

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET
DES PERSONNES HANDICAPÉES**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET
DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-direction de l'organisation
du système de soins

**Le ministre de la santé, de la famille et des
personnes handicapées**

A

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences
régionales de l'hospitalisation
(pour exécution et diffusion)

Madame et Messieurs les préfets de régions
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de départements
Directions départementales des affaires sanitaires et
sociales
(pour information)

CIRCULAIRE N° 101/DHOS/O/2004/ du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

Date d'application : immédiate

NOR :

Grille de classement :

Mots-clés : schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), territoires de santé, projet médical de territoire, accès aux soins de proximité, plateau technique, consultation des élus et usagers.

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux

Circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 sur l'amélioration de la filière de soins gériatrique

Circulaire n° du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

Circulaire n° du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) sont prorogés au plus tard jusqu'au 6 septembre 2005. Je vous demande **d'entamer immédiatement l'élaboration des SROS de troisième génération.**

Cette élaboration sera facilitée par le **nouveau cadre juridique prévu par le plan « hôpital 2007 »** qui réforme profondément les règles de planification, d'autorisation et de coopération et qui a été adopté par l'ordonnance du 4 septembre 2003, que compléteront prochainement des textes réglementaires et circulaires.

Les SROS de troisième génération se déclineront autour de quatre priorités :

- une meilleure **évaluation des besoins de santé,**
- une plus grande **prise en compte de la dimension territoriale,**
- une association plus étroite **des établissements, des professionnels, des élus et des usagers,**
- une **véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé.**

Ces nouveaux SROS se voient donc confier comme objectifs :

- d'une part, d'**assurer une organisation sanitaire territoriale** permettant le **maintien ou le développement d'activités de proximité** (médecine, permanence des soins, prise en charge des personnes âgées, soins de suite médicalisés,...), notamment dans le cadre des hôpitaux locaux et établissements de santé privés de proximité, **et la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques** (cf définition p.10).
- d'autre part, de **veiller à ce que cette organisation des soins réponde aux objectifs de santé publique** et plans stratégiques prévus par le projet de loi d'orientation en santé publique et à leurs déclinaisons régionales figurant dans les programmes régionaux de santé publique, s'ils sont définis avant l'adoption des SROS. La prise en compte des « soins préventifs, curatifs et palliatifs » à partir des « besoins de santé de la population », par l'ordonnance du 4 septembre, permet au SROS de placer la dimension de santé publique comme principe fondateur de son action. Dans cet esprit, **vous incitez fortement le développement des réseaux de santé.**

Vous emprunterez une voie innovante de définition de territoires de santé qui sont appelés à remplacer les secteurs sanitaires. Sur chaque territoire, les orientations générales du SROS pourront se traduire par un projet médical de territoire.

Vous développerez également l'inter-régionalité, en y inscrivant les missions de référence des CHU.

Vous veillerez, enfin, à assurer une concertation large avec l'ensemble des acteurs concernés, élus, établissements, professionnels, usagers.

En appui de cette circulaire générale, s'ajoutent quatre circulaires spécifiques sur les **urgences, la réanimation, l'insuffisance rénale chronique et l'hôpital local parues en 2003**, ainsi que trois à paraître, la première portant sur la **périnatalité**, la deuxième sur la **prise en charge de l'enfant et de l'adolescent** et la troisième sur l'**odontologie**.

S'agissant de la **santé mentale**, le nouveau cadre juridique de l'organisation de l'offre intègre la psychiatrie dans le SROS général dès les SROS 3, dans le but de mieux articuler soins somatiques et psychiatriques. Des orientations stratégiques sur l'organisation de la santé mentale vous seront transmises, à la suite des propositions de la mission que j'ai confiée à Philippe Cléry-Melin.

S'agissant du **cancer**, la mise en œuvre du plan rend nécessaire l'actualisation des textes sur l'organisation des soins en 2004. C'est sur cette base que vous serez en mesure de réviser le volet consacré à la cancérologie. Toutefois, une circulaire portant spécifiquement sur la cancérologie pédiatrique vous permettra prochainement d'identifier au sein de votre région les centres de cancérologie pédiatrique, dont certains auront une mission nationale d'expertise et de recours sur proposition de l'Institut national du cancer.

La présente circulaire précise mes orientations pour les territoires de santé, les projets médicaux de territoire, les modalités de concertation avec les établissements, les professionnels de santé, les usagers et les élus, ainsi que les modalités d'organisation des plateaux techniques et des activités de proximité.

En complément de cette circulaire, vous pourrez utilement vous reporter à des **éléments de méthode** élaborés avec l'aide du CREDES dans le cadre d'un groupe de travail sur « **Territoires et accès aux soins** » pour la définition des territoires, préalable indispensable à toute réorganisation.

Vous vous appuyerez sur les **orientations pour l'implantation et l'organisation des plateaux techniques** fonctionnant 24 heures sur 24 et incluant les **disciplines nécessitant une permanence des soins**.

I. Territoires de santé et projets médicaux de territoire : éléments de méthode.

I.1. Définition des « territoires de santé »

L'ordonnance de simplification de la planification, du droit des autorisations et des coopérations remplace les « secteurs sanitaires » par les « territoires de santé » et les « conférences sanitaires de secteur » par les « conférences sanitaires ». L'objectif d'une telle réforme est de permettre d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives (départements ou régions).

Je souhaite attirer votre attention sur trois démarches distinctes et complémentaires en matière de territorialisation.

(a) Des territoires de santé pour l'organisation de l'offre

Dans le cadre de l'ordonnance de simplification de la planification, il vous est demandé de définir au sein de **l'annexe du SROS la répartition des activités de soins par territoire**. Sur chaque territoire, et pour chaque type d'activité, vous préciserez les « objectifs quantifiés de l'offre de soins » à atteindre sur la durée du SROS, sur la base d'un décret qui en précisera les conditions de détermination.

Selon les activités, les territoires peuvent être différents. Ainsi, la cartographie de la médecine, de la chirurgie, de la psychiatrie ou des soins de suite peut être distincte. Toutefois, vous veillerez à assurer **la cohérence territoriale de toutes les activités liées aux plateaux techniques** (voir plus loin) ; les territoires pour les activités de chirurgie, anesthésie, réanimation, obstétrique, pédiatrie, imagerie, biologie, explorations fonctionnelles et disciplines interventionnelles peuvent être utilement identiques. De même, vous favoriserez le rapprochement entre l'offre de soins somatiques et psychiatriques en particulier pour les urgences, la psychiatrie de liaison, la prise en charge des enfants et adolescents, et les personnes âgées.

Sur chaque territoire et pour chaque activité, vous établirez une **graduation des soins** précisant les complémentarités et les coordinations à mettre en place. La graduation des soins permet **d'identifier différents niveaux de prise en charge** depuis la proximité jusqu'au niveau inter-régional, comme l'indique l'annexe n°1 à la présente circulaire.

Pour établir cette cartographie, vous pourrez vous appuyer utilement sur **les éléments méthodologiques figurant dans le rapport sur « territoires et accès aux soins »** et jointe à la présente circulaire (annexe 2). Outre les éléments propres à la géographie physique et humaine, vous pourrez étudier les comportements de la population face à l'offre de soins et analyser l'attractivité des structures.

(b) Des territoires pour la concertation

Les « conférences sanitaires » constituent de véritables lieux de concertation, qui contribuent activement à l'élaboration et au suivi des projets médicaux de territoire (voir supra). Elles doivent permettre d'appréhender la globalité de l'offre de soins nécessaires pour répondre aux besoins de santé physique et mentale de la population.

Afin de ne pas multiplier les lieux de concertation et de rechercher une taille optimale pour la concertation, il est souhaitable que les conférences sanitaires s'inscrivent dans les territoires de santé que vous aurez retenus pour les activités liées aux plateaux techniques.

(c) Des territoires pour la proximité

Parallèlement à l'organisation de l'offre de soins, le SROS doit participer à l'identification de territoires d'accès aux soins de proximité ou de premier recours. Au sein du SROS, l'**articulation** entre les soins hospitaliers, le secteur ambulatoire et les services médico-sociaux doit faire l'objet d'un travail spécifique, en lien avec tous les acteurs concernés, institutions et organismes compétents, et notamment, aux côtés des représentants des établissements de santé publics et privés, les préfets de département, les élus locaux, les représentants des professionnels de santé libéraux, l'assurance maladie.

Ces territoires de **premier recours aux soins** doivent correspondre à un exercice collectif et interprofessionnel (médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens...) **sur lesquels s'organise la permanence des soins**, en lien avec les décrets du 15 septembre 2003. Ce premier niveau permet d'**assurer des services polyvalents et coordonnés** et faciliter une **continuité de la prise en charge** que les praticiens isolés ont de plus en plus de difficulté à assurer.

Ce niveau de proximité doit permettre de répondre aux besoins de la population tant sur le plan des soins que sur celui de la prévention, de la réinsertion et de la réadaptation. **En milieu rural, les hôpitaux locaux et établissements de santé privés de proximité, et les services médico-sociaux** y trouvent naturellement leur place. Ce niveau est particulièrement fondamental pour assurer aux **personnes âgées et aux personnes handicapées, ou dans le domaine de la santé mentale**, une prise en charge globale coordonnée sanitaire, médico-sociale et sociale, dans le cadre de **réseaux de santé**.

I.2. Définition et élaboration d'un « projet médical de territoire » : une réponse aux besoins de la population, élaborée en concertation avec les établissements et les professionnels

Le projet médical de territoire est un **document d'orientation évolutif, non opposable juridiquement**, élaboré par les conférences sanitaires. Il **contribue**, tout d'abord, à l'**élaboration du SROS et fait vivre**, ensuite, **ce dernier** pour en traduire les orientations stratégiques sur un plan opérationnel.

Les établissements et professionnels de santé s'accordent entre eux sur les actions concrètes et précises permettant de traduire les orientations du SROS, notamment en matière de coopérations. Puis, ils deviennent au sein de chaque territoire de santé les **acteurs du projet médical** en le mettant en œuvre.

Grâce à son caractère évolutif, le projet médical de territoire rend cohérents les projets individuels des établissements et des professionnels de santé. Il n'a pas pour objectif de geler toute initiative pour l'avenir mais de fédérer les acteurs de santé qui travaillent ensemble pour mieux répondre aux besoins de la population, et contribuer à l'élaboration et au suivi du SROS, sous l'égide de l'ARH.

Il est élaboré à partir d'un diagnostic partagé sur les besoins de santé de la population et contient des propositions destinées à l'ARH dans le cadre de l'élaboration du SROS. Il donne lieu à une **animation par les professionnels et établissements de santé** du territoire, à un suivi et une évaluation.

Il précise les coopérations nécessaires, tant inter-établissements qu'à travers des réseaux de santé, au sein du territoire de santé et de la région voire de l'inter-région.

Le projet médical de territoire concerne avant tout l'organisation des soins et peut se mettre en place progressivement ; il peut être étendu à des actions plus larges de santé publique si les acteurs concernés le souhaitent.

Le projet médical de territoire répond donc à trois objectifs :

- (a) contribuer à l'élaboration du SROS,
- (b) participer à la mise en œuvre du SROS et à son évaluation,
- (c) faciliter les contractualisations et les coopérations.

(a) Contribution à l'élaboration du SROS

Après la définition du périmètre des territoires de santé et des conférences sanitaires, des groupes de travail thématiques permettent à l'ARH d'établir un diagnostic partagé, à partir d'états des lieux effectués par les conférences sanitaires, et de préciser des grandes orientations sur les thèmes concernés.

Les groupes de travail, doivent permettre la participation de tous les acteurs concernés. Au plan régional, il s'agit notamment, des fédérations d'établissements, des conférences de directeurs et de présidents de CME des établissements publics et privés, des sociétés savantes, des représentants des professionnels libéraux et des représentants du secteur médico-social.

A partir de ces orientations, les conférences sanitaires peuvent élaborer un projet médical de territoire sur les principales activités de plateau technique, et les activités de proximité, en particulier la prise en charge des personnes âgées et la santé mentale.

Le **SROS, fixe les grandes orientations stratégiques** de l'évolution de **l'offre de soins, en fonction de l'évaluation** régionale et territoriale **des besoins de santé**, pour laquelle des éléments de méthodologie vous seront transmis.

Il **comporte une annexe** établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé compte tenu des objectifs retenus par le SROS et des propositions issues des projets médicaux de territoire. Cette annexe précise d'une part les **objectifs quantifiés de l'offre de soins dans chaque territoire de santé, par activités** de soins, y compris sous la forme d'alternative à l'hospitalisation et par équipement matériel lourd (EML), et d'autre part les **créations, suppressions d'activités de soins et d'EML, transformations, regroupements et coopérations d'établissements** nécessaires à la réalisation de ces objectifs. Des textes d'application de l'ordonnance préciseront dans les mois qui viennent les modalités d'évaluation des besoins de santé et de définition des objectifs quantifiés.

(b) Animation du projet médical de territoire et contribution à l'évaluation du SROS

Une fois le SROS adopté, le **projet médical de territoire**, en constituera la **déclinaison** permettant de décrire, de manière plus détaillée que dans le SROS, les réponses apportées par les acteurs de santé, publics, privés et libéraux pour **couvrir les besoins de santé de la population**.

L'ARH favorisera ensuite une **animation du projet médical de territoire**, qui pourra avoir pour cadre la **conférence sanitaire** et qui devra en tout état de cause **associer les établissements de santé publics et privés et les professionnels de santé, libéraux et hospitaliers**, ainsi que les établissements médico-sociaux, contribuant à la définition des modalités précises de **mise en œuvre du projet médical de territoire** et à son suivi. Les conférences doivent également associer des représentants des usagers ; les textes réglementaires seront prochainement modifiés en ce sens. Les conférences sanitaires constituent des lieux d'échange et de proposition pour l'élaboration de projet médicaux de territoire et contribuer au décloisonnement santé-médico-social.

Le projet médical peut ainsi prendre, sur la base des orientations stratégiques définies dans le SROS, la forme d'un **plan d'actions** pour le territoire qui donne lieu à évaluation. Cet espace d'animation territoriale de l'organisation des soins doit en effet aussi initier une **évaluation partagée du SROS** qui est transmise ensuite à l'ARH et permet le cas échéant de nourrir la révision du SROS.

(c) Contractualisation et coopérations sur le territoire de santé

Le contrat d'objectifs et de moyens de chaque établissement de santé, voire dans certains cas commun à plusieurs établissements, doit servir de support à la mise en œuvre de cette démarche, où objectifs et moyens sont discutés sur la base de la contribution de chacun au projet médical du territoire, ou au SROS en l'absence de projet médical de territoire.

Cette démarche suppose également de **développer des coopérations** entre établissements publics, privés et professionnels de santé libéraux, **lorsqu'elles sont nécessaires pour assurer la couverture des besoins de la population**. Dans un certain nombre de cas, cette coopération doit pouvoir favoriser la constitution **d'équipes communes** permettant de mieux prendre en compte les **complémentarités** et la contrainte de la démographie médicale et **d'organiser la permanence des soins, notamment dans le cadre du nouveau groupement de coopération** sanitaire prévu par l'ordonnance de simplification administrative.

Le projet médical de territoire précise le mode de coopération médicale choisi par les praticiens du territoire et **sous quelle responsabilité médicale s'effectue cette permanence**.

Il est intéressant dans ce cadre de développer **l'exercice pluri-établissements des praticiens hospitaliers** à partir de leur rattachement à une équipe commune exerçant sur plusieurs établissements.

I.3. Modalités de concertation avec les élus, les associations des usagers et la population

J'ai insisté précédemment sur la nécessité de travailler avec les établissements de santé et les professionnels de santé et de leur demander d'être force de proposition pour l'élaboration du SROS et sa mise en œuvre opérationnelle.

Les élus et les usagers doivent être aussi associés à toutes les étapes de l'élaboration du SROS : état des lieux, choix des priorités régionales et des priorités territoriales, annexe opposable, suivi et évaluation.

(a) Les élus

Une communication suffisamment en amont avec les élus et la population sur les projets de territoires et les réorganisations le cas échéant induites est indispensable. Des actions d'information et des échanges approfondis avec la communauté politique doivent avoir lieu **bien avant la réalisation des projets**.

Les élus, maires, députés, sénateurs, conseillers généraux et régionaux doivent être associés dès la phase de diagnostic. Cette phase doit permettre de partager l'état des lieux des difficultés, contraintes, forces et faiblesses, de l'environnement et les enjeux pour le territoire et la population.

(b) Les usagers

Cette communication en amont est tout autant indispensable avec les usagers. Vous **prendrez en compte l'ensemble du paysage associatif**, afin d'assurer la meilleure représentativité, notamment dans l'ensemble des groupes de travail.

Vous veillerez à impliquer, outre les usagers membres des conseils d'administration des établissements, les associations défendant les usagers atteints d'une pathologie particulière, les associations généralistes et les associations de victimes.

Au plan régional tout d'abord, au sein d'un **comité régional des usagers pérenne**. Ce comité doit pouvoir être consulté à chaque étape de la révision et émettre des avis écrits sur les orientations régionales en matière d'organisation des soins.

Au plan infrarégional ensuite, notamment dans le cadre des **conférences sanitaires**.

Afin d'obtenir une participation active des usagers, vous leur assurerez **un accès à une formation adaptée, par l'intermédiaire par exemple d'un ou plusieurs séminaires de formation**.

L'identification d'un référent au sein de l'Agence pour répondre aux interrogations des associations sur le système de soins, les orienter et des les accompagner tout au long du processus de révision du SROS est un élément facilitateur pour l'ensemble de la démarche.

*

II. Proximité : développer l'accès aux soins de proximité, améliorer la prise en charge des urgences et renforcer le maillage des transports sanitaires.

L'accès aux soins de proximité doit faire l'objet d'une analyse approfondie et donner lieu à des actions opérationnelles dans le SROS et le projet médical de territoire. Une attention très particulière doit être portée sur la prise en charge des personnes âgées qui doivent pouvoir bénéficier de la structuration d'une **véritable filière gériatrique**.

La réorganisation des plateaux techniques et l'évolution vers plus de concentration de la chirurgie en particulier rend d'autant plus indispensable le renforcement des transports sanitaires et la gestion en proximité d'activités qui se situent en amont et en aval du plateau technique.

II.1. Le nécessaire développement de l'accès aux soins de proximité

Il importe de définir le bon niveau de prise en charge pour chaque activité de soins. La révision des SROS et l'élaboration des projets médicaux de territoire, doivent **intégrer les activités** qu'il convient **d'offrir en proximité, en lien avec les schémas départementaux de gérontologie et du handicap**.

Parmi ces activités, il est particulièrement important d'insister sur le **développement de la médecine et la médicalisation des soins de suite et de faire progresser la prise en charge des personnes âgées**, face à l'enjeu majeur de santé publique que constitue le vieillissement de la population. Il vous est demandé de poursuivre activement la structuration des filières de soins gériatriques associant professionnels de santé libéraux et hospitaliers publics et privés, et d'organiser une bonne articulation avec les URCAM et les collectivités territoriales impliquées dans la prise en charge des personnes âgées.

Cette filière passe d'abord par le **renforcement de l'accès aux soins de proximité**, en s'appuyant sur les **médecins traitants généralistes**, les **hôpitaux locaux** et les établissements de santé de proximité publics et privés, qui constituent le premier maillon d'accueil hospitalier des personnes âgées et en mettant en place de véritables **réseaux** en interface entre le sanitaire et le social notamment dans le cadre du maintien à domicile.

Elle passe ensuite par la mise en place de **filiales courtes** lorsque l'hospitalisation est nécessaire, en s'appuyant sur des **services de court séjour gériatrique** qui permettent une approche globale adapté aux pathologies et/ou au risque de dépendance de la personne. Ils constituent également un lieu de ressource en matière de compétences gériatriques pour les autres services de l'hôpital et le cas échéant des autres établissements sanitaires et médico-sociaux, via notamment des **équipes mobiles**.

La filière suppose enfin **d'améliorer les réponses d'aval** à l'hospitalisation en court séjour : hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, SSIAD et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Devant le constat d'une **insuffisance de lits d'hospitalisation de médecine, de consultations de médecine non programmées et d'hospitalisation à domicile**, vous veillerez à ce que les projets médicaux de territoire permettent de combler ces manques afin de **mieux répondre aux besoins de proximité**.

La circulaire du 28 mai 2003 sur le **développement de l'hôpital local** s'inscrit pleinement dans cet objectif. L'hôpital local constitue un premier niveau de prise en charge sanitaire et sociale et constitue un lieu où peut s'exercer **une médecine polyvalente**, d'orientation, de **premier recours** permettant notamment d'assurer la surveillance et la mise en route de traitements, de prendre en charge des épisodes aigus de pathologies chroniques, d'assurer des prises en charge spécifiques en participant à des réseaux, de réaliser des bilans avec l'aide de **consultations spécialisées avancées**, de prendre en charge la douleur et dispenser des soins palliatifs.

Je **vous demande de développer, ou de créer des hôpitaux locaux**, et d'**accompagner le renforcement de la qualité des soins**, notamment par le soutien de l'inscription de ces hôpitaux dans des réseaux et coopérations avec des hôpitaux référents.

L'hospitalisation à domicile (HAD) s'inscrit également dans cet objectif de développement de l'accès aux soins de proximité. L'HAD permet, dans le cadre de réseaux de santé, de maintenir les personnes âgées à domicile en dispensant des soins continus et coordonnés au chevet de la personne, d'une complexité et d'une intensité équivalentes à celles dispensées à l'hôpital. Elle constitue **un relais, voire une substitution**, à une hospitalisation complète. Le **plan de développement de l'HAD** poursuit l'objectif de multiplication par quatre du nombre de places pour atteindre 8000 places toutes thématiques confondues d'ici 2005. Ce développement est d'ores et déjà considérablement facilité par la **suppression des taux de change lits de médecine/place HAD et de toute référence à une carte sanitaire**. Cette mesure, inscrite dans l'ordonnance de simplification de la planification, est en effet applicable dès sa parution.

Les **réseaux gérontologiques** doivent bénéficier du soutien financier de l'ARH et de l'URCAM au titre de la dotation nationale de développement des réseaux de santé (DNDR) et leur création peut être suscitée dans le cadre du SROS et du projet médical. Ils constituent en effet une réponse médico-sociale coordonnée, pertinente à la prise en charge des personnes âgées fragiles et sont reliés aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Ils trouvent leur place en amont et en aval de l'hospitalisation et permettent dans certains cas de l'éviter. Ils permettent de développer les articulations et **partenariats avec la médecine ambulatoire, les services et établissements sociaux et médico-sociaux** pour une prise en charge des patients à proximité de leur domicile, lorsqu'ils sont de retour d'une hospitalisation en court séjour. **La prise en charge du retour des plateaux techniques** hospitaliers doit en effet associer les réponses **sanitaires, médico-sociales et sociales**. Ce rôle est de plus en plus important au fur et à mesure que les durées de séjour se raccourcissent et que la médecine de ville doit prendre un relais précoce, en lien avec des services d'aide à domicile ou dans le cadre de maisons de retraite.

II.2. L'amélioration de la prise en charge des urgences

Je vous demande de mettre en œuvre le plan urgences du 30 septembre et la circulaire du 16 avril 2003 sur la prise en charge des urgences à travers le SROS et les projets médicaux de territoire en vue de la traduction opérationnelle des grands principes d'organisation qui y figurent.

Je vous rappelle les grands axes de la circulaire du 16 avril 2003 :

- Articuler la permanence des soins et les services des urgences ;
- Développer la mise en réseau des professionnels de l'urgence ;
- Obtenir l'implication des établissements de santé dans la prise en charge des urgences et dans l'organisation de l'aval ;
- Mettre en place des filières adaptées à certaines pathologies ou population ;
- Mettre en place un dispositif d'évaluation des urgences.

La prise en charge des urgences doit concerner au delà des seuls services d'urgences, les établissements de santé globalement dans toutes leurs composantes. Cette prise en charge ne peut être isolée. **Elle suppose l'implication de l'ensemble des services de médecine, chirurgie et soins de suite, qui doivent prendre le relais des services d'urgence** dans des conditions satisfaisantes pour les malades, permettant que des lits d'hospitalisation soient dégagés à la sortie des urgences très rapidement. A cette fin, l'organisation interne de l'hôpital, qui doit être travaillée au sein des instances, doit permettre que le partage entre activités programmées et non programmées reste équilibré tout en améliorant la prise en charge des urgences.

Elle implique également **qu'à l'échelle du territoire de santé** défini dans le SROS, l'ensemble des **établissements soient amenés à se coordonner** pour définir les modalités de la prise en charge qui doit répondre aux besoins de santé en matière d'urgence de la population du territoire.

Le ou les services d'urgences du territoire de santé doivent pouvoir compter sur **la mobilisation d'un véritable réseau** offrant compétences médicales et capacités d'hospitalisation et garantissant une qualité de prise en charge en aval des urgences. Sur un plan très opérationnel, **cela suppose que les fermetures de lits par les établissements, en particulier pendant les périodes de congés, soient organisées de manière coordonnée** et soient mieux maîtrisées. Ces **objectifs doivent être contractualisés à l'échelle du territoire et avec l'ARH**. Aucun projet médical de territoire ni aucun contrat d'objectifs et de moyens ne doit pouvoir être adopté sans l'inclusion de dispositions précises et opérationnelles sur la prise en charge globale des urgences.

II.3. Renforcer les transports sanitaires et organiser des filières directes pour transférer les patients au bon endroit sans perte de chance

La réorganisation des plateaux techniques implique de repenser, avec les SAMU, les transports **sanitaires** dans le souci de garantir aux usagers une sécurité et une **équité dans l'accès aux soins 24 heures sur 24**. Il convient d'assurer un maillage renforcé et équitablement réparti sur le territoire. Les ambulances, les **SMUR** et les moyens hélicoptés, publics ou privés, doivent être **selon les besoins développés et répartis** en tenant compte de l'accessibilité géographique et des délais de transfert.

L'organisation et la répartition territoriale des transports sanitaires, médicalisés ou non, doivent être articulées avec le SROS, en s'appuyant sur les complémentarités des transporteurs publics et privés et tenir compte des recompositions d'activités sanitaires sur le territoire.

Dans le cadre de cette réflexion sur les transports sanitaires, il **est indispensable d'organiser le transfert direct et immédiat des patients** présentant des pathologies spécifiques vers les plateaux techniques disposant des compétences et des équipements requis et au sein desquels ils doivent être admis directement. Leur **chance de survie** en dépend.

L'exemple de l'infarctus du myocarde est significatif et mérite d'être traité de manière spécifique¹. La prise en charge **médicalisée précoce** conditionne grandement le pronostic ; elle permet la mise en route du traitement thrombolytique et la conduite vers un centre possédant un plateau technique adapté pour les explorations coronaires ouvert 24h/24h. En conséquence, il est indispensable d'identifier ces centres, d'en examiner l'implantation en fonction du volume d'actes qu'ils ont à connaître et des équipes de plateau technique.

La même situation est à envisager en ce qui concerne **la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des blessés médullaires et traumatisés crâniens** et leur **conduite vers un plateau technique adapté**. Une circulaire est en cours de publication pour la mise en place de filières organisationnelles dédiées aux AVC et sera suivie à l'automne d'un texte sur la filière de prise en charge des traumatisés crâniens.

Ce sont des exemples de vraies urgences médico-chirurgicales dont le pronostic est directement lié à la rapidité et à la qualité de la prise en charge et au transfert direct vers le centre spécialisé.

*

III. Plateaux techniques : coopération et graduation.

Compte tenu des impératifs de sécurité sanitaire et d'une juste répartition des ressources, il est indispensable de bien définir l'organisation et l'implantation des plateaux techniques. L'ensemble de la gamme des plateaux techniques ne peut être systématiquement présente sur chaque territoire. Cette organisation repose sur des **coopérations formalisées** entre acteurs de santé et doit tenir compte **des perspectives de liaison entre établissements** ouvertes par la **télésanté** grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Il est indispensable **d'associer les sociétés savantes** présentes au plan régional aux travaux de révision de l'implantation des plateaux techniques et, plus généralement, de suivre les méthodes de concertation rappelées en première partie de la présente note.

III.1. Principes généraux d'implantation et d'organisation des plateaux techniques

III.1.1. Définition du plateau technique

Le **plateau technique** inclut la **chirurgie, l'obstétrique, la pédiatrie, l'anesthésie-réanimation, les explorations fonctionnelles et les disciplines interventionnelles, l'imagerie et la biologie**, dans une perspective **d'accès à des soins de qualité 24 heures sur 24** pour la population du territoire qu'il dessert

Cette définition, issue du rapport consacré au dernier semestre 2002 à l'organisation et l'implantation des plateaux techniques **ne s'applique qu'aux plateaux techniques ayant une activité 24h sur 24**. Il convient de s'y rapporter en particulier pour l'organisation du bloc opératoire et des différentes disciplines médico-techniques. Les points figurant ci-dessous en soulignent les éléments les plus saillants.

¹ La base PMSI montre pour l'année 1999, que la mortalité globale est en moyenne de 8,3% et atteint jusqu'à 17% dans les établissements traitant moins de 20 cas par an.

III.1.2. Une nécessaire évaluation des risques à maintenir ou ne pas maintenir une activité

Il convient dans le cadre du **projet médical du territoire** de faire apparaître l'ensemble des disciplines du plateau technique et d'identifier les **champs d'intervention** des établissements et de leurs équipes. Seront particulièrement mis en lumière les modalités de **recours et de transfert** entre les établissements du territoire et **avec les autres établissements** régionaux ou extra régionaux. Cela suppose de mener une **réflexion dynamique sur les missions, activités et ressources de l'ensemble des établissements du territoire**. Dans ce cadre, **une évaluation des risques à maintenir ou ne pas maintenir certaines activités** ou segments d'activités doit être menée et peut conduire à des reconversions d'établissements.

Pour **assurer la qualité et la sécurité des soins du plateau technique 24 heures sur 24** et l'attractivité des postes hospitaliers, il importe de ne mobiliser des ressources médicales et paramédicales que si l'activité le justifie, sauf exception géographique avérée, et de **mutualiser les permanences du secteur public et du secteur privé participant au service public, et de développer les coopérations** avec le secteur privé pour mettre en place une organisation générale et globale des permanences.

La réévaluation de l'implantation des plateaux techniques doit amener à **privilégier les sites réellement utiles à l'organisation des soins**. De **nombreux sites ont aujourd'hui une activité nocturne très limitée** et mobilisent des ressources qui seraient plus utiles ailleurs. En effet, les **équipes de bloc opératoire** et plus généralement des **disciplines fonctionnant 24 heures sur 24 doivent être renforcées** de manière à pouvoir mener à bien leurs missions dans de bonnes conditions, et à faire face à des surcharges liées à des transferts d'activité non prévues.

L'implantation des plateaux techniques doit garantir à la population du territoire **l'accès à des équipes compétentes, disponibles 24 heures sur 24, et réactives aux situations d'urgence**. Lorsque cela ne peut pas être le cas pour des nécessités d'ordre géographique, le projet médical du territoire doit prévoir **l'accès aux moyens possibles de télésanté et aux transports d'urgence** (dont SMUR et hélicoptère), permettant un transfert dans des conditions de rapidité et de sécurité, ou un renforcement de moyens, saisonnier ou permanent selon les cas.

III.2. Réévaluation de l'implantation, de la coopération et de l'organisation des plateaux techniques, activité par activité

D'importants efforts ont déjà été consacrés à l'**amélioration des coopérations entre établissements publics, d'une part, publics et privés, d'autre part**, et à la recomposition de l'offre. Ces efforts doivent être poursuivis et amplifiés pour **renforcer les complémentarités et les projets communs** entre établissements qui peuvent passer notamment par des groupements de coopération sanitaire, des fusions, ou de simples conventions. Dans un certains nombre de territoires, **la coopération public/privé est le seul moyen de maintenir un accès aux soins** pour la population concernée, par une complémentarité, voire la mise en place progressive d'équipes communes.

III.2.1. En matière de chirurgie

(a) Chirurgie (non ambulatoire)

L'exercice de la chirurgie est confronté à de multiples difficultés : une forte **inégalité territoriale d'implantation** des structures, une **répartition très inégale des effectifs de chirurgiens rapportés à la population**, une **démographie médicale** particulièrement difficile, une **pratique de la chirurgie générale et polyvalente qui diminue** fortement pour laisser la place à une spécialisation croissante, et une évolution des techniques qui s'oriente vers **plus d'explorations et moins de gestes invasifs**.

Par ailleurs, les professionnels s'accordent pour considérer que le **maintien des compétences** dans cette discipline est avant tout lié **au volume de l'activité et au cadre dans lequel elle est exercée**.

Enfin, il est **indispensable** d'offrir aux praticiens, non seulement un **certain niveau d'activité**, mais aussi une répartition entre **interventions programmées** et non programmées qui ne soient pas au détriment des premières. **L'attractivité des postes en dépend.**

Compte tenu de ces données, il est recommandé de faire évoluer **les sites de chirurgie qui ont une activité annuelle inférieure à 2000 interventions² avec anesthésie (source SAE), vers des disciplines répondant à des besoins avérés pour la population**, tels que les **soins de suite et la médecine**, sauf si des raisons d'ordre géographique justifient leur maintien, après une évaluation rigoureuse des risques. Pour les sites dont l'activité est supérieure mais qui connaissent également d'importantes difficultés, la sécurité des soins impose qu'une analyse soit conduite pour évaluer la nécessité de maintenir l'activité de chirurgie.

(b) Chirurgie ambulatoire

Il importe de **développer ce mode de prise en charge**, qui favorise le maintien à domicile et correspond aux attentes d'un certain nombre de patients, à la bonne utilisation des ressources, en particulier dans les établissements publics où cette activité représente encore une part très faible de la chirurgie et qui disposent d'un plateau technique permettant d'assurer la continuité des soins 24 heures sur 24. Cet objectif gagne à figurer dans les **axes stratégiques du SROS (volet chirurgie)** et nécessite que chaque établissement concerné conçoive un projet médical mettant en place une organisation interne distinguant un circuit particulier pour le patient et une prise en charge adaptée avant et après l'intervention.

III.2.2. En matière d'obstétrique

Il convient de distinguer **l'accès en proximité à un suivi pré et post-natal** qui doit être garanti aux femmes enceintes de **l'accès à des sites d'accouchement qui nécessite que la sécurité de la mère³ et de l'enfant soit assurée 24 heures sur 24 par des équipes compétentes**, disponibles en permanence et **réactives à l'urgence** dans les disciplines de gynécologie obstétrique, anesthésie réanimation, pédiatrie et chirurgie. Pour cette dernière activité, **une coopération avec un établissement très proche** peut permettre de ne pas disposer en propre d'un service de **chirurgie à condition qu'un chirurgien, capable de répondre aux urgences vitales maternelles, puisse intervenir rapidement**. Les décrets concernant la périnatalité seront modifiés en ce sens.

Un **réel progrès en matière de sécurité de l'accouchement et d'amélioration de la prise en charge de la grossesse** est atteint avec **la mise en place de réseaux** qui relie l'ensemble des acteurs impliqués dans cette prise en charge pour la continuité et la sécurité des soins et développe l'évaluation interne des pratiques, suscitant des actions correctrices de fonctionnement et des formations partagées.

III.2.3. En matière de pédiatrie

La prise en charge de l'enfant et de l'adolescent suppose l'identification d'une **véritable filière au sein des établissements de santé** dès l'accueil et jusqu'à la sortie qui permette des soins adaptés et une association des familles. Les **SROS devront à moyen terme intégrer un volet consacré à l'enfant et l'adolescent**, faisant le lien avec la pédopsychiatrie. Le projet médical territorial prendra en compte la pédiatrie dans toutes ses spécificités et **organisera une permanence des soins à l'échelle du territoire incluant tous les pédiatres publics et les libéraux volontaires**.

² 2000 interventions annuelles correspondent à environ 1500 séjours chirurgicaux PMSI.

³ En effet, selon le rapport national sur la mortalité maternelle de mai 2001, les hémorragies du 3^{ème} trimestre et en particulier de la délivrance, constituent **la cause la plus fréquente des décès maternels qui auraient pu être évités à 87%** s'il n'y avait eu perte de temps liée à un diagnostic trop tardif ou des lignes de conduite inadéquates.

S'agissant de la **chirurgie pédiatrique** programmée, l'activité, très large et diverse, nécessite d'être organisée selon une graduation en trois niveaux tels que définis par le rapport cité plus haut.

III.2.4. En matière d'anesthésie

L'accent doit être placé en particulier sur l'amélioration du fonctionnement du bloc opératoire, qui est un outil collectif utilisé par les professionnels de différentes disciplines. La **programmation opératoire concertée, la charte de bloc⁴**, et la mise en place **d'outils de pilotage et de suivi** sont des procédures essentielles pour une meilleure **efficacité** des blocs et par conséquent une **meilleure utilisation des ressources humaines**.

Partant de cette amélioration du fonctionnement, **l'anesthésie qui constitue une discipline-clé au sein des blocs opératoires doit s'intégrer au processus de projet médical territorial** devant conduire à réévaluer l'implantation des équipes de blocs et organiser leur mutualisation pour une permanence des soins mieux organisée.

III.2.5. En matière d'imagerie

La circulaire du 24 avril 2002 a défini des recommandations pour l'implantation des équipements d'imagerie en coupe, selon une graduation partant de l'établissement de proximité jusqu'à l'établissement régional. Il est **indispensable d'intégrer l'imagerie dans l'approche globale des plateaux techniques** incluant la participation des radiologues à la permanence des soins.

Les **coopérations doivent être encouragées** pour permettre aux patients et aux radiologues l'accès aux techniques les plus adaptées. La **participation à la permanence radiologique** doit faire partie du cahier des charges de la demande d'autorisation des équipements d'imagerie.

* *

Sur l'ensemble de la démarche, la prise en compte des territoires d'accès aux soins dans le SROS, le projet médical de territoire en déclinaison du SROS, le développement de la participation des établissements, des professionnels et des usagers ainsi que de la concertation avec les élus, le développement des activités de proximité, la modernisation et la sécurisation des plateaux techniques, je vous demande de bien vouloir me remettre **un rapport d'étape sur les conditions et le calendrier d'élaboration pour octobre 2004**.

⁴ Cf circulaire DH/FHn°2000-254 du 19/5/2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé