets n° 2002-1197 et 2002-1198 du 23 septembre 2002 (BOMSS 28 juin 2003 n°2003/2004, p. 105)

Lettre DHOS du 13 avril 2004, éléments méthodologiques relatifs à l'élaboration des volets des SROS relatifs au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale

Circulaire DHOS/O1 n°2005-205 du 25 avril 2005 relative aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale (BO Santé 15 juillet 2005, n°5, p. 20)

Circulaire DHOS/E4/AFSSAPS/DGS n°2007-52 du 30 janvier 2007 relative aux spécifications techniques et à la sécurité sanitaire de la pratique de l'hémodiafiltration et de l'hémodiafiltration en ligne dans les établissements de santé (BO Santé n°2007/3 du 15 avril 2007, p. 51)

Directive aux ARS relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

en tenant compte des besoins de la population (comorbidité, vieillissement, perte d'autonomie), de l'évolution des technologies et des contraintes liées à la démographie médicale

Rééquilibrer l'offre par territoire de santé.

Diversifier et renforcer l'offre de soins de proximité.

Réduire le temps d'attente d'inscription à la «liste nationale des malades en attente de greffe d'organe» pour les patients pouvant en bénéficier

➤ Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Renforcer la qualité et la sécurité des soins des personnes dialysées.

Prévenir ou retarder la survenue de l'IRCT (cf recommandations ANAES 2004)

➤ Améliorer l'efficience

Contribuer à la réduction des dépenses liées à la prise en charge des personnes dialysées (coût des séances et des transports)

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Favoriser la coopération ville-hôpital, plus précisément avec les infirmiers en exercice libéral

Favoriser les liens avec la médecine générale, les cardiologues et les endocrinologues ; le cas échéant, par des liens avec le schéma régional de prévention pour le diabète, l'hypertension artérielle...

Contribuer à développer les liens entre les structures autorisées en dialyse péritonéale et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
Dépister et mieux prendre en charge des patients à risque d'insuffisance rénale chronique : diabète HTA, maladie athéromateuse, néphropathies familiales. Prévenir de l'iatrogénie médicamenteuse en ciblant particulièrement les personnes âgées.
Développer l'éducation thérapeutique mutualisée (IRC-cardiologie-diabète).

Indicateurs de suivi *(en attente de validation GT3 GDR)*

- Ratio des patients traités par dialyse péritonéale (DP) : nombre en DP/ nombre de patients traités en dialyse (ind. CPOM)
- Taux de développement de la dialyse péritonéale pour les nouveaux patients en dialyse : nombre de nouveaux patients traités par DP/ nombre de nouveaux patients traités par dialyse par région
- Ratio de patients suivis hors centre : nombre de patients suivis en unité de dialyse médicale + en auto-dialyse (simple ou assistée) + hémodialyse à domicile + dialyse péritonéale / nombre de patients dialysés

3.11. Traitement du cancer

Références

Décrets n°2007-388 et n°2007-389 du 21 mars 2007 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000275848>

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000464336&dateTexte=>

Arrêté du 29 mars 2007 : www.e-cancer.fr:81/component/docman/doc.../1714-arrete290307pdf

Circulaire du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-10/a0100154.htm>

Critères d'agrément de l'INCa pour les pratiques de chimiothérapie, de chirurgie du cancer, de radiothérapie et pour la pratique du traitement du cancer des enfants et des adolescents.

<http://www.e-cancer.fr/soins/actions-pour-les-etablissements-et-la-medecine-de-ville/offre-de-soins-hospitaliere-en-cancerologie/autorisations-en-cancerologie>

Plan cancer 2009-2013 lancé le 2 novembre 2009 dans la continuité du Plan cancer 2003-2007

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013.pdf

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Assurer une offre de soins graduée en cancérologie avec une répartition territoriale équitable et répondant aux critères d'autorisation définis par les décrets du 21 mars 2007 et aux critères d'agrément de l'INCa en chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie

Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace (Plan cancer 2009-2013)

Améliorer les conditions d'accès :

- aux examens d'imagerie nécessaires pendant les phases de dépistage et de traitement cancer (IRM principalement) en termes d'accessibilité financière et de délais d'accès.
- aux traitements innovants et aux essais cliniques en précisant les modalités d'accès aux ressources de recours, recherche clinique et aux innovations pour l'ensemble des patients de la région.
- à la chirurgie de recours et aux plateaux techniques de médecine interventionnelle

Identifier au-moins un pôle régional de cancérologie

Structurer les réseaux de cancérologie notamment ceux territoriaux et reliés aux autres réseaux (ex : gérontologiques et en soins palliatifs)

Favoriser une meilleure coordination entre les centres de radiothérapie

Structurer les filières de prise en charge des personnes âgées, des enfants et adolescents atteints de cancer.

➤ Améliorer l'efficacité

Disposer dans chaque région de l'ensemble des maillons de l'offre de soins, allant des soins de proximité (ex : les établissements associés pour la réalisation de chimiothérapies) aux soins de recours (plateformes régionales).

Favoriser la constitution d'équipes hospitalières ayant un niveau d'activité de soins suffisant pour assurer la permanence et l'efficacité des prises en charges.

Renforcer la coordination des établissements de santé autorisés au traitement du cancer et avec les autres prises en charge hospitalières (médecine d'urgence, soins en gérontologie, HAD...);

Renforcer la coordination ville-hôpital (réseaux territoriaux de santé ; HAD ; médecins, infirmiers et pharmaciens libéraux en ville).

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Coordonner les acteurs impliqués dans la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer dans un objectif de fluidité des prises en charge

Organiser les coopérations hôpital/ville pendant et après le traitement du cancer.

Développer les actions de prévention des conduites à risque (tabagisme, risques environnementaux, nutrition), dont l'impact est déterminant pour réduire l'incidence des cancers. Ces actions devront tout particulièrement s'adresser au public jeune. Une attention particulière devra également être portée à l'amélioration de l'accès à la prévention et au dépistage des populations en situations de précarité.

Indicateurs de suivi

- Part des séjours de médecine en oncologie en hospitalisation de jour
- Part des séjours en oncologie en HAD pour des traitements curatifs du cancer (au-delà de l'offre en soins palliatifs).
- Nombre de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements dits associés (indicateur CPOM).

3.12. Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

Références

Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales :
<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018606712>

Arrêté du 27 novembre 2008 fixant la liste des équipements des laboratoires d'analyses de biologie médicale nécessaires à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019872482>

Projet de circulaire relative à la mise en œuvre du décret du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Assurer l'accès des patients à un diagnostic et une prise en charge des examens de génétique postnatale dont la pharmacogénétique (à l'exclusion du DPN ainsi que du dépistage néonatal) en réduisant les inégalités par une meilleure organisation des moyens et l'amélioration de la visibilité des circuits existants

Organiser et rendre visibles les moyens de la prise en charge dans le domaine de la génétique post-natale (consultations, laboratoires...)

Etablir un maillage équilibré en rapprochant les laboratoires et les consultations de génétique

Favoriser une bonne accessibilité aux tests prescrits garantissant la qualité et la sécurité des pratiques

➤ Améliorer la qualité de prise en charge

Assurer les meilleures conditions pour le rendu des examens et le suivi des personnes
Améliorer les délais de rendus de résultats compatibles avec une bonne prise en charge clinique

➤ Améliorer l'efficacité

Promouvoir une répartition optimale des laboratoires et des consultations de génétique pour éviter les doublons et favoriser la complémentarité dans leurs activités et la continuité de la prise en charge des patients dans le cadre de réseaux ainsi que la gradation de l'offre

Développer les liens entre prescripteurs et réalisateurs des examens

Point d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Antennes avancées de consultation dans les centres d'action médico-sociale précoce

Indicateurs de suivi

Délai d'attente pour accéder à la consultation

Délai de rendus des résultats

3.13. Imagerie médicale

Références

Circulaire N°DHOS/SDO/O4/2002/250 du 24 avril 2002 relative aux recommandations pour le développement d'imagerie en coupe par scanner et IRM :
<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-19/a0191976.htm>

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins

Accélérer la substitution de l'IRM aux techniques irradiantes (radiologies conventionnelles et tomodensitométrie) chez l'adulte et encore plus chez l'enfant, à l'appui des référentiels de bonnes pratiques de la HAS, des recommandations de l'ASN en matière de radioprotection et des objectifs d'amélioration de l'accès à l'IRM des plans nationaux de santé publique (plan Cancer, plan AVC, Plan Alzheimer)

Développer et diversifier le parc d'IRM dans les conditions suivantes :

- Prioriser l'accès immédiat à l'IRM pour les sites prenant en charge :
 - o les urgences pédiatriques et disposant de service(s) de pédiatrie
 - o les AVC dans leur phase aiguë et disposant d'une UNV
- Faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers par la mise à disposition d'IRM avec des plages horaires dédiées à la cancérologie ou des appareils dédiés, permettant d'implémenter des programmes de recherche en utilisation conjointe CHU/CLCC
- Evaluer le besoin avéré d'apport d'appareils IRM complémentaires sur les plateaux techniques d'imagerie disposant déjà d'un appareil d'IRM haut champ « saturé », principalement sur les sites ayant plus de 30 à 40 000 passages aux urgences.
- Diversifier le parc IRM avec des appareils à bas champ (et à champ modéré ainsi que des appareils à champ ouvert pour faciliter l'accès aux examens d'imagerie en coupe à des populations nécessitant une prise en charge adaptée (personnes de forte corpulence, personnes handicapés et/ou appareillées, personnes souffrant de phobies,...).

Evaluer le besoin avéré de scanographes et de TEP supplémentaires au plan régional au regard de l'activité réalisée et prévisionnelle des appareils en fonctionnement et des perspectives d'évolution tenant compte du niveau de substitution attendu de l'IRM à ces techniques.

Etablir une gradation des plateaux techniques d'imagerie par territoire de santé permettant de guider les choix d'implantation : identifier les besoins en EML par niveau de plateau technique.

Améliorer l'accès à l'imagerie non programmée en lien avec le réseau des urgences, l'organisation territoriale de la PDSH, les coopérations utilisant notamment la télé-médecine.

Favoriser l'accès à l'IRM à l'ensemble des professionnels de l'imagerie du territoire de santé, voire au-delà si besoin, dans un rapprochement soutenu ville-hôpital.

Garantir l'accessibilité financière en secteur 1 des actes d'imagerie en coupe par IRM et scanner en ambulatoire par territoire de santé.

➤ Améliorer l'efficience

Diffuser le guide de bon usage des examens d'imagerie auprès des prescripteurs, des réalisateurs d'examens d'imagerie, de tous les acteurs de santé ville-hôpital ainsi qu'auprès du grand public à travers des campagnes d'informations.

Equilibrer et optimiser la productivité des machines par un renforcement de la mutualisation des ressources humaines disponibles (radiologues et manipulateurs d'électroradiologie médicale) permettant d'améliorer la gestion des rendez-vous programmés et d'assurer un accès 24h/24 pour les sites participant à la permanence des soins.

Utiliser les outils organisationnels de l'ANAP pour identifier les axes majeurs d'amélioration des organisations internes des plateaux techniques d'imagerie et des coopérations territoriales en vue d'optimiser la réalisation des examens et la gestion du temps des professionnels de l'imagerie.

Améliorer l'accès des personnes hospitalisées aux examens d'imagerie en vue de réduire la DMS.

Disposer d'un observatoire régional de suivi et d'évaluation des délais de rendez-vous.

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Prendre en compte les besoins spécifiques en examens d'imagerie des populations des structures médico-sociales (personnes âgées, personnes handicapées), nécessitant une adaptation des conditions d'accès.

Élargir la diffusion du guide de bon usage des examens d'imagerie à tous les acteurs de santé ville-hôpital et médico-sociaux ainsi qu'auprès du grand public.

Indicateurs de suivi

- Nombre d'autorisations par EML (IRM, scanner, TEP) au regard des OQOS en nombre d'appareils et en nombre d'implantations par territoire de santé (bilan au 31 décembre N-1)
- Pourcentage des établissements de santé disposant de l'accès immédiat à l'IRM en particulier pour la prise en charge pédiatrique et la prise en charge des AVC
- Pourcentage des nouveaux appareils d'IRM substitutifs à la radiologie conventionnelle, à la mammographie, au scanner
- Délais de RV scanner et IRM en tenant compte notamment des données suivantes :
 - o RV programmés hospitalisés et externes : SAE, ANAP, observatoire régional
 - o RV programmés externes / IRM : enquête INCa pour 3 types de cancer
- Nombre de coopérations utilisant la télémédecine en imagerie médicale par territoire de santé, évaluation de la valeur ajoutée dans la régulation des orientations et transferts de patients.

3.14. Soins palliatifs

Références

Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie : <http://www.legifrance.gouv.fr/.affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240>

Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_099_250308.pdf

Circulaire N°DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_100_250308.pdf

Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 : [Programme 2008-2012](#)

Orientations nationales

➤ Améliorer la qualité de prise en charge palliative dans l'ensemble des services de soins

Intégrer la démarche palliative dans la pratique soignante pour assurer une prise en charge adaptée à l'ensemble des patients dont l'état de santé le requiert

Organiser la diffusion de la culture palliative auprès de l'ensemble des professionnels de santé (professionnels libéraux, établissements médicosociaux (ESMS), différentes unités des établissements de santé...), en particulier par l'intervention des équipes mobiles

Favoriser le maintien à domicile (résidentiel ou ESMS) des patients requérant des soins palliatifs, (hospitalisation à domicile, équipe mobile de soins palliatifs, coopérations formalisées intégrant les médecins généralistes, les SSIAD...)

➤ Améliorer l'accès à des prises en charge spécialisées pour des patients requérant des soins palliatifs particulièrement complexes

Assurer l'existence d'une offre de soins graduée dans l'ensemble des régions et l'accessibilité effective au sein de chaque territoire de santé à une USP. Chaque établissement de santé doit donc formaliser des liens avec un établissement de santé disposant d'une USP.

Structurer, au sein des territoires de santé, les coopérations entre l'ensemble des professionnels qui concourent à la prise en charge des patients en fin de vie (réseaux, conventions)

➤ Améliorer l'efficacité des moyens de prise en charge

Eviter les transferts de patients en favorisant l'accès aux compétences, à domicile comme au sein même des différents pôles des établissements de santé, notamment en renforçant l'effectivité de l'intervention des EMSP dans l'ensemble des services de soins et des EHPAD.

Renforcer la mutualisation des moyens spécifiques de prise en charge (unité de soins palliatifs, équipe mobile de soins palliatifs) entre établissements de santé (dans le cadre des communautés hospitalières de territoire et des groupements de coopération sanitaire notamment).

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Favoriser le maintien au sein des ESMS des résidents en fin de vie et éviter les hospitalisations en urgence non justifiées

Favoriser la participation des professionnels de santé libéraux au parcours de soins des patients en soins palliatifs (participation aux RCP dans le cadre d'un maintien à domicile...)

Indicateurs de suivi

- Pourcentage d'établissements enregistrant plus de 600 décès par an en MCO disposant d'une Unité de Soins Palliatifs
- Pourcentage d'établissements de santé bénéficiant de l'intervention d'une EMSP (interne ou externe)
- Nombre de séjours en soins palliatifs en MCO pour 1000 décès par cancer (tous cancers confondus) par territoire de santé/département
- Proportion de structures d'HAD ayant formalisé une convention avec un établissement de santé disposant d'une unité de soins palliatifs pour organiser les hospitalisations à temps complet en cas de dégradation rapide de l'état de santé

Document de travail

3.15. Soins aux détenus

Références

Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (articles 45 à 56) et notamment les articles 55 et 56 qui insèrent des modifications et ajouts dans la rédaction des articles dans le code de la santé publique.

Loi d'orientation du 9 septembre 2002 qui prévoit la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à prendre en charge les hospitalisations psychiatriques des personnes détenues

Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

Arrêté interministériel du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées

Code de la santé publique Le 2° de l'article L. 143 1-2 et le 5° de l'article L. 1434-9 du code de la santé publique, dans leur rédaction résultant de l'article 118 de la loi HPST

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Assurer une offre de soins graduée en psychiatrie en développant des prises en charge de groupes dans certains établissements pénitentiaires non dotés de service médico-psychiatrique régional (SMPR).

Mettre en œuvre des projets spécifiques pour les auteurs d'infractions sexuelles, conformément à la circulaire du

Organiser, en partenariat avec le SAMU et les professionnels du premier recours, l'accès aux soins dans les situations d'urgences et notamment la nuit et le week-end.

Compléter le dispositif de chambres sécurisées.

Organiser les liens entre les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) de rattachement et, en psychiatrie, entre les acteurs des soins psychiatriques ambulatoire et à temps partiel et les UHSA de rattachement.

Favoriser l'accès aux soins des personnes sortant de prison pour éviter les ruptures de prise en charge des soins.

➤ Améliorer l'efficacité

Favoriser le développement de la télémédecine

Favoriser le développement des réseaux informatiques au service des soins en milieu pénitentiaire

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins à l'arrivée en détention, dans le cadre des transferts et à la sortie.

Améliorer la prévention du suicide en détention.

Rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues.

B. Les missions de service public

L'article L.1434-9 précise que le SROS fixe en fonction des besoins de santé et par territoire de santé les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L.6112-2. Cette attribution des missions de service public se déroule en cinq étapes que l'on peut regrouper en deux phases :

1. Diagnostic
 - Inventaire des établissements assurant des missions lors de la publication de la loi HPST ;
 - Evaluation du besoin non couvert ;
2. Procédure d'attribution
 - Reconnaissance prioritaire aux établissements assurant des missions lors de la publication de la loi HPST ;
 - En cas de besoins non couverts ou partiellement couverts : appel à candidatures ;
 - En cas d'échec de la procédure d'appel à candidature : désignation unilatérale.

1. Diagnostic : inventaire des établissements et évaluation du besoin non couvert

Le SROS procède au préalable à un inventaire de l'ensemble des missions de service public réalisées par les établissements de santé à la date de publication de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Cet inventaire ne vaut pas reconnaissance prioritaire par lui-même. La reconnaissance interviendra postérieurement à la publication du SROS dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé.

Lorsque l'inventaire dressé pour une mission pointe l'insuffisance d'établissements l'exerçant pour couvrir le besoin, le SROS doit préciser le besoin non couvert en nombre d'implantations nécessaires pour le couvrir.

1° La permanence des soins (hospitalière)

La mission de permanence des soins consiste, dans le cadre de l'exercice d'une activité de soins ou d'un équipement lourd autorisé(e) au titre de l'article R.6122-25, excepté celle de médecine d'urgence, en l'accueil ou la prise en charge de nouveaux patients la nuit, les samedis après-midi, dimanche et jours fériés. La PDS englobe l'ensemble des spécialités nécessaires à l'exercice des activités autorisées (biologie, radiologie, pharmacie).

Cette mission peut, s'il y a lieu, être attribuée pour une ou plusieurs disciplines médicales ou chirurgicales. Le ressort géographique de la mission est la région ou le territoire de santé en fonction des activités de soins.

Le recensement du besoin doit se faire par implantation, discipline et ligne de garde.

2° La prise en charge des soins palliatifs

La mission de prise en charge des soins palliatifs consiste pour un établissement de santé à disposer d'une ou plusieurs unités identifiées (équipe mobile ou unités de soins palliatifs) ainsi que des personnels en capacité de dispenser des formations relatives aux soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé.

Ce périmètre n'englobe pas :

- Les réseaux de maintien à domicile, qui sont chargés de coordonner l'action des soignants et des équipes mobiles prenant en charge un patient atteint d'une maladie grave et potentiellement mortelle ;
- les unités d'hospitalisation à domicile ou les lits identifiés pour la pratique des soins palliatifs au sein d'un service ;

- les unités de médecine, de chirurgie, de SSR ou de soins de longue durée, qui sans avoir le titre d'unités de soins palliatifs peuvent également assurer cette mission.

Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé. Le recensement du besoin se fait au regard du nombre d'unités identifiées et dans leur capacité à absorber le besoin. En cas de besoins non couverts en unités identifiées : le SROS doit fixer le nombre d'implantation nécessaire par territoire.

3° L'enseignement universitaire et post universitaire

La mission d'enseignement universitaire et post-universitaire consiste en la contribution à l'offre de stages ou de « postes qualifiants » dans le cadre de la formation de deuxième ou de troisième cycle des professions médicales, des odontologues et des pharmaciens.

Le recensement du besoin consiste à identifier à partir des besoins de formation, analysés par spécialités, le volume d'offre de stage dans les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques non couverts par l'offre de stage actuelle des établissements.

Le ressort géographique de la mission est la région. En cas de besoins non couverts, le SROS doit fixer le volume et le type d'offre susceptible d'être agréée terrains de stage.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST, précisée sur ce point par le décret du 25 juin 2010 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022392687&dateTexte=&categorieLien=id>), tous les établissements de santé ainsi qu'un certain nombre de terrains de stages ambulatoires, peuvent être agréés pour accueillir des internes de médecine.

4° La recherche

La mission de recherche consiste, dans le respect notamment des dispositions des articles L.1121-1 et suivants du code de la santé publique, pour un établissement de santé en la réalisation, d'un ou plusieurs programmes de recherche ayant pour but de faire avancer le progrès médical dans ses deux composantes :

- l'amélioration de la qualité du soin et du diagnostic
- l'amélioration du coût de la prise en charge des patients

La définition des besoins de recherche ne se fait pas au niveau régional mais national voir européen et international. Au niveau national, la définition des orientations est réalisée notamment dans le cadre des axes prioritaires définis au sein des appels à projet de la DGOS à destination des établissements de santé. Ces axes permettent, dans le cadre d'une sélection stricte, de retenir et de financer des projets de recherche clinique en cohérence avec les thématiques prioritaires du Ministère de la Santé et en particulier les plans de santé publique.

5° Le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers

La mission de développement professionnel continu pour les personnels médicaux consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, dans le cadre de la mise en œuvre du développement professionnel continu, à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville

L'offre en DPC est égale aux programmes de DPC qui sont définis au regard des axes prioritaires inscrits par arrêté, et potentiellement, au regard des orientations régionales particulières en lien avec le PRS.

Lorsqu'un besoin régional particulier est considéré comme non couvert au vu des axes nationaux, le SROS l'identifie et l'ARS demande à l'organisme gestionnaire de DPC de lancer des appels d'offre en vue de combler ledit besoin.

La publication des décrets relatifs au DPC est prévue en juin 2010. L'obligation prendra effet au 1er Janvier 2012. Cette mission de service public ne sera donc pas prise en compte dans le SROS avant 2012 (par voie d'avenant).

6° La formation initiale et le DPC des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences

La mission de développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, à destination de professionnels hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé.

L'offre en DPC est égale aux programmes de DPC qui sont définis au regard des axes prioritaires inscrits par arrêté, et potentiellement, au regard des orientations régionales particulières en lien avec le PRS.

Lorsqu'un besoin régional particulier est considéré comme non couvert au vu des axes nationaux, le SROS l'identifie et l'ARS demande à l'organisme gestionnaire de DPC de lancer des appels d'offre en vue de combler ledit besoin.

La publication des décrets relatifs au DPC est prévue en juin 2010. L'obligation prendra effet au 1er Janvier 2012. Cette mission de service public ne sera donc pas prise en compte dans le SROS avant 2012 (par voie d'avenant).

7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination

8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les autres praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés.

La mission d'aide médicale urgente est exercée dans le respect de l'article L.6311-2 et des articles R.6311- et suivants. Etant donné que la mission de service public se recoupe avec les missions des services d'aide médicale urgente, il convient d'identifier dans le SROS les établissements disposant de services d'aide médicale urgente et si besoin, d'identifier le nombre d'implantations supplémentaires nécessaires.

Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé.

9° La lutte contre l'exclusion, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination

La mission de lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante :

- 1°) une permanence d'accès aux soins de santé établie au sein de l'établissement de santé (PASS) ;
- 2°) une équipe mobile assurant le suivi et les soins de personnes en situation d'exclusion dans leur lieux de vie ;
- 3°) l'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité.

Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé. Un besoin non couvert peut s'apprécier sur le fait qu'il n'existe aucune PASS au sein d'un territoire de santé.

10° Les actions de santé publique

Les actions de santé publique contribuent à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement est exercée dans le respect des dispositions des articles L.3212-1 et suivants et L.3213-1 et suivants.

Il convient que, pour chaque territoire de santé, au moins un établissement dispose de l'habilitation à accueillir des patients en soins sans consentement et soit en capacité d'organiser l'hospitalisation de ces personnes, quelle que soit leurs pathologies, y compris en urgence.

Le besoin non couvert consisterait soit dans le fait qu'un territoire de santé ne soit couvert par aucun établissement de santé habilité à accueillir des patients en soins sans consentement ou que cet établissement ne soit pas en capacité de répondre à la demande dans les conditions précitées. En cas de besoin non couvert, le SROS doit fixer le nombre d'implantation nécessaire par territoire de santé. L'habilitation est donnée par le DG d'ARS après avis du représentant de l'Etat dans le département.

12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret

La mission de soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier s'exerce dans le respect des dispositions des articles L.6141-5 et suivants.

Dans ce cadre, pour chaque établissement pénitentiaire, le DG d'ARS désigne un établissement public de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins adaptés en matière de soins somatique comme de soins psychiatriques. Les hospitalisations sont réalisées, conformément à la réglementation, soit dans des établissements de proximité soit dans des unités spécialement affectées à cette mission.

Le SROS doit recenser tous les établissements disposant d'un ou plusieurs éléments de cette mission. L'identification d'un besoin non couvert serait liée au fait qu'aucun établissement de santé ne serait chargé des soins pour les personnes détenues dans un établissement pénitentiaire. Ce cas se pose dans la perspective de l'ouverture d'un nouvel établissement pénitentiaire.

Un arrêté interministériel fixe les territoires affectés à chaque structure dédiée à l'hospitalisation des détenus. La problématique de besoin non couvert ne se pose donc pas dans le cadre du SROS.

13° Les soins aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (à valider)

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres de rétention est exercée dans le respect des dispositions des articles L.551-1 et suivants du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Le SROS recense les établissements de santé apportant des soins aux personnes retenues, dans le cadre d'une convention avec le centre de rétention. Un besoin non couvert pourrait être lié à l'absence de convention entre un centre de rétention et un établissement de santé.

14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté est exercée dans le respect des dispositions des articles L.706-53-13 et suivants du code de procédure pénale. Il existe actuellement un centre expérimental dont l'évaluation est prévue dans 5 ans. Cette mission de service public ne peut donc pas faire l'objet d'une attribution dans les SROS.

2. Procédure d'attribution

➤ La procédure de reconnaissance prioritaire

Lorsque l'inventaire fait état d'un nombre d'établissements prestataires de la mission de service public couvrant les besoins, l'ARS a la possibilité de reconduire via leur CPOM, les établissements assumant ces missions précédemment. Les établissements listés par l'inventaire et concernés par une reconnaissance prioritaire déposent un dossier à l'ARS pour qu'elle puisse étudier si les missions déjà mises en œuvre le sont correctement. Ce dossier contient un ensemble d'éléments permettant de s'assurer que l'établissement assume la mission selon des critères qualitatifs (formation du personnel, organisation du service, renouvellement des équipements) et éventuellement financiers.

➤ La procédure d'appel à candidatures

Lorsque les établissements figurant dans l'inventaire ne couvrent pas le besoin sur le plan quantitatif ou qualitatif, l'ARS recherche d'autres opérateurs en mettant en œuvre une procédure garantissant la publicité et la transparence de l'attribution sous la forme d'un appel à candidatures.

Le directeur de l'agence régionale de santé assure une publicité préalable à l'égard des personnes susceptibles d'assurer la mission par une insertion au recueil des actes administratifs de la région et sur le site officiel de l'agence régionale de santé.

La publicité mentionne notamment :

- le délai d'instruction des dossiers ;
- le champ de la mission ;
- les obligations minimales liées à son exercice ;
- s'il y a lieu, l'échéancier de la mise en œuvre de la mission ;
- les informations à fournir par les personnes susceptibles d'assurer la mission ;
- les critères de sélection fondés notamment sur les garanties de respect des obligations citées à l'article L.6112-3 ;
- les modalités de calcul de la compensation financière éventuelle ;
- les modalités de justification et d'évaluation du service rendu et les indicateurs correspondants.

Cette procédure permet d'étudier les garanties offertes par les futurs opérateurs.

La décision d'attribution d'une mission de service public prise par le directeur général de l'agence régionale de santé en précise le contenu. La décision est publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et sur le site officiel de l'agence régionale de santé.

➤ La procédure de désignation unilatérale

Cette procédure peut être utilisée par le DGARS, sans procédure de publicité, dans les situations suivantes :

- appel à candidature infructueux ;
- en cas de refus de contractualiser ;
- résiliation du contrat par l'un ou l'autre des cocontractants ;
- suite à une décision de retrait de l'exercice d'une MSP ;
- suspension liée à une interruption de l'exécution d'une mission.

➤ La contractualisation sur le contenu et les modalités des MSP

L'établissement de santé qui obtient l'attribution de l'exercice d'une ou de plusieurs missions de service public respecte les obligations prévues par l'article L.6112-3 et lorsqu'il s'agit d'un établissement public, celles prévues au dernier alinéa de l'article L.6112-3-1.

L'attribution de la mission est inscrite dans le CPOM de l'établissement.

C. Activités de soins relevant des SIOS ou des SROS en Ile de France et à la Réunion

Le traitement des SIOS en cours fait l'objet d'un point particulier dans l'**annexe 7**.

3.16. Chirurgie cardiaque

Références

Décret n°2006- 77 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions d'implantation en chirurgie cardiaque :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000453947&dateTexte>

Décret n° 2006-78 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000818517&dateTexte>

Arrêté du 24 janvier 2006 fixant l'activité minimale des établissements exerçant les activités de soins de chirurgie cardiaque prévues à l'article R. 6123-74 du code de la santé publique :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000636623&dateTexte>

Arrêté du 15 juin 2010 pris en application de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique et relatif à la liste des activités de soins faisant par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins en Ile-de -France et à La Réunion et Mayotte

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorie>

[Lien=id](#)

Circulaire du 03 juillet 2006 relative à l'activité de soins de chirurgie cardiaque :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-08/a0080017.htm>

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Assurer l'accès à la chirurgie cardiaque à l'échelle de l'interrégion

Favoriser la concentration de la pratique la chirurgie cardiaque sur un nombre plus restreint de sites, compte tenu de l'évolution des techniques et notamment du développement des activités de cardiologie interventionnelle qui limite le nombre de patients pris en charge en chirurgie cardiaque.

➤ Améliorer l'efficience

L'organisation interrégionale doit développer les coopérations inter-établissements en tenant compte des filières de soins cohérentes entre les régions concernées

Le regroupement de l'activité sur un nombre plus limité de sites doit permettre d'optimiser les moyens humains et techniques, de garantir la sécurité des soins et de maîtriser les coûts par une offre de soins mieux adaptée.

Engager des recompositions de l'offre au niveau interrégional en vue de diminuer le nombre de sites

Point d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Lien ville-hôpital avec les cardiologues libéraux : prévention des risques cardiaques, dépistage et suivi post-opératoire

Indicateurs de suivi

Flux de patients : taux d'attractivité et de fuite par établissement, par région, par interrégion

3.17. Neurochirurgie

Références

Décret n° 2007-364 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de soins de neurochirurgie :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000821942&dateTexte>

Décret n° 2007-365 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de neurochirurgie :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000466651&dateTexte>

Arrêté du 19 mars 2007 fixant l'activité minimale des établissements pratiquant les activités de soins de neurochirurgie :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000649290&dateTexte=](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000649290&dateTexte)

Arrêté du 15 juin 2010 pris en application de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique et relatif à la liste des activités de soins faisant par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins en Ile-de-France et à La Réunion et Mayotte :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id>

Circulaire n° DHOS/O4/2007/390 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soins de neurochirurgie : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-11/a0110061.htm>

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Stabiliser le nombre de sites pratiquant la neurochirurgie, activité hautement spécialisée portant sur un nombre limité de patients et qui requiert des moyens humains et matériels spécifiques (les besoins de neurochirurgie ne devraient pas progresser compte tenu de l'évolution des techniques et notamment du développement des activités de neuroradiologie interventionnelle)

Assurer la permanence des soins à l'échelle interrégionale par l'organisation d'un réseau de coopérations inter établissements permettant de mutualiser les ressources médicales, avec l'utilisation de la télé-médecine

Identifier par interrégion un site référent pour la neurochirurgie pédiatrique

Etablir une filière de soins avec les autres interrégions si l'interrégion ne peut offrir une réponse satisfaisante à des traitements neurochirurgicaux complexes,

➤ Améliorer l'efficacité

S'assurer du respect par les structures autorisées du seuil d'activité attendu pour la neurochirurgie adulte

Optimiser l'utilisation des moyens humains et techniques de chaque site permettant de garantir la sécurité des soins et la maîtrise des coûts.

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Articulation ville-hôpital notamment en termes d'information sur la prévention des risques de traumatismes crâniens :

- chez les enfants (bébés secoués, accidents domestiques et de la voie publique)
- accidents de la route (polytraumatisés)

Informations et suivi en lien avec les neurologues, les généralistes, les structures spécialisées, des patients relevant de la neurochirurgie fonctionnelle : maladie de Parkinson, épilepsie, AVC, prise en charge de la douleur

Indicateurs de suivi

Flux de patients : taux d'attractivité et de fuite par établissement, par région et par interrégion

3.18. Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie

Références

Décret n°2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000273267&dateTexte>

Décret n°2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000466652&dateTexte>

Arrêté du 19 mars 2007 fixant l'activité minimale des établissements pratiquant les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie prévue à l'article R. 6123-110 du CSP :

<http://textes.droit.org/JORF/2007/03/21/0068/0046/>

Arrêté du 15 mars 2010 fixant les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie prévues à l'article D. 6124-149 du CSP :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022042541>

Arrêté du 15 juin 2010 pris en application de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique et relatif à la liste des activités de soins faisant par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins en Ile-de-France et à La Réunion et Mayotte :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id>

Circulaire n°DHOS/O4/2007/389 du 29 octobre 2007 relative aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-11/a0110060.htm>

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie requièrent des moyens humains et techniques hautement spécialisés avec des équipes très expérimentées : Stabiliser le nombre de sites autorisés à pratiquer ces activités, limités aux seuls sites autorisés en neurochirurgie (articulation avec le SIOS neurochirurgie) et disposant des moyens médicaux en nombre suffisant.

Assurer la permanence des soins par l'organisation d'un réseau de coopérations inter-établissements de mutualisation des ressources médicales avec l'utilisation de la télé-médecine

➤ Améliorer l'efficacité

Anticiper l'adaptation de l'offre permettant de prendre en charge un nombre plus important de patients compte tenu du développement du recours à ces techniques interventionnelles en partie en substitution des actes de neurochirurgie.

Le regroupement de l'activité sur un nombre limité de sites doit permettre d'optimiser les moyens humains et techniques de chaque centre permettant de garantir la sécurité des soins et de maîtriser les coûts par une offre de soins mieux adaptée.

Point d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

La prise en charge des AVC en lien avec les neurologues, les radiologues et les structures d'urgence

Indicateurs de suivi

Flux de patients : taux d'attractivité et de fuite par site, par région, par interrégion

3.19. Traitement des grands brûlés

Références

Décret no 2007-1237 du 20 août 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de traitement des grands brûlés et modifiant le code de la santé publique

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/jopdf/2007/0822/joe_20070822_0193_0062.pdf

Décret n°2007-1240 du 20 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de traitement des grands brûlés et modifiant le code de la santé publique

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000795565&dateTexte=>

Arrêté du 15 juin 2010 pris en application de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique et relatif à la liste des activités de soins faisant par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins en Ile-de-France et à La Réunion et Mayotte

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id>

CIRCULAIRE N°DHOS/O4/2007/391 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soins de traitement des grands brûlés : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-11/a0110062.htm>

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Assurer l'accès des patients à une prise en charge en urgence par inter-région (ou par région : IDF et Réunion)

Maintenir le maillage existant permettant une réponse dans un cadre interrégional ou au-delà si besoin : garantir la répartition optimale des 22 sites autorisés à pratiquer le traitement des grands brûlés (dont 2 hôpitaux militaires) : 9 sites accueillant des adultes, 6 sites accueillant des enfants, 7 sites accueillant adultes et enfants

Organiser le parcours de soins du grand brûlé de sa prise en charge par les secours jusqu'à sa rééducation (articulation SSR, HAD, soins ambulatoires)

Assurer le suivi des grands brûlés : disposer de consultations pluridisciplinaires et associer les acteurs de soins de ville : médecins et paramédicaux (parcours du patient jusqu'à sa réinsertion sociale et professionnelle)

➤ Améliorer l'efficacité

Optimiser l'organisation des services de grands brûlés des sites existants

Points d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Formaliser les relations entre les services hospitaliers des grands brûlés et les structures de soins de suite et de réadaptation.

Prévenir les situations à risques (campagne d'information grand public : accidents domestiques...)

Indicateurs de suivi

Flux des patients : attractivité et fuites interrégionales avec recentrage des patients sur les établissements de santé autorisés,

3.20. Greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques

Références

Décret n°2007-1256 du 21 août 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de greffes d'organes et aux greffes de cellules hématopoïétiques et modifiant le code de la santé publique

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000426476&dateTexte=>

Décret n°2007-1257 du 21 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques et modifiant le code de la santé publique

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BBDA166CAD9E6437C801A5B1B085DB21.tpdjo13v_2?cidTexte=JORFTEXT000000796106&dateTexte=20091128

Arrêté du 15 juin 2010 pris en application de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique et relatif à la liste des activités de soins faisant par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins en Ile-de-France et à La Réunion et Mayotte

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id>

Circulaire N° DHOS/O/O4/2007/68 du 14 février 2007 relative aux activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-03/a0030060.htm>

Orientations nationales

➤ Améliorer l'accès aux soins

Assurer l'accès des patients à une prise en charge en urgence ou programmée (cellules hématopoïétiques), par inter-région (ou par région : IDF et Réunion)

Etablir un maillage territorial équilibré en regroupant des sites par type de greffe (cœur, poumon) ou de greffes rares (intestin)

Améliorer la filière de soins allant de la prise en charge initiale au suivi des patients : accès à la greffe et suivi au long cours des patients (SSR ou HAD)

➤ Améliorer l'efficacité

Favoriser l'augmentation de l'activité de greffe en facilitant l'organisation du prélèvement d'organes (ES organisés en réseaux de prélèvement)

Le regroupement de cette activité de haute technicité sur un nombre limité mais bien équilibré de sites doit permettre d'optimiser les moyens humains et techniques de chaque site permettant de garantir la sécurité des soins et de maîtriser les coûts par une offre de soins mieux adaptée.

Quelques greffes devront faire l'objet d'une organisation adaptée notamment la greffe d'intestin qui ne nécessite qu'une offre limitée à quelques unités sur l'ensemble du territoire notamment les greffes d'intestins réalisées chez les enfants.

Point d'articulation à étudier avec la prévention et le médico-social

Articulation avec la prise en charge pour l'IRC

Indicateurs de suivi

Indicateurs relatifs à l'accessibilité :

- nombre de patients sur la liste d'attente à un jour donné par type de greffe ;
- délai médian entre l'inscription en liste d'attente et la greffe par type de greffe ;
- pour la greffe rénale: ratio des patients greffés/ patients traités pour insuffisance rénale chronique terminale.

Indicateurs qualité :

- taux d'échec ajusté à un an en pourcentage pour les organes ;
- taux de mortalité à un an pour les allogreffes de cellules hématopoïétiques.

Annexes

Annexe 1 : Guide méthodologique du 6 août 2009 relatif à l'organisation de la permanence des soins hospitalière

Annexe 2 : Obligation de PDSH fixée dans le régime d'autorisation des activités de soins (hors urgences)

Annexe 3 : Outils de mutualisation et d'optimisation des ressources médicales disponibles

Annexe 4 : Eléments de cadrage et de définition sur l'offre de soins ambulatoires

Annexe 5 : Exemples d'études, outils et méthodes d'analyse de l'offre et des besoins en soins de premier recours

Annexe 6 : Plans d'actions pour les zones sous-dotées

Annexe 7 : Gestion de la transition entre le SROS III et le SROS-PRS

Annexe 8 : Eléments de méthode pour la construction des OQOS volume

Annexe 9 : Modèle de présentation des thèmes et activités de soins

Annexe 10 : Méthodologie de chiffrage financier du SROS

Annexe 11 : Modalités actuelles de financement des activités correspondant aux missions de service public

Annexe 12 : Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé

Annexe 1 : Guide méthodologique du 6 août 2009 relatif à l'organisation de la permanence des soins hospitalière

Document de travail

Annexe 2 : Obligation de PDSH fixée dans le régime d'autorisation des activités de soins (hors urgences)

L'obligation de permanence des structures de médecine d'urgence ne relève pas du dispositif de délégation de mission de service publique de PDSH et du mécanisme de financement correspondant.

Nota Bene :

1-Pour toutes les spécialités visées par l'obligation de permanence par site, l'ensemble des structures autorisées concernées sont mécaniquement éligibles à la mission de service public de PDSH et aux crédits MIG y afférant ;

2-Lorsque cette obligation de permanence n'est pas fixée par site, même si la mission de permanence des soins ne leur est pas déléguée en propre, l'ensemble des structures autorisées doivent y être associées (soit par mutualisation des moyens, soit en étant mentionné dans la délégation de la mission de SP : le délégataire exercera la mission de permanence pour l'ensemble des structures autorisées concernées par cette obligation) ;

3-Pour certaines de ces activités réglementées, on peut s'interroger sur l'automatisme du lien entre autorisation et obligation de permanence ;

4-Pour d'autres, il conviendrait d'étudier la possibilité de passer d'une obligation de permanence sur site à une obligation appréciée par territoire.

* CI : conditions d'implantation, ** CTF : conditions techniques de fonctionnement

Activité autorisée Spécialité concernée	Base juridique		Possibilité de permanence	Obligation de Permanence sur site	Obligation avec possibilité de mutualisation territoriale	Commentaires
	CI* (décret CE)	CTF** (décret simple)				
Médecine d'urgence						
Accès direct aux plateaux techniques spécialisés	R. 6123-32-2 R. 6123-32-5		X			Sur la base d'une contractualisation préalable des activités médicales ou chirurgicales spécialisées concernées
Accès direct à une structure de médecine gériatrique aigüe ou accès à une structure spécialisée dans la pathologie aigüe concernée	R. 6123-32-8		X			« sous réserve de l'existence d'une permanence »
Urgences psychiatriques		D. 6124-26-6		X f(analyse du volume des besoins en soins psy dans une structure d'urgence autorisée)	X	
Réanimation adulte						
Réanimateur ou anesthésiste réanimateur	R. 6123-34 R. 6123-35	D. 6124-29 D. 6124-31		X (garde sur place)		Possibilité de permanence par un interne la nuit (doublé par un médecin sénior en astreinte opérationnelle)
Réanimation pédiatrique et pédiatrique spécialisée						
Pédiatre, réanimateur ou anesthésiste réanimateur	R. 6123-34	D. 6124-29 D. 6124-34 D. 6124-34-3		X (possibilité de mutualisation entre réa pédiatrique et réa néonatale)		SSI : proximité immédiate des 2 structures autorisées + 1 médecin de l'une des spécialités sur place et 1 médecin de l'autre spécialité en astreinte opérationnelle
Obstétrique -1500 naissances						
Gynécologue-obstétricien	R. 6123-43	D. 6124-44	X (sur site exclusif)			Obligation de continuité par garde sur place ou astreinte

						opérationnelle mais pas d'obligation de permanence (càd: accueil de malades extérieures et non suivies par l'établissement)
Anesthésiste-réanimateur	R. 6123-43	D. 6124-44	X (sur site exclusif)			Obligation de continuité par garde sur place ou astreinte opérationnelle mais pas d'obligation de permanence (càd: accueil de malades extérieures et non suivies par l'établissement)
Pédiatre	R. 6123-43	D. 6124-44	X (possibilité d'astreinte partagée)			Obligation de continuité par garde sur place ou astreinte opérationnelle mais pas d'obligation de permanence (càd: accueil de malades extérieures et non suivies par l'établissement)
Obstétrique +1500 ou + 2000 naissances						
Gynécologue-obstétricien	R. 6123-43	D. 6124-44	X (sur site exclusif)			Obligation de continuité par garde sur place mais pas d'obligation de permanence (càd: accueil de malades extérieures et non suivies par l'établissement)
Anesthésiste-réanimateur	R. 6123-43	D. 6124-44	X (sur site exclusif)			Obligation de continuité par garde sur site (+ 1500) ou dans l'unité (+ 2000) mais pas d'obligation de permanence (càd: accueil de malades extérieures et non suivies par l'établissement)
Pédiatre	R. 6123-43	D. 6124-44	X (possibilité d'astreinte partagée)			Obligation de continuité par garde sur place ou astreinte opérationnelle mais pas d'obligation de permanence (càd: accueil de malades extérieures et non suivies par l'établissement)
Néonatalogie (sans soins intensifs)						
Pédiatre	R. 6123-44	D. 6124-56			X	Sur site ou en astreinte opérationnelle
Néonatalogie (avec soins intensifs) et Réa. néonatale						
Pédiatre	R. 6123-44	D. 6124-56			X	

Commentaire : La mission de permanence des soins ne s'impose pas automatiquement en gynécologie-obstétrique. Il est donc envisageable de ne pas retenir l'ensemble des maternités de niveau 1 dans le dispositif de PDSH. Les maternités de niveau 2 et 3 assurant une mission de recours, notamment dans le cadre des réseaux de périnatalité, ont davantage vocation à s'inscrire dans le dispositif de PDSH, avec des possibilités de mutualisation des gardes et astreintes.

Centre d'hémodialyse						
Néphrologue		D. 6124-69	X			Obligation d'astreinte (pour le suivi des malades donc plutôt au titre de la continuité) avec possibilité de mutualisation limitée aux établissements concernés par l'autorisation (si 1 seul établissement ne réalise pas les 3 modalités de dialyse minimum requises cf. art. R. 6123-55) + si USI de néphrologie dans le même établissement : la garde de néphrologie peut être mobilisée pour assurer la permanence des 2 services)
Centre d'hémodialyse pour enfants						
Pédiatre		D. 6124-72	X			Obligation d'astreinte sans autre précision (pour le suivi des malades donc plutôt au titre de la continuité)

Unité de dialyse médicalisée						
Néphrologue		D. 6124-69 D. 6124-76	X			Obligation d'astreinte (possibilité d'astreinte partagée avec centre d'hémodialyse art. 6124-69) (pour le suivi des malades donc plutôt au titre de la continuité)

Unité d'autodialyse						
Néphrologue		D. 6124-69 D. 6124-80	X			Obligation d'astreinte (possibilité d'astreinte partagée avec centre d'hémodialyse art. 6124-69) (pour le suivi des malades donc plutôt au titre de la continuité)
Hémodialyse à domicile						
Néphrologue		D. 6124-69 D. 6124-85	X			Obligation d'astreinte (possibilité d'astreinte partagée avec centre d'hémodialyse art. 6124-69) (pour le suivi des malades donc plutôt au titre de la continuité)
Dialyse péritonéale à domicile						
Néphrologue		D. 6124-69 D. 6124-87	X			Obligation d'astreinte (possibilité d'astreinte partagée avec centre d'hémodialyse art. 6124-69) (pour le suivi des malades donc plutôt au titre de la continuité)
Chirurgie cardiaque						
Chirurgien	R. 6123-73	D. 6124-123		X		Obligation d'astreinte exclusive ou de garde sur site au titre de la continuité (décret en D et de la permanence, décret en R)
Anesthésiste	R. 6123-73	D. 6124-123		X		Idem
Médecin spécialisé en CEC (ou infirmier)	R. 6123-73	D. 6124-123		X		Idem

Annexe 3 : Outils de mutualisation et d'optimisation des ressources médicales disponibles

La mutualisation de l'organisation de la permanence hospitalière est rendue possible par les statuts des personnels médicaux hospitaliers et par le dispositif d'intervention des médecins libéraux dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés sans but lucratif.

➤ Les personnels médicaux hospitaliers

Tous les statuts de personnels médicaux hospitaliers (à l'exception du statut de praticien contractuel) prévoient la possibilité pour ces praticiens d'exercer toute ou partie de leur activité dans un autre établissement de santé public, privé assurant une mission de service public ou privé lucratif dans le cadre de la mise en réseau des établissements concernés ou dans celui des actions de coopération.

Référence

Praticiens hospitaliers à temps plein : article R.6152-4 du code de la santé publique

Praticiens des hôpitaux à temps partiel : article R.6152-201 du code de la santé publique

Assistants et assistants associés : article R.6152-501 du code de la santé publique

Praticien attachés et praticiens attachés associés : article R.6152-612 6° du code de la santé publique

Praticiens adjoints contractuels : article 12 I du décret n°95-569 du 6 mai 1995

Personnels enseignants et hospitaliers titulaires : article 38 2^b du décret n°84-135 du 24/02/1984

Personnels enseignants et hospitaliers non titulaires et PHU : articles 26-6 2° et 30 2° du décret n°84-135 du 24/02/1984

Arrêté du 30/04/2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement de personnes âgées dépendantes

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=E7654EC2A361A19AA34F516AD456F455_tpdjo04v_1?cidTexte=JORFTEXT000000602745&idArticle=LEGIARTI000020102573&dateTexte=20100924&categorieLien=id#LEGIARTI000020102573

L'arrêté du 30/04/2003 modifié (et en cours de nouvelle modification dans le prolongement de la loi HPST), dans son article 3 C, donne la possibilité pour les établissements de santé de se regrouper pour l'organisation de la permanence à leur initiative ou à celle du DG de l'ARS.

Les conditions et modalités de cette mutualisation :

- La possibilité de faire participer des personnels médicaux hospitaliers à la permanence organisée dans un autre établissement que leur établissement d'affectation ne requiert pas l'accord des praticiens concernés.
- Elle suppose la signature d'une convention entre les établissements concernés.
- Le temps médical ainsi mutualisé doit figurer dans les tableaux annuels et mensuels de service organisant la planification des activités et du temps de travail des praticiens concernés.
- L'organisation du temps de travail des praticiens doit respecter le bénéfice du repos quotidien. Celui-ci doit intervenir après toute période de travail effectif. La permanence sur place constitue en totalité du temps de travail effectif. L'astreinte ne constitue pas du temps de travail effectif, seuls le temps de soin réalisé au cours des déplacements en constitue. Le repos quotidien doit être d'une durée minimale de 11 heures par période de 24 heures ; il peut être différé mais doit, en tout état de cause, être pris au plus tard après 24 heures de travail d'affilée et être d'une durée équivalente à la durée de la période de travail qui précède. Pour concilier la nécessité d'assurer la continuité des soins et le respect du repos quotidien, lorsque l'intensité de l'activité durant la période nocturne le permet, l'organisation de la permanence peut prévoir une demi-permanence sur place pour la 1^{ère} partie de la nuit et une demi-astreinte opérationnelle pour la 2^{ème} partie de la nuit. Si le praticien n'est pas amené à se déplacer durant la 2^{ème} partie de la nuit, il est considéré comme ayant bénéficié du repos quotidien durant cette période.
- Les praticiens qui assurent ainsi du temps médical dans un autre établissement que leur établissement public de santé d'affectation peuvent percevoir, sur agrément du DG de l'ARS, une indemnité mensuelle (indemnité pour exercice dans plusieurs établissements montant brut mensuel au 01/07/2010 : 415,86€ assujetti à cotisations IRCANTEC à partir du 01/09/2010).

➤ Les praticiens libéraux

Les articles L.6146-2 et L6161-9 CSP introduits par la loi HPST prévoit la possibilité pour les établissements publics de santé et les établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, sur autorisation du DG de l'ARS, de pouvoir recourir à des professionnels de santé libéraux pour la mise en œuvre de leurs activités de soins ou des missions de service public dont ils sont chargés.

Les médecins libéraux pourront ainsi intervenir dans les établissements de santé précités pour participer à la permanence des soins et être indemnisés pour cette participation dans des conditions fixées par un arrêté à paraître.

Dans l'hypothèse où est constitué un GCS de moyens « prestations médicales croisées », un médecin libéral peut assurer des prestations médicales sur des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements membres du GCS et participer à la PDSH. Lorsqu'il assure la PDSH, le médecin libéral peut être rémunéré forfaitairement (article L. 6133-6 alinéa 1 et 2 pour le forfait).

Document de travail

Annexe 4 : Eléments de cadrage et de définition sur l'offre de soins ambulatoires

Champ du volet ambulatoire du SROS

En application de l'article L. 1434-7 du CSP, le volet ambulatoire du SROS indique, par territoire de santé les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours (articles L.1411-11 et L.1411-12).

Le volet ambulatoire concerne donc l'ensemble des professionnels et structures de ville, les soins de premier et de second recours. Cependant une attention particulière doit être portée aux soins de premier recours. Il est proposé de procéder par étapes, et dans un premier temps de traiter essentiellement du premier recours. Toutefois, s'il est possible d'aller plus loin, le second recours pourra être intégré et mis en lien avec certaines thématiques transversales (comme la prise en charge des pathologies chroniques) et le volet hospitalier (complémentarité pour une même discipline entre la ville et l'hôpital).

Les « implantations » mentionnées dans la loi sont les points géographiques sur lesquels sont identifiés des professionnels libéraux et des structures d'exercice coordonné (maisons de santé, pôles, voire centres de santé).

Les « besoins en implantation » sont identifiés afin de permettre l'accès aux soins. Le volet ambulatoire du SROS détermine les actions à mettre en œuvre lorsque les besoins en implantation ne sont pas satisfaits.

Compte tenu de l'importance du champ, une distinction doit être opérée entre l'état des lieux, qui concerne tous les professionnels, et la définition des plans d'action, qui sont ciblés sur des priorités, en particulier concernant le premier recours.

Définition du premier recours (article L. 1411-11) et professionnels concernés

Les soins de premier recours s'articulent autour de trois grandes fonctions :

- l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement
- le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social)
- le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé

Il appartient à l'ensemble des professionnels de santé d'assurer ces missions, qui ne sont pas exclusives de tel ou tel professionnel. Les fonctions sont cependant principalement assurées par les professionnels du premier recours, et en priorité les médecins spécialisés en médecine générale, les pharmaciens, les dentistes, les infirmiers, les kinésithérapeutes.

Territoire de santé, « territoire de proximité », zonage, implantation

Pour le volet ambulatoire du SROS, la notion de territoire délimité autour de frontières « fermées » géographiquement est peu compatible avec les notions de libre choix du patient.

Le niveau d'analyse porte sur des espaces de proximité qui permettent une approche opérationnelle de mise en œuvre de projet. Pour que les projets soient opérationnels, le territoire couvert ne doit pas dépasser 20 à 30 000 habitants pour les zones rurales. Pour les zones urbaines, il s'agira davantage de cibler les efforts sur les zones urbaines sensibles.

Pour l'ambulatoire, seuls les territoires de PDS et le zonage des aides à l'installation ont une valeur juridique. Le SROS doit être la référence sur laquelle s'appuient ces territoires.

- En ce qui concerne les territoires de permanence des soins, leur définition répond à la logique d'organisation de la PDS. Il est souhaitable cependant qu'il y ait une cohérence entre la répartition des points fixes de garde, et les points d'implantation des structures d'exercice coordonné ou des structures de médecine d'urgence (urgences, SMUR et antennes de SMUR)

- En ce qui concerne le zonage, les besoins en implantation prioritaires serviront de référence pour définir les zones qui bénéficieront des aides à l'installation.

La loi HPST a modifié les modalités de définition du zonage. Jusqu'à la parution du SROS, l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale reste la référence juridique pour la définition des zonages.

Dans ce cadre, le zonage des médecins généralistes actuellement en vigueur est celui défini en 2005 dans le cadre de la circulaire DHOS/O3/DSS/UNCAM n°2005-63 du 14 janvier 2005 ([http://www.parhtage.sante.fr/re7/gua/doc.nsf/VDoc/7F59094FE0A1888CC12572B4006B7BA0/\\$FILE/cir_DHOS.03-DSS-UNCAM_14_01_2005.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/gua/doc.nsf/VDoc/7F59094FE0A1888CC12572B4006B7BA0/$FILE/cir_DHOS.03-DSS-UNCAM_14_01_2005.pdf)). Pour rappel, le zonage préparé en application de la circulaire n°2008-130 du 14 avril 2008 n'a pas fait l'objet de publication.

Le zonage en vigueur pour les infirmiers libéraux est celui défini dans le cadre de l'arrêté du 29 décembre 2008. Il définit les critères de classification des zones en 5 catégories pour la mise en place des mesures convenues dans le cadre de l'avenant n°1 à la convention nationale des infirmières (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020104627&dateTexte=&categorieLien=id>)

Par ailleurs, la réflexion sur la révision du zonage doit s'articuler avec le règlement arbitral pour les médecins généralistes (il prévoit une prorogation des dispositions de l'avenant n°20 à la convention médicale jusqu'à la parution du SROS puis une dégressivité de l'aide) et les dispositions de l'avenant n°1 à la convention des infirmiers libéraux (évaluation du dispositif d'ici juin 2010)

Articulation entre permanence des soins et volet ambulatoire des SROS

Référence permanence des soins ambulatoires

Décret no 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=891E87EA81FA7739F4D831143C564DC5.tpdjo15v_1&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000022484932&categorieLien=cid

Le dispositif de permanence des soins doit être défini dans le cahier des charges régional arrêté par le DGARS. **Il ne relève donc pas du volet ambulatoire du SROS.**

Pour autant, l'article R. 6315-6 du CSP indique que les principes d'organisation de la permanence des soins sont établis dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins. Il convient notamment que le maillage des points fixes de garde soit cohérent avec le maillage des structures d'urgence. Les points fixes de garde peuvent être répartis de façon complémentaire aux structures des urgences, ou bien en proximité immédiate, notamment dans les zones urbaines, pour favoriser une meilleure articulation entre urgence et PDSA. Ceci pour les points fixes existants ou à développer.

D'autre part, le volet ambulatoire du SROS pourra tenir compte, notamment dans la phase de diagnostic, des synergies déjà créées dans l'exercice de la permanence des soins

Annexe 5 : Exemples d'études, outils et méthodes d'analyse de l'offre et des besoins en soins de premier recours

Les éléments qui suivent n'ont pas de caractère exhaustif, il s'agit de proposer certains outils pour l'analyse de l'offre et des besoins de soins de premier recours et l'établissement d'un diagnostic.

Les sources de données pour l'analyse de l'offre et des besoins

Indicateurs	Modalités de calcul	Source	Avantage	Limites
Présence, localisation de professionnels	Inclure les remplaçants	ONDPS, ordres professionnels, assurance maladie	Localisation des professionnels	Ne donne pas d'élément sur l'activité réelle du professionnel
Densité de professionnels		Zonages MRS relatifs à la répartition territoriale des professionnels de santé (infirmiers, médecins généraliste,...), STATISS	Permet de caractériser le territoire en fonction de l'offre de soins	Ne reflète pas le besoin
Professionnels en secteur 1	A décliner par spécialité : part des PS exerçant en secteur 1/nombre de PS de la spécialité	SNIR-AM	Donne une information sur l'accès aux soins (approche financière)	
Age des professionnels	Par exemple, part des PS de plus de 55 ans	STATISS	Permet d'anticiper l'évolution de l'offre	L'âge n'est pas le seul critère pour estimer le niveau d'activité à venir (choix personnel)
Activité par professionnel	Honoraires : consultations et visites, par professionnel	SNIR-AM	Données inter-régimes Reflète le déséquilibre offre/demande	Ne reflète pas les besoins réels
Taux de recours aux soins	Nombre d'actes par habitant	SNIR-AM	Donne une indication sur la morbidité Reflète le déséquilibre offre/demande	Ne reflète pas les besoins réels
Temps d'accès au professionnel de santé le plus proche	Calcul des distances routières intercommunales en tenant compte des heures creuses et heures pleines	- Distanciers (par exemple, Odomatix développé par l'INRA) - Etude DATAR accessibilité des services de santé	Le temps d'accès est préféré à la distance car il permet de tenir compte de l'état du réseau routier, de l'engorgement,...	- Suppose que le patient dispose d'un moyen de déplacement - Ne prend pas en compte les variations saisonnières
Part des personnes âgées de plus de 75 ans (variante : age moyen des personnes de plus de 75 ans)	Rapporte la population de plus de 75 ans à la population totale	INSEE, STATISS	- Donne une indication sur le vieillissement de la population - La part des personnes âgées vivant seule donne une indication supplémentaire en termes de fragilité de la population âgée	
taux de natalité	Rapporte le nombre de naissances vivantes au nombre d'habitants	INSEE, STATISS	Donne une indication sur la pression démographique	
taux de mortalité	Rapporte le nombre de décès à la population totale	INSEE STATISS	Donne une indication sur la mortalité	le taux de mortalité standardisé n'est pas corrélé avec la composition démographique des territoires et peut être préféré
taux d'hospitalisation	Rapporte le nombre d'hospitalisations à la population totale	PMSI	- Donne une indication sur la morbidité - peut être décliné par tranche d'âge	Ne reflète pas les besoins réels
Classement en Zones de Revitalisation Rurale, Zone Franche Urbaine ou Zones de redynamisation urbaine	Les zones de revitalisation rurale sont visées à l'article 1465 A du code général des impôts	Cf. Arrêté du 9 avril 2009 constatant le classement de communes en zone de revitalisation rurale Voir également http://www.datar.gouv.fr/zone_revitalisation_rurale_23_0 et http://www.territoires.gouv.fr/zonages/p3_territ.php	Donne une indication sur la fragilité du territoire	-tenir compte également des zones touristiques, de montagnes, des stations thermales,... -tenir compte de l'état de santé de la population (prévalence de certaines pathologies ou le pourcentage de personnes en ALD)
	751 Zones urbaines sensibles, dont 435 sont des Zones de redynamisation urbaine (ZRU), parmi lesquelles 100 Zones franches urbaines (ZFU)	Ces zones sont accessibles sur http://sig.ville.gouv.fr/ et http://www.territoires.gouv.fr/zonages/p3_territ.php		

STATISS (STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social), propose tous les ans par région, un résumé des informations essentielles disponibles auprès de chaque service Statistiques et Etudes des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) avec la contribution de la DREES, de l'INSEE (direction de la diffusion et de l'action régionale, division des statistiques régionales, locales et urbaines), de l'INSERM (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC)), de l'INVS (Institut national de veille sanitaire), de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF bureau des statistiques), de la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole (CCMSA service famille), de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS), des Conseils Généraux.

Les outils et études concernant exclusivement l'offre :

- Recensement et cartographie des structures d'exercice coordonné

Le recensement et la cartographie de l'implantation des structures d'exercice coordonné est de la compétence de l'ARS.

Les recensements existant sont souvent partiels, portant sur un type de structure, de territoire ou une source de financement.

A titre indicatif, un recensement des maisons de santé pluri professionnelles et des pôles de santé existants sur le territoire national ayant bénéficié d'un financement par le FIQCS, a été réalisé par la DGOS et les MRS en janvier 2009 et vous sera diffusé.

- L'outil internet [Demos@nté](#)

Il s'agit d'un outil développé et accessible en interne pour les URCAM.

Demos@nté donne une analyse géographique de la démographie et de l'activité des professionnels de santé sur un territoire. Il permet un suivi de la démographie des professionnels de santé des régions à différentes échelles territoriales, en fonction de la zone sélectionnée. Ce dispositif permanent d'observation et de suivi d'activité des professionnels de santé libéraux est destiné à permettre une actualisation et un suivi mensuels des évolutions démographiques.

3/ Les outils et études croisant l'offre et le besoins :

- CartoS@nté :

Cet outil développé par les URCAM est accessible à tous. Il propose une représentation des données de consommation, de production, d'accessibilité et de densité concernant plusieurs professions de santé (médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste). Il s'agit de cartes interactives sur l'offre et la consommation de soins pour la région, les départements mais aussi par canton et par commune

- Consommation d'actes de soins
- Densité en médecin généraliste
- Activité moyenne des médecins généralistes
- Attractivité et accessibilité des médecins

- L'étude DATAR sur l'accessibilité des services de santé

La DATAR a lancé en 2009 une étude sur la « stratégie territoriale d'accessibilité aux services de santé ».

La première étape de cette étude (conclusion juillet 2010) fournira une cartographie des besoins de santé prenant en compte des éléments aussi divers que la situation démographique du territoire et ses évolutions, l'état de santé de la population, en rapport avec son vieillissement ainsi que des facteurs de précarité, compliquant l'accès aux services.

Les premiers résultats relatifs aux soins de premier recours ne sont pas encore disponibles et vous seront transmis dès que possible.

La deuxième étape (automne 2010) permettra de produire, grâce à une projection de l'offre actuelle et de son évolution prévisible sur ces territoires, une cartographie de l'adéquation entre offre et demande actuelles et à court terme.

Une étude spécifique des territoires en difficulté (automne 2010) les qualifiera en matière d'accessibilité (géographique et climatique, mobilité personnelle et organisée...) à travers une typologie.

La dernière étape (hiver 2010/ 2011) permettra, à travers un travail participatif avec les différents acteurs, de voir s'il est possible d'envisager des solutions spécifiques aux types de difficultés rencontrées.

Les pistes de travail qui seront alors envisagées solliciteront les différentes politiques publiques concourant à cette accessibilité (santé mais aussi transport, organisation territoriale, urbanisme, etc.). La mise en œuvre de ces mesures nécessitera une coordination à l'échelle territoriale pertinente.

Nota bene : Le déroulement de l'étude repose sur des choix méthodologiques, notamment en termes de territoires pertinents et d'indicateurs de distance et de besoins. En particulier et à titre d'illustration, il convient de préciser que les notions de distance ne prennent pas en compte la question de la densité de l'offre. De ce fait, les résultats sont à analyser et à confronter, au plus près des territoires en fonction des réalités locales.

Livrables DGOS

L'étude DATAR sur l'accessibilité des services de santé

Le recensement des maisons de santé pluri professionnelles et des pôles de santé existants sur le territoire national ayant bénéficié d'un financement par le FIQCS, a été réalisé par la DGOS et les MRS en janvier 2009.

Annexe 6 : Plans d'actions pour les zones sous-dotées

Le volet ambulatoire du SROS doit mettre en avant des priorités d'actions, en privilégiant la consolidation de zones fragiles plutôt que la création d'une offre *ex nihilo* dans une zone de désert médical. Pour chaque priorité identifiée lors du diagnostic, un plan d'action doit être réalisé. Ces plans d'action s'articulent autour de 3 approches visant à apporter une réponse aux besoins de santé non satisfaits :

- **Accompagner le regroupement de professionnels** en structures d'exercice coordonné. Des dispositifs tels que les nouveaux modes de rémunération ou les protocoles de coopération peuvent être déployés de manière à appuyer ces structures.
- **Attirer et fidéliser les professionnels sur un territoire** donné. Pour améliorer l'attractivité de l'exercice sur un territoire, les ARS peuvent utiliser des incitations financières (majorations d'acte en zones déficitaires, contrats d'engagement de service public) ou relatives aux conditions d'exercice (exercice regroupé, terrains de stage d'internat, développement professionnel continu).
- **Mobiliser les professionnels autour des besoins de santé** du territoire et des projets en cours ou à lancer. L'ARS doit jouer son rôle d'animateur territorial auprès des élus et des porteurs de projets et peut s'appuyer pour cela sur la cellule d'appui « Territoire et Santé ». (cf. note diffusée à part.....). Elle doit également intégrer à sa démarche les hôpitaux locaux, les réseaux de santé, les groupes qualifiés ...

Un certain nombre de leviers peuvent être utilisés par les ARS pour mettre en œuvre ces plans d'actions :

Pour accompagner le regroupement de professionnels :

➤ Les structures d'exercice coordonné :

- **Objectif** : permettre une meilleure répartition de l'offre et répondre aux nouvelles aspirations des professionnels en améliorant leurs conditions d'exercice.
- **Type de structure** : les maisons de santé pluri-professionnelles constituent le mode le plus abouti d'exercice regroupé, mais il convient de ne pas négliger les autres types de structure d'exercice coordonné. En dernier recours, dans le cas où il n'est pas possible de faire appel à une offre libérale, des centres de santé peuvent apporter une solution efficace aux problèmes de démographie médicale.
- **Mise en œuvre par l'ARS** : points d'entrée des porteurs de projet, les cellules d'appui « Territoire et Santé » ont en charge les activités d'initiation et d'incubation des projets de structures d'exercice coordonné. En outre, les ARS doivent promouvoir les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération qui permettent de rendre plus attractif le mode d'exercice regroupé en tenant compte du temps de coordination (module 1) ou en rémunérant les programmes d'ETP (module 2). Les protocoles de coopération permettent également de faciliter les coopérations entre médecins et autres professionnels de santé (en particulier les infirmiers).
- **Guides parus ou prévus** :
 - Note sur le déploiement des nouveaux modes de rémunération (7 juin 2010)
 - Livrable de la mission Baudier sur les regroupements de professionnels (juin 2010)
 - Cahier des charges national pour les structures d'exercice coordonné (juillet 2010)
 - Guide de la HAS sur les protocoles de coopération (juillet 2010)
 - Note sur les cellules d'appui santé et territoire (juillet 2010 à confirmer)

Pour attirer et fidéliser les professionnels sur un territoire donné

➤ Le développement professionnel continu (DPC) :

- **Objectif** : Apporter une réponse aux attentes des professionnels qui souhaitent un exercice moins isolé, par le développement d'échanges entre professionnels dans le cadre du DPC.

- **Mise en œuvre par l'ARS** : des décrets vont paraître pour détailler les modalités de mise en œuvre du développement professionnel continu. La concertation avec les URPS et les établissements de formation doit permettre le déploiement efficace du DPC.
 - **Les aides aux professionnels de santé exerçant dans les zones sous-dotées** :
- **Objectif** : maintenir l'offre de santé existante et attirer de nouveaux professionnels dans les zones sous-dotées.
- **Mise en œuvre par l'ARS** : le dispositif existant reste pour l'instant en place, mais de nouvelles modalités vont redéfinir les zones bénéficiaires et les enveloppes, de façon à rendre cohérent le versement de ces aides avec le volet ambulatoire du SROS.
 - **La formation initiale** :
- **Objectif** : Former les étudiants au mode d'exercice regroupé et les attirer vers les régions sous-dotées par l'intermédiaire des stages.
- **Mise en œuvre par l'ARS** : dès la rentrée 2010, l'ARS peut promouvoir la signature de contrats d'engagement de service public par les étudiants en médecine, qui s'engagent ainsi à exercer dans des zones prioritaires définies par l'ARS. En outre, l'ARS doit développer, en partenariat avec les établissements de formation, la filière de médecine générale et, en particulier, les terrains de stage dans le secteur ambulatoire (cabinets libéraux, maisons de santé pluridisciplinaires...).
- **Guides parus ou prévus** :
 - Livrable de la mission Baudier sur les partenariats avec les Facultés de Médecine (juin 2010)

Pour mobiliser les professionnels autour des besoins de santé

- **Les URPS** :
- **Objectif** : faciliter le dialogue avec les professionnels de santé et les mobiliser autour des projets locaux.
- **Mise en œuvre par les ARS** : l'organisation des élections des URPS et l'élaboration du SROS sont l'occasion de renforcer des relations avec les professionnels de santé et de travailler en commun autour de projets répondant aux besoins des territoires.
- **Guides parus** :
 - Livrable de la mission Baudier sur le développement des relations avec les URPS et les professionnels de santé (juin 2010)
- **Les cellules d'appui « Territoire et Santé »** :
- **Objectif** : faire émerger des projets, soutenir les porteurs lors de la phase de montage du projet et accompagner la mise en œuvre des projets
- **Mise en œuvre par l'ARS** : l'ARS doit mettre en place une cellule d'appui « Territoire et Santé », qui proposera des services en matière de prospection, d'ingénierie de projet et de montage juridique et financier. Cette cellule travaille en lien étroit avec les acteurs locaux et avec les services d'aide à l'installation présents dans certaines CPAM.
- **Guides parus ou prévus** :
 - Livrable de la mission Baudier sur les regroupements de professionnels (Juin 2010)
 - Note sur l'organisation des cellules d'appui « Territoire et Santé » (Juillet 2010)

Stratégie	Levier	Objectif	Mise en œuvre par l'ARS	Guides parus ou prévus	
Accompagner le regroupement de professionnels	Structures d'exercice coordonné	- permettre une meilleure répartition de l'offre	- Cellules ATS	- Note sur le déploiement des nouveaux modes de rémunération (7 juin 2010)	
			- Nouveaux modes de rémunération	- Livrable de la mission Baudier sur les regroupements de professionnels (juin 2010)	
		- répondre aux nouvelles aspirations des professionnels en améliorant leurs conditions d'exercice	- Protocoles de coopération	- Cahier des charges national pour les structures d'exercice coordonné (juillet 2010)	
				- Guide de la HAS sur les protocoles de coopération (juillet 2010)	
Attirer et fidéliser les professionnels sur un territoire	Développement professionnel continu (DPC)	- développer les échanges entre professionnels	- Décrets à paraître		
		- rompre l'isolement de certains professionnels			
	Aides aux professionnels de santé	- maintenir l'offre de santé existante	- Dispositif existant		
		- attirer de nouveaux professionnels dans les zones sous-dotées.	- Nouvelles modalités à définir		
	Formation initiale	- former les étudiants au mode d'exercice regroupé	- Contrats d'engagement de service public		- Livrable de la mission Baudier sur les partenariats avec les Facultés de Médecine (juin 2010)
		- attirer les étudiants vers les régions sous-dotées	- Terrains de stages dans le secteur ambulatoire		
Mobiliser les professionnels autour des besoins de santé	URPS	- faciliter le dialogue avec les professionnels de santé et les mobiliser autour des projets locaux	- Elections des URPS	- Livrable de la mission Baudier sur le développement des relations avec les URPS et les professionnels de santé (juin 2010)	
			- Elaboration du SROS		
	Cellules d'appui « Territoire et Santé »	- faire émerger des projets	- Mise en place de la cellule	- Livrable de la mission Baudier sur les regroupements de professionnels (Juin 2010)	
		- soutenir les porteurs lors de la phase de montage du projet	- Articulation avec CPAM	- Note sur l'organisation des cellules d'appui « Territoire et Santé » (Juillet 2010)	
		- accompagner la mise en œuvre des projets			

Annexe 7 : Gestion de la transition entre le SROS III et le SROS-PRS

➤ La gestion des demandes d'autorisation dans l'attente de la publication des SROS-PRS

Les SROS III ne peuvent plus être révisés depuis le 1^{er} juillet 2010, date d'entrée en vigueur de la loi HPST. Ils sont en conséquence « gelés » dans leur état à cette date.

Ils conservent cependant leur validité juridique dans le cadre de la gestion des demandes d'autorisation jusqu'à leur expiration, au terme des cinq ans suivant la date de leur première publication.

La procédure régionale d'autorisation doit tenir compte de ces circonstances à toutes les étapes : bilan du SROS III pour l'ouverture des « fenêtres », réception des dossiers, instruction des demandes. Pour mémoire, deux fenêtres doivent obligatoirement être ouvertes par an (article R.6122-29). En particulier, les nouveaux territoires de santé ne pourront pas fonder l'appréciation des demandes d'autorisation présentées sur la base du SROS III : les demandes doivent être étudiées sur la base des territoires sanitaires du SROS III.

➤ Les volets des SROS III ne sont pas transposables directement dans le SROS-PRS

Les volets des SROS III ne constituent pas des SROS autonomes et arrivent donc à échéance en même temps que le SROS III dans lequel ils figurent. Même si l'adoption de certains volets est récente, ils ne peuvent être repris tels quels dans le cadre du SROS-PRS : il convient de les réécrire en fonction du nouveau découpage des territoires de santé, de l'opportunité de revoir les OQOS et des priorités inscrites dans le guide méthodologique sur le SROS.

➤ La liste des activités de soins traitées dans le SROS-PRS a une valeur obligatoire

La loi HPST a supprimé la base légale de l'arrêté définissant les thèmes obligatoires du SROS. Pour autant, le SROS-PRS devra comporter l'identification des besoins et la fixation des objectifs quantifiés pour toutes les matières qui sont soumises au régime d'autorisation : activités de soins et équipements lourds énumérés aux articles R. 6122-25 et R. 6122-26 CSP. Le SROS doit aussi traiter de la forme selon laquelle les activités de soins sont exercées car cela correspond à un aspect du besoin et de l'accessibilité : alternatives et HAD. Le SROS PRS devra également traiter de la biologie pour l'application du régime d'opposition à l'ouverture de laboratoires.

Si le SROS ne comporte pas l'ensemble de ces éléments dès la première publication, il ne sera pas opposable pour l'application du régime d'autorisation aux matières non traitées.

Cette liste limitative obligatoire ne concerne que le chapitre relatif à l'offre de soins hospitalière du guide. La possibilité indiquée dans le chapitre 1 (enjeux de transversalité et d'articulation du SROS) de traiter des thèmes transversaux complémentaires reste toujours possible et doit répondre à des thèmes identifiés dans le plan stratégique régional de santé.

- Les dispositions des SROS-PRS portant sur ces thèmes « transversaux » seront mises en œuvre à travers l'application des dispositions sur les activités de soins correspondantes : implantation, prescription sur l'adaptation des établissements, les complémentarités et les coopérations.
- Ces dispositions ne devront cependant pas prendre le caractère de critères ou obligations assimilables à des conditions techniques de fonctionnement, relevant de décrets.
- Le SROS ne peut comporter de prescription à l'égard des patients, dans le cadre du parcours de soin par exemple, car il ne leur est pas opposable.

➤ La situation des SIOS

Sur le plan juridique, le SIOS ne fait pas partie du PRS ; il s'agit d'un document autonome en droit qui fait l'objet d'une procédure de consultation distincte pour son adoption. Par ailleurs, les SIOS sont « gelés » depuis l'entrée en vigueur de la loi le 1^{er} juillet 2010 tout comme les SROS car ils ont été arrêtés sur la même base légale (article L.6122-1) qui a été abrogée par la loi HPST. Deux conséquences s'en suivent : d'une part, les SIOS en cours conservent leur validité juridique jusqu'à leur échéance dans le délai de cinq ans ; d'autre part, les SIOS ne sont ni révisables ni abrogeables avant leur échéance.

Une mesure législative est en cours pour proroger la durée des SROS et des SIOS en cours et permettre de réviser les SIOS avant leur échéance naturelle, dans un objectif de cohérence avec le SROS-PRS.

Annexe 8 : Eléments de méthode pour la construction des OQOS volume

Référence

Décret n°2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000420878&dateTexte=>

Arrêté du 8 juin 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000630149&dateTexte=>

La méthode proposée a pour objectif de permettre à l'outil OQOS de jouer un rôle d'anticipation et de pilotage de l'évolution d'activité au sein des territoires de santé (TS). Dans un contexte de forte pression portant sur les dépenses d'assurance maladie, il doit aussi permettre d'identifier avec davantage d'acuité les secteurs (TS, activités de soin) pour lesquels la régulation du volume d'activité est pertinente. L'outil OQOS a été peu mobilisé jusqu'ici à ces titres. Il appartient aux ARS d'en améliorer la construction dans le cadre des SROS PRS et d'en mobiliser davantage le suivi pour une meilleure atteinte de ce double objectif.

Depuis plusieurs années, l'évolution de l'ONDAM est contrainte. Lors de la conférence des déficits publics du 20 mai dernier, le président de la République a annoncé un taux de croissance de l'ONDAM de 2,9% pour 2011 et 2,8% pour 2012, après un taux de croissance de 3% en 2010. Ceci contraindra fortement les évolutions de l'ONDAM hospitalier pour les années 2011 et 2012.

Du fait du manque d'outil permettant de réguler le volume de soins produit par les établissements financés à l'activité, la régulation des dépenses d'assurance maladie a principalement été réalisée jusqu'à aujourd'hui via la modération des tarifs de prestations. Cette politique n'apparaît plus soutenable sur le long terme pour les établissements de santé. Dans ce contexte, il devient incontournable de pouvoir réguler les volumes d'activité des établissements, afin de permettre une évolution tarifaire plus compatible avec l'évolution des charges des établissements (inflation, mesures catégorielles...).

La méthode présentée ci-après, permet de situer les territoires de santé sur les différentes catégories d'activité, afin de repérer les activités atypiques pour lesquelles une régulation plus ciblée pourrait être envisagée. Cette méthode constitue **une première étape** de la démarche qui sera proposée : elle présente un scénario démographique basé uniquement sur les projections de population à 2015, sous l'hypothèse de recours à l'hospitalisation stable (taux de recours 2009). Or il est établi que le dynamisme d'activité ne s'explique que partiellement par les facteurs démographiques et que des facteurs tels que la technologie médicale, l'épidémiologie et l'évolution des comportements d'offre et de consommation de soins expliquent également la dynamique d'activité des régions. Des scénarios complémentaires, prenant en compte tout ou partie de ces facteurs, seront proposés dans les mois qui viennent.

Ces travaux doivent permettre d'engager un dialogue entre les ARS et la DGOS sur les éléments de méthode permettant d'anticiper et de réguler les volumes d'activité des établissements de santé.

➤ **L'outil mobilisé pour la comparaison entre territoires de santé du recours de la population à l'offre de soins est le taux de recours standardisé par activité de soins.**

Afin de gommer les effets de fuite ou d'attractivité entre régions, les comparaisons sont basées sur le recours de la population régionale, quel que soit le lieu de réalisation du séjour. Par construction, cela neutralise les soins dispensés aux étrangers. L'effet de la structure démographique des territoires sur le recours aux soins est également neutralisé : le taux de recours mobilisé est standardisé selon le sexe et l'âge. Enfin, les taux de recours sont projetés à horizon 2015, afin de mesurer le pur impact populationnel sur l'évolution d'activité.

➤ **Le champ d'analyse : activités sous OQOS et principales activités MCO hors OQOS**

L'analyse porte principalement sur les activités de soins soumises à OQOS, telles que mentionnées dans les textes : article D. 6121-7 du code de la santé publique et arrêté du 8 juin 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins.

Sont ainsi soumises à OQOS :

- Les activités de médecine en hospitalisation complète et à temps partiel
- La chirurgie, y compris la chirurgie ambulatoire.
- Le traitement de l'insuffisance rénale chronique.
- La neuroradiologie interventionnelle et la cardiologie interventionnelle.
- Les soins de suite et réadaptation.
- La psychiatrie.

Concernant les activités MCO non soumises à OQOS et qui représentent un volume d'activité significatif, il apparaît utile de rendre compte de leur dynamique propre (scénario démographique), ainsi que de l'hétérogénéité entre régions sur certaines prises en charge (en particulier le cancer). Ces activités sont :

- Le traitement du cancer en distinguant la chirurgie du cancer des activités de séance
- L'obstétrique et néonatalogie
- La chirurgie cardiaque
- L'assistance médicale à la procréation

➤ La maille géographique est le territoire de santé

Pour les régions de France métropolitaine⁵, l'échelon d'analyse est le territoire de santé, fixé lors du SROS III (territoires de santé de chirurgie pour la majorité des régions). Il est apparu important de descendre aussi finement, pour la robustesse de la méthode (l'échelon régional étant trop large), mais également pour se caler sur l'échelon d'analyse des ARS, puisque dans le cadre du SROS PRS les OQOS sont fixés pour chaque activité, par territoire de santé. Dès que l'ensemble des nouveaux territoires de santé des différentes ARS sera connu, la méthodologie sera ajustée.

➤ Les mailles d'analyse de l'activité

- Les activités de traitement de l'IRC, de neuroradiologie interventionnelle et de cardiologie interventionnelle, ainsi que la chirurgie du cancer, sont analysées indépendamment, dans un périmètre défini par les textes sur les OQOS.
- Les principales activités hors OQOS sont également analysées indépendamment.
- Pour les autres activités de médecine et de chirurgie, l'échelon d'analyse est le groupe type planification, regroupement d'activité issu des travaux 2009 de l'ATIH sur les regroupements de GHM en V11 (le détail des groupes de planification est donné sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/?id=000250002AFF>). Ce regroupement a été créé dans un objectif de planification et distingue 62 groupes d'activité en médecine et chirurgie.

L'analyse sur chaque groupe type porte uniquement sur les activités de médecine et chirurgie soumise à OQOS médecine et chirurgie. Sont exclues des différents groupes d'activités :

- le traitement de l'IRC, la neuroradiologie interventionnelle et la cardiologie interventionnelle, ainsi que la chirurgie du cancer,
- les activités non soumises à OQOS (traitement du cancer, ...)

Point d'attention : les travaux sont réalisés à cadre réglementaire constant. Ainsi, le groupe type planification regroupant les séances (M30) comporte également les séances d'hémodialyse, et les techniques d'irradiation externe pour lesquelles les actes ne figurent pas dans les textes en vigueur. Une actualisation des textes est envisagée sur ce point.

Pour les activités de SSR, l'échelon d'analyse est la catégorie majeure clinique (CMC), qui détermine 13 groupes d'activité.

En psychiatrie, qui ne dispose pas de recueil médico-économique standardisé, la distinction porte uniquement sur l'âge des patients : psychiatrie infanto juvénile (moins de 18 ans) et psychiatrie générale.

Livrable DGOS

Mise à disposition des taux de recours aux soins pour les activités de médecine-chirurgie, SSR et psychiatrie. Les données et programmes qui ont été utilisés dans le cadre de l'élaboration de ces fichiers, seront fournis afin que chaque ARS puisse affiner les analyses, en fonction de ses besoins régionaux.

⁵ Les DOM ont été exclus compte tenu de leur spécificité. Leur poids en termes d'activité n'est que de 2,3% en 2009. Ils seront donc traités à part.

Annexe 9 : Modèle de présentation des thèmes et activités de soins

Reprise succincte du diagnostic régional	
Objectifs régionaux spécifiques s'ils sont différents des orientations nationales	
Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales	
Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité	
Modalités/ actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social	
Création/ suppression d'implantations prévues	projet(s) de coopération
OQOS régional en volume	OQOS régional en implantations

Annexe 10 : Méthodologie de chiffrage financier du SROS

Afin de mesurer l'impact des SROS, sur les dépenses de l'Assurance Maladie, il est mis à disposition un outil pour le chiffrage financier, afin de garantir une évaluation homogène des dépenses et permettre leur consolidation au niveau national.

➤ Chiffrage du volet hospitalier

L'outil mis à disposition porte sur la durée du SROS soit 2011-2015. Les données à y intégrer au niveau régional, en distinguant le secteur public et le secteur privé, sont :

- les volumes d'activités prévus dans les SROS au titre des OQOS, pour les activités de soins soumises à quantification en volume, en distinguant les prises en charge à temps partiel des prises en charges en hospitalisation complète ;
- les volumes d'activités prévisionnels, pour les activités non soumises à OQOS (soins palliatifs, HAD, réanimation, soins intensifs, surveillance continue, obstétrique, ...).

Il est recommandé d'estimer la prévision d'activité pour chaque année de la période du SROS, cela permettra d'estimer plus finement la progression annuelle de réalisation des OQOS cibles. A défaut, un taux moyen de progression annuel des OQOS sera déterminé au niveau national à partir de la prévision d'activité pour 2015.

Par ailleurs, il est recommandé de répartir les volumes prévisionnels par secteur d'activité (établissements ex- dotation globale, établissements ex- objectif quantifié national, dont pour chacun d'eux la part des établissements privés à but non lucratif). Si l'ARS rencontre des difficultés, elle pourra utiliser la répartition proposée par la DGOS.

La valorisation des activités de médecine, chirurgie et obstétrique résultera de l'application de tarifs moyens régionaux, calculés par la DGOS à partir de la valorisation des GHM élaborée par l'ATIH : un tarif moyen régional sera proposé pour chaque secteur (ex-DG, ex-OQN) et pour chaque type de prise en charge (dans les 3 activités, hospitalisation complète / partielle). Le poids respectif régional de chaque secteur est pris en compte. Il sera possible de faire évoluer le poids de chaque secteur dans le temps si des évolutions en ce sens sont anticipées.

Il s'agit d'une valorisation théorique, hors médicaments coûteux et dispositifs médicaux implantables payés en sus des tarifs, et hors honoraires des médecins libéraux.

S'agissant des autres données prévisionnelles d'activité, il sera proposé d'appliquer une méthode d'estimation, afin de garantir l'homogénéité des informations transmises.

Livrables DGOS

Maquette de chiffrage du volet hospitalier sous forme de fichier Excel

Annexe 11 : Modalités actuelles de financement des activités correspondant aux missions de service public

mission de service public	détail mission	financement				commentaires
		MIG cf. arrêté du 13 mars 2009	ODMCO	DAF + OQN	autres	
1° la permanence des soins	urgences		FAU + ATU			convention médicale pour secteur ex-OQN ; estimation a minima
	gardes et astreintes des personnels médicaux	art 4			convention médicale	
2° La prise en charge des soins palliatifs	soins		GHS et GHT spécifiques	X		
	coordination : EMSP	art 2 - 2° c)		X		
3° L'enseignement universitaire et post-universitaire	Dont internes	art 1er MERRI AC			Etat : ministère enseignement supérieur et recherche	Impossible de distinguer au sein des MERRI entre enseignement et recherche
	Dont clinicat	MIG/AC ?				
4° La recherche		art 1er MERRI				
5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers			tarifs (plan de formation)			Autre financement : convention médicale pour secteur ex-OQN
6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence	formation initiale		tarifs (compagnonnage)		conseils régionaux	compétence décentralisée : financement par les conseils régionaux
	formation continue et promotion professionnelle		tarifs (plan de formation)			Autres financements : FMEP
7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination	prévention primaire et secondaire				Etat, FNPEIS, collectivités locales	Voir la part des ES dans la mise en œuvre des programmes régionaux de santé
	les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques	art 2 - 6°				tarifs dans la pratique, seule l'éducation thérapeutique est financée par les MIG
8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés	SAMU	art 2 - 10° a)				
	SMUR	art 2 - 10° b)				
9° La lutte contre l'exclusion, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination	prise en charge par des équipes hospitalières	art 6 - 1°				
	PASS	art 6 - 2°				
	prise en charge par des équipes hospitalières à l'extérieur des ES	art 6 - 3°				

mission de service public	détail mission	financement				commentaires
		MIG cf. arrêté du 13 mars 2009	ODMCO	DAF + OQN	autres	
10° Les actions de santé publique	A préciser. Cela pourrait notamment concerner certaines prises en charge spécifiques, mais également certains produits humains, certaines équipes de liaison, veille et vigilance, ...					Voir la part des ES dans la mise en œuvre des programmes régionaux de santé
11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement	Hospitalisation sous contrainte en psychiatrie			X		financement non individualisé, inclus dans la DAF et l'OQN
12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret	UCSA	art 5 - 3°	CCAM	X		Hors FMESPP et DAF
	UHSI	art 5 - 2°	GHS		FMESPP (invest.)	la MIG ne couvre que les surcoûts non couverts par les tarifs
	chambres sécurisées pour détenus	art 5 - 4°			FMESPP (invest.)	Hors FMESPP et DAF
	UHSA			X	FMESPP (invest.)	
13° Les soins aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile						Prise en charge Etat (programme 183), à vérifier DSS
14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté				X	invest	EPNS Fresnes ; prise en charge conjointe Etat/AM
				X	exploit	
					Etat invest	
					Etat exploit	

Annexe 12 : Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé

Références

Décret relatif aux sanctions applicables en cas de non-respect de la mise à la disposition du public par l'établissement de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

http://sante.weka.fr/media/file/2512_indicateurs_joe_20091231_0222.pdf

Arrêté fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021573332>

Instruction du 9 juin 2010 de la DGOS : http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0100_0135.pdf

Le ministère de la santé et la Haute autorité de santé ont mis en œuvre un recueil d'indicateurs de qualité dans l'ensemble des établissements de santé. Par ailleurs, la loi HPST permet des avancées majeures en termes de qualité et de sécurité des soins.

De nouveaux leviers sont mis à disposition, avec l'obligation d'élaboration d'un programme d'actions assorti d'indicateur de suivi et de transparence sur la qualité (l'établissement doit mettre à disposition du public les résultats publiés chaque année des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre).

L'objectif est de bâtir un système d'information partagé qui fasse sens pour l'ensemble des parties concernées : les malades et usagers, les professionnels et les tutelles. Le postulat est qu'un indicateur calculé au niveau d'un établissement peut induire une modification des pratiques individuelles.

Ainsi depuis 2006, le tableau de bord ICALIN regroupant des indicateurs sur les infections nosocomiales est diffusé publiquement chaque année pour tous les établissements de santé. En parallèle, la plateforme d'information sur les établissements de santé PLATINES fournit des informations sur les principales caractéristiques (équipement, activité, particularités...) des établissements de santé de court-séjour (activités de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique) et diffuse les résultats des indicateurs de qualité des soins généralisés par la Haute autorité de santé, de lutte contre les infections nosocomiales et les résultats de la procédure de certification.

A compter du 21 juin 2010, date de publication nationale sur le site Platines, les établissements de santé doivent mettre à la disposition du public leurs résultats accompagnés des données de comparaison, ceci dans un délai de deux mois. En cas de non-respect de cette obligation, les DG d'ARS peuvent prendre les mesures appropriées, notamment des sanctions financières.

Les indicateurs sont :

- 5 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales publiés progressivement depuis 2006 (généralisé par le ministère):
 - o ICALIN (indice composite des activités de LIN) pour la troisième année ;
 - o ICSHA (indice de consommation des solutions hydro-alcooliques) pour la deuxième année ;
 - o SURVISO (surveillance des infections du site opératoire) pour la deuxième année ;
 - o ICATB (indicateur de bon usage des antibiotiques) pour la première année.
 - o Un score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs.

- 5 indicateurs de qualité issus du dossier du patient, publié depuis juin 2010 (pour le MCO, généralisé par la HAS dans le cadre de la certification des établissements de santé) :
 - o Tenue du dossier patient ;
 - o Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation ;
 - o Traçabilité de l'évaluation de la douleur ;
 - o Dépistage des troubles nutritionnels ;
 - o Tenue du dossier anesthésique.

Ces indicateurs relatifs au dossier patient sont obligatoires pour les activités MCO. A compter de 2011, ils le deviendront pour le SSR.

L'outil Hospidiag doit devenir l'outil de référence de l'ensemble des acteurs de soins pour la mesure de la performance des établissements de santé à activité médical, chirurgical et obstétricale.

Un indicateur de satisfaction des patients hospitalisés est programmé. Sa généralisation est prévue pour 2011 à plus de 1300 établissements de santé ayant une activité de médecine-chirurgie et obstétrique (MCO) y compris les centres de lutte contre le cancer (CLCC). Une note d'information auprès des ARS a été diffusée pour porter à leur connaissance les premières modalités de la généralisation de cet indicateur (septembre 2010). Les modalités de diffusion des résultats sont les suivantes : en 2011, les résultats ne seront ni diffusés de façon nominative ni rendus opposables. Elle permettra aux établissements de santé d'être sensibilisés à la procédure et d'anticiper la diffusion publique de l'année suivante. Les résultats pourront d'ores et déjà servir aux établissements de santé à définir des objectifs et orientations régionales jugés prioritaires ; en 2012, la publication nationale par établissement de santé sera rendue obligatoire.

Ces données vont guider les actions pour mieux accompagner les établissements de santé et les régions dans l'amélioration de la qualité des soins, notamment par une incitation à la contractualisation dans le cadre des CPOM. À l'échelon local, ces indicateurs participent à la préparation et à la conduite de la certification des établissements, et s'intègrent dans la politique d'amélioration continue de la qualité dans le cadre du programme d'actions de la commission médicale d'établissement.

Outils

Platines : <http://www.platines.sante.gouv.fr/>

Tableau de bord des infections nosocomiales : <http://www.icalin.sante.gouv.fr/> et

<http://www.sante-sports.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-dans-les-etablissements-de-sante.html>