SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau de l'évaluation,
des modèles et méthodes (R5)

Circulaire DGOS/R5 nº 2011-74 du 24 février 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS)

NOR : *ETSH1105839C*

Validée par le CNP le 11 février 2011 – Visa CNP 2011-15.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application.

Résumé : la présente circulaire présente le guide destiné à apporter un appui méthodologique aux ARS dans le cadre de l'élaboration des SROS-PRS.

Mots clés : projet régional de santé – schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) – autorisations – offre de soins ambulatoires.

Références :

Loi nº 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Code de la santé publique (CSP) : articles L. 1434-7, L. 1434-9 et R. 1434-4 ;

Décrets nº 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé.

Texte abrogé : circulaire nº DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

Annexe : guide méthodologique pour l'élaboration des SROS-PRS.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution).

Vous trouverez en annexe le guide méthodologique relatif à l'élaboration des SROS-PRS, dans sa version finales.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de son annexe aux établissements de santé et aux partenaires représentés au sein de la conférence régionales de la santé et de l'autonomie et me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans sa mise en œuvre, en prenant contact le cas échéant avec le bureau de l'évaluation, des modèles et méthodes (dgos-R5@sante.gouv.fr).

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
A. Podeur

ANNEXE

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE POUR L'ÉLABORATION DU SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS (SROS-PRS)

INTRODUCTION

L'ARTICULATION PRS – SROS

LA GESTION DE LA TRANSITION ENTRE LE SROS III ET LE SROS-PRS

PARTIE I. – LES ENJEUX DE TRANSVERSALITÉ ET D'ARTICULATION DU SROS

A. DES ENJEUX ORGANISATIONNELS POUR MIEUX STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS

1.1. **Les modes de prise en charge substitutifs à l'hospitalisation conventionnelle**

1. *La chirurgie ambulatoire*
2. *La dialyse hors centre*
3. *L'hospitalisation à domicile*

1.2. **L'articulation entre la ville et les urgences**

1.3. **La permanence des soins en établissement de santé (PDSES)**

1.4. **La gradation des soins hospitaliers**

1.5. **La biologie médicale**

1.6. **La transfusion sanguine**

B. DES ENJEUX DE TRANSVERSALITÉ POUR AMÉLIORER LE PARCOURS DE SOINS

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

1.8. **Les maladies chroniques**

1.9. **Les accidents vasculaires cérébraux**

PARTIE II. – L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

2.1. **Les principes d'action**

2.2. **La démarche**

1. *L'état des lieux*
2. *L'élaboration du diagnostic partagé*
3. *La définition de priorités autour d'organisations cibles*

2.3. **Mise en œuvre, suivi et évaluation de la partie ambulatoire du SROS**

1. *La déclinaison des priorités en plans d'action*
2. *Le cadrage financier*
3. *Le suivi de la mise en œuvre du SROS et l'évaluation des actions engagées*

PARTIE III. – L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE

L'impact de la contrainte macroéconomique sur l'offre de soins hospitalière

Le contenu du SROS-PRS

Le contenu du guide méthodologique

A. ACTIVITÉS DE SOINS RELEVANT DES SROS

3.1. **Médecine**

3.2. **Chirurgie**

3.3. **Périnatalité**

3.4. **Psychiatrie**

3.5. **Soins de suite et de réadaptation**

3.6. **Soins de longue durée**

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

3.8. **Médecine d'urgence**

3.9. **Réanimation, soins intensifs et surveillance continue**

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

3.11. **Traitement du cancer**

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

3.13. **Imagerie médicale**

3.14. **Soins palliatifs**

3.15. **Soins aux détenus**

B. Les missions de service public

1. **Diagnostic : inventaire des établissements et évaluation du besoin non couvert**
2. **Procédure d'attribution**
3. **Modalités de financement**

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

3.16. **Chirurgie cardiaque**

3.17. **Neurochirurgie**

3.18. **Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie**

3.19. **Traitement des grands brûlés**

3.20. **Greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques**

ANNEXE I. – PDSES : obligation de permanence médicale fixée dans le régime d'autorisation des activités de soins (autres que les structures de médecine d'urgence *stricto sensu*).
PDSES : précisions complémentaires.

ANNEXE II. – PDSES : outils de mutualisation et d'optimisation des ressources médicales disponibles.

ANNEXE III. – PDSES : phase transitoire pour les établissements participant *de facto* à la PDSES.

ANNEXE III. *bis* – PDSES : modalités d'implication et d'indemnisation des praticiens libéraux dans le dispositif de PDSES.

ANNEXE IV. – Offre de soins ambulatoire : exemples d'études, outils et méthodes d'analyse de l'offre et des besoins en soins de premier recours.

ANNEXE V. – Offre de soins ambulatoire : outils mobilisables pour les zones fragiles.

ANNEXE VI. – Offre de soins hospitalière : précisions sur la démarche méthodologique des SROS-PRS.

ANNEXE VII. – Offre de soins hospitalière : modalités actuelles de financement des activités correspondant aux missions de service public.

ANNEXE VIII. – Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé.

ANNEXE IX. – Les indicateurs de suivi du SROS (sources et modalités de calcul).

ANNEXE X. – Le système d'information sur le SROS.

ANNEXE XI. – Glossaire.

Références relatives au SROS :

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 n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé : http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00006235390&categorieLien=idn

Références à intégrer dans la réflexion SROS :

Éléments méthodologiques sur le projet régional de santé ;

Guide méthodologique sur le plan stratégique régional de santé ;

Guide méthodologique sur le schéma régional de prévention ;

Guide méthodologique sur le schéma régional d'organisation médico-socialeLien pour accéder aux documents sur le SharePoint destiné aux ARS : https://projetars.sante.gouv.fr/prs/layouts/viewlsts.aspx

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 au sein du Projet régional de santé (PRS) et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire. Pour marquer la spécificité du SROS issu de la loi HPST, il est dénommé « SROS-PRS ».

La mise en place des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) va devoir être réalisée dans un contexte de resserrement continu de la contrainte financière, contrainte qui va s'appliquer à l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.

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.

Le SROS positionne et dimensionne en conséquence l'offre de soins hospitalière au regard des besoins de santé territoriaux, compte tenu du diagnostic régional établi, avec les évolutions qu'il convient de conduire. Les modalités d'élaboration du SROS 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 élaboré en cohérence voire même dans le cadre d'une approche intégrée avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention et à 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 essentiels pour entreprendre la démarche et fonde son pilotage sur trois principes d'action.

Tout d'abord la construction du projet doit nécessairement se faire 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. Cependant, le zonage prévu par l'article L. 4134-7 du code de santé publique fait partie du SROS et est quant à lui opposable.

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'action en ce domaine reposera sur une vision partagée de l'ensemble des acteurs quant à ces priorités, à l'issue d'une concertation large, y compris avec l'assurance maladie.

L'impact du contexte macroéconomique sur l'offre de soins hospitalière

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 (environ 2,7 %).

Or, depuis trois ans, l'évolution très dynamique des volumes hospitaliers (au-delà de 3 % annuels contre 1,7 % à 2,1 % en construction de l'ONDAM) s'est traduite par une stagnation des tarifs qui n'est plus soutenable à moyen terme pour les établissements de santé car elle implique des efforts de productivité trop importants ; la réforme du licence-master-doctorat (LMD) et les mesures sur les catégories B vont en outre générer des coûts importants pour les établissements, qu'il est nécessaire de financer *via* les tarifs.

Les perspectives d'évolution de l'ONDAM hospitalier conduisent nécessairement, dans les années à venir, à chercher à mieux encadrer les volumes d'activité des établissements afin de permettre des hausses de tarif et de garantir la qualité des pratiques.

Le SROS doit donc constituer un outil privilégié de rationalisation de l'offre de soins globale au regard des enjeux nationaux de respect de l'ONDAM et de gestion du risque.

Pour conférer au SROS-PRS toute sa portée de régulation de l'activité, deux moyens vont être mis en place : le chiffrage *a priori* des SROS et la mise en place d'un dialogue de gestion État/ARS/établissements de santé sur la construction et le suivi des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) en volume. Un guide méthodologique portant spécifiquement sur « l'analyse des taux de recours et le pilotage de l'activité des établissements de santé » viendra compléter le présent guide.

En complément de son objectif intrinsèque d'amélioration de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de la population, le SROS doit devenir un véritable levier pour la transformation de l'organisation des soins en substituant aux organisations de soins traditionnelles, des organisations de soins plus efficientes et en mobilisant des outils favorisant la qualité de soins.

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 soins hospitaliers et le développement des modes substitutifs à l'hospitalisation complète. À 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'efficience (*cf.* partie 3).

L'articulation PRS-SROS

Dans le guide méthodologique relatif au PRS, il a été identifié 5 domaines stratégiques d'action et un objectif transversal d'efficience du système de santé, permettant d'identifier les priorités et objectifs des régions au sein de leur PSRS. Des orientations et objectifs régionaux, découleront les différents schémas. Aussi l''articulation du SROS PRS avec ces 5 domaines stratégiques se réalise de la façon suivante :

DOMAINES STRATÉGIQUES identifiés dans le guide PRS	GUIDE SROS
Handicap et vieillissement	Fiche 1.7 sur les pathologies du vieillissement dont la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Fiche 1.2 sur l'articulation entre la ville et les urgence. Fiche 3.6 sur les soins de longue durée. Possibilité de compléter le SROS par des thématiques identifiées dans le cadre du PSRS comme la prise en charge des personnes cérébro-lésées.
Risques sanitaires	Fiche 3.8 sur la médecine d'urgence.
Périnatalité et petite enfance	Fiche 3.3 sur la périnatalité.
Maladies chroniques (hors vieillissement)	Fiche 1.8 sur les maladies chroniques.
Santé mentale, y compris addictions et santé des jeunes	Fiche 3.4 sur la psychiatrie.

La 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 1er juillet 2010, date d'entrée en vigueur de la loi HPST. Ils sont en conséquence « figés » dans leur état, à cette date. Cela signifie qu'ils conservent 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 publication. En revanche, leur révision est désormais impossible.

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 chaque année (art. R. 6122-29). 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 de santé 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 matériels 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 comportait pas l'ensemble de ces éléments dès la première publication, il ne serait pas opposable pour l'application du régime d'autorisation aux matières non traitées.

Cette liste limitative obligatoire ne concerne que la partie 3 du guide relative à l'offre de soins hospitalière.

La possibilité indiquée dans la partie 1 (enjeux de transversalité et d'articulation du SROS) de traiter des thèmes transversaux complémentaires existe et permet de 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 par 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 pourront cependant pas prendre le caractère de critères ou obligations assimilables à des conditions techniques de fonctionnement, qui ne peuvent relever que de décrets.

De même, 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 « figés » depuis l'entrée en vigueur de la loi le 1er juillet 2010 tout comme les SROS car ils ont été arrêtés sur la même base légale (art. 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 préparation pour proroger la durée des SROS et des SIOS en cours et permettre de réviser les SIOS avant leur échéance normale, dans un objectif de cohérence avec le SROS-PRS.

Les territoires de santé

Extraits de la *Note d'orientation sur les territoires de santé* (validée par le CNP du 21 décembre 2009).

Les territoires intrarégionaux : une approche globale.

Il a été proposé que les territoires de santé soient élaborés dès le départ dans une logique de compétence globale. Outre le secteur hospitalier court séjour, le territoire de santé devrait également prendre en compte l'ensemble du champ de compétences de l'ARS :

- les soins d'aval, et notamment le moyen séjour et le long séjour ;
- les réseaux d'établissements et services pour personnes âgées dépendantes et pour personnes handicapées, garantissant un spectre large de prise en charge ;
- une cohérence avec les découpages concernant les soins ambulatoires : missions de premier recours, secteurs de permanence des soins, installation des maisons et pôles de santé, sectorisation des soins psychiatriques, réseaux de santé, centres de santé ;
- la capacité à coordonner des actions de proximité dans le domaine de la prévention (secteurs de PMI et de santé scolaire, éducation thérapeutique...).

Des échelons de proximité, distinct des territoires de santé, pourraient être développés dans le cadre d'une contractualisation complémentaire.

La notion de territoire de santé ne doit pas être obligatoirement applicable à l'ensemble des activités conduites par les ARS.

Ainsi, l'organisation de la prise en charge de proximité (dépendance des personnes âgées, organisation du premier recours, actions de prévention ou de promotion...) peut faire l'objet d'un maillage plus fin, permettant la mise en œuvre des actions. Mais ce maillage devra toutefois être cohérent avec les territoires de santé tels qu'ils ont été définis. Les espaces de proximité ne doivent pas être une sous-unité administrative des territoires de santé. Ils pourraient, par exemple, être des « territoires de projet ».

Impact du découpage territorial sur la procédure d'autorisation

Dans les régions où les nouveaux territoires de santé vont recouvrir des périmètres géographiques beaucoup plus importants, se pose la question de leur pertinence au regard de la procédure d'autori-

sation. En effet, la loi prévoit que le SROS fixe les OQOS (et notamment en implantation) par territoire de santé. L'inscription d'OQOS dans le cadre de subdivisions de ces territoires pourrait être considérée comme non opposable et ne permettrait donc pas à une ARS de prévoir finement le maillage des activités de soins.

Cependant, tant que le SROS ne précise pas l'entité juridique, il a en principe toute latitude pour désigner le lieu géographique de réalisation de l'activité de soins.

L'identification d'un emplacement plus précis n'est donc pas en tant que tel interdit par le droit et il n'existe pas de jurisprudence sur ce point. De plus, la notion de « volet » du SROS a disparu avec l'abrogation de la base législative de l'arrêté définissant les thèmes obligatoires du SROS. Par conséquent, la partie relative à l'offre de soins hospitalière du SROS-PRS ne comporte plus de distinction en termes d'opposabilité entre le contenu de la partie et le renvoi en annexe d'éléments plus précis : la partie relative à l'offre de soins hospitalière du SROS-PRS est opposable dans son intégralité. Par conséquent, même si une annexe est réalisée aux fins de synthétisation des OQOS, il est tout à fait possible de fixer précisément la localisation souhaitée en termes d'implantation.

Par exemple, si l'ARS souhaite implanter une maternité de niveau 2 à l'est du territoire de santé Y, proche de la ville X, elle peut préciser dans le SROS la localisation précise attendue au sein du territoire (arrondissement, ville), sans que cela ne crée une subdivision du territoire de santé.

PARTIE I

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 une partie distincte des parties 2 et 3.

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 substitutifs à l'hospitalisation traditionnelle : chirurgie ambulatoire, dialyse hors centre, l'hospitalisation à domicile ;
- l'articulation entre la ville et les urgences ;
- la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) ;
- la gradation des soins hospitaliers ;
- la biologie.

Des enjeux de transversalité pour améliorer le parcours de soins

L'approche transversale du SROS permet d'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 priorisés 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 ;
- les maladies chroniques ;
- l'accident vasculaire cérébral.

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 de s'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 de s'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), en garantissant une prise en charge de qualité et de sécurité, et limiter les hospitalisations à ce qui est nécessaire;

– l'organisation des sorties des patients : l'objectif est de s'assurer que :
  – d'une part, 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,
  – d'autre part, dans une optique de prévention secondaire, de prévenir la perte d'autonomie.

Le lien entre le SROS et le schéma régional de prévention doit être fait en ce qui concerne l'implication des réseaux dédiés à certaines pathologies comme les maladies chroniques, dans le parcours de soins.

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

1.1. **Les modes de prise en charge substitutifs à l'hospitalisation conventionnelle**

Le développement des prises en charge substitutives à l'hospitalisation à temps complet est l'un des enjeux transversaux à l'ensemble du champ de l'offre de soins hospitalière dans une double perspective : mieux répondre aux besoins diversifiés des patients et optimiser le recours aux soins hospitaliers. L'objectif de développement de ces modes de prise en charge concerne potentiellement toutes les activités de soins, dont la partie 3 du guide précise pour chacune d'entre elles les orientations spécifiques. Sont présentés ci-dessous trois modes de prise en charge substitutifs..

1. *La chirurgie ambulatoire*

Références :

Article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2008 relatif à la mise sous entente préalable : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019942966.

Définition et conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation : article R. 6121-4 et D. 6124-301 à D. 6124-306 : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?oldURL=true&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080116 ;

Arrêté du 13 janvier 1993 relatif au secteur opératoire des structures alternatives à la chirurgie et à l'anesthésie ambulatoire : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006080858 ;

Instruction DGOS/R 3 n° 2010-457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspective de développement et démarche de gestion du risque : http://circulaires.gouv.fr/pdf/2010/12/cir_32301.pdf ;

Abécédaire chirurgie ambulatoire : réglementation – organisation-pratique : – janvier 2009 : http://www.sante.gouv.fr/abecedaire-chirurgie-ambulatoire.html.

Orientations nationales

L'analyse des expériences tant françaises qu'étrangères souligne combien le développement de la chirurgie ambulatoire est une source d'amélioration de la qualité 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.

Malgré les leviers pluriels mobilisés entre 2003 et 2010 aux niveaux régional et national, le taux global de chirurgie ambulatoire national, bien que croissant, demeure insuffisant (36 % en 2009 contre 32 % en 2003) et disparate selon les territoires et les établissements. C'est pourquoi le développement de la chirurgie ambulatoire qui est une chirurgie qualifiée et substitutive à la chirurgie en hospitalisation complète classique doit rester une priorité pour les établissements de santé.

Le développement de la chirurgie ambulatoire présente trois objectifs :

Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble

Ne plus seulement considérer les gestes ciblés, mais étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles (en fonction du bénéfice/risque) et à l'ensemble de l'activité de chirurgie.

Soutenir la chirurgie ambulatoire innovante.

Favoriser la formation initiale et continue sur les pratiques de chirurgie ambulatoire des chirurgiens et des professionnels de santé.

Développer l'activité de chirurgie ambulatoire des centres hospitaliers universitaires.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Développer la pratique de chirurgie ambulatoire au sein d'unités disposant d'une organisation spécifique.

Garantir une continuité et une permanence des soins à l'issue des prises en charge de chirurgie ambulatoire par les équipes de chirurgie.

Évaluer les pratiques, la qualité et la sécurité des prises en charge de chirurgie ambulatoire à partir d'indicateurs généraux et spécifiques, de la certification et de la démarche « benchmark » des blocs opératoires.

Favoriser l'évaluation de la satisfaction des patients.

Structurer une offre de soins efficiente

Développer la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des sites de chirurgie, fondée sur une masse critique d'activité chirurgicale au sein d'unités dotées d'une organisation interne structurée et efficiente.

Mieux inscrire la chirurgie ambulatoire dans les parcours et les filières de soins notamment pour les enfants et les personnes âgées.

Mutualiser les plateaux techniques de chirurgie ambulatoire pour les actes techniques de médecine avec anesthésie régionale ou loco-régionale, tout en maintenant une activité de chirurgie ambulatoire conséquente.

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.

Indicateur de suivi

Part de la chirurgie ambulatoire global par rapport à l'ensemble de l'activité de soins de chirurgie (indicateur GDR).

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/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) ;

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/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) ;

Instruction validée par le CNP du 17 décembre 2010 (visa CNP N° 2010-293) : directive aux ARS relative à la priorité de gestion du risque sur l'IRC terminale en 2010-2011 ;

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.

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. Le développement 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 (vieillissement, 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, une association entre les centres hospitaliers et les associations de dialyse assurant la proximité peut être envisagée afin de mutualiser les personnels et diversifier les compétences professionnelles ;
– 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-medicaliseesla-haute-autorite-de-sante-rend-ses-recommandations-sur-les-conditions-de-mise-en-oeuvre-de-la-telemedecine.

Améliorer l'efficience

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 efficientes. Dans cet objectif, un tableau de bord d'indicateurs, élaboré à partir des données du registre REIN, sera disponible pour les ARS.

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

Favoriser la coopération ville-hôpital :

– avec les infirmiers en exercice libéral ;
– pour les prises en charge de proximité telles que la dialyse péritonéale pour les patients en EHPAD.

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...

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'État (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

Part des nouveaux patients traités par dialyse péritonéale.

Part de patients suivis hors centre.

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, cancérologie, 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 le domaine de la périnatalité, il convient de remettre en question le développement de certaines activités en HAD qui pourraient relever d'un suivi ambulatoire telles que les prises en charge de post-partum physiologique ou certains suivis de populations souffrant de pathologies chroniques.

En revanche de nouveaux domaines d'intervention peuvent être développés, notamment auprès des établissements médico-sociaux, dans le cadre des soins de suite et de réadaptation (pour des suivis post AVC par exemple) et de la pédiatrie. 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 suites d'hospitalisation à temps complet. Dans ce cadre, il est essentiel que les services d'hospitalisation à temps complet anticipent de façon suffisamment précoce leurs demandes de prise en charge en HAD.

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 sera en particulier 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, qui doit s'accompagner d'une réflexion sur la répartition de l'activité entre l'hospitalisation conventionnelle et l'hospitalisation à domicile et sur les collaborations avec les autres modalités d'hospitalisation comme avec les autres intervenants au domicile (SSIAD notamment mais également équipes sanitaires mobiles – soins palliatifs... – pour les interventions en établissement médico-social).

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 devant s'accompagner d'une nouvelle répartition des domaines d'intervention de l'HAD et de l'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 aux personnes âgées, du suivi de certaines pathologies chroniques, de certaines prises en charge en soins palliatifs 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 ;
– la continuité 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. À ce titre, le développement d'antennes à partir d'établissements déjà autorisés pourra être favorisé.

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

Les points d'articulation à étudier concernent 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 entre 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.

Indicateur de suivi

Taux de recours standardisé en HAD pour 100 000 habitants (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=6B837035A00BD.59F50226ED.81016BB06.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=92111432DD.189478B5AC2BE876ECC873.tpdjo14v_3?cidTexte=JORFTEXT000020668959&categorieLien=id

Fiches techniques relatives au dispositif de PDSA : SharePoint des ARS : https://projetars.sante.gouv.fr/prs/layouts/viewlsts.aspx

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 et la médecine générale aux horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA), 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 (CRRA), afin de regrouper la régulation au sein des SAMU centre 15. À titre exceptionnel, à défaut d'intégration au sein d'un CRAA, le développement de lieux fixes dédiés à la régulation de PDS peut être admis. Dans tous les cas, l'interconnexion avec le CRRA doit être la règle (*cf.* fiches techniques PDSA).

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'urgence et des points fixes de garde (type maison médicale de garde (MMG). (*cf.* partie 2 du guide méthodologique) ;
– adossement des points fixes de garde à des structures de soins (structures d'exercice coordonné de type maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé, ex-hôpitaux locaux, services de médecine d'urgence, etc.), afin de donner une meilleure lisibilité de l'offre et renforcer les coopérations entre professionnels de santé ;
– protocolisation pour la prise en charge de patients entre les établissements autorisés à exercer la médecine d'urgence et les MMG ;
– protocolisation entre les CRRA et les établissements constitutifs des filières territoriales AVC (accidents vasculaires cérébraux) pour une prise en charge directe des patients ;
– protocolisation pour la prise en charge des personnes suivies 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 ;
– encourager les initiatives permettant de renforcer l'articulation entre les structures de médecine d'urgence et les médecins traitants ;
– 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 :
  – 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 ;
  – le référentiel d'organisation de la réponse des transporteurs sanitaires à l'urgence préhospitalière (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 réhospitalisations.

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.

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

Développer les modes de prise en charge en amont des urgences. Sur la base de la continuité des soins organisée au sein des EHPAD et à domicile, 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.

Veiller à la mise en place de protocoles de prise en charge et de convention de fonctionnement entre les établissements accueillant des activités de médecine d'urgence et les maisons médicales de garde/les établissements accueillant des activités de médecine d'urgence et les EPHAD.

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'intervention pouvant agir y compris la nuit et les week-ends.

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).

1.3. **La permanence des soins en établissement de santé (PDSES)**

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 1er, chapitre 1er, article 1er : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id#JORFARTI000020879967

La réorganisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) constitue l'un des outils majeurs de la réorganisation future de l'offre de soins. La loi HPST érige désormais la PDSES 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 PDSES et de fixer son schéma cible. Le chapitre 3 du présent guide précise les étapes conduisant à l'attribution des missions de service public.

Définition de la PDSES

La permanence des soins en établissement de santé (PDSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20 h du soir le plus souvent, et jusqu'à 8 h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La PDSES concerne le seul champ MCO et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent, les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent donc pas relever du dispositif de PDSES. Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe et les structures d'hospitalisation à domicile font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Les plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) appartiennent au réseau des urgences et relèvent à ce titre automatiquement du schéma cible de PDSES : l'ARS, disposant du levier de l'indemnisation, pourra inciter à des mutualisations des lignes de gardes et d'astreintes entre les structures autorisées concernées. Pour les spécialités qui ne relèvent pas des PTHS, notamment les spécialités de médecine ou encore d'autres plateaux techniques moins spécialisés, il appartient aux ARS d'identifier à la lumière du diagnostic régional partagé, les lignes de gardes et d'astreintes des structures qui devront s'engager dans un partenariat renforcé avec le réseau des urgences pour les prises en charge la nuit, les week-ends et jours fériés.

Attention : ceci ne doit pas conduire à exclure la possibilité pour les structures de médecine d'urgence de recourir à d'autres services ou structures de manière plus ponctuelle en cas de besoin.

Une fois le répertoire opérationnel des ressources (ROR) mis en place dans l'ensemble des régions, toutes les structures pouvant accueillir des malades en aval des urgences y seront répertoriées mais celui-ci devra préciser la liste des services et spécialités participant au schéma cible de PDSES, indemnisés pour cela et donc davantage mobilisables.

L'indemnisation allouée au titre de la participation à la mission de service public de PDSES visera ainsi à valoriser les établissements s'engageant à accueillir de nouveaux malades dans le cadre d'un partenariat renforcé avec les urgences. Les praticiens libéraux (y compris de ville) pourront également être impliqués dans le dispositif et indemnisés à ce titre.

Les enjeux de la réorganisation de la PDSES

Améliorer l'accès aux soins

Optimiser l'organisation de la PDSES 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) en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés.

Améliorer l'accès financier aux soins dans les plages horaires concernées. La PDSES 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'efficience

Élaborer un schéma cible de PDSES en :

– optimisant l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leurs statuts, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge 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 assurant la mission de service public de PDSES ;
– 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 et privés ex-DG 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.

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 1er avril 2010, mais le dispositif a été prorogé jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau dispositif 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 ex-DG et ex-OQN, 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 PDSES par les établissements de santé publics et privés seront indemnisées par des crédits MIG relevant d'une enveloppe unique et fongible. Il est par ailleurs envisagé 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 PDSES 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 PDSES.

Points d'articulation

Articulation entre la permanence des soins ambulatoire, la permanence des soins en établissement de santé et les structures de médecine d'urgence

PDSES 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 PDSES, qui ne relèvent ni des mêmes logiques ni des mêmes acteurs :

La permanence des soins ambulatoire, contrairement à la PDSES définie supra, 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 services de médecine d'urgence 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 constituent les leviers privilégiés de cette mise en cohérence.

Articulation entre la permanence des soins en établissement de santé et les structures de permanence et d'urgence médico-sociale

Il convient, par ailleurs, de faciliter l'accueil des personnes présentant des difficultés spécifiques et

de veiller à améliorer les modalités d'information des structures médico-sociales sur les structures hospitalières participant à la PDSES. Il est important d'identifier parmi elles les structures et filières spécifiques de prise en charge (par exemple pour l'AVC en urgence).

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 PDSES

La réalisation de l'état des lieux

Annexe I : les obligations de permanence des spécialités médicales et/ou chirurgicales visées dans les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des activités réglementées.

Le diagnostic des besoins et des ressources médicales disponibles constitue un préalable essentiel à l'élaboration du schéma cible régional.

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

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

Afin de faciliter ce recueil de données organisationnelles, vous trouverez en annexe I, 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 PDSES. Pour les activités réglementées, ce tableau s'attache à préciser si les lignes de permanence médicale (gardes et astreintes) sont prévues principalement au titre d'une obligation de continuité des soins à l'égard de patients déjà suivis ou hospitalisés ou si elles s'inscrivent davantage dans une obligation d'accueil de nouveaux patients, sur site ou à l'échelle territoriale avec des possibilités de mutualisation.

Une enquête prospective et déclarative sera lancée début 2011 dans toutes les régions et dans tous les établissements pour permettre un état des lieux exhaustif des lignes de garde et astreinte et disposer d'une estimation la plus précise possible du volume d'activité réalisé pendant les périodes de PDSES. 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 devra faire l'objet d'une publication et figurer dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS) ou dans le SROS (en fonction de l'état d'avancement des régions dans leur calendrier d'élaboration du projet régional de santé).

La définition du schéma cible régional de PDSES

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

À l'appui de ces constats, il appartiendra à l'ARS d'élaborer de manière concertée le schéma cible de PDSES.

Il convient de rappeler que l'obligation d'accueil des malades s'impose à l'ensemble des services et spécialités ouverts aux heures de PDSES. L'élaboration du schéma cible de PDSES n'a pas vocation à remettre en cause ce principe mais vise à identifier et organiser la disponibilité des spécialités indispensables en aval des urgences ou en accès direct dans le cadre du réseau des urgences.

Cette organisation doit s'inscrire 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 PDSES. À cet égard, il convient de rappeler que seules les lignes de gardes et d'astreintes identifiées au titre de la PDSES 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, il convient de prendre en compte, pour l'élaboration de ce schéma cible de PDSES, les éléments suivants :

– les éventuelles difficultés d'accès liées à des enjeux géographiques (éloignement, enclavement...) ;
– l'organisation des filières de soins d'urgence spécialisées définie en région, en fonction des besoins, sur la base de la liste de filières suivante (*cf.* fiche 1.4 sur la gradation des soins hospitaliers) :
  – filière urgences neuro-vasculaires ;
  – filière SCA (syndrome coronarien aigu) ;

  - filière polytraumatisés ;
  - filière toxicologie ;
  - filière trauma crânien sévère ;
  - filière pédiatrie aiguë ;
- 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 (ex. : possibilité de mettre en place une demi-garde puis une demi-astreinte en période de nuit profonde en lieu et place d'une garde) (*cf.* annexe II : outils de mutualisation et d'optimisation des ressources médicales disponibles) ;
- les possibilités de recours aux différentes applications de télémédecine : 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, de téléconsultations pour les urgences neurochirurgicales (prise en charge de l'AVC), de téléassistance en imagerie (examens d'imagerie demandés en urgence...)

Références :

Rapport sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins – novembre 2008 : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf

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

Du schéma cible régional de PDSES à sa mise en œuvre

Annexe III : phase transitoire pour les établissements participant de facto à la PDSES.

Annexe III *bis* : modalités d'implication et d'indemnisation des praticiens libéraux dans le dispositif de PDSES.

Les modalités d'indemnisation des établissements attributaires de la mission de service public de PDSES dans le cadre du schéma cible de PDSES arrêté par le DGARS, seront détaillées, dans le cadre d'une prochaine instruction. L'annexe III apporte des précisions sur les modalités de gestion de la phase transitoire compte tenu de l'effort d'optimisation attendu dès 2011. L'annexe III *bis* apporte un focus sur les modalités nouvelles d'implication et d'indemnisation, à partir de l'enveloppe MIG-PDSES, des praticiens libéraux participant au schéma cible de PDSES dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) de leurs établissements de rattachement.

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

La mise en place d'un système de recueil de données relatives à la PDSES 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 des indicateurs de suivi 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 PDSES et les mutualisations interétablissements.

Indicateurs de suivi

Taux de réalisation du schéma cible.

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/srossios/accueilsros.htm

La définition des plateaux techniques dans la circulaire DHOS du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération (abrogée) 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 en établissement de santé, 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 à accès direct en urgence (définis par les articles R. 6123-32-1 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 correspondant désormais au premier recours et est développé dans le chapitre 2 du présent guide.

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

1. Le niveau des activités de soins exercées hors permanence des soins en établissement de santé : 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 en établissement de santé. Pour autant, il peut disposer d'une structure des urgences (ou d'une antenne de SMUR), intégrée dans le réseau des urgences. L'usage de la télémédecine peut être requis en lien avec les établissements du niveau de recours infrarégional, régional, voire interrégional, 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 chirurgie ambulatoire et 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 est illustratif du 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 des points 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, et au bénéfice des 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 des acteurs privilégiés car ils fonctionnent largement avec la participation des médecins libéraux à l'activité interne de l'établissement.

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

À ce premier niveau peuvent s'ajouter trois 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, du fait soit de leur accessibilité 24 h/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 24 h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, aux plateaux techniques d'imagerie (scanner et IRM) et de biologie. À 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 « en cancérologie » qui apportent leur appui aux autres 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 justifient la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle interrégionale, laquelle permet ainsi d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée. Les activités relevant des SIOS (neurochirurgie, chirurgie cardiaque, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques, traitement des grands brûlés) nécessitent 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 hyperspécialisés.

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 plateau 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 : 1 500 séjours avec une intervention chirurgicale) ;
- la prise en compte de la gradation existante pour une activité donnée (maternités niveaux 1, 2 et 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 diversifiés et substitutifs à l'hospitalisation complète : évolution vers des plateaux techniques réservés à 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 régional, interrégional, voire national.

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 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.

1.5. **La biologie médicale**

Références :

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

Instruction DGOS/R. 2 n° 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 (à venir) ;

Décret n° ... relatif aux conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires de biologie médicale (à venir) ;

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 (à venir).

Orientations nationales

Accompagner la mise en œuvre de la réforme, qui poursuit notamment des objectifs d'efficience 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 et que tous les laboratoires de biologie médicale quel que soit leur statut répondent dans un délai compatible avec l'état de l'art, notamment en cas d'urgence (art. L. 6211-2 du code de la santé publique).

Pour cela, les règles relatives à la répartition territoriale prévues aux articles L. 6222-2, L. 6222-3 du code de la santé publique sont applicables (1). 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'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population (art. L. 6222-2 du code de la santé publique).

Votre attention est également appelée sur le respect de l'article L. 6223-4 du code de la santé publique (2). 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 de santé par des opérations de regroupement par 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 du CSP). 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 1er novembre 2016 avec la preuve d'entrée dans celle-ci, pour chacun d'entre eux, dès le 1er novembre 2013.

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

À cet effet :

a) Élaborer une cartographie de l'existant en termes d'offre de biologie médicale. L'offre doit être exprimée en nombre de LBM ou de sites de LBM 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 du CSP), dans le respect du délai de rendu des résultats des examens compatible avec l'état de l'art. Il convient de préciser que les territoires peuvent être limitrophes sans toutefois être situés dans la même région administrative.

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 est tenu de ne disposer 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 nouveaux dispositifs de coopération prévus par la loi HPST (notamment le groupement de coopération sanitaire).

(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'examens 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 examens 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 examens de biologie médicale réalisés.

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 la permanence des soins s'organise sur le territoire de santé et concerne l'ensemble des LBM, quel que soit leur statut (article L. 6212-3 du CSP).

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° 2007-1324 du 7 septembre 2007 relatif aux dépôts de sang et modifiant le code de la santé publique :
http://www.legifrance.gouv.fr/./affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000470102&fastPos=1&fastReqId=2034730172&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte

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=JORFTEXT000000613546&dateTexte=

Le schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS) est élaboré pour une durée de cinq ans par l'Établissement français du sang (EFS) et soumis pour avis aux ARS (conformément à l'article R. 1224-3).

Les prochains SOTS vont être établis pour la période du 2012 au 2016. Dans cette perspective, il convient d'initier la réflexion concernant le besoin en produits sanguins labiles 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.

À 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 (identification des établissements de santé nécessitant un accès immédiat aux produits sanguins labiles (PSL), en fonction des activités de soins réalisées) et le maillage territorial des sites transfusionnels de l'EFS et des dépôts gérés par les établissements de santé.

Dans ce cas, il conviendra d'associer lors de la concertation l'Établissement français du sang (EFS) les coordinateurs régionaux d'hémovigilance et, le cas échéant, le Centre de transfusion sanguine des armées.

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 :

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

Plan solidarité grand âge 2007-2012 : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf

Plan Alzheimer 2008-2012 : http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/

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 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

Part des séjours de médecine et chirurgie pour lesquels les patients de 75 ans et plus sont arrivés par les services d'urgence.

Taux de réhospitalisation dans les six mois et pour un motif identique, des personnes âgées de 75 ans et plus, en court séjour (ind. CPOM).

Part de séjours de personnes de 75 ans et plus dont la durée est supérieure à la borne haute en séjour de médecine hospitalier (ind. CPOM).

Part des prises en charge d'HAD en EHPA (ind. CPOM).

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

Plan national maladies rares II 2011-2014, à paraître.

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. À cet effet, les régions doivent trouver dans les différents plans de santé publique les outils qui permettent de définir des politiques générales en matière de pathologies chroniques tout en les adaptant aux spécificités des besoins.

Organiser le recours à des avis spécialisés : différents plans de santé publique ont souligné l'importance de l'entrée dans le système de santé. Il est essentiel que les patients aient accès à un diagnostic précoce (et donc à des professionnels formés sur le diagnostic de pathologies complexes) et que l'annonce du diagnostic soit effectuée de façon à poser les conditions d'une adhésion des patients et de leur famille au projet de soins. C'est pourquoi des organisations spécifiques ont été mises en place comme, par exemple, les consultations mémoire, les centres ressources et de consultations pour les troubles de l'autisme, la consultation de diagnostic dans le domaine du cancer, etc. Les régions devront veiller à la mise en œuvre de telles organisations qui doivent contribuer à la coopération des acteurs et à la lisibilité des parcours de soins pour les patients.

Organiser l'intervention des équipes sanitaires mobiles (gériatrie/psychiatrie, soins palliatifs) dans les établissements médico-sociaux. L'intervention de ces équipes répond à deux problématiques :

– l'accès aux soins de personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux ;
– la continuité des soins après une hospitalisation.

Le parcours de soins des personnes atteintes de pathologies chroniques implique un continuum dans l'intervention des équipes sanitaires et médico-sociales. Les équipes mobiles sont souvent l'interlocuteur privilégié pour organiser ce lien à la fois en favorisant l'accès à des consultations mais également en participant à une diffusion de compétences et à l'établissement de protocoles organisationnels entre les acteurs des champs sanitaires et sociaux. Dans cette perspective, l'activité des équipes mobiles (territoire géographique d'intervention, activité de conseil, travail de supervision clinique...) devra faire l'objet d'une attention particulière.

Prévoir les coopérations avec l'ensemble des acteurs : le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques doit d'abord être envisagé autour du domicile des patients. Les temps d'hospitalisation ou de soins hospitaliers doivent être conçus dans une démarche plus globale associant les professionnels libéraux, sociaux et médico-sociaux, qui sont souvent à l'origine du diagnostic et doivent assurer la continuité des soins.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

La qualité et la sécurité des soins impliquent d'éviter les temps de rupture dans les prises en charge par une coopération entre les acteurs (par le biais de protocoles organisationnels entre les professionnels, par la définition de projets de soins personnalisés). Cette démarche doit permettre de :

– limiter les recours aux services de médecine d'urgence pour des soins qui ne relèvent pas directement de cet environnement ;
– intégrer le recours aux services de médecine d'urgence, lorsqu'ils sont nécessaires dans le parcours de soins du patient (échanges d'informations organisés entre les professionnels, etc.).

Le développement des actions d'éducation thérapeutique est également un élément essentiel de la qualité et de la sécurité des soins puisqu'il permet une meilleure adhésion des patients aux projets élaborés. Les ARS veilleront à ce que les programmes autorisés concernent les différents champs des pathologies chroniques, associent les représentants des usagers et soient répartis au mieux sur l'ensemble du territoire.

Organiser une politique d'aide aux aidants et faciliter l'accès à des structures de répit. La mise en œuvre de façon cohérente et synergique des mesures prévues dans les différents plans de santé publique doit permettre d'impulser une véritable politique en la matière.

Organiser l'utilisation des différents outils concernant les maladies chroniques et notamment les guides sur les prises en charge en ALD. Lien pour accéder à ces guides sur le site de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5081/affections-de-longue-duree?cid=c_5081

Suite aux succès obtenus par les cardiologues dans le traitement de la cardiopathie ischémique par angioplastie, bon nombre de patients qui survivent à un infarctus du myocarde développent ensuite une insuffisance cardiaque chronique. La prévalence de l'insuffisance cardiaque dans la population âgée ne cesse d'augmenter et elle représente le taux de recours à l'hôpital le plus élevé des maladies chroniques. Cette maladie chronique peut bénéficier aujourd'hui d'un nouveau mode de prise en charge comme la télésurveillance au domicile dont les premiers résultats montrent une nette réduction de la fréquence des poussées d'insuffisance cardiaque et par voie de conséquence des hospitalisations.

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 en établissement de santé.

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, associations d'usagers promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique, 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 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.

À côté de dispositifs très spécifiques, certaines maladies rares présentent des besoins similaires à ceux des maladies chroniques. C'est pourquoi les orientations définies pour les maladies chroniques doivent être appliquées aux maladies rares, en fonction des besoins régionaux. C'est le cas notamment en matière :

– d'organisation du recours (souvent interrégional ou national) aux avis spécialisés ;
– du développement de l'éducation thérapeutique ;
– d'une réponse adaptée aux besoins de répit ;
– des besoins de coordination entre les différents acteurs sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'avec les associations représentant les usagers.

Indicateurs de suivi

Nombre de programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS.

Part des programmes d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS incluant des associations d'usagers.

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/O4/2007 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires : http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-04/a0040056.htm

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

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

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

Orientations nationales

Améliorer l'accès aux soins

Prendre en charge tout patient victime ou suspect d'AVC dans une filière organisée au sein de chacun des territoires de santé de la région. Par exception (pour contraintes de population ou géographiques), une filière peut concerner plusieurs territoires.

Chaque filière intègre une unité neuro-vasculaire et les structures MCO, SSR, USLD, de retour à domicile et médico-sociales nécessaires à la prise en charge des patients, dont les capacités d'accueil sont adaptées au bassin de population concerné (*cf.* outils d'aide au dimensionnement disponibles). Le maillage est adapté aux temps de transport en urgence en amont et au rapprochement du domicile en aval. Les structures constitutives des filières territoriales sont identifiées par l'ARS et concluent entre elles en tant que de besoin des conventions de partenariat. Elles sont support du déploiement d'un réseau de télémédecine, axé en première priorité sur la prise en charge en urgence. Chaque région distingue au moins une structure de recours régional (*cf.* action 5 du plan d'actions national AVC). Le SROS doit prévoir un calendrier de montée en charge des filières AVC sur la durée du plan AVC (2010-2014).

Améliorer l'efficience

Réduire les délais entre les premiers symptômes et la prise en charge adaptée (appel systématique du centre 15 pour l'orientation directe vers une UNV, accès immédiat à l'imagerie avec l'IRM en première intention).

Augmenter le taux de thrombolyse.

Améliorer la fluidité du circuit des patients entre les différentes structures sanitaires et leur prise en charge à domicile ou en institution.

Au sein des filières, 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 avec la prévention et le médico-social

Promouvoir et valoriser les actions de sensibilisation aux maladies cardio-neurovasculaires, de prévention et dépistage de leurs facteurs de risque.

Garantir la participation de l'ensemble des professionnels de la filière (acteurs libéraux, établissements de santé, services et établissements médico-sociaux).

Identifier les structures SSR postréanimation pour les patients les plus lourds et les places en MAS et FAM participant à la prise en charge des adultes victimes d'AVC en perte d'autonomie.

Mettre en œuvre l'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne en lien avec les MDPH.

Initier des appels à projets innovants régionaux favorisant l'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social (encourager la création de GCSMS, d'association d'établissements de santé, de professionnels libéraux).

Indicateurs de suivi

Proportion de patients AVC admis en UNV.

PARTIE II

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 L. 1434-7 (schéma régional d'organisation des soins – 4e alinéa sur la partie ambulatoire) ;

Article L. 1411-11 (accès aux soins de premier recours) ;

Article L. 1411-12 (soins de second recours) ;

Article L. 4130-1 (médecin généraliste de premier recours) ;

Article L. 5125-1-1 A (missions de premier recours des pharmacies d'officine).

La partie ambulatoire du SROS, non opposable, a trois 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.

Points de vigilance

Champ de la partie ambulatoire du SROS

En application de l'article L. 1434-7 du CSP, la partie ambulatoire du SROS indique, par territoire de santé les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours (art. L. 1411-11 et L. 1411-12).

La partie ambulatoire concerne donc l'ensemble des professionnels et structures de ville, les soins de premier et de second recours. Cependant, 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 la partie hospitalière (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 projets structurants assurant les fonctions du premier recours.

La partie ambulatoire du SROS détermine les actions à mettre en œuvre lorsque les besoins en implantations 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 (art. 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 de participer à ces missions, qui ne sont pas exclusives de tel ou tel professionnel.

Toutefois, la loi confère au médecin généraliste ainsi qu'au pharmacien un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre de ces fonctions. Elle fait notamment du médecin généraliste de premier recours l'acteur essentiel de l'orientation du patient dans le système de soins et le garant de la coordination des soins.

En conséquence, les projets structurants de la partie ambulatoire du SROS privilégieront une approche en termes de service rendu à la population par une équipe pluriprofessionnelle, plutôt qu'une approche par profession.

Précision sur médecin traitant

L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale indique que le médecin traitant choisi par tout assuré ou ayant droit de plus de seize ans peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier, un médecin salarié d'un centre de santé.

Dans les faits, le plus souvent le médecin traitant est un médecin généraliste premier recours.

2.1. **Les principes d'action**

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

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 caractère indicatif de la partie ambulatoire du SROS ne permet pas d'imposer un lieu d'implantation : par conséquent, seules des priorités partagées avec les professionnels libéraux et les élus locaux pourront être mises en œuvre.

Privilégier une approche pragmatique : la notion de « territoire de proximité » géographiquement délimité n'est pas nécessairement pertinente 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 ont leurs propres limites et ne permettent pas notamment de prendre en compte des éléments de nature plus qualitative. 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.

Dégager quelques priorités d'action ciblées sur certains territoires de santé. La partie ambulatoire du SROS couvre un champ large : 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.

Points de vigilance

Territoire de santé, « territoire de proximité », implantation

Pour la partie 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, il est recommandé que le territoire couvert ne dépasse pas 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 permanence des soins 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. L'arrêté prévu par l'article L. 1434-7 du code de la santé publique va venir préciser les dispositions pour la définition de ces zones.

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 ;
– 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 dix-huit mois ou deux ans.

2.2. **La démarche**

1. *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

État des lieux de l'offre

Un état des lieux en termes quantitatif est établi :
– nombre et implantation des professionnels concourant au premier recours (1) ;
– 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 IV, 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.

À titre d'exemple, les priorités pourraient porter sur :
– les zones rurales en fragilité, présentant des risques dans les trois à cinq 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.

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.

À 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 du temps lors des diagnostics.

Points de vigilance

L'analyse ne doit pas être exclusivement centrée sur une approche statistique qui peut s'avérer longue et complexe à mettre en œuvre et, en général, les principales priorités à traiter sont évidentes et déjà connues.

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 ;
– analyse des projets qui n'ont pas fonctionné (pourquoi un projet de maison de santé pluridisciplinaire s'est-il arrêté ?...) ;
– intégrer les éléments de prospective (par exemple, départs en retraite ou cessation d'activité).

2. *L'élaboration du diagnostic partagé*

À 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.

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

Il est important d'associer dans cette démarche l'ensemble des acteurs : représentants institutionnels des professionnels de santé (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 et professionnels intervenant au domicile, acteurs du secteur médico-social, élus locaux, éventuellement professionnels de second recours en ville, si des spécialités pour lesquelles l'accès aux soins est estimé fragile ont été identifiés, les représentants des usagers concernés, 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.

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

3. *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, il apparaît préférable que le nombre de projets sélectionnés soit, 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 I 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 pouvoir être atteints dans les dix-huit mois, ou du moins largement engagés.

Points de vigilance

Afficher 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 quinze 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 de la partie 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 VI.

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.

Être réceptif aux mesures innovantes qui pourraient notamment être proposées par les professionnels de santé eux-mêmes, au regard de leur exercice quotidien.

2. *Le cadrage 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 de la partie ambulatoire du SROS et sur le suivi et l'évaluation de chacun des plans d'action.

Concernant l'évaluation de la partie 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 de la partie ambulatoire du SROS devrait avoir un impact sur les indicateurs prévus dans le CPOM État-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 de 30 % à la moyenne nationale ;
– nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire pour 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 financement 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.

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

La fonction de relais des politiques de santé publique (prévention, dépistage, éducation à la santé, éducation thérapeutique...) des professionnels du premier recours est à mettre en lien avec les orientations prévues dans le cadre du schéma régional de prévention.

En lien avec le schéma régional d'organisation médico-sociale, une attention particulière sera portée aux populations prises en charge dans le secteur médico-social : personnes handicapées, en perte d'autonomie liée au vieillissement, en difficultés diverses telles que la précarité ou les addictions... L'analyse de l'offre tiendra également compte des professionnels de santé présents dans le secteur médico-social, en premier lieu, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) mais aussi les services et établissements médico-sociaux dispensant des soins.

Points d'articulation avec les mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé

La loi HPST a modifié les modalités de définition des zones de mise en œuvre de ces mesures.

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.

Les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé sont déterminées dans le volet ambulatoire du SROS (art. L. 1434-7 CSP).

Les ARS veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population (art. L. 1431-2 du code de la santé publique). À ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-7 et en évaluent l'efficacité.

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). Pour mémoire, le zonage préparé en application de la circulaire n° 2008-130 du 14 avril 2008 n'a pas fait l'objet de publication. L'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale précise que la classification des zones doit être révisée tous les cinq ans. Ainsi, le zonage des médecins généralistes devra être prorogé si la date de révision du zonage précède la date de parution du SROS. À la parution du SROS, les arrêtés pris par les DARH relatifs aux zonages pour les médecins généralistes devront être abrogés par les DG ARS.

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 cinq 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, les dispositions de mise en œuvre du nouveau zonage prévu à l'article L. 1434-7 feront l'objet d'un arrêté pris par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les points d'implantation des projets prioritaires identifiés par le SROS feront obligatoirement partie des zones de mise en œuvre de ces mesures.

Points d'articulation avec la permanence des soins ambulatoires (PDSA)

Références permanence des soins ambulatoire :

Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=891E87EA81FA7739F4D831143C564DC5.tpdjo15v_1&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000022484932&categorieLien=cid

Fiches techniques relatives au dispositif de PDSA : SharePoint des ARS : https://projetars.sante.gouv.fr/prs/layouts/viewlsts.aspx

Le dispositif de permanence des soins est défini dans le cahier des charges régional arrêté par le DGARS. Il ne relève donc pas de la partie 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 – existants ou à développer – peuvent être répartis de façon complémentaire aux structures d'urgence, ou bien en proximité immédiate, notamment dans les zones urbaines, pour favoriser une meilleure articulation entre urgence et PDSA.

D'autre part, l'élaboration de la partie ambulatoire du SROS pourra utilement s'appuyer sur des synergies déjà créées dans l'exercice de la permanence des soins, notamment dans la phase de diagnostic.

PARTIE III

L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE

Références :

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

L'impact de la contrainte macroéconomique sur l'offre de soins hospitalière

Le contexte macroéconomique décrit en introduction du présent guide impacte directement le SROS sur l'offre de soins hospitalière. D'une part, la cohérence du SROS avec l'ONDAM doit être assurée : dans ce sens, les autorisations d'activité ne doivent pas déboucher sur des dépenses incompatibles avec le respect de l'ONDAM. D'autre part, le SROS doit être utilisé 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 efficientes 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 par activité de soins, en termes d'amélioration de l'accès aux soins, de qualité/ sécurité des soins et d'efficience.

Pour que la maîtrise 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 et régional sur les taux de recours à l'offre de soins 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 ; 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 engagés sur la gradation de l'offre, les coopérations, les restructurations devront se poursuivre ;
– la structuration de l'offre de soins autour des alternatives à l'hospitalisation complète : dialyse hors-centre, développement de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile en substitution à l'hospitalisation complète ;
– l'anticipation des évolutions à venir notamment s'agissant de la modernisation des SAMU.

Le contenu du SROS-PRS

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-PRS ne comporte plus de volets obligatoires car la base législative de l'arrêté fixant la liste des volets a été abrogée par la loi HPST (ancien article L. 6121-1 alinéa 4). Cependant la partie hospitalière doit être exhaustive lors de sa première adoption : il doit comporter l'ensemble des éléments nécessaires à l'identification des besoins et à la fixation des objectifs quantifiés pour toutes les matières soumises à régime d'autorisation : activités de soins, équipements lourds et biologie, sinon il ne sera pas opposable pour l'application du régime d'autorisation aux matières non traitées.

La partie hospitalière pourra toujours faire l'objet de révisions partielles (en fonction des thématiques).

Le SROS doit obligatoirement contenir un chapitre par activité de soins soumise à autorisation (sur la base de l'article R. 6122-25). Le guide SROS comporte également deux fiches sur les soins palliatifs et l'offre de soins pénitentiaire, à décliner dans le SROS.

Chaque thème et activité de soins peut être présenté en utilisant les items suivants (à adapter en tant que de besoin) :

1. Éléments du diagnostic régional pour le thème/activité.
2. Objectifs régionaux spécifiques s'ils sont différents des orientations nationales.
3. Plan d'actions par rapport aux orientations nationales et régionales.
4. Schéma cible de l'organisation régionale du thème/activité.
5. Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social.
6. Création/suppression d'implantations prévues.
7. Projet(s) de coopération.

Pour les activités soumises à « OROS (1) » :

8. OROS régional en implantations et répartition entre les territoires de santé.
9. OROS régional en volume et répartition entre les territoires de santé.
10. Indicateurs de suivi du SROS.

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 sera proposée à cet effet dans le guide méthodologique relatif à l'analyse des taux de recours et au pilotage de l'activité hospitalière.

Le contenu du guide méthodologique

La partie 3 du guide sur l'offre de soins hospitalière, est présentée de façon segmentée par activité de soins pour répondre aux nécessités du droit des autorisations.

Le guide méthodologique présente pour chaque activité de soins :

1. Les références réglementaires et rapports (avec lien électronique dans la mesure du possible).
2. Les orientations nationales pour les cinq années à venir en termes d'accès aux soins, de qualité/sécurité des soins et d'efficience.
3. Les points d'articulation (éventuellement) qu'il semble utile de traiter en lien avec la globalité du champ de compétence des ARS.
4. Les indicateurs de suivi du SROS.

Concernant les indicateurs, dans la mesure où :

– le suivi des différentes activités de soins fait partie des obligations réglementaires ;
– un système d'information pour le suivi du SROS est en cours d'élaboration (description en annexe du guide) ;
– et un outillage des ARS visant à faciliter la gestion régionale des « OROS » va être mis en place (données sur les taux de recours, guide méthodologique « analyse des taux de recours et pilotage de l'activité hospitalière ») ;
– tous les indicateurs de suivi classiques sur les autorisations d'activités de soins et le volume d'activité ne sont pas précisés dans le guide : n'y figurent que les indicateurs de suivi plus spécifiques qui constitueront le socle de base de suivi du SROS.

La cohérence entre les indicateurs du SROS et ceux du CPOM ARS a été recherchée autant que possible. Les ARS pourront utilement compléter ces indicateurs socles par des indicateurs choisis en fonction des objectifs régionaux.

A. – Activités de soins relevant des SROS

3.1. **Médecine**

Références :

Instruction DGOS/R n° 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

(1) Les OQOS vont être remplacés par les OROS.

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

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 polypathologies :
– offre de proximité ;
– sur les sites hospitaliers comportant une activité de médecine d'urgence.

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 le cas échéant avec la partie 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.

Améliorer l'efficience

Maintenir une offre de médecine de proximité, tout en renforçant l'efficience 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 confirmer l'évolution de l'hospitalisation à domicile (HAD) vers des prises en charge nécessitant des traitements lourds, par substitution à l'hospitalisation à temps complet.

Renforcer les coopérations entre les établissements de santé autorisés en 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 des établissements de santé.

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 et le coût d'une équipe paramédicale et d'une couverture médicale garantissant la continuité des soins. Autant que nécessaire, il conviendra de continuer de répondre aux besoins de médecine dans certains établissements de santé assurant de manière prépondérante une activité de soins autre que celle de la médecine (SSR s'agissant d'ex-hôpitaux locaux ; établissements spécialisés en psychiatrie) ;
– clarifier ce qui relève d'une prise en charge de médecine en hospitalisation de jour et d'une prise en charge en consultation externe (*cf.* Instruction n° du 15 juin 2010).

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

Structurer et formaliser les liens ville-hôpital-secteur médico-social dans le cadre :
– des filières de soins :
  – pour les pathologies nécessitant une gradation des soins, en particulier concernant l'asthme, l'épilepsie, l'obésité, le diabète et les addictions ;

  - 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 ;
  - pour organiser la prise en charge des malades chroniques, souffrants d'addictions, en situation d'obésité ou ayant fait une tentative de suicide ;
  - pour la prise en charge des enfants en menant des actions coordonnées entre les acteurs ambulatoires (pédiatres libéraux, PMI, médecins généralistes) et hospitaliers ;
  - pour organiser la prise en charge des enfants atteints de troubles du langage et de l'apprentissage, y compris ceux atteints de dyspraxie, en tenant compte des enjeux de l'accessibilité aux bilans diagnostiques pluridisciplinaires ;
- des filières de prise en charge populationnelle :
  - pour préparer la sortie de l'hospitalisation en médecine en lien avec les structures de SSR, l'HAD, la médecine de ville et le secteur médico-social, y compris les SSIAD, afin de répondre notamment aux enjeux des inadéquations hospitalières ;
  - pour répondre aux enjeux des maladies chroniques, de la santé psychique, du handicap et de prévention de la maltraitance et éviter les ruptures entre parcours de soins et parcours de vie ;
  - pour l'articulation de la prise en charge sanitaire des adolescents avec des lieux d'accueil, d'écoute, d'information et de soins ouverts aux adolescents (maisons des adolescents notamment) ;
- s'agissant de la prise en charge des personnes atteintes d'addictions, tenir compte des travaux en cours menés conjointement par la DGOS, la DGS, la DGCS et la CNSA sur la transversalité entre parcours de soins et parcours de vie.

Structurer une offre hospitalière en matière de programmes d'éducation thérapeutique respectant les orientations du schéma régional de prévention : mutualisation des programmes pour répondre aux situations de polypathologies (ex : insuffisance rénale chronique/cardiologie/diabétologie) ; programmes sur la prise en charge des enfants/adolescents.

Indicateurs de suivi

Taux d'évolution de la DMS pour les séjours en médecine suivis d'un séjour en SSR ou en HAD.
Taux de réhospitalisation en médecine à 30 jours (ind.CPOM)

3.2. **Chirurgie**

Références :

Conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement :

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=0001000038 FF

Références à la chirurgie ambulatoire (voir Fiche 1.1 sur les modes de prise en charge substitutifs et la chirurgie ambulatoire).

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 télémédecine ;
- structurer la gradation des sites de chirurgie en identifiant les recours dans le SROS et la coopération entre les différents niveaux ;
- développer la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des sites de chirurgie en substitution à l'hospitalisation à temps complet dans les conditions précisées à la partie I. du présent guide (1. *Chirurgie ambulatoire*) ;
- 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 1 500 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).

Renforcer la qualité des prises en charge chirurgicales des enfants au travers du regroupement de la prise en charge chirurgicale des enfants de 0 à 1 an au sein de centres spécialisés, des compétences professionnelles et des conditions de prises en charge adaptées à l'âge des enfants au-delà.

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 l'organisation de la PDSES en chirurgie entre le secteur public et le secteur privé (*cf.* fiche 1.3 sur la PDSES).

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

Étudier 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 ces structures.

Formaliser certaines filières de soins (séquelles de polytraumatismes, etc.).

Indicateurs de suivi

Nombre d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur à 1 500 séjours chirurgicaux (ind. CPOM).

Taux de réhospitalisation en chirurgie à 30 jours (ind. CPOM).

3.3. **Périnatalité**

Références :

Gynécologie-obstétrique, de néonatologie 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.

Instruction DGS/MC1/DGOS/R3 n° 2010-377 du 21 octobre 2010 relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG). – Accès des personnes mineures à la contraception : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-11/ste_20100011_0100_0099.pdf

Plan périnatalité 2005-2007 : http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf

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

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 jeunes 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, ainsi qu'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 types 1 et 2 afin d'éviter une saturation des maternités de type 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 d'accès au suivi de la grossesse des femmes enceintes (précarité, handicap, etc.).

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

Garantir l'étendue des modes de prise en charge des maternités de types 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, les centres de planification familiale.

Points d'articulation 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 lorsqu'une prise en charge par le secteur médico-social est nécessaire.

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 des grossesses non désirées et de l'orientation des femmes en amont et en aval d'une IVG.

Indicateurs de suivi

Grossesse-accouchement.

Part des séjours de nouveau-nés « sévères » réalisés en maternité de niveau 3.

Taux de césarienne par maternité et par territoire de santé (ind. CPOM).

Part d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur au seuil national annuel de 300 accouchements (ind. CPOM).

IVG.

Part d'établissements de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie.

Part d'IVG médicamenteuses pratiquée en établissement de santé.

Part d'IVG médicamenteuses pratiquée en dehors des établissements de santé.

AMP-DPN.

Taux de recours aux activités cliniques d'AMP des femmes en âge de procréer.

3.4. **Psychiatrie**

Orientations nationales

Améliorer l'accès aux soins

Organiser, au sein 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) ; cette organisation devra permettre une plus grande lisibilité de l'offre pour l'ensemble des usagers, acteurs et partenaires, et constituer un élément au service de la continuité des soins. En effet, bien que l'organisation en santé mentale doive privilégier les démarches de prévention et d'inscription des patients dans les soins, les situations de crise ou d'urgence restent fréquentes.

L'organisation mise en place doit permettre d'inclure ces épisodes dans une démarche plus globale de projet de soins, en lien avec les autres acteurs. Elle doit également faciliter la déclinaison, au sein des territoires, de la mission de service public relative aux prises en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Organiser la prise en charge des troubles mentaux fréquents par une meilleure coopération avec les médecins généralistes tant dans l'accès à des avis spécialisés que dans le suivi des patients.

Assurer l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles mentaux, qu'ils soient hospitalisés ou à domicile.

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 sein 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 au sein des territoires de santé, les conditions d'organisation de la réponse pour les 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 (gériatrie, pédiatrie, etc.) :

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

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

Cette organisation de l'offre, qui articule soins de proximité et accès à des soins spécialisés et favorise la coordination entre les prises en charges psychiatriques et somatiques, se décline à différents niveaux territoriaux. Celui de la proximité où les équipes sectorielles assurent un maillage des interventions au service de la continuité des parcours des patients et celui de territoires élargis qui permettent l'organisation de prises en charge plus spécialisées ou de missions qui nécessitent une formalisation des coopérations et procédures entre l'ensemble des professionnels des champs sanitaires sociaux et médico-sociaux d'un territoire.

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 dans les ARS. Un cahier des charges élaboré à partir de nombreuses expériences de terrain, en partenariat entre la mission nationale d'appui en santé mentale, es ministères sanitaires et sociaux, la CNSA, ainsi que sur la base des bonnes pratiques définies par la HAS, la Fédération française de psychiatrie (FFP) et le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), pourra utilement servir de cadre de référence.

Améliorer l'efficience

Développer et organiser les coopérations avec les médecins généralistes (notamment sous la forme de prises en charge conjointes) pour fluidifier les parcours.

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

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

Points d'articulation 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 et les établissements accueillant des personnes présentant des troubles du comportement.

Organiser les modalités d'accès des patients psychiatriques aux campagnes de dépistage et de prévention nationales (cancers du sein, de la peau, vaccination...).

Développer les relations formalisées avec les collectivités territoriales (municipalité/conseil général/conseil régional – exemple des transports en particulier pour les patients en soins sans consentement) 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

Part des patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'an par territoire de santé.

Évolution 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

Instruction aux ARS du 22 décembre 2010 sur l'application de l'instruction DGOS du 19 mai 2010 relative à la mise en œuvre du SROS SSR. Mise à disposition de l'outil de remontée des projets tarifaires au sein du secteur sous OQN. Instruction aux DG ARS du 19 mai 2010 relative à la mise en œuvre du SROS SSR.

Rapport IGAS sur l'évaluation des SROS SSR (février 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 autorisés à développer 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 et des outils favorisant l'orientation des patients et la connaissance de l'offre de soins.

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 la qualité et la sécurité des soins

Conforter la qualité des soins en fiabilisant le bilan initial de l'état du patient par une meilleure précision et une exhaustivité des informations qui y sont portées, en lien avec le prescripteur de l'hospitalisation. Améliorer de la même manière le bilan de sortie du patient.

Améliorer l'efficience

Développer l'hospitalisation à temps partiel en substitution à l'hospitalisation conventionnelle, 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 favoriser le développement des coopérations :

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

Tout en veillant à préserver l'accès aux soins, encourager les structures à atteindre une taille suffisante, au besoin en promouvant les restructurations, notamment pour leur permettre de faire face à la mise en place prochaine de la T2A-SSR.

Dans le contexte de la prochaine réforme de financement, veiller à harmoniser les tarifs des établissements sous OQN, au regard de la lourdeur des prises en charge des patients accueillis.

Dans cette même perspective, favoriser une harmonisation des taux d'encadrement des personnels médicaux et non médicaux dans tous les types d'établissements à activité comparable.

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

Favoriser la communication et la coordination entre les structures SSR et les professionnels de ville (médecins généralistes, spécialistes, masseurs-kiné, IDE libérales), ou structures médico-sociales (SSIAD, établissements pour personnes handicapées, établissements pour personnes âgées) pour développer les pratiques préventives et éviter notamment 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), les établissements et services médico-sociaux et les acteurs sociaux (aides à domicile, portage de repas, etc.).

Indicateurs de suivi

Part des 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).

Part des séjours inférieurs à 3 mois.

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 âge 2007-2012 : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf

Orientations nationales

Améliorer l'accès aux soins

Évaluer les besoins et assurer une activité de soins de longue durée dans un contexte de proximité, adapté aux différentes populations.

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

Définir les évolutions de l'offre et les coopérations à développer, qui permettraient de privilégier un retour à domicile lorsque cela est possible.

Améliorer l'efficience

Fluidifier les filières de prise en charge sanitaires.

Développer les coordinations formalisées avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

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

Travailler à la complémentarité des prises en charges en USLD et en établissement médicosocial.

Évaluer l'activité des USLD issues de la réforme organisant la partition des USLD pour personnes âgées.

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

Organiser les conditions de transferts entre les structures de soins de longue durée et :

– les établissements médico-sociaux ;

– les services de prise en charge adaptés en cas de transfert à domicile.

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

Évaluer les organisations de lieux de répit auxquels participent les acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux (personnes âgées, soins palliatifs...).

Indicateurs de suivi

Résultats des coupes PATHOS effectuées dans les USLD pour personnes âgées en 2011.

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=CB7E6D50FE7467DAE6BC4D.155C579425.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 n° 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.

Améliorer l'efficience

Prévenir les risques de réhospitalisation liés à l'insuffisance cardiaque chronique.

Points d'articulation 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.

Formaliser et sécuriser les liens entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'amont jusqu'à l'aval.

Indicateurs de suivi

Mise en place d'un registre de prise en charge des syndromes coronariens aigus en vue de l'évaluation du protocole et/ou algorithme décisionnel concernant les stratégies de reperfusion en urgence.

Taux de mortalité hospitalière liée à ces activités interventionnelles.

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=JORFTEXT000000788651&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=JORFTEXT000000788652&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.

Le maillage des structures de médecine d'urgence permet de répondre aux besoins de proximité. Les structures des urgences, en particulier avec l'appui des SMUR, permettent d'organiser l'accès à des filières de soins spécialisés. L'accès direct à des plateaux techniques spécialisés après régulation médicale doit être encouragé.

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.* Partie I « l'articulation urgences/ville ».

En ce qui concerne l'organisation en aval des services d'urgence : *cf.* Partie I « l'articulation urgences/ville », « la permanence des soins en établissement de santé » et « la gradation des plateaux techniques ».

3) Garantir le rôle des centres de réception et de régulation des appels (CRRA) 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

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

NB. – Les ARS seront destinataires en cours d'année des données d'activité et de fonctionnement des SAMU de leurs régions, ainsi que des moyennes nationales, recueillies dans le cadre du rapport Mardegan sur la modernisation des SAMU. Elles leur permettront d'établir un premier diagnostic, concerté avec les représentants des urgentistes en région, afin de déterminer si le niveau de structure des SAMU est adapté à l'activité et fonction des ressources disponibles. Parallèlement, une modernisation technologique sera initiée par le niveau national, afin d'améliorer les systèmes d'information et de communication des SAMU, ainsi que leurs processus. L'objectif étant de garantir une réponse des SAMU de qualité dans l'ensemble des régions.

Faciliter l'orientation des patients : le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est un outil qui doit permettre d'assurer l'orientation effective des patients dans le cadre du réseau des urgences. Des cahiers des charges fonctionnel et technique vous seront transmis à l'issue d'un travail mené au niveau national.

Améliorer l'efficience

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, du territoire pouvant être couvert, de l'activité des services et des caractéristiques sociales de la population prise en charge.

Une attention particulière sera portée aux zones situées à plus de trente 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, points fixes de garde dans le cadre de la permanence des soins), conventions 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 8 000 passages, si leur implantation se justifie du point de vue de l'accessibilité des soins (*cf.* art. R. 6123-7 du code de la santé publique et arrêté du 12 juillet 2006 fixant le seuil d'activité de médecine d'urgence).

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 notamment lorsque le pronostic vital et/ou fonctionnel est engagé (ex. : infarctus, AVC) ou lorsque la suspicion diagnostique est un AVC, quel que soit le pronostic vital ou fonctionnel du patient.

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

(*Cf.* Fiche « l'articulation entre la ville et les urgences », en ce qui concerne les relations avec les maisons médicales de garde et les EHPAD.)

Veiller à la mise en place de conventions avec des structures médico-sociales ou EHPAD, permettant d'anticiper les situations d'urgence des patients pris en charges dans les structures médico-sociales et les EHPAD.

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 Ier 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]).

3.9. **Réanimation, soins intensifs et surveillance continue**

Références :

Décrets n° 2002-465 et n° 2002-466 du 5 avril 2002 dont 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;jsessionid=0261132ACDD.7414BE33DEB39D.3A16D.86.tpdjo13v_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;jsessionid=0261132ACDD.7414BE33DEB39D. 3A16D.86.tpdjo13v_1&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000000813915&categorieLien=cid

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

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

Circulaire DHOS/O n° 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

Circulaire DHOS/SDO n° 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

Orientations nationales

Améliorer l'accès aux soins

Concernant les adultes :

Structurer une organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins par territoire de santé (réanimation, soins intensifs et surveillance continue), dans le cadre d'un travail en réseau formalisé par convention en lien notamment avec le SAMU et les structures des urgences :

- par territoire de santé :
  - un niveau de proximité où des établissements de santé non détenteurs d'une autorisation d'activité de réanimation peuvent se doter d'une unité de surveillance continue, en fonction des besoins territoriaux et compte tenu de l'éloignement géographique ;
  - un niveau de recours qui dispose d'au moins une unité de réanimation et d'une unité de soins intensifs en cardiologie et qu'il convient de concentrer sur des sites pivots, afin de garantir une utilisation effective et pérenne des structures de réanimation, dotées des ressources médicales requises et d'un plateau technique significatif. 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 objectifs régionaux en implantations des activités de soins de réanimation avec ceux des cinq activités de soins hautement spécialisées relevant d'un SIOS.

Distinguer les unités de surveillance continue des établissements disposant dunités 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 pédiatrique distinctes des unités de réanimation néonatales.

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.

Concernant les adultes et les enfants :

Définir le maillage territorial de prise en charge des patients nécessitant une assistance respiratoire extracorporelle (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 biomédecine.

Améliorer l'efficience

Poursuivre l'effort de recomposition territoriale des unités de réanimation adulte et pédiatrique afin 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 (le cas échéant en lien avec la réanimation néonatale), et des unités de réanimation pédiatrique spécialisées.

Optimiser la gestion des ressources médicales et paramédicales par le regroupement physique sur chaque site des activités de réanimation et de surveillance continue, et notamment par la fusion d'unités de réanimation 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'avals 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.

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

Articuler l'activité de réanimation, soins intensifs, soins continus avec le volet sanitaire du schéma régional de prévention.

Indicateurs de suivi

Pour la réanimation adulte et la réanimation pédiatrique :
- taux d'occupation ;
- taux de recours ;
- durée moyenne de séjour par établissement ;
- part des séjours avec indice de gravité simplifié « seconde version » (IGS2).

Pour les soins intensifs et la surveillance continue :
- nombre de lits par établissement ;
- nombre d'unités par établissement.

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/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) ;

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 extrarénale (*BO* Santé 15 juillet 2005, n° 5, p. 20) ;

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) ;

Instruction validée par le CNP du 17 décembre 2010 (visa CNP N° 2010-293) : directive aux ARS relative à la priorité de gestion du risque sur l'IRC terminale en 2010-2011.

Orientations nationales

Améliorer l'accès aux soins

Rééquilibrer l'offre sur les territoires

Diversifier et renforcer l'offre de proximité (unité de dialyse médicalisée, autodialyse, hémodialyse à domicile et dialyse péritonéale), en favorisant le développement de la dialyse hors centre (*cf.* Fiche 1.1 du guide), notamment en utilisant la télémédecine (*cf.* Recommandations HAS janvier 2010 relatives à l'usage de la télémédecine en UDM).

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Renforcer la qualité et la sécurité des soins des personnes dialysées en s'appuyant sur les recommandations existantes :

Bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse Recommandations de la société française d'hygiène hospitalière – décembre 2004 : http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_bonnes-pratiques-hygiene-en-hemodialyse-2005.pdf

Recommandations relatives aux risques de contamination des générateurs d'hémodialyse AFSSAPS – 26 juillet 2004 : http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Autres-mesures-de-securite/Recommandations-relatives-aux-risques-de-contamination-des-generateurs-d-hemodialyse/(language)/fre-FR

Indicateurs de suivi qualité COMPAQH relatifs à l'hémodialyse : http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/

Prévenir ou retarder la survenue de l'IRCT en particulier en cas de diabète, d'hypertension :

Recommandations pour la pratique clinique – Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte ANAES 2004 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/IRC_2006_recos.pdf).

Améliorer l'efficience

Réduire le nombre de dialyses débutées en urgence en favorisant le recours adapté au néphrologue des personnes atteintes d'IRC pour lesquels un traitement par épuration extrarénale doit être envisagé (et plus particulièrement : maladies souffrant de diabète ou de néphropathie hypertensive).

Points d'articulation 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 la iatrogénie médicamenteuse en ciblant particulièrement les personnes âgées.

Développer l'éducation thérapeutique mutualisée (IRC-cardiologie-diabète).

Indicateurs de suivi

Part des nouveaux patients traités par DP.

Part des patients suivis hors centre.

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 : 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.

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

Améliorer les conditions d'accès :

– aux examens d'imagerie nécessaires pendant les phases de dépistage et de traitement du cancer (IRM principalement) en termes d'accessibilité financière et de délais de rendez-vous ;
– 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 radiologie interventionnelle à visée curative ;
– au traitement du cancer en urgence (hématologie).

Identifier au moins un pôle régional de cancérologie : labelliser les réseaux régionaux de cancérologie.

Structurer les réseaux de santé territoriaux portant une thématique de cancérologie.

Favoriser une meilleure coordination entre les centres de radiothérapie pour harmoniser les plateaux techniques en termes d'accélérateurs de particules et faciliter une protocolisation des prises en charge.

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

Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge

Renforcer la sécurisation des prises en charge en radiothérapie, notamment par l'organisation de la permanence en radiophysique médicale sur chacun des sites, par l'incitation à des groupements de coopération sanitaire de moyens visant à constituer des équipes de territoire interétablissement en radiophysique médicale.

Encourager une démarche globale de management de la qualité dans les centres de radiothérapie, en prévention d'incidents d'irradiation ainsi que par la mise en place d'un système de vigilance comprenant des systèmes d'alerte, de gestion des éventuels incidents et de propositions de mesures correctrices.

Améliorer l'efficience

Disposer dans chaque région de l'ensemble des maillons de l'offre de soins, allant des soins de proximité (ex. : les établissements associés pour l'administration de chimiothérapies) aux soins de recours (plateformes régionales de génétique moléculaire – plateaux techniques de radiothérapie de haute technicité – centres d'essais précoces – sites de recherche intégrés en cancérologie).

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

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 de santé territoriaux ; HAD ; maisons pluri-professionnelles de santé ; médecins, infirmiers et pharmaciens libéraux).

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

Développer, en lien avec le schéma régional de prévention, les actions de prévention des conduites à risque (tabagisme, nutrition) et ses risques environnementaux, 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.

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.

Décliner au niveau régional la politique d'accompagnement social pendant et après le cancer (lien avec les MDPH, centres d'action sociale, caisses d'allocations familiales, centres locaux d'information et de coordination gérontologique).

Indicateurs de suivi

Part des séjours de médecine en cancérologie en hospitalisation de jour.

Part des séjours en cancérologie en HAD pour des traitements curatifs du cancer (poursuite de traitement de chimiothérapie).

Part 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

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

Orientations nationales

L'activité de génétique constitutionnelle postnatale fait l'objet pour la première fois d'un SROS-PRS.

Le cadre des autorisations concerne les laboratoires réalisant des analyses : *a)* de cytogénétique et *b)* de biologie moléculaire (dont les analyses HLA, hors greffe, la pharmacogénétique et l'oncogénétique constitutionnelle qui est la recherche de prédisposition génétique à l'origine de certains cancers).

Il exclut le diagnostic prénatal, traité dans la partie « périnatalité » du SROS, le dépistage néonatal et certains domaines particuliers : la génétique des populations, la génétique somatique (recherche de marqueurs génétiques des tumeurs), et l'identification d'une personne par ses empreintes génétiques aux fins d'établissement d'une preuve par et sous contrôle judiciaire.

Améliorer l'accès aux soins

Organiser, au sein de filières structurées, les moyens de diagnostic et de prise en charge des personnes (et de leur famille) concernées par des problématiques de génétique constitutionnelle postnatale qui relèvent, le plus souvent, de maladies rares, par :

– le renforcement des consultations de génétique (généticiens et conseillers en génétique avec, au besoin, des consultations avancées), articulées avec les centres de référence et de compétences de maladies rares, pour renforcer l'expertise (juste prescription, encadrement de celle-ci et qualité du rendu des résultats) ;
– le développement des centres de prélèvement, couplés à une organisation mutualisée du ramassage et du transport de prélèvements, permettant une offre de proximité pour les phases pré-analytique, analytique et postanalytique des examens ne nécessitant pas de proximité mais une expertise à renforcer en développant notamment, la coopération entre les laboratoires ;
– rendre lisible l'offre disponible pour les professionnels de santé et les usagers.

Améliorer l'efficience et la qualité

Mettre en place une offre graduée comprenant :

– d'une part, les analyses courantes de niveau 1 (souvent inscrites à la nomenclature) ;
– d'autre part, les analyses de niveau 2, hyperspécialisées (le recours pouvant alors être, selon la rareté des pathologies en cause et la complexité du diagnostic et de la prise en charge : régional, interrégional, voire national ou international), à intégrer dans le maillage de la prise en charge des maladies rares (filières de centres de référence de maladies rares et plates-formes de référence de laboratoires-maladies rares), en veillant à l'articulation entre ces 2 types d'activité (organisation favorisant la coopération des laboratoires dans le cadre d'un parcours diagnostique adapté et en évitant les redondances).

Réorganiser les structures existantes, afin de favoriser le regroupement de l'activité d'analyse et postanalyse, l'objectif étant de parvenir à un nombre restreint de plateaux techniques de taille critique suffisante pour permettre l'automatisation des techniques, l'amélioration de la qualité du service rendu et le recours à l'innovation.

Dans ce contexte, il est souhaitable de mener une concertation interrégionale pouvant, le cas échéant, se formaliser par l'élaboration d'un SIOS.

Veiller à l'inscription des laboratoires dans les démarches d'évaluation de leurs pratiques et/ou de certification.

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

Antennes avancées de consultation de génétique dans les centres d'action médico-sociale précoce ou identification de filières structurées permettant d'articuler l'offre de génétique avec ces centres.

Indicateurs de suivi
(en cours de construction)

3.13. **Imagerie médicale**

Références :

Circulaire DHOS/SDO/O4 n° 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

Circulaire DHOS/SDO/O4 n° 2002-242 du 22 avril 2002 relative aux modalités d'implantation des tomographes à émission de positons (TEP) et des caméras à scintillation munies d'un détecteur d'émission à positons (TEDC).

L'imagerie médicale recouvre dans la présente fiche les examens réalisés sur les équipements matériels lourds d'imagerie soumis à autorisation (Imagerie par résonance magnétique, scanographe, tomographe à émission de positons) et à objectifs régionaux en implantation.

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 scanographies) chez l'adulte, et encore plus chez l'enfant, à l'appui des référentiels de bonnes pratiques de la HAS, des recommandations de radioprotection de l'ASN 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 (remplacement du parc existant et nouveaux appareils) dans les conditions suivantes :

- prioriser l'accès permanent à l'IRM pour les sites prenant en charge :
  - les urgences pédiatriques ;
  - les AVC dans leur phase aiguë et disposant d'une unité neurovasculaire (ou en prévision) ;
- 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 notamment d'implémenter des programmes de recherche en utilisation conjointe CHU/CLCC ;
- évaluer le besoin d'appareils supplémentaires, sur les plateaux techniques d'imagerie disposant déjà d'un appareil d'IRM « saturé », notamment l'implantation d'appareils dédiés aux urgences sur les sites ayant plus de 30 à 40 000 passages aux urgences.

Définir une gradation des plateaux techniques d'imagerie par territoire de santé permettant de guider les choix d'implantation : identifier les besoins en types et nombre d'EML par niveau de plateau technique en tenant compte des modalités d'accès (participation à la permanence des soins, dimensionnement de l'équipe, niveau de spécialisation).

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

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 favorisant la mutualisation des ressources.

Garantir l'accessibilité financière en secteur 1 pour les examens par IRM et scanographe par territoire de santé.

Identifier les actes interventionnels thérapeutiques utilisant les équipements matériels lourds d'imagerie.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Diversifier les catégories d'appareils d'IRM selon la topographie et/ou la pathologie permettant notamment de répondre de manière spécifique aux indications d'examens diagnostiques ostéoarticulaires et aux prises en charge de certaines populations (enfants, femmes enceintes, personnes de forte corpulence, personnes handicapées et/ou appareillées, personnes souffrant de phobies...).

Faire évoluer le parc des scanographes et des TEP de manière à réduire l'exposition des patients aux rayonnements ionisants et à garantir une utilisation conforme aux indications du « guide du bon usage des examens d'imagerie ».

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.

Améliorer l'efficience

Équilibrer et optimiser la productivité des machines par un renforcement de la mutualisation des ressources humaines disponibles (radiologues et manipulateurs d'électroradiologie médicale) permettant d'étendre les plages horaires et d'assurer un accès permanent 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

Part des sites disposant de l'accès H24 à l'IRM.

Suivi des délais de rendez-vous à l'IRM et au scanner.

Proportion de sites prenant en charge les AVC et comportant une UNV disposant d'un accès H24 à l'IRM.

Proportion de sites prenant en charge les urgences pédiatriques disposant d'un accès H24 à l'IRM.

Proportion d'examens par appareil d'IRM liés aux pathologies cancéreuses.

Nombre de coopérations par territoire de santé entre plusieurs sites portant sur la télémédecine pour l'interprétation à distance des images (EML).

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 DHOS/O2 n° 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 DHOS/O2/O3/CNAMTS n° 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 chargepalliative 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'efficience des moyens de prise en charge

Éviter 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

Part d'établissements enregistrant plus de 600 décès par an en MCO disposant d'une unité de soins palliatifs.

Part d'établissements de santé bénéficiant de l'intervention d'une EMSP (interne ou externe).

3.15. **Soins aux détenus**

Références :

Code de la santé publique : le 2° de l'article L. 1431-2 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 ;

Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (art. 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.

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 8 décembre 2008 DHOS/F2/F3/DSS/1A n° 2008-356, relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé (*cf.* paragraphe 1.4, le plan de prévention de la récidive, et l'annexe II).

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.

Évaluer le dispositif de chambres sécurisées et, si nécessaire, le compléter pour permettre un accueil des patients en urgence dans des conditions de proximité adaptées.

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'efficience

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

Les missions de service public, au nombre de quatorze, recouvrent des champs très divers, bien au-delà des soins hospitaliers de court séjour.

En application de l'article L. 1434-9 du code de la santé publique (CSP), le SROS définit les besoins à couvrir en termes de missions de service public, par territoire de santé. Cette définition se traduit par un diagnostic de l'offre et du besoin non couvert par territoire de santé. La finesse de l'analyse de la couverture des besoins sera graduée en fonction des missions. En effet, certaines ont vocation à être assumées par tous les établissements de santé, d'autres sont liées des autorisations d'activités de soins et enfin certaines seront le fait de seulement certains établissements.

L'attribution des missions de service public s'effectue au regard du diagnostic et se déroule en plusieurs étapes.

1) Le diagnostic

Inventaire des établissements assurant des missions lors de la publication de la loi HPST :

Les établissements de santé, ou toute personne ou structure définies à l'article L. 6112-2 (CSP), peuvent exercer, en tout ou partie, certaines missions de service public, dans les conditions prévues dans le code de la santé publique (CSP).

Les établissements de santé, ou toute personne ou structure mentionnées à l'article L. 6112-2 (CSP), peuvent exercer certaines missions de service public, sous réserve de l'autorisation qui leur est accordée en application de l'article L. 6122-1 (CSP).

Les établissements de santé, ou toute personne ou structure mentionnées à l'article L. 6112-2 (CSP), peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs missions de service public.

Évaluation du besoin non couvert.

2) La procédure d'attribution

Possibilité de 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 à un inventaire des établissements de santé et de toute personne ou structure définies à l'article L. 6112-2 CSP, exerçant des missions de service public 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 (HPST). 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 (CPOM) des établissements de santé.

Lorsque l'inventaire dressé pour une mission pointe l'insuffisance (en termes qualitatif ou quantitatif) d'établissements l'exerçant pour couvrir le besoin, le SROS doit préciser par exemple le besoin non couvert en nombre d'implantations nécessaires pour le couvrir.

Le SROS doit permettre d'établir un diagnostic et de le partager avec les établissements de santé. C'est en fonction de ce diagnostic partagé qu'une mission sera ou non attribuée à un établissement.

a) Certaines missions ont vocation à être exercées par tous les établissements de santé, en tout ou partie

1) 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 cout 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.

Le SROS n'est pas le vecteur pertinent du développement de la recherche en France et le DGARS ne saurait être identifié en tant que seul responsable de son attribution. Par ailleurs, les articles L. 6142-1 et suivants du code de la santé publique définissent à cet égard la mission et le rôle spécifiques des centres hospitaliers et universitaires.

La mission de recherche n'a pas vocation à être déléguée à tout établissement « dans son ensemble », mais s'articule autour des CHU, aménagés conformément à cette mission confiée par la loi.

2) L'enseignement universitaire et postuniversitaire

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

Le SROS doit permettre d'identifier à partir des besoins de formation, analysés par spécialités, le volume d'offre de stages dans les disciplines médicales et pharmaceutiques non couverts par l'offre de stages actuelle des établissements.

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

Depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST, précisée sur ce point par le décret du 25 juin 2010 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (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. Tout établissement de santé a vocation à participer à la mission de formation initiale.

Le DG-ARS et le doyen de l'université articulent des positions cohérentes sinon conjointes d'attribution de MSP et d'agrément des équipes formatrices d'externes et d'internes, ce qui ressort de leurs compétences respectives. Mais ce processus n'a pas vocation à s'impliquer les DG de CHR-U ni les CME de CHR-U.

3) 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.

Dans la mesure où tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC, le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert « en volume » (1). C'est lorsqu'un besoin régional particulier peut être considéré comme non couvert au vu des axes nationaux, que le SROS l'identifie et que l'ARS demande à l'organisme gestionnaire de DPC de lancer des appels d'offres en vue de combler ledit besoin.

L'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet dix-huit mois après la publication des décrets relatifs au DPC. Cette mission de service public ne pourra donc pas être prise en compte dans la première version du SROS-PRS.

4) 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.

Dans la mesure où tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC, le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert « en volume ». C'est lorsqu'un besoin régional particulier peut être considéré comme non couvert au vu des axes nationaux que le SROS l'identifie et que l'ARS demande à l'organisme gestionnaire de DPC de lancer des appels d'offres en vue de combler ledit besoin.

L'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet dix-huit mois après la publication des décrets relatifs au DPC. Cette mission de service public ne pourra donc pas être prise en compte dans la première version du SROS-PRS.

5) Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination

Cette mission fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé : le besoin est donc par principe réputé couvert (2).

6) 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.

Cette mission fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé : le besoin est donc par principe réputé couvert.

b) Certaines missions sont liées à des autorisations d'activités de soins

1) 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. 311 et suivants. Étant 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.

(1) Les articles L. 4133-4 CSP et L. 4153-4 CSP disposent que les employeurs, public et privé, sont tenus de prendre les dispositions permettant de respecter les obligations de DPC incombant aux professionnels de santé.

(2) Les missions « actions d'éducation et de prévention » et « actions de santé publique » recouvrant la notion de politique de santé publique telle que définie à l'article L. 1411-1 ont vocation à être assurées par tout établissement, en vertu de l'article L. 6111-1.

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

2) 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, quelles 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'implantations nécessaires par territoire de santé. L'habilitation est donnée par le DG d'ARS après avis du représentant de l'État dans le département.

c) Certaines missions ont vocation à être exercées seulement par certains établissements

1) La permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

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. 122-25, 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 PDSES 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.

À partir de l'état des lieux qui sera réalisé par le biais de l'enquête exhaustive au printemps 2011, l'attribution de la mission de service public de PDSES sera conditionnée par le volume d'activité réalisé dans le cadre des plages horaires de la PDSES (nouveaux patients, etc.), sauf dans la situation où l'attribution de la mission a pour objectif de garantir la PDSES dans des zones rurales et/ou enclavées.

Les établissements disposant d'une autorisation de médecine d'urgence devront contractualiser avec les établissements attributaires de la mission de service public de PDSES pour les spécialités médicales et chirurgicales entrant dans le dispositif. Ce n'est pas l'établissement qui a le service d'urgence et qui oriente vers un autre établissement avec spécialités médicales qui obtiendra la MIG : c'est celui qui met en place la PDES (hors urgence).

3) 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'implantations nécessaires par territoire.

4) 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 lieu 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 par le fait qu'il n'existe aucune PASS au sein d'un territoire de santé.

5) 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 de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins adaptés en matière de soins somatiques 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 satisfaisant tout ou partie de cette mission.

Le besoin non couvert consisterait dans le 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.

6) 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 consister dans l'absence de convention entre un centre de rétention et un établissement de santé.

7) Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sureté 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 après cinq ans de fonctionnement. Cette mission de service public ne peut donc pas faire l'objet d'une attribution dans la première version du SROS-PRS.

2. *Procédure d'attribution*

Le mode de financement des missions et la nature juridique des opérateurs ne doivent pas impacter le choix des établissements attributaires de missions de service public.

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 précédemment ces missions.

La reconnaissance prioritaire s'apprécie en fonction des besoins et n'entraîne donc pas automatiquement la reconnaissance de la totalité des établissements exerçant une même mission. En conséquence, si plusieurs établissements remplissent une même mission, la reconnaissance prioritaire peut conduire, si le besoin identifié est inférieur, à ne retenir qu'une partie des établissements exerçant jusqu'alors la mission.

Les établissements concernés par la 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. L'ARS est en mesure de refuser la reconnaissance prioritaire à un établissement qu'elle ne jugerait pas en mesure d'assurer correctement la mission.

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 ;
– 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.

3. *Modalités de financement*

Il n'y a pas d'obligation de contrepartie financière lorsqu'un établissement se voit attribuer une MSP : l'article L. 6112-2 CSP indique seulement que lorsqu'une MSP donne lieu à compensation, le CPOM doit en préciser les modalités de calcul.

La plupart des missions de service public font déjà l'objet de financements préexistants :
– *via* des tarifs de prestations (soins palliatifs) ;
– *via* des MIG (PDSH, formation, lutte contre l'exclusion sociale...) ;
– *via* des dotations annuelles de fonctionnement (hospitalisation sans consentement...).

Il ne faut donc pas confondre MSP et MIG.

L'annexe VIII présente les modalités de financement de chacune des missions.

C. – Activités de soins relevant des SIOS ou des SROS en Île-de-France et à La Réunion

Le traitement des SIOS en cours fait l'objet d'un point particulier dans le point relatif à la gestion de la transition entre le SROS III et le SROS-PRS (*cf. supra*). http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id

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 Île-de-France, à La Réunion et à Mayotte : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id

Circulaire du 3 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.

Améliorer l'efficience

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, la concentration de la pratique de la chirurgie cardiaque sur un nombre plus restreint de sites est à privilégier. Cela permettra 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 aux besoins.

Pour regrouper l'activité sur un nombre plus limité de sites, il convient d'engager des recompositions de l'offre au niveau interrégional et de développer les coopérations inter-établissements en tenant compte des filières de soins cohérentes entre les régions concernées.

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

Dispersion des taux de recours.

3.17. **Neurochirurgie**

Références :

Décret n° 2007-364 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=

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 Île-de-France, à La Réunion et à Mayotte : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id

Circulaire DHOS/O4 n° 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.

NB : 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 interétablissements permettant de mutualiser les ressources médicales, avec l'utilisation de la télémédecine.

Identifier par interrégion un site référent pour la neurochirurgie pédiatrique.

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

Améliorer l'efficience

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

Dispersion des taux de recours.

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 Île-de-France, à La Réunion et à Mayotte : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id

Circulaire DHOS/O4 n° 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 télémédecine pour la prise en charge des patients de neurochirurgie et neurovasculaires.

Améliorer l'efficience

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 et pour la prise en charge de certains patients neurovasculaires.

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

Dispersion des taux de recours.

3.19. **Traitement des grands brûlés**

Références :

Décret n° 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=

Décret 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 Île-de-France, à La Réunion et à Mayotte : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id

Circulaire DHOS/O4 n° 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 La Réunion).

Maintenir le maillage existant permettant une réponse dans un cadre interrégional ou au-delà si besoin : garantir la répartition optimale des sites autorisés à pratiquer le traitement des grands brûlés.

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'efficience

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

Dispersion des taux de recours.

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://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 Île-de-France, à La Réunion et à Mayotte : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022402768&dateTexte=&categorieLien=id

Circulaire DHOS/O/O4 n° 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 La 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'efficience

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

(*Cf.* la fiche 3.10 sur le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale.)

Indicateurs de suivi

Dispersion des taux de recours.

ANNEXE I

PDSES : OBLIGATION DE PERMANENCE MÉDICALE FIXÉE DANS LE RÉGIME D'AUTORISATION DES ACTIVITÉS DE SOINS (AUTRES QUE LES STRUCTURES DE MÉDECINE D'URGENCE *STRICTO SENSU*)

Nota bene : cette obligation de permanence ne relève pas nécessairement du dispositif d'attribution de mission de service publique de PDSES et du mécanisme de financement correspondant.

ACTIVITÉ AUTORISÉE	BASE JURIDIQUE		POSSIBILITÉ de permanence	OBLIGATION de permanence sur site	OBLIGATION avec possibilité de mutualisation territoriale	COMMENTAIRES
Spécialité concernée	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 aiguë ou accès à une structure spécialisée dans la pathologie aiguë concernée	R. 6123-32-8		X			« Sous réserve de l'existence d'une permanence »
Urgences psychiatriques		D. 6124-26-6		X (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 senior en astreinte opérationnelle)
Réanimation pédiatrique et pédiatrique spécialisée						
Pédiatre, réanimateur ou anesthésiste réanimateur	R. 6123-34					
Obstétrique – 1 500 naissances						
Gynécologue-obstétricien	R. 6123-43	D. 6124-44	X (sur site exclusif)			Obligation de continuité par garde sur place ou astreinte opérationnelle
Anesthésiste-réanimateur	R. 6123-43	D. 6124-44	X (sur site exclusif)			Obligation de continuité par garde sur place ou astreinte opérationnelle
Pédiatre	R. 6123-43	D. 6124-44	X (possibilité d'astreinte partagée)			Obligation de continuité par garde sur place ou astreinte opérationnelle

ACTIVITÉ AUTORISÉE	BASE JURIDIQUE		POSSIBILITÉ de permanence	OBLIGATION de permanence sur site	OBLIGATION avec possibilité de mutualisation territoriale	COMMENTAIRES
Spécialité concernée	CI (*) (décret CE)	CTF (**) (décret simple)				
Obstétrique + 1 500 ou + 2 000 naissances						
Gynécologue-obstétricien	R. 6123-43	D. 6124-44	X (sur site exclusif)			Obligation de continuité par garde sur place
Anesthésiste-réanimateur	R. 6123-43	D. 6124-44	X (sur site exclusif)			Obligation de continuité par garde sur site (+ 1 500) ou dans l'unité (+ 2 000)
Pédiatre	R. 6123-43	D. 6124-44	X (possibilité d'astreinte partagée)			Obligation de continuité par garde sur place ou astreinte opérationnelle
Néonatalogie (sans soins intensifs)						
Pédiatre	R. 6123-44	D. 6124-56			X	Sur site ou en astreinte opérationnelle
Néonatalogie (avec soins intensifs) et réanimation néonatale						
Pédiatre	R. 6123-44	D. 6124-56		X		
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 un seul établissement ne réalise pas les trois 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 deux 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)

ACTIVITÉ AUTORISÉE	BASE JURIDIQUE		POSSIBILITÉ de permanence	OBLIGATION de permanence sur site	OBLIGATION avec possibilité de mutualisation territoriale	COMMENTAIRES
Spécialité concernée	CI (*) (décret CE)	CTF (**) (décret simple)				
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
Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie						
Médecin spécialisé en cardiologie interventionnelle	R. 6123-132	D. 6124-181			X	Pour les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (angioplasties coronaires) : astreinte ou garde sur place + un second médecin spécialiste en mesure d'intervenir sans délai (praticien sur place ou en astreinte) ; en l'absence de précision, possibilité de mutualisation entre plusieurs sites autorisés
Anesthésiste-réanimateur	R. 6123-132	D. 6124-181			X	Pour les mêmes actes et en l'absence de précision : astreinte opérationnelle avec possibilité de mutualisation
Soins intensifs en cardiologie						
Médecin avec compétence en : cardiologie ou affection vasculaire ou pathologie cardio-vasculaire		D. 6124-109 D. 6124-111		X		Garde sur place ou interne sur place doublé par une astreinte opérationnelle du médecin spécialiste
Greffe d'Organe et greffe de cellules hématopoïétiques						
Chirurgien spécialisé en greffe de l'organe concerné	R. 6123-79	D. 6124-163		X		Obligation d'astreinte ou de garde au titre de la permanence

ACTIVITÉ AUTORISÉE	BASE JURIDIQUE		POSSIBILITÉ de permanence	OBLIGATION de permanence sur site	OBLIGATION avec possibilité de mutualisation territoriale	COMMENTAIRES
Spécialité concernée	CI (*) (décret CE)	CTF (**) (décret simple)				
		D. 6124-164				
Médecin anesthésiste-réanimateur ou spécialisé en greffe de l'organe concerné Anesthésiste	R. 6123-79	D. 6124-163 D. 6124-164		X		Obligation d'astreinte ou de garde au titre de la permanence
Pédiatre (pour les greffes en pédiatrie)	R. 6123-79	D. 6124-163 D. 6124-168			X	Obligation de pouvoir intervenir dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité
Greffe de cellules hématopoïétiques						
Médecin spécialisé en hématologie	R. 6123-79	D. 6124-170		X		Obligation d'astreinte ou de garde sur site au titre de la permanence et de la continuité
Neurochirurgie						
Neurochirurgien	R. 6123-101	D. 6124-138			X	Obligation d'astreinte opérationnelle ou de garde avec possibilité de mutualisation entre plusieurs sites et incitation au recours à la télémédecine
Anesthésiste-réanimateur	R. 6123-101	D. 6124-138 D. 6124-164			X	Obligation d'astreinte opérationnelle ou de garde avec possibilité de mutualisation entre plusieurs sites et incitation au recours à la télémédecine
Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie						
Médecin spécialisé	R. 6123-108	D. 6124-150			X	Obligation d'astreinte opérationnelle ou de garde avec possibilité de mutualisation entre plusieurs sites et incitation au recours à la télémédecine
Anesthésiste-réanimateur	R. 6123-108	D. 6124-150			X	Obligation d'astreinte opérationnelle ou de garde avec possibilité de mutualisation entre plusieurs sites et incitation au recours à la télémédecine
Traitement des grands brûlés						
Chirurgien plasticien, esthétique ou médecin spécialiste des grands brûlés ou spécialisé en anesthésiste-réanimation ou en anesthésiologie-réanimation chirurgicale	R. 6123-114	D. 6124-155 D. 6124-156		X		Obligation de garde sur place pouvant être mutualisée avec un médecin anesthésiste ou anesthésiste-réanimateur d'un autre service de l'établissement. Possibilité d'astreinte opérationnelle d'un médecin du service de grand brûlé avec un interne en médecine sur place
Anesthésiste-réanimateur	R. 6123-101	D. 6124-138 D. 6124-164			X	Obligation d'astreinte opérationnelle ou de garde avec possibilité de mutualisation entre plusieurs sites et incitation au recours à la télémédecine

PDSES : PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

1. Les spécialités relevant des activités réglementées suivantes ne sont pas concernées par les obligations de permanence des soins :

Traitement du cancer.

Soins de suite et de réadaptation.

Rééducation et réadaptation fonctionnelles.

Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal.

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

2. Les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des activités réglementées de chirurgie, de médecine et de psychiatrie ne sont pas précisées.

3. Pour les activités réglementées comportant des obligations de permanence médicale, lorsque les titulaires d'autorisation ne sont pas retenus pour assurer la mission de service public de PDSES dans le schéma cible régional, le financement de ces obligations relève des recettes d'activité.

4. À cette liste de spécialités, relevant des activités réglementées et comportant des obligations de permanence médicale et susceptibles à ce titre de s'inscrire dans le schéma cible de permanence des soins en établissements de santé (PDSES), il convient d'ajouter les spécialités suivantes pouvant également nécessiter l'organisation d'une PDSES, éventuellement mutualisée entre plusieurs établissements. Ces listes ne sont pas exhaustives et pourront éventuellement être complétées à la lumière du diagnostic des besoins régionaux :

- spécialités médicales non visées dans les activités réglementées :
  - neurologie ;
  - gastroentérologie ;
  - pneumologie ;
  - hématologie clinique ;
- spécialités chirurgicales non visées dans les activités réglementées :
  - chirurgie vasculaire et thoracique ;
  - chirurgie viscérale et digestive ;
  - chirurgie orthopédique et traumatologique ;
  - chirurgie infantile ;
  - ophtalmologie ;
  - urologie.

5. Les structures autorisées à la médecine d'urgence (établissements ex-DG), aux activités de greffe et à l'activité d'hospitalisation à domicile font l'objet d'un mécanisme de financement spécifique et ne sont donc pas éligibles aux mécanismes d'indemnisation en crédits mission d'intérêt général dans le cadre du dispositif de PDSES.

6. Les spécialités médico-techniques nécessaires à toute continuité des soins (biologie, radiologie et imagerie médicale, pharmacie), si elles ne relèvent pas à ce titre directement des schémas cibles de permanence des soins régionaux peuvent néanmoins s'inscrire dans la même logique de rationalisation et de mutualisation inter-établissements en cohérence avec les schémas cibles de PDSES retenus. Les lignes de gardes et/ou d'astreintes correspondantes pourront le cas échéant être « indemnisées », selon les marges de manœuvre financières disponibles au niveau régional.

ANNEXE II

PDSES : OUTILS DE MUTUALISATION ET D'OPTIMISATION DES RESSOURCES MÉDICALES DISPONIBLES

La mutualisation de l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) 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.

Références :

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 février 1984 ;

Personnels enseignants et hospitaliers non titulaires et PHU : articles 26-6 (2°) et 30 (2°) du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;

Arrêté du 30 avril 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 avril 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 1re partie de la nuit et une demi- astreinte opérationnelle pour la 2e partie de la nuit. Si le praticien n'est pas amené à se déplacer durant la 2e 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 1er juillet 2010 : 415,86 € assujetti à cotisations IRCANTEC à partir du 1er septembre 2010).

Les praticiens libéraux

Les articles L. 6146-2 et L. 6161-9 CSP introduits par la loi HPST prévoient 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 PDSES. Lorsqu'il assure la PDSES, le médecin libéral peut être rémunéré forfaitairement (art. L. 6133-6, alinéas 1 et 2, pour le forfait).

ANNEXE III

La ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche,
VALÉRIE PÉCRESSE

La ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche,
VALÉRIE PÉCRESSE

La ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche,
VALÉRIE PÉCRESSE

La ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche,
VALÉRIE PÉCRESSE

PDSES : PHASE TRANSITOIRE POUR LES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANT *DE FACTO* À LA PDSES

Période transitoire et effort d'économie

Une fois les SROS arrêtés, les DG d'ARS procéderont à l'attribution de la MSP de permanence des soins en établissement de santé (PDSES) en 2012, en utilisant en tant que de besoin les procédures précisées dans le chapitre relatif aux missions de service public situé dans la partie 3 du guide.

Compte tenu des efforts d'économie attendus dès 2011, à hauteur de 60 millions d'euros, dans l'attente de l'attribution de la mission de service public de PDSES sur la base du SROS PRS et en application des dispositions issues de la loi HPST, l'allocation et les éventuels redéploiements des crédits MIG correspondants peuvent s'appuyer, à titre de mesure transitoire, sur la réalisation concrète de la PDSES, laquelle constitue d'ores et déjà une mission d'intérêt général. L'enquête qui sera lancée début 2011 doit permettre de faciliter l'identification des lignes de garde et d'astreinte participant de la PDSES. Cette identification permettra d'éclairer les choix d'allocation de l'enveloppe MIG désormais fongible et commune aux secteurs public et privé, dans un contexte d'optimisation du dispositif attendue dès cette année.

Toutefois, il importe de bien dissocier les deux phases et de souligner le caractère de mesure de transition, réversible lors des attributions découlant du SROS-PRS, de ces allocations et éventuels redéploiements.

Rappel des obligations des ARS en matière de traçabilité des crédits MIG-PDSES

Le renseignement scrupuleux d'ARBUST MIGAC au titre des crédits MIG PDSES notifiés par les DGARS aux établissements de santé est un élément essentiel de mise en œuvre du dispositif. C'est sur la base de ce reporting que l'on pourra mesurer quantitativement les redéploiements effectués.

ANNEXE III *bis*

PDSES : MODALITÉS D'IMPLICATION ET D'INDEMNISATION DES PRATICIENS LIBÉRAUX DANS LE DISPOSITIF DE PDSES

Modalités et montant d'indemnisation

Les montants d'indemnisation des praticiens libéraux restent ceux prévus antérieurement dans le champ conventionnel : Garde : 228,68 euros – Astreinte : 150 euros. Cette indemnité ne saurait faire l'objet d'un prélèvement au titre d'une redevance par les établissements de santé.

Les modalités d'indemnisation de l'ensemble des médecins participant à la PDSES ont vocation à être harmonisées.

Forme du contrat pour éviter tout risque de requalification

Une maquette de contrat-type sera soumise à concertation puis au CNOM et à l'URSSAF afin de prévenir le risque de requalification du contrat d'exercice libéral. Dans l'attente de ce document, sont précisées ci-après les règles à suivre en la matière.

Les règles jurisprudentielles en matière de qualification des contrats de travail

La rémunération au temps, fixe et déterminée, constitue un indice de salariat mais n'est pas suffisante pour emporter la qualification de contrat de travail. Il convient à ce titre de préciser que les médecins libéraux, qui contractualiseront avec les cliniques pour participer à la PDS, continueront à percevoir les actes directement de leur patientèle. Les forfaits de garde viennent donc s'ajouter à l'acte qui constitue le mode de rémunération principal du médecin.

Le lien de subordination juridique unissant les médecins libéraux aux établissements de santé privés dans l'exécution du contrat demeure le critère déterminant. Ce lien de subordination se caractérise par l'exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur, qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements de son subordonné. Le travail au sein d'un service organisé peut constituer un indice de lien de subordination lorsque l'employeur détermine unilatéralement les conditions d'exécution du travail. Ainsi, les pouvoirs de direction, de contrôle et de sanction doivent être réunis pour caractériser le lien de subordination. Ils doivent émaner directement de la personne que l'on cherche à assimiler à un employeur.

Il est cependant admis qu'un établissement doive instaurer un minimum de discipline afin d'offrir un service cohérent et efficace sans que pour cela constitue un critère suffisant du salariat.

Les règles à respecter pour éviter la qualification en contrat de travail

Afin d'écarter le risque de requalification en contrat de travail des contrats liant les cliniques aux médecins libéraux dans le cadre de la permanence des soins, il convient que l'autorité des établissements de santé privés à l'égard des médecins libéraux demeure relative :

Les établissements ne doivent pas fixer unilatéralement la finalité du travail à accomplir.

Les établissements ne doivent pas fixer unilatéralement les modalités du travail à accomplir.

Ils ne doivent pas fixer unilatéralement les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir.

En outre, si des contraintes administratives doivent être fixées afin de pérenniser la PDS, les cliniques ne doivent pas exercer de contrôle sur l'accomplissement des prestations de travail fournies par les médecins libéraux et sanctionner les manquements relevés. La relation contractuelle doit pouvoir s'assimiler à un contrat d'exercice libéral dans lequel aucune hiérarchie ne pourrait se dessiner. Les établissements de santé privés doivent rester des structures d'accueil pour la PDS permettant aux médecins d'exercer leur art, sans qu'aucune ingérence ne crée à leur égard de contraintes directes sur l'exécution de leur travail.

ANNEXE IV

OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE : 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	AVANTAGES	LIMITES
Présence, localisation de professionnels	Inclure les remplaçants	Adeli puis RPPS, 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, Adeli puis RPPS	Permet de caractériser le territoire en fonction de l'offre de soins	Ne reflète pas le besoin
Professionnels en secteur 1	À 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)	
Âge des professionnels	Par exemple, part des PS de plus de 55 ans	STATISS, Adeli puis RPPS	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 interrégimes 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, Odomatrix développé par l'INRA) – Étude commanditée par la DREES à l'Irdes sur les temps d'accès, disponible début 2011 – Investissement INSEE portant sur la localisation et l'accès de la population aux équipements (utilisé par l'étude DATAR sur l'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 : âge 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

INDICATEURS	MODALITÉS de calcul	SOURCE	AVANTAGES	LIMITES
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_230 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 et par région, un résumé des informations essentielles disponibles auprès de chaque service statistiques et études 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 existants sont souvent partiels, portant sur un type de structure, de territoire ou une source de financement.

Le recensement des maisons de santé pluriprofessionnelles et des pôles de santé existants sur le territoire national ayant bénéficié d'un financement par le FIQCS, réalisé par la DGOS sera diffusé et actualisé via le Sharepoint.

L'outil internet Démos@nté.

Il s'agit d'un outil développé et accessible en interne pour les URCAM.

Démos@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.

Les outils et études croisant l'offre et le besoin

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) a fourni une cartographie des besoins de santé prenant en compte la situation démographique du territoire, ainsi que l'état de santé de la population.

Les premiers résultats relatifs aux soins de premier recours sont disponibles sur le sharepoint, dès lancement de celui-ci.

La deuxième étape permettra de produire, grâce à une projection de l'offre actuelle et des départs en retraite prévisibles sur ces territoires, une cartographie de l'adéquation entre offre et demande actuelles et à court terme.

Une étude spécifique des territoires en difficulté (fin 2010) les qualifiera en matière d'accessibilité (géographique et climatique, mobilité personnelle et organisée...) à travers une typologie.

La dernière étape (début 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.

ANNEXE V

OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE : OUTILS MOBILISABLES POUR LES ZONES FRAGILES

La partie 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'actions 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 (dispositions prévues par les conventions en fonction des professions ; contrats d'engagement de service public ; exonérations d'impôts et taxes ; aides des collectivités territoriales aux professionnels de santé et aux étudiants 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 plate-forme régionale d'appui aux professionnels de santé (1). Elle doit également intégrer à sa démarche les hôpitaux locaux, les réseaux de santé, les groupes qualités... 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 pluriprofessionnelles constituent le mode le plus abouti d'exercice regroupé, mais il convient de ne pas négliger les autres types de structure d'exercice coordonné. Lorsqu'il n'est pas possible de faire appel à une offre libérale, des centres de santé peuvent aussi apporter une solution efficace aux problèmes de démographie médicale.

Mise en œuvre par l'ARS : points d'entrée des porteurs de projet, les plates-formes régionales d'appui aux professionnels de santé auront entre autre 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 fragiles

Objectif : maintenir l'offre de santé existante et attirer de nouveaux professionnels dans les zones fragiles.

(1) Les propositions de services de la future plate-forme régionale d'appui aux professionnels de santé font actuellement l'objet d'une consultation auprès des professionnels de santé et des acteurs concernés. Il est prévu que la plate-forme soit opérationnelle à partir de juillet 2011.

Mise en œuvre par l'ARS : les dispositifs existants restent pour l'instant en place, mais de nouvelles modalités vont définir les zones susceptibles de bénéficier de ces aides, dans le cadre de l'arrêté de définition des zones prévu à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

La formation initiale

Objectif : former les étudiants au mode d'exercice regroupé et les attirer vers les zones fragiles 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'installation des URPS et l'élaboration du SROS sont l'occasion de renforcer les 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 plates-formes régionales d'appui aux professionnels de santé

Objectif : un des services attendus de la plate-forme concerne l'accompagnement des porteurs de projets : 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 : dans le cadre de cet accompagnement, l'ARS proposera des services en matière de prospection, d'ingénierie de projet et de montage juridique et financier. L'ARS travaille en lien étroit avec les acteurs locaux et avec les services d'aide à l'installation présents dans certaines CPAM.

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		

STRATÉGIE	LEVIER	OBJECTIF	MISE EN ŒUVRE par l'ARS	GUIDES PARUS ou prévus
	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	Élections des URPS	Livrable de la mission Baudier sur le développement des relations avec les URPS et les professionnels de santé (juin 2010)
			Élaboration 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 VI

OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE : PRÉCISIONS SUR LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DES SROS-PRS

Le contexte

Pour dépasser le bilan en demi-teinte des OQOS dans le cadre des SROS III et constituer un outil légitime et efficace de répartition et de régulation de l'offre de soins, le sujet des OQOS fait l'objet d'une concertation toujours en cours : atelier avec les DG ARS le 19 novembre 2010 et 24 février 2011, réunion avec les acteurs hospitaliers (fédérations, conférences etc.) le 7 janvier et 4 mars 2011.

La démarche

La réflexion sur la méthodologie est partagée avec un groupe d'ARS (Île-de-France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord - Pas-de-Calais, Rhône-Alpes,) en lien avec l'ATIH, en place depuis septembre 2010.

Les évolutions de la démarche des SROS-PRS

L'objectif est de passer d'un dispositif ressenti comme de la « régulation-sanction » à un dispositif de « régulation-gestion » responsabilisée et objectivée au sein de chaque région pour une meilleure utilisation de l'ONDAM hospitalier. L'évolution de la démarche des objectifs contenus dans les SROS-PRS par rapport aux OQOS des SROS III porte sur deux axes majeurs :

– leur conception en tant qu'instruments de pilotage et d'éléments d'un dialogue de gestion qui permette à la fois de répondre aux besoins de soins, de veiller à la meilleure répartition de l'offre et au respect de l'ONDAM ;
– leur construction selon une approche méthodologique plus médicalisée (l'approche consommation de soins permet de s'approcher davantage du besoin de soins) et visant à l'équité (réduire les écarts trop importants de recours aux soins de la population pour une même activité).

À cet effet, les conditions d'utilisation des OQOS vont être revues :

– dialogue de gestion entre le CNP et chaque ARS avec contractualisation globale sur l'évolution régionale de l'offre de soins par grandes activités, avec des objectifs sur le développement des prises en charge ambulatoires en établissements de santé ;
– dialogue entre l'ARS et les acteurs régionaux en rendant publics les taux de recours par territoires de santé ;
– dialogue de gestion entre l'ARS et tous les établissements de santé sur chaque territoire de santé, en confrontant les taux de recours et le case-mix du PMSI à la couverture des besoins de santé grâce à l'observation analytique du recours de la population et négociation avec les interlocuteurs des inflexions nécessaires (développement sur tel type de prise en charge ou modération du recours sur tel autre) ;
– dialogue de gestion entre l'ARS et chaque établissement de santé avec contractualisation dans le CPOM établissement ;
– le contrôle ex-post sera systématisé mais les sanctions perdront leur caractère automatique.

Livrables (premier trimestre 2011).

Guide méthodologique SROS V1 et taux de recours fournis en octobre 2010.

Révision des textes réglementaires OQOS (décret du 31 janvier 2005 et arrêté du 8 juin 2005).

Guide méthodologique relatif à l'analyse des taux de recours et au pilotage de l'activité des établissements de santé.

Maquette de chiffrage du volet hospitalier.

Données :

Taux de recours actualisés sur les nouveaux territoires de santé, avec ajustement sur l'état de santé.

Tableaux croisés consommation (recours population)/production par les établissements.

* Formation à l'attention des référents métiers des ARS dans le cadre d'ateliers interrégionaux (10, 11, 17, 18, 28 mars 2011) sur la base du guide méthodologique « analyse des taux de recours et pilotage de l'activité des établissements de santé ».

Information :

La DGOS va passer commande à l'INSEE pour disposer de projections de population à la maille des territoires de santé pour les régions ayant retenu un autre découpage que le département ou la région. Ce service de l'INSEE (payant) est annoncé ouvrir fin janvier 2011.

Point d'attention sur le SSR :

Suite à la procédure de délivrance des autorisations d'activité de soins en SSR sur la base des SROS III-SSR révisés, les CPOM des établissements doivent être renégociés concernant les OQOS.

Dans l'arrêté du 5 juin 2005, définissant les nomenclatures de références, il est indiqué que les OQOS en volume correspondent aux journées et venues définies dans la SAE ou dans le PMSI. Or ces définitions sont différentes entre les deux systèmes d'information.

Aussi, dans l'attente des modifications apportées au cadre réglementaire des OQOS et dans un souci d'harmonisation, il est demandé aux ARS, pour l'activité SSR, de se référer dorénavant uniquement au PMSI pour construire les « OROS » et les comparer dans le temps.

ANNEXE VII

OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE : 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			
	Gardes et astreintes des personnels médicaux	Art. 4				
					Convention médicale	Secteur ex-OQN
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		Art 1er MERRI			État : ministère enseignement supérieur et recherche	Impossible de distinguer au sein des MERRI entre enseignement et recherche
	Dont internes	AC				
	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				État, 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

MISSION de service public	DÉTAIL MISSION	FINANCEMENT				COMMENTAIRES
		MIG *cf.* arrêté du 13 mars 2009	ODMCO	DAF + OQN	Autres	
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°)				
10° Les actions de santé publique	À 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 État (programme 183), à vérifier DSS

MISSION de service public	DÉTAIL MISSION	FINANCEMENT				COMMENTAIRES
		MIG *cf.* arrêté du 13 mars 2009	ODMCO	DAF + OQN	Autres	
14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté				X	Invest	EPNS Fresnes ; prise en charge conjointe État/AM
				X	Exploit	
					État invest	
					État exploit	

ANNEXE VIII

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'indicateurs 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 plate-forme 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 et 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.

À 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 :

1. Cinq indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales publiés progressivement depuis 2006 (généralisé par le ministère) :

a) ICALIN (indice composite des activités de LIN) pour la troisième année ;
b) ICSHA (indice de consommation des solutions hydro-alcooliques) pour la deuxième année ;
c) SURVISO (surveillance des infections du site opératoire) pour la deuxième année ;
d) ICATB (indicateur de bon usage des antibiotiques) pour la première année ;
e) Un score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs.

2. Cinq 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) :

a) Tenue du dossier patient ;
b) Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation ;
c) Traçabilité de l'évaluation de la douleur ;
d) Dépistage des troubles nutritionnels ;
e) Tenue du dossier anesthésique.

Ces indicateurs relatifs au dossier patient sont obligatoires pour les activités MCO. À 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 1 300 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

ANNEXE IX

LES INDICATEURS DE SUIVI DU SROS (SOURCES ET MODALITÉS DE CALCUL)

	INDICATEURS SROS V2	MODE DE CALCUL	SOURCE des données
Structuration de l'offre de soins			
Chirurgie ambulatoire	Part de la chirurgie ambulatoire global par rapport à l'ensemble de l'activité de soins de chirurgie (ind. GDR)	Nombre de séjours chirurgicaux en ambulatoire/nombre de séjours chirurgicaux en ambulatoire et en hospitalisation complète	PMSI
IRC	Part des nouveaux patients traités par dialyse péritonéale	Nombre des nouveaux patients traités en DP/nombre total de nouveaux patients traités	REIN
	Parts des patients suivis hors centre	Nombre de patients suivis en unité de dialyse médicalisée, en autodialyse (simple ou assistée) et hémodialyse à domicile et dialyse péritonéale/nombre de patients dialysés	
HAD	Taux de recours standardisé en HAD pour 100 000 habitants (ind. CPOM)	(Nombre de journées en HAD 100 000)/population domiciliée dans la région	PMSI HAD
Articulation entre la ville et les urgences	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 (ind. CPOM)	Nombre de passages aux urgences hospitalières concernant des patients relevant du niveau 1 de la CCMU/nombre total de passages aux urgences	RPU
PDSES	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	Enquête ARS
Des enjeux de transversalité pour améliorer le parcours de soins			
Les pathologies du vieillissement	Part des séjours de médecine et chirurgie pour lesquels les patients de 75 ans et plus sont arrivés par les services d'urgence	Nombre de séjours en médecine et chirurgie pour lesquels les patients de 75 ans et plus sont arrivés par les services d'urgence/nombre de séjours en médecine et chirurgie pour les patients de 75 ans et plus	PMSI
	Taux de réhospitalisation, dans les six mois et pour un motif identique, des personnes âgées de 75 ans et plus en court séjour (ind. POM)	Nombre de personnes âgées de plus de 75 ans et plus et en court séjour réhospitalisées dans les six mois pour un motif identique/nombre de personnes âgées de plus de 75 ans hospitalisées en court séjour	PMSI
	Part de séjours de personnes de plus de 75 ans dont la durée est supérieure à la borne haute en séjour de médecine hospitalier (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/nombre de séjours de personnes de plus de 75 ans en service de médecine hospitalier	PMSI
	Part des prises en charge d'HAD en EHPA (ind. CPOM)	Nombre de prises en charge d'HAD en EHPA/nombre de prises en charge en HAD des personnes de 75 ans et plus	PMSI HAD

	INDICATEURS SROS V2	MODE DE CALCUL	SOURCE des données
Maladies chroniques	Nombre de programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS		Enquête ARS SI SROS
	Part des programmes d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS incluant des associations d'usagers	Nombre des programmes d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS incluant des associations d'usagers/nombre total de programmes d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS	
AVC	Proportion de patients AVC admis en UNV	Nombre de patients admis en UNV/nombre total d'AVC	PMSI
Offre de soins ambulatoire			
Offre ambulatoire	Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne régionale	Population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne régionale population totale	CNAMTS – SNIRPS
	Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire pour 100 000 habitants (Indicateur CPOM)	(Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire 100 000 habitants) population régionale	ARS
Offre de soins hospitalière			
Médecine	Taux d'évolution de la DMS pour les séjours en médecine suivis d'un séjour en SSR ou en HAD	([DMS N – DMS N – 1]DMS N – 1) x 100	PMSI
	Taux de réhospitalisation à trente jours (ind. CPOM)	Nombre de séjours suivis réhospitalisation à trente jours/nombre de séjours	PMSI
Chirurgie	Nombre d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur à < 1 500 séjours chirurgicaux (ind. CPOM)		PMSI
	Taux de réhospitalisation à trente jours (ind. CPOM)	Nombre de séjours suivis réhospitalisation à trente jours/nombre de séjours	PMSI
Grossesse-accouchement	Part des séjours nouveau-nés sévères réalisés en maternité de niveau 3, par territoire	Nombre de séjours nouveau-nés sévères dans maternité niveau 3/nombre total de séjours nouveau-nés sévères	PMSI
	Taux de césarienne par maternité et par territoire de santé (ind. CPOM)	Nombre de césariennes/nombre total d'accouchements	PMSI
	Part d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur au seuil national annuel de 300 accouchements (ind. CPOM)	Nombre d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur au seuil national annuel de 300 accouchements/nombre total d'établissements	PMSI
IVG	Part des établissements de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie	Nombre d'établissements de santé pratiquant des IVG/nombre d'établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie	PMSI
	Part des IVG médicamenteuses par établissement	Nombre d'IVG médicamenteuses réalisées au sein de l'établissement/nombre total d'IVG pratiquées par l'établissement	PMSI
	Part d'IVG médicamenteuses pratiquées en dehors des établissements de santé	Nombre d'IVG médicamenteuses pratiquées en dehors des établissements de santé/nombre total d'IVG au niveau régional.	CNAMTS

	INDICATEURS SROS V2	MODE DE CALCUL	SOURCE des données
AMP DPM	Taux de recours aux activités cliniques d'AMP des femmes en âge de procréer		PMSI
Psychiatrie	Part des patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'an par territoire de santé	Nombre de patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'an/nombre de patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie	RIM PSY
	Évolution du taux d'hospitalisation en soins sans consentement par territoire de santé	Nombre de patients hospitalisés sans consentement/nombre de patients hospitalisés	RIM PSY
SSR	Part de séjours en SSR dans les trente jours suivants une hospitalisation pour AVC (ind. CPOM)	Nombre de séjours en SSR suite AVC dans les trente jours/nombre de séjours en SSR suite AVC	PMSI
	Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico-sociaux (établissements d'hébergement, SSIAD)		Enquête ARS SI SROS
	Part des séjours inférieurs à trois mois	Nombre de séjours inférieurs à trois mois/nombre total de séjours	PMSI
SLD	Résultats des coupes PATHOS effectuées dans les USLD pour personnes âgées en 2011		Enquête ARS SI SROS
Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie	Mise en place d'un registre de prise en charge des syndromes coronariens aigus en vue de l'évaluation du protocole et/ou algorithme décisionnel concernant les stratégies de reperfusion en urgence		Enquête ARS SI SROS
	Taux de mortalité hospitalière liée à ces activités interventionnelles	Nombre de décès hospitaliers liée à ces activités interventionnelles/nombre de patients hospitalisés pour ces activités	PMSI
Médecine d'urgence	Taux de recours aux urgences hospitalières (nombre de passages pour 10 000 habitants) (ind. CPOM)	Nombre de passages aux urgences 10 000 habitants/population	RPU
Réanimation adulte et pédiatrique	Taux d'occupation	Nombre de journées produites 365/nombre de lits ouverts	PMSI
	Taux de recours	Nombre de séjours /population	PMSI
	Durée moyenne de séjour par ES		PMSI
	Part des séjours avec indice de gravité simplifié « seconde version » (IGS2)		PMSI
SI/SC	Nombre de lits SC par ES		SAE/PMSI
	Nombre d'unités SC par ES		SAE/PMSI
	Nombre de lits SI par ES		SAE/PMSI
	Nombre d'unités SI par ES		SAE/PMSI
Traitement du cancer	Part des séjours de médecine en cancérologie en hospitalisation de jour	Nombre de séjours médecine en cancérologie en hospitalisation jour/nombre de séjours médecine cancérologie hospitalisation partielle et complète	PMSI
	Part des séjours en cancérologie en HAD pour des traitements curatifs du cancer (poursuite de traitement de chimiothérapie)		PMSI HAD

	INDICATEURS SROS V2	MODE DE CALCUL	SOURCE des données
	Part des patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements dits associés (ind. CPOM)		Enquête ARS SI SROS et PMSI
Imagerie médicale	Part des sites disposant de l'accès H24 à l'IRM	Nombre de sites avec accès H24 IRM/nombre sites disposant IRM	Enquête ARS et PMSI
	Suivi des délais de rendez-vous à l'IRM et au scanner		SAE/INCA *via* enquête/observatiore régional
	Proportion de sites prenant en charge les AVC et comportant une UNV disposant d'un accès permanent à l'IRM		Enquête ARS SI SROS et PMSI
	Proportion de sites prenant en charge les urgences pédiatriques disposant d'un accès permanent à l'IRM		
	Proportion d'examens par appareil d'IRM liés aux pathologies cancéreuses		
	Nombre de coopérations par territoire de santé entre plusieurs sites portant sur la télémédecine pour l'interprétation à distance des images (EML)		Enquête ARS SI SROS
Soins palliatifs	Part des établissements enregistrant plus de 600 décès par an en MCO disposant d'une unité de soins palliatifs	Nombre d'établissements enregistrant plus de 600 décès par an en MCO disposant d'une unité de soins palliatifs/nombre d'établissements disposant d'une unité de soins palliatifs	PMSI
	Part des établissements de santé bénéficiant de l'intervention d'une EMSP (interne ou externe)	Nombre ES bénéficiant de l'intervention d'une EMSP/nombre total ES	Enquête ARS SI SROS
Activités de soins relevant des SIOS			
Chirurgie cardiaque	Dispersion des taux de recours	Écart type des tx recours par TS interrégionaux ou régionaux (IDF)/tx recours par TS interrégionaux ou régionaux (IDF)	PMSI
Neurochirurgie	Dispersion des taux de recours	Écart type des tx recours par TS interrégionaux ou régionaux (IDF)/tx recours par TS interrégionaux ou régionaux (IDF)	PMSI
Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	Dispersion des taux de recours	Écart type des tx recours par TS interrégionaux ou régionaux (IDF)/tx recours par TS interrégionaux ou régionaux (IDF)	PMSI
Traitement des grands brûlés	Dispersion des taux de recours	Écart type des tx recours par TS interrégionaux ou régionaux (IDF)/tx recours par TS interrégionaux ou régionaux (IDF)	PMSI
Greffes d'organes et de cellules hématopoïtiques	Dispersion des taux de recours	Écart type des tx recours par TS interrégionaux ou régionaux (IDF)/tx recours par TS interrégionaux ou régionaux (IDF)	PMSI

ANNEXE X

LE SYSTÈME D'INFORMATION SUR LE SROS

Un projet de système d'information (SI) sur le SROS est en cours d'élaboration, pour permettre aux ARS de disposer d'un état des lieux exhaustif et actualisé de l'offre de soins, ainsi que des informations nécessaires pour la faire évoluer dans le temps, renforcer le pilotage et le suivi du SROS PRS, et faire le lien avec les systèmes d'information existants, ainsi que ceux à venir afin de disposer du maximum de données en routine et d'éviter toute redondance dans la saisie des informations.

Ce dispositif s'articulera autour des trois points : l'offre de soins ambulatoire, l'offre de soins hospitalière et les indicateurs de suivi du SROS.

Offre ambulatoire

L'objectif du SI est de permettre de dresser annuellement un état des lieux de l'offre existante identifiant les zones sous-denses et d'assurer son suivi.

Cet outil portera sur :

– les professionnels de santé : leur nombre, leur densité ;
– les projets prioritaires : leur nombre, l'identification des implantations existantes et prévues concernant les structures d'exercice coordonné, ainsi que le suivi de la réalisation ou non de ces projets ;
– les laboratoires d'analyse médicale et les pharmacies existants et agréés, *via* l'outil Finess en lien avec Arhgos (*cf.* ci-dessous).

Offre hospitalière

Dans un objectif d'amélioration du pilotage de l'activité hospitalière, le SI devra permettre de recenser et suivre les activités et équipements matériels lourds autorisés, ainsi que les activités faisant l'objet de reconnaissance contractuelle, en implantation et en volume d'activité (volumes fixés dans le SROS par activités de soins, volumes réalisés).

L'outil Finess sera utilisé en lien avec l'outil Arhgos. En effet, ce dernier, déjà utilisé dans 15 régions, permet à l'heure actuelle, à la fois de gérer l'ensemble des autorisations dans toutes les étapes prévues par la réglementation et d'établir le lien entre ces autorisations avec les objectifs en termes d'implantation et de volume d'activité, fixés dans le SROS et retranscrits dans les CPOM des établissements.

La généralisation de cet outil ayant été décidé par le Conseil national de pilotage du 25 septembre 2009, la DGOS portera son déploiement à l'ensemble des régions et participera à son évolution.

La comparaison entre les OROS prévus dans le SROS et l'activité réalisée, se fera par l'intermédiaire de Diamant en récupérant les données issues du PMSI et celles d'Arhgos.

Indicateurs de suivis du SROS

Le SI devra permettre de générer annuellement l'ensemble des indicateurs nationaux de suivi du SROS. Les ARS auront également la possibilité d'y intégrer les indicateurs régionaux complémentaires.

Ce point passera par l'outil Diamant afin de renseigner automatiquement et annuellement les indicateurs dont les données sont issues de la SAE et du PMSI.

ANNEXE XI

GLOSSAIRE

CCRA : centre de réception et de régulation des appels.
CHT : communauté hospitalière de territoire.
CLIC : centre local d'information et de coordination.
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
CSP : code de la santé publique.
DGCS : direction générale de la cohésion sociale.
DGOS : direction générale de l'offre de soins.
DGS : direction générale de la santé.
DMS : durée moyenne de séjour.
EML : équipement matériel lourd.
EMPS : équipe mobile de soins palliatifs.
ESMS : établissement sociaux et médico-sociaux.
FAM : foyer d'accueil médicalisé.
FFP : Fédération française de psychiatrie.
CNQSP : Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie.
GCS : groupement de coopération sanitaire.
GCSMS : groupement de coopération sanitaire et médico-social.
HAD : hospitalisation à domicile.
IDE : infirmier diplômé d'État.
INCA : Institut national du cancer.
INVS : Institut national de veille sanitaire.
IRM : imagerie par résonance magnétique.
MAS : maison d'accueil spécialisé.
MDPH : maison départementale pour les personnes handicapées.
MSP : maison de santé pluriprofessionnelle.
MSP : mission de service public.
PMI : protection maternelle et infantile.
RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire ou réanimation cardio-pulmonaire.
SAMU : service d'aide médicale urgente.
SDIS : service départemental d'incendie et de secours.
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation.
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.
UCSA : unité de consultations et de soins ambulatoires.
UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée.
UHSI : unité hospitalière sécurisée interrégionale.
USP : unité de soins palliatifs.