

Objet :

**Point presse de l'ARH
26 juin 2009
Compte rendu**

Origine : FEHAP Ile-de-France

I. Evolution de l'offre de soins

1. Chirurgie :

1996 : 290 établissements pour 25 300 lits et 820 000 interventions.

2008 : 187 établissements, 20 000 lits, 960 000 interventions.

1996-2008 : La part de chirurgie ambulatoire est passée de 25% à 38% sur la période et elle continue d'augmenter.

Evolution des parts de marché 1996-2008 :

- Public : 34% (-1%)
- PNL 8% (0%)
- Privé lucratif 58% (+1%)

2. Obstétrique :

1996 : 151 établissements, 5464 lits, 163 000 accouchements (1079 accouchements en moyenne)

2008 : 104 établissements, 4 700 lits, 183 000 accouchements (1759 accouchements en moyenne)

L'ARH estime que la taille idéale d'une maternité se situe entre 2000 et 3000 accouchements, pour une dizaine de praticiens. Certaines maternités font plus de 4000 accouchements et rencontrent des problèmes de gestion. A contrario, si le regroupement des maternités a déjà été entrepris, les petites maternités sont nombreuses (la taille moyenne actuelle de 1759 accouchements doit être confrontée à la taille souhaitée de 2500 à 3000 accouchements).

3. Urgences :

96 établissements agréés

1996 : 2 650 000 patients

2008 : 3 270 000 patients

4. SSR :

1996 : 133 établissements, 13 300 lits

2008 : 203 établissements, 19 000 lits

On constate une forte augmentation du nombre d'établissements SSR (+ 70 établissements) et une augmentation de la capacité (+43%). A l'inverse le nombre d'établissements chirurgicaux a diminué d'un tiers sur la période (-103 établissements), la capacité d'accueil globale a diminuée (-21%), mais l'activité a augmenté.

5. Les recompositions hospitalières dans le privé non lucratif :

Fusion des hôpitaux des Diaconesses et de la croix saint Simon en 2000.

Fusion des Hôpitaux Saint Joseph, Saint Michel et Notre dame du bon secours à Paris pour créer le groupe Paris/ Saint Joseph en 2006.

Fusion de l'hôpital Franco-britannique et Notre dame du perpétuel secours en 2009.

6. Psychiatrie :

Le nombre total des lits et places n'a pas augmenté en depuis 1996 et se maintient aux alentours de 16 000 places.

Evolution des capacités 1996-2008 :

- L'offre infanto-juvénile : + 12% de lits (67 lits) en particulier pour les adolescents et + 5 % de places (88 places).
- La psychiatrie ambulatoire s'est également développée.
- Les alternatives à l'hospitalisation : + 20 % de places (809 places) et - 9% de lits (-921 lits)

Evolution des parts de marché 1996-2009 :

- PNL : 18 % du nombre de lits et places en 2009 et 1996
- L'AP-HP : 5%
- Privé commercial : passe de 10% à 12% (5 établissements créés)
- EP = passe de 67 à 65%

Evolution de l'activité 1998-2007 :

- Selon l'ARH, les journées d'hospitalisation temps plein ont baissé de 9% (2 587 000 journées en 2007), la durée de séjour a diminué et le nombre d'entrées augmenté.
- L'hospitalisation partielle a augmenté de 35% (1 305 000 journées en 2007).
- Les soins ambulatoires ont progressé de 69%.
- L'offre est sectorisée à 75% (200 secteurs, dont 148 de psychiatrie générale et 52 de psychiatrie infanto-juvénile).

Sur la période, 861 lits sectorisés ont été relocalisés, dont plus de 600 ont été relocalisés de l'Essonne et de la Seine-Saint-Denis vers Paris intra-muros. Les relocalisations à venir vont être concentrées sur les Hauts de Seines, la Seine-Saint-Denis et l'Essonne. 700 lits devraient être relocalisés dans les 5 années à venir.

7. Equipements lourds :

	1997	2008	2010 (cible)
Scanners	113	199	214
Imagerie par résonance magnétique	36	133	156
Caméras à scintillation	70	87	98
Tomographes à émission de positons	2 (apparition mi 90')	21	28
Accélérateurs de particules	39	67	

Les délais de prise en charge en IDF sont relativement rapides (20 jours). Selon l'INCa le délai adapté est de 15 jours.

8. Cancérologie :

Nombre d'établissements habilités pour la prise en charge chirurgicale de certains cancers :

Localisations soumises à seuils	2008	2010
Sein	168	96
Gynécologique	160	68
Digestifs	155	109
Thoraciques	97	22
Urologiques	147	86
ORL	155	55

9. Démographie médicale :

A l'horizon 2019, l'Île-de-France perdra 20% de ses effectifs, alors que l'augmentation de la population est estimée à 8% entre 2006 et 2030. L'ARH rappelle que cette situation de la démographie médicale incitera les établissements à réaliser des regroupements.

10. Divers :

Soins palliatifs :

- 25 USP (300 lits)
- 70 EMSP
- 600 LISP dans 70 établissements
- 13 réseaux

AVC: 16 unités neuro-vasculaires, bientôt 25.

Soins végétatifs chroniques : 100 lits répartis dans 13 établissements.

Réseaux de soins :

- Cancer : 17
- Personnes Agées : 14
- Soins Palliatifs : 13
- Maladies chroniques : 13
- Périnatalité : 12
- Accès aux soins : 9
- Santé mentale : 3

II. Situation financière des établissements

1. Bilan 2008 :

200 établissements publics ou PNL sous la tutelle de l'ARHIF pour un Budget de 7Md€.

Augmentation des recettes 2007/2008 :

- Augmentation des recettes de 1,7% (1.1% pour les EP et 3% pour le PNL)
- Augmentation du nombre de séjours de 1.5% (1.4% pour les EP et 1.8% pour le PNL).
- L'activité du privé lucratif a diminué de 0.6%)

Réduction du déficit 2007/2008 :

- Déficit de 80M€ en 2008 contre 130M€ en 2007, soit une baisse de 37%
- Baisse plus significative pour les établissements publics, qui diminuent le déficit de moitié (89M€ contre 45M€)
- Le déficit du PNL ne diminue que de 10% (37M€ contre 41M€ en 2007)

Construction du déficit :

- 40M€ de déficit pour le public et 40M€ pour le PSPH (30% des établissements).
- **NB** : Ces montants prennent en compte les financements de l'ARHIF au titre de l'aide à la contractualisation dans le cadre des contrats de retour à l'équilibre. Ces aides se sont élevées à 100M€ en 2008, portant le déficit structurel à 180M€.
- La répartition de cette enveloppe serait d'environ 50 M€ pour le public et 50 M€ pour le PSPH.

2. Campagne 2009 :

L'ARH estime que les perspectives pour 2009 devraient prolonger celle de 2008, sans apporter aucun indicateur.

L'inconnue majeure reste l'évolution de l'activité, dont la croissance de 0,5% sur le 1^{er} quadrimestre est moins soutenue qu'en 2008.

L'autre inconnue est liée au codage des bornes basses, qui pourrait représenter une diminution de 4% des recettes. L'ARH reconnaît que c'est un problème pour les établissements performants.

III. Hôpital 2012 :

La dotation Hôpital 2012 pour l'Île-de-France s'élève à 932,8 M€ y compris l'AP-HP, soit une enveloppe de 466 M€.

La première tranche est achevée. L'ARH a retenu 21 dossiers pour un montant d'investissement de 770M€, aidés à hauteur de 355 M€.

Les SI hospitaliers : 4 dossiers déposés par le GCS D SIS IF ont été retenus pour une aide de 9 M€ (sur 166 M€): le ROR, le R-MES, le projet « région sans film » et le SMURIF (informatisation des SMUR)

La deuxième tranche :

- L'enveloppe de la deuxième tranche allouée à l'investissement immobilier et les modalités d'instruction n'est pas encore connue. Des instructions précises sont attendues d'ici à la fin 2009.
- Les projets SI hospitaliers : L'ARH prévoit une centaine de dossiers à instruire dans le cadre de la deuxième tranche, mais précise que le planning de cette phase n'est pas finalisé.

IV. Organisation de la réanimation en Ile-de France

L'ARH a confié à deux médecins (le docteur Bleichner et le Professeur Duranteau) la rédaction d'un rapport sur l'amélioration de la réanimation en Ile de France.

Les propositions suivantes ont été adoptées :

1. Le logiciel CAPRI doit devenir un dispositif régional obligatoire et tous les lits disponibles doivent être indiqués en temps réel ou au moins 3 fois par jour.

2. Les bonnes pratiques seront définies :

- Modalités de remplissage de CAPRI,
- Scénarisation des réponses au SAMU et définition d'un circuit d'alerte opérationnel pour les régulateurs,
- Création d'un registre des refus en réanimation.

3. Mise en évidence des différents niveaux de tension et définition d'un seuil de déclenchement de la situation de crise (seuils évoqué de 20 lits disponibles sur un total de 1200 en Ile de France).

4. Elaboration de procédures pour les situations de tension et de crise avérées :

- Information des établissements de la mise en tension
- Création d'une cellule de crise ARHIF/AP-HP (L'AP-HP sera prioritaire pour les urgences, en contrepartie de quoi elle aura l'obligation de prendre les patients).
- Mise en place de mesures pour libérer des places en réanimation (modification de l'activité programmée, efforts du service d'aval)
- Orientation des malades vers les hôpitaux prédéterminés ayant un nombre important de lits de réanimation ou de salles de surveillance poste interventionnelle.

Deux groupes de travail AP-HP/CH sont constitués pour définir les seuils de mise sous tensions et le contenu des bonnes pratiques d'ici fin septembre.