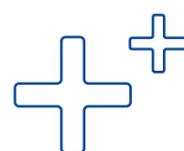
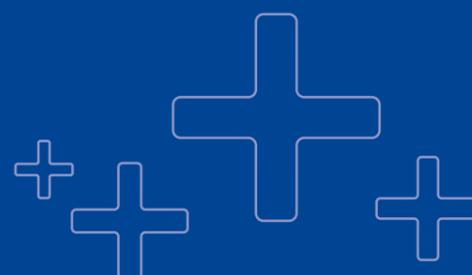


11.3

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS



Sommaire

INTRODUCTION	611		
I. LA MÉTHODOLOGIE DE RÉDACTION DU SROS-PRS EN LIMOUSIN	611		
II. LE SROS, ÉLÉMENT DU PRS	611		
III. TROIS AXES STRATÉGIQUES STRUCTURANTS DOIVENT PERMETTRE DE L'ATTEINDRE.	612		
I. LA PARTIE RELATIVE A L'OFFRE DE SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	616		
I.1. L'IMPACT DU CONTEXTE MACRO-ÉCONOMIQUE SUR L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE	616		
I.2. LA GRADATION DES SOINS HOSPITALIERS	617		
I.2.1. LE NIVEAU DES ACTIVITÉS DE SOINS EXERCÉES HORS PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	617		
I.2.2. LE NIVEAU DES PLATEAUX TECHNIQUES DE « RECOURS INFRARÉGIONAL »	618		
I.2.3. LE NIVEAU DES PLATEAUX TECHNIQUES DE « RECOURS RÉGIONAL » :	618		
I.2.4. LE NIVEAU DES PLATEAUX TECHNIQUES DE « RECOURS INTERREGIONAL » VOIRE DE RÉFÉRENCE NATIONALE	619		
I.3. THÈMES DU SROS – PRS VOLET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	620		
I.3.1. VOLET SROS : HOSPITALISATION A DOMICILE	621		
I.3.2. VOLET SROS : TRANSFUSION SANGUINE	624		
I.3.3. VOLET SROS : PATHOLOGIES ALZHEIMER	626		
I.3.4. VOLET SROS : ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX	630		
I.3.5. VOLET SROS : IMAGERIE MÉDICALE	635		
I.3.6. VOLET SROS : SOINS AUX DÉTENUS	638		
I.3.7. VOLET SROS : MÉDECINE D'URGENCE	641		
I.3.8. VOLET SROS : SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION	645		
I.3.9. VOLET SROS : MÉDECINE	651		
I.3.9. BIS. VOLET SROS : MÉDECINE – FOCUS SUR LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE	655		
I.3.10. VOLET SROS : CHIRURGIE	659		
I.3.11. VOLET SROS : RÉANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE	664		
I.3.12. VOLET SROS : PÉRINATALITÉ	667		
Volet périnatalité - Assistance Médicale à la Procréation	672		
Volet périnatalité - Diagnostic Pré Natal (DPN)	674		
Volet périnatalité - Interruption Volontaire de Grossesse	676		
I.3.13. VOLET SROS : TRAUMATISÉS CRÂNIENS	678		
I.3.14. VOLET SROS : TRAITEMENT DU CANCER	683		
I.3.15. VOLET SROS : SOINS PALLIATIFS	690		
I.3.16. VOLET SROS : EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES A DES FINS MÉDICALES	694		
I.3.17. VOLET SROS : INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE	697		
I.3.18. VOLET SROS : ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE, PAR VOIE ENDOVASCULAIRE, EN CARDIOLOGIE	701		
I.3.19. VOLET SROS : USLD (UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE)	704		
I.3.20. VOLET SROS : PSYCHIATRIE	706		
I.3.21. VOLET SROS : ADDICTIONS	711		
I.4. OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS EN IMPLANTATION DES ACTIVITÉS ET DES ÉQUIPEMENTS	716		
I.5. TRANSFORMATIONS ET REGROUPEMENTS D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ COOPÉRATIONS ENTRE CES ÉTABLISSEMENTS	732		
I.5.1. DES COOPÉRATIONS RÉGIONALES	732		
I.5.2. DES COOPÉRATIONS AU NIVEAU DES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ	732		
I.6. LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC	733		
I.6.1. DIAGNOSTIC : INVENTAIRE DES ÉTABLISSEMENTS ET ÉVALUATION DU BESOIN NON COUVERT	734		
I.6.2. PROCÉDURE D'ATTRIBUTION	739		
I.6.2.1. La procédure de reconnaissance prioritaire	739		
I.6.2.2. La procédure d'appel à candidatures	739		
I.6.2.3. La procédure de désignation unilatérale	739		
I.6.2.4. La contractualisation sur le contenu et les modalités des MSP	739		
I.6.2.5. Modalités de financement	740		
I.7. VOLET SROS : PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	740		
I.8. VOLET SROS : INDICATEURS DE PILOTAGE DU SROS-PRS	751		
I.9. VOLET SROS : ÉVALUATION FINANCIÈRE DU SROS-PRS	758		

II. VOLET AMBULATOIRE	761
II.1. LES FONDEMENTS JURIDIQUES	761
II.2. ORIENTATIONS	762
II.2.1. L'OFFRE DE SOINS DE 1er RECOURS :	762
II.2.2. L'OFFRE DE SOINS DE 1er RECOURS ET LA PRÉVENTION :	762
II.2.3. L'OFFRE DE SOINS DE 1er RECOURS ET LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL :	765
II.2.4. L'OFFRE DE SOINS DE 1er RECOURS DANS L'ORGANISATION SANITAIRE :	766
II.3. ÉTAT DES LIEUX/DIAGNOSTIC	768
II.3.1. SUR LE PLAN QUANTITATIF	768
II.3.1.1. Les médecins généralistes :	768
II.3.1.2. Les masseurs kinésithérapeutes :	770
II.3.1.3. Les dentistes :	771
II.3.1.4. Les infirmiers :	772
II.3.1.5. Les pharmaciens :	773
II.3.1.6. Les autres professionnels de santé :	774
II.3.1.7. La biologie médicale :	774
II.3.2. SUR LE PLAN QUALITATIF	777
La formation :	777
II.4. LES ENJEUX	777
II.5. LA DÉFINITION DES ORIENTATIONS ET DES PLANS D'ACTION	778
II.5.1. L'ORGANISATION DE L'OFFRE :	778
II.5.2. L'INFORMATION DES ÉTUDIANTS ET DES PROFESSIONNELS :	779
II.5.3. LES INCITATIONS FINANCIÈRES :	779
II.6. LE CADRAGE FINANCIER	780
II.7. SUIVI ET ÉVALUATION DU DISPOSITIF	780
II.8. LA DÉFINITION DES ZONES FRAGILES :	780
ANNEXE I : Région Limousin	784

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.**

I. LA MÉTHODOLOGIE DE RÉDACTION DU SROS-PRS EN LIMOUSIN

Les modalités d'élaboration du SROS-PRS 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 a donc été élaboré en cohérence avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention et à l'organisation médico-sociale. Le présent SROS apporte, dans chacune des thématiques traitées, des éléments permettant une approche intégrée entre ces trois champs, dans l'objectif d'améliorer le parcours de vie et de soins des personnes.

II. LE SROS, ÉLÉMENT DU PRS

Le SROS constitue 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.

En Limousin les indicateurs de santé révèlent de fortes inégalités suivant un double clivage : est/ouest, rural/urbain. Les inégalités sociales de santé y sont également fortes.

Ainsi, l'ensemble des actions qui visent à réduire les inégalités de santé en Limousin constitue la priorité du PRS.

III. TROIS AXES STRATÉGIQUES STRUCTURANTS DOIVENT PERMETTRE DE L'ATTEINDRE.

- **Le premier est d'agir favorablement sur les déterminants socio - environnementaux de santé par la Prévention/Promotion de la santé.**

Le développement durable d'une politique de santé publique au sein des établissements de santé est un des axes majeurs et transversaux du plan régional de santé du Limousin.

Les hôpitaux et les cliniques sont des établissements de santé, pas seulement des établissements de soins.

Les établissements de santé se considèrent encore trop souvent comme des acteurs de soins et non comme un pivot de la politique de santé publique qu'ils doivent déployer en leur sein auprès des usagers et de leur personnel et bien au delà en étant identifiés comme un établissement ressource au bénéfice de leur bassin de population.

Les établissements de santé sont appelés à s'inscrire dans une stratégie pérenne de promotion de la santé, de prévention et de maîtrise des risques, en fonction de leurs compétences, de leurs moyens et de leur inscription dans leur environnement (territoires, partenariats...).

Tous les établissements devront intégrer dans leur CPOM un volet promotion de la santé, prévention répondant au cahier des charges annexé au Schéma Régional de Prévention et s'inscrivant dans les mesures prévues dans les deux volets du Schéma Régional de Prévention.

Cette exemplarité est également attendue en matière de développement durable. Le Projet Régional de Santé du Limousin a ainsi prévu une action spécifique à l'égard de la prise en compte du bruit dans les établissements de santé et fixe un objectif de diminution de l'impact des établissements sur l'ensemble des facteurs environnementaux tels que la qualité de l'air, de l'eau, l'exposition au bruit, et plus globalement la qualité de l'aménagement du territoire.

- **Le second est de garantir l'accès pour tous, sans perte de chances, à une offre de santé de qualité :**

La réflexion du SROS en la matière se traduit tant dans le volet ambulatoire pour améliorer la répartition des professionnels de santé que dans le volet établissements de santé en termes de gradation des soins.

- Le dernier est de garantir la continuité de la prise en charge dans le respect du droit des usagers :

Le respect du droit des usagers et la mise en œuvre d'une démocratie sanitaire effective sont des notions essentielles qui concernent l'ensemble des activités de soins hospitaliers et ambulatoires.

Les grandes orientations en la matière sont les suivantes :

- Garantir le libre choix des prestations et assurer le droit à un accompagnement adapté

- Favoriser l'accès à l'information avec la création de plate-forme d'information
- Pour le secteur sanitaire: favoriser la création « d'un guide » regroupant tous les éléments nécessaires pour que l'utilisateur puisse exercer ses choix en toute transparence
- Mettre à disposition d'un large public une information sur le rôle et les missions de la personne de confiance.
- Poursuivre le travail d'actualisation des livrets d'accueil et d'exploitation des questionnaires de sortie
- Assurer une information sur l'existence des maisons des usagers et sur leur rôle
- Améliorer dans les dossiers médicaux la traçabilité des informations et des décisions
- Améliorer l'information sur le rôle et les missions de la CRUCPEC

- **Promouvoir la participation des usagers à toutes les instances de concertation dans les établissements et services sanitaires et médico sociaux**

- Mettre en œuvre des formations en direction des représentants des usagers dans les instances
- Repérer les attentes et les besoins de formations ciblées pour les représentants des usagers y compris pour les personnes qualifiées
- Évaluer dans le cadre des travaux menés au sein de la commission spécialisée de la CRSA les modalités de mise en place des maisons des usagers.
- Accentuer et favoriser une politique d'identification et de promotion des représentants des usagers: permanence, information sur les coordonnées des représentants.

- **Promouvoir l'évaluation régulière et continue des accompagnements**

- Prévoir dans le cursus de formation des personnels médicaux et para médicaux un module sur les usagers et leurs droits et notamment améliorer la prise en charge des patients par le biais de la formation aux pratiques de bientraitance
- Considérer dans l'évaluation du temps de prise en charge le temps consacré à l'information, à l'explication: il s'agit d'une activité à part entière qui requiert l'implication et la reconnaissance du personnel soignant.

- **Promouvoir l'éthique médicale**

- Si l'éthique médicale est un ensemble de règles qui s'imposent aux différentes activités des personnels médicaux et paramédicaux, elle est aussi l'évaluation critique de leurs actions, réflexions, principes, par les praticiens eux-mêmes. Elle est du domaine du questionnement. C'est un esprit d'ouverture appliqué aux évolutions d'une société laïque.
- La réflexion éthique ne fait pas partie du cursus de formation initiale des soignants; cependant ce n'est pas une notion philosophique réservée au médecin. Il conviendrait de renforcer ce questionnement et de développer la réflexion éthique, comme préconisé

dans la Loi de Bioéthique du 6 août 2004 ; création d'un espace de réflexion éthique au niveau régional et organisation d'une réflexion éthique de proximité, partagée entre les établissements sanitaires, médico-sociaux, les maisons de santé pluridisciplinaires, les professionnels de santé libéraux. La diffusion de cette réflexion éthique serait favorisée par la mise en place d'une formation régionale à l'éthique.

• **Promouvoir une prise en charge adaptée des personnes handicapées et âgées dépendantes dans les établissements sanitaires**

Selon une étude menée par la CNSA en octobre 2010, le vieillissement des personnes handicapées suit le vieillissement de la population générale même si certaines spécificités peuvent être soulignées (ex : les personnes polyhandicapées ont l'espérance de vie la plus altérée).

Par ailleurs, le vieillissement d'une personne handicapée génère des besoins différents selon qu'elle a vécu à domicile ou en établissement.

La question du vieillissement des personnes handicapées constitue une préoccupation forte des schémas départementaux.

Dans ce contexte, il est impératif de faciliter les parcours de soins en lien entre les structures médico-sociales concernées et les établissements et services de santé, et notamment d'envisager la mise en place de circuits de prise en charge et de consultations selon des modalités adaptées (télémédecine...).

• Faciliter le développement du don d'organes et des greffes :

- L'ARS réaffirme ses priorités dans ce domaine, conformément aux orientations du SIOS greffes d'organes et de cellules souches hématopoïétiques du Sud-Ouest avec notamment :
 - La sensibilisation de la population au don d'organes,
 - L'accompagnement des familles tout au long de la prise en charge de leur proche, facteur clef de l'acceptation du prélèvement d'organes.
- Il faut insister aussi, en matière de greffes de rein, sur la promotion du don à partir de donneurs vivants, possibilité élargie depuis la récente loi de bioéthique.

• Améliorer la prise en charge de la douleur

Il est estimé nécessaire d'améliorer le fonctionnement et la qualité de la prise en charge de la douleur notamment chronique, hors soins palliatifs, dans le Limousin, dans l'esprit du code de la Santé publique stipulant que « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. » (Article L1110-5).

Objectifs :

Pour répondre à cette exigence sanitaire et sociale, 4 axes peuvent être formulés :

- Axe 1 :** Prendre en compte la demande des patients et notamment pour les populations les plus vulnérables (enfants, personnes âgées, personnes handicapées)
- Axe 2 :** Informer et former les professionnels, tant au cours de la formation initiale que dans la formation continue
- Axe 3 :** Améliorer l'accès aux traitements antalgiques dans des conditions de sécurité et de qualité.
- Axe 4 :** Structurer la filière de soins en décloisonnant l'organisation régionale de la prise en charge de la douleur chronique, dans le parcours de soins, les réseaux de santé, la coopération interhospitalière au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, en valorisant et en renforçant les structures de prise en charge :
- Une diminution des délais d'attente,
 - Une augmentation de la file active,
 - Un enrichissement de la composition des équipes
 - Une continuité des soins.

I. LA PARTIE RELATIVE A L'OFFRE DE SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

I.1. L'IMPACT DU CONTEXTE MACRO-ÉCONOMIQUE 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 3 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.

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 indicateurs de pilotage du SROS.

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 efficaces et en mobilisant des outils favorisant la qualité de soins.

La restructuration de l'offre de soins hospitalière régionale sera 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.

Il est également à noter qu'en Limousin, la contrainte financière pesant sur les habitants conduit d'ores et déjà à des situations de renoncement aux soins. L'isolement social et géographique des patients tendent à majorer ces situations.

Par ailleurs le vieillissement de la population, attendu par d'autres régions, constitue une réalité palpable en Limousin, dont le présent travail tient compte.

I.2. LA GRADATION DES SOINS HOSPITALIERS

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.

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

I.2.1. 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 voir 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.

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

I.2.2. LE NIVEAU DES PLATEAUX TECHNIQUES DE « RECOURS INFRARÉGIONAL »

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

I.2.3. 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 entre autres le site de recours « en cancérologie » qui apporte son appui aux autres sites infrarégionaux autorisés au traitement du cancer.

I.2.4. LE NIVEAU DES PLATEAUX TECHNIQUES DE « RECOURS INTERREGIONAL » 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 hyper spécialisés.

A ce jour, tous les établissements de santé du Limousin atteignent le niveau 1 évoqué ci-dessus.

Seul le site de Limoges propose les activités mentionnées en niveau 2 et 3 et, pour certaines de ces activités, dispose d'un plateau technique de niveau 4.

Le site de Brive est de niveau 2. Le site de Guéret sous réserve de l'installation d'une IRM ouverte 24h/24 sera également de niveau 2.

I.3. THÈMES DU SROS – PRS VOLET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- 1 HAD**
- 2 Transfusion sanguine**
- 3 Pathologie Alzheimer (thème transversal)**
- 4 AVC**
- 5 Imagerie médicale**
- 6 soins aux détenus**
- 7 Médecine d'urgence**
- 8 SSR**
- 9 Médecine**
- 9 bis Filières gériatriques**
- 10 Chirurgie**
- 11 Réanimation, Soins Intensifs et Surveillance Continue**
- 12 Périnatalité**
 - 12-1 Petite Enfance**
 - 12-2 AMP**
 - 12-3 DPN**
 - 12-4 IVG**
- 13 Traumatisés crâniens**
- 14 Traitement du cancer**
- 15 Soins palliatifs**
- 16 Examens génétiques**
- 17 IRC**
- 28 Cardiologie interventionnelle**
- 29 Soins de longue durée**
- 20 Psychiatrie**
- 21 Addictologie (thème transversal)**

I.3.1. HOSPITALISATION A DOMICILE**Diagnostic régional succinct**

L'HAD en Limousin a connu un fort développement au cours des dernières années.

La région Limousin figure parmi les premières de France pour le taux de recours à l'HAD :

7 756 journées/100 000 habitants en 2009, contre 5 127 pour la moyenne nationale (le Limousin occupait la première place au regard de cet indicateur en 2008 et 2009).

Les 3 départements sont bien couverts par les HAD ; à noter que HAD « Relais Santé » (ex Onco-rèse) a un périmètre d'intervention qui déborde sur le Lot et la Dordogne.

Par contre, le taux de recours (population domiciliée) est complètement différent d'un département à l'autre :

- 10 200 journées/100 000 hab. en Corrèze
- 4 700 journées/100 000 hab. en Creuse
- 6 800 journées/100 000 hab. en Hte Vienne

L'activité des HAD est essentiellement centrée sur la cancérologie et les soins palliatifs.

Elle est plus concentrée autour des agglomérations

Le nombre de journées réalisées en EHPAD reste faible.

Objectifs régionaux spécifiques**1 - Améliorer les filières de soins**

Éviter - ou réduire - les séjours en hospitalisation conventionnelle, notamment pour les maladies chroniques, développer les prises en charge directement à partir du domicile, des services d'urgences (patient stabilisé dont le bilan est fait – sortie d'hospitalisation d'unité de très courte durée) ou des EHPAD.

2 - Adapter offre et besoins de soins

Développer et conforter la place de l'HAD polyvalente :

- Développer les chimiothérapies injectables en ne se limitant pas à la seule administration du traitement et en tenant compte des contraintes de sécurité.
- Poursuivre le développement des soins palliatifs.
- Développer des suites de soins destinées aux personnes atteintes d'une maladie invalidante, en particulier celles victimes d'AVC.
- Intégrer l'HAD dans les filières gériatriques en apportant, à domicile, des méthodes hospitalières adaptées aux cas les plus complexes et en favorisant les transferts de savoir faire vers les intervenants libéraux.

3 - Améliorer la couverture territoriale

- Harmoniser les taux de recours entre les départements
- Étendre l'intervention de l'HAD en zone rurale via la création d'antennes

4 - Développer la télémédecine

Encourager les projets de développement d'outils de télémédecine 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.

Plan d'actions par rapport aux orientations nationales et régionales

1 - Conforter la place de l'HAD dans les parcours de soins

- Développer la place de l'HAD dans les principales filières de soins (cancérologie, gériatrie, SSR, soins palliatifs...) ainsi que dans le territoire de santé,
- Intégrer en complémentarité de l'HAD les prestataires médico-techniques dans le dispositif de régulation de l'offre de soins,
- Structurer, de façon coordonnée, les systèmes d'informations des HAD et intégrer l'HAD dans le développement de la télémédecine,
- Communiquer envers les professionnels de santé afin d'améliorer les indications et mieux faire connaître les missions des HAD,
- Éviter l'épuisement des aidants en mettant en place toutes les aides sociales contribuant à l'amélioration de la vie quotidienne.

2 - Améliorer l'efficacité

- Clarifier les missions de l'HAD par rapport aux soins coordonnés ambulatoires,
- Organiser de façon suffisamment précoce le relais d'une hospitalisation complète,
- Favoriser le développement d'antennes à partir d'établissements déjà autorisés
- Organiser les permanences des soins spécifiques aux HAD.
- Définir un secteur d'intervention par HAD dans le cadre d'une réflexion régionale et interrégionale

3 - Articuler l'HAD avec la prévention

- Prévenir les rechutes et les retours vers l'hospitalisation à temps complet,
- Formaliser l'éducation thérapeutique par un diagnostic éducatif, des objectifs négociés avec le patient aboutissant à un constat éducatif mis en place par l'équipe pluridisciplinaire en impliquant les professionnels libéraux.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

Tout habitant de la région Limousin doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge en HAD polyvalente si son état de santé le justifie, répondant ainsi à un projet de thérapeutique et social coordonné

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.

Les implantations antérieures sont reconduites. Une complémentarité devra être recherchée entre les HAD implantées sur un même département (Corrèze, Haute-Vienne).

La couverture géographique des territoires de proximité pourra être organisée à partir d'antennes.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- Formaliser la distinction et la complémentarité avec l'activité des SSIAD, en systématisant les conventions de relais et de mutualisation des ressources.
- Anticiper l'aval, de l'HAD vers les établissements médico-sociaux.
- Favoriser les interventions des HAD en EHPAD.
- Développer les liens avec les réseaux de soins.

Création/suppression d'implantations prévues	Aucune	Projets(s) de coopération	HAD Tulle/Relais santé HAS SSL – HAD CHU
--	--------	---------------------------	---

Indicateurs

Taux de recours standardisé en HAD pour 100 000 habitants (indicateur CPOM)

Délai moyen d'admission (en nombre de journées entre la première demande et l'admission)

Mode entrée des patients - Mode de sortie des patients Suivi des filières de prise en charge

I.3.2. TRANSFUSION SANGUINE

Diagnostic régional succinct

Concernant les activités de l'EFS :

2 sites de distribution-délivrance, l'un au CHU de Limoges, l'autre au CH de Guéret.

Concernant les dépôts de sang :

- En Corrèze, 3 dépôts de délivrance aux CH de Brive, de Tulle et d'Ussel, 2 dépôts relais-urgence dans les 2 cliniques.
- En Creuse, un dépôt relais-urgence à la clinique d'Aubusson,
- En Haute-Vienne, un dépôt d'urgence au CHU (HME), et 2 dépôts relais-urgence, au CH de St-Junien, et au CH de St-Yrieix.

L'offre répond aux besoins de façon satisfaisante, et ce sur deux points essentiels :

- Le maillage ;
- La mise à disposition des produits sanguins dans les dépôts.

L'absence de site de délivrance sur le site de Brive entraîne des difficultés d'approvisionnement en regard d'une activité médico-chirurgicale importante

Objectifs régionaux spécifiques

Les enjeux portent ici sur une bonne articulation des schémas SROS-PRS et SOTS, garantissant une application efficiente de leurs préconisations sur le terrain, dans le but d'une optimisation du dispositif.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

- 1 - Optimiser le dispositif existant sur la Corrèze
- 2 - Créer une instance régionale de suivi de la sécurité transfusionnelle afin de favoriser l'articulation des CSTH des établissements et le retour d'expérience, de déployer des EPP, notamment individuelles, et une démarche de qualité, vigilance et gestion des risques commune.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

- 1 - en Corrèze, créer un site de délivrance EFS sur le site de Brive et maintenir les 2 dépôts de délivrance aux CH de Tulle et d'Ussel.
- 2 - en Creuse, maintenir un dépôt relais-urgence à la clinique d'Aubusson,
- 3 - en Haute-Vienne, maintenir un dépôt d'urgence au CHU (HME), et les 2 dépôts relais-urgence, au CH de St-Junien, et au CH de St-Yrieix.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

Création/suppression d'implantations prévues	Projets(s) de coopération
Création d'un site de délivrance EFS au CH de Brive et fermeture des dépôts du CH et des 2 cliniques	

Indicateurs

- Indicateurs nationaux du contrat d'objectifs et de performances (COP) 2010-2013 passé entre l'État et l'EFS.
- Taux de satisfaction des établissements de santé en matière de distribution, de délivrance, de conseil transfusionnel, d'examen d'IHR mesuré par des enquêtes clients organisées en collaboration avec les CSTH ; enquête « un jour donné » (géolocalisation, volumes, indications).
- Nombre d'Effets Indésirables Receveurs (EIR) imputables à la transfusion de PSL/nombre de PSL cédés ; nombre d'incidents graves de la chaîne transfusionnelle (IGCT) relevant des ES et/ou de l'EFS/nombre de PSL cédés
- Coût du processus IHR après état des lieux du maillage suivi d'un plan d'optimisation de l'implantation des laboratoires de biologie médicale de l'EFS et des établissements de santé.
- Indicateurs utilisés par le coordonnateur régional hémovigilance dans le cadre de son suivi et de ses différents rapports d'activité, dont voici quelques exemples : taux de traçabilité, taux de destruction, nombre et circonstances de délivrance de PSL en urgence au niveau des dépôts de sang (une enquête nationale est programmée du 12 au 26 septembre 2011), nombre de déclarations d'effets indésirables receveurs, identitovigilance (une autre enquête, un jour donné se déroulera courant 2012)...
- Indicateurs qui seront retenus au niveau de l'instance régionale de suivi de la sécurité transfusionnelle.

I.3.3. PATHOLOGIES ALZHEIMER

Diagnostic régional succinct

Compte tenu de la structure d'âge de sa population, le Limousin est particulièrement concerné par la maladie d'Alzheimer. D'après une étude menée par l'ORS, en 2006 on estime à près de 16 400 le nombre de personnes de 65 ans ou plus atteintes de démence dans notre région (9,7 % de cette tranche d'âge et 2,2 % de l'ensemble de la population). Parmi elles, 11 000 à 13 000 seraient atteintes de la maladie. On estime à 4 100 nouveaux cas tous les ans. En 2030, dans l'hypothèse d'une prévalence constante de la démence et d'une espérance de vie inchangée chez les malades, du simple fait des évolutions démographiques, le taux de prévalence atteindrait 28,8 pour 1 000 habitants soit 21 300 personnes atteintes. On constate des taux de prévalence plus élevés en Creuse (2,9 %) et sur les territoires de proximité de Bourgneuf, Saint-Yrieix-la-Perche ainsi que sur le Haut-Limousin.

Organisation actuelle

On constate une nette amélioration du maillage régional des structures diagnostiques.

Cependant, les consultations mémoires constituées d'équipes pluridisciplinaires peuvent manquer de certaines ressources. De plus, les délais d'attente semblent trop longs.

Ces structures semblent méconnues et sous utilisées par les partenaires de la filière mémoire.

Le réseau COGLIM a promu le dépistage et le diagnostic précoce auprès de médecins généralistes.

• La filière psycho gériatrie

Il existe des **réseaux gérontologiques**, non formalisés, qui font le lien entre les services de gérontologie hospitaliers et la ville.

Pour la prise en charge psychiatrique du sujet âgé :

- Une équipe mobile qui intervient sur Limoges et les environs, à domicile ou en EHPAD, à la demande d'un médecin, pour une aide dans la gestion de troubles du comportement afin d'éviter des hospitalisations ;
- Un hôpital de jour « Centre du patient âgé » situé au CH Esquirol qui, avec les hôpitaux de Jour Mistral, St Yrieix et Magnac-Laval couvre le département. Ils sont indiqués pour des soins psychiatriques et aident au maintien à domicile ;
- Les équipes mobiles gériatriques en ville.

En Haute-Vienne, l'Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPSAV) peut être sollicitée par les médecins, les CLIC, les SSIAD... en sortie d'hospitalisation ou à domicile afin d'éviter la rupture d'autonomie.

Les services de gériatrie, de neurologie et de psychiatrie (psycho gériatrie), services de soins aigus, ne sont pas spécialisés dans la prise en charge Alzheimer mais sont d'importantes ressources pour les situations aiguës. Il est indispensable de mettre en place des liens **en particulier au niveau du service de psycho gériatrie**.

Deux dispositifs complètent la palette de l'offre :

* **Les unités cognitivo-comportementales (UCC)** rattachées aux SSR.

* **Les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) en USLD** (Unités de Soins de Longue Durée). Seul le CH de Brive est doté d'une UCC et d'une UHR en USLD. Le CHU de Limoges dispose d'une UCC.

• En EHPAD

866 places en 2011 sont dédiées en EHPAD aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dont 150 places d'AJ et 76 d'HT. Deux établissements sont entièrement dédiés aux personnes atteintes de cette maladie. Depuis l'année 2010, l'on note l'ouverture **d'Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) et des Pôles d'Activité de Soins Adaptés (PASA)** en EHPAD. Au 31 décembre 2010, le Limousin compte 4 PASA et 1 UHR.

Il y a un déficit chronique au niveau des psychologues, ergothérapeutes et psychomotriciens.

• L'accompagnement/maintien à domicile

Le maintien à domicile est un souhait largement exprimé par les personnes. Pour faciliter la prise en charge à domicile la région a encouragé le déploiement d'équipes mobiles pluridisciplinaires, spécialisées dans la prise en charge des malades d'Alzheimer à domicile.

En Limousin, 3 équipes spécialisées Alzheimer à domicile sont autorisées et installées.

• Le soutien aux aidants familiaux

Si la politique de soutien aux aidants se met progressivement en place, il est notoire que les dispositifs d'accueil temporaire et d'accueil de jour constituent un apport très important aux aidants, en termes de répit et de lien avec des professionnels de la prise en charge.

Objectifs régionaux spécifiques

Décliner le plan Alzheimer à l'horizon 2012 notamment en développant et en diversifiant une prise en charge adaptée en établissements afin d'offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation ; en favorisant le maintien à domicile et en diversifiant les solutions de répit ; en soutenant les aidants et en coordonnant l'accompagnement sur les territoires.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

- Renforcer, favoriser, promouvoir le diagnostic précoce
- Consolider les moyens humains des consultations mémoire
- Légitimer les consultations relais
- Favoriser la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans les services de médecine et de chirurgie par l'intervention des équipes mobiles
- Accélérer le développement des PASA, UHR/EHPAD, UHR/USLD
- Prendre en compte les populations de malades aux besoins particuliers, notamment les jeunes.
- Informer et coordonner l'accompagnement par le déploiement sur le territoire du dispositif intégré MAIA

- Développer des actions d'aide aux aidants. Lancer un appel à candidatures pour 46 actions (mesure 2) sur « La formation des aidants familiaux »
- Accentuer les actions de prévention en agissant sur les projets institutionnels et développer les campagnes de sensibilisation
- Valoriser les structures ayant une réflexion/dimension éthique
- Mener une réflexion sur la mise en place de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences à travers une politique comportant entre autres: la création d'une école de psychomotriciens et/ou d'ergothérapeutes sur la région.
- Créer un observatoire régional sur la maladie d'Alzheimer et soutenir le répertoire ALOIS, répertoire régional de ressources Alzheimer
- Poursuivre la structuration du CMRR notamment son activité de consultation mémoire de référence et de proximité et sa participation au développement de la recherche

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

Le CMRR, les consultations mémoire et les consultations relais pour le repérage et le diagnostic. De nouvelles consultations relais sont à créer à partir des hôpitaux locaux sous la fédération du réseau COGLIM.

Les MAIA, les SSIAD Alzheimer (développement de 9 SSIAD sur le territoire), les accueils de jour, pour l'accompagnement.

Les UCC (développement de 2 UCC à l'horizon 2012), pour la prise en charge des troubles du comportement.

Les UHR en USLD (4 à l'horizon 2012) pour la prise en charge de la dépendance et les soins de longue durée.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- Favoriser le maintien à domicile
 - Structurer et mettre en conformité les Accueil de Jour
 - Développer les plates formes de répit
 - Expérimenter le baluchonnage (remplacement de l'aidant à domicile)
 - Développer la domotique
 - Développer la formation des aidants
- Valoriser la place des médecins traitants dans le diagnostic précoce
- Réintroduire et développer l'intervention de la psychiatrie en EHPAD et au domicile sur l'ensemble du territoire

Labellisations : 2 Unités Cognitivo Comportementales (UCC) et 3 Unités d'Hospitalisation Renforcée (UHR)

Projets(s) de coopération

Indicateurs

- Nombre d'UCC créées
- Nombre d'unités d'hébergement renforcé créées
- Nombre de pôles d'activité de soins adaptés créés
- Nombre d'équipes spécialisées SSIAD créées
- Nombre de MAIA créées
- Nombre de places de répit créées
- Nombre d'actions de formation des aidants

I.3.4. ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

Diagnostic régional succinct

En Limousin, en 2010, les AVC représentent, en court séjour, 2 300 séjours pour 23 000 journées.

Six à sept patients accueillis aux urgences chaque jour en région pour un diagnostic d'AVC. L'âge moyen est de 73 ans pour les hommes, de 78 ans pour les femmes.

Trois établissements (CHU, CH Brive et CH Guéret) représentent 70 % du volume d'activité court séjour

Le délai moyen pour un transfert entre court séjour et SSR est d'environ 15 jours

Modes de sortie des services de court séjour,

- 12 % sont décédés
- 22 % sont transférés en SSR
- 53 % reviennent à domicile
- 3 % en structures médico sociales
- 0 % en HAD

Une seule USI-NV de 6 lits au CHU : bilan 2010

- **424 patients hospitalisés** en 2010 (18 à 89 ans - médiane 64 ans)
- 65 % des patients proviennent de la Hte Vienne
- 11 % de Creuse
- 13 % de Corrèze
- 11 % hors région
- DMS : 5,2 J
- TO 102 %

57 thrombolyse dont la moitié pour des résidents Hte Vienne, 8 % pour Creusois et 24 % pour Corrèziens

La très grande majorité des AVC vient du domicile (83.7 %)

- 43.5 % sont adressés par la médecine libérale
- 26.3 % sont adressés par la régulation libérale
- 13 % sont adressés par le SAMU

Une équipe mobile « HémiPass » en Haute Vienne est fonctionnelle depuis septembre 2010.

La démographie médicale des neurologues est faible et ne permettra que difficilement la mise en place d'une seconde UNV

Objectifs régionaux spécifiques

L'accident vasculaire cérébral est une urgence médicale. L'objectif est donc d'assurer une prise en charge adaptée de l'urgence neurologique afin de permettre la mise en place rapide de procédures diagnostiques et thérapeutiques. La thrombolyse ne concerne qu'une minorité de patients, mais elle doit pouvoir être envisagée pour tout patient. Elle ne peut être réalisée que dans les 4,5 heures (AMM actuelle : 3 heures) qui suivent le début des symptômes d'accident vasculaire cérébral et après confirmation du diagnostic par l'imagerie cérébrale.

Ceci implique de définir une filière d'orientation des patients, de raccourcir les délais d'admission et d'organiser la prise en charge des patients dans les établissements.

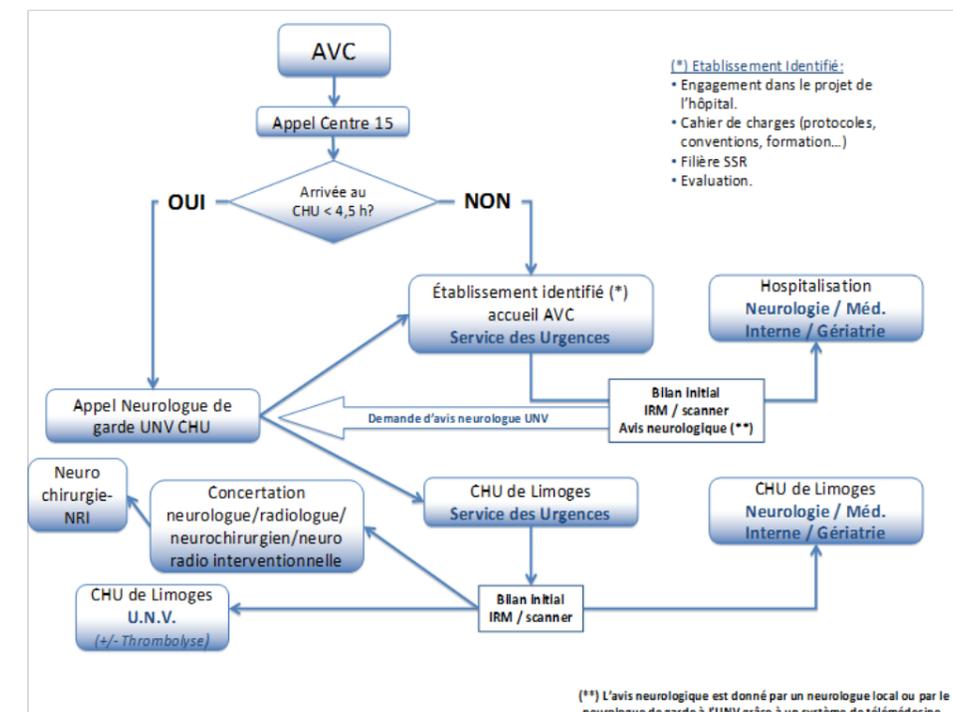
Le devenir des patients peut être amélioré par une prise en charge organisée dans une filière spécifiquement structurée comportant une prise en charge en urgence dès les premiers signes cliniques, l'hospitalisation aiguë (dont les unités neuro-vasculaires) puis, en fonction de la récupération, le retour à domicile ou le transfert en soins de suite et de réadaptation.

L'amélioration de l'efficacité ne peut se concevoir sans une amélioration de la filière d'aval. Elle implique tout d'abord les établissements de soins de suite et de réadaptation mais aussi pour le retour à domicile, le secteur sanitaire et/ou médico-social. Tout patient doit pouvoir bénéficier, si son état le nécessite, de soins de suite adaptés et d'une aide à la réinsertion.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

Orientations du SROS relatives à l'organisation des prises en charge, à adapter lors du déploiement du dispositif de télémédecine :

Schéma de prise en charge des AVC (quelles que soient leurs étiologies)



L'AVC en phase aiguë: mettre en œuvre des filières de prise en charge.

- Améliorer le dispositif d'alerte :
 - Sensibiliser la population à l'urgence AVC,
 - Orienter les appels vers le Centre 15,
 - Réduire les délais entre les premiers symptômes et la prise en charge adaptée.
- Améliorer la prise en charge en court séjour :
 - Conforter le rôle pivot de l'Unité Neuro Vasculaire du CHU,
 - Augmenter le taux de thrombolyse chez les patients éligibles,

Les établissements de proximité peuvent accueillir les AVC, après concertation et en accord avec l'équipe de l'UNV. Ces unités susceptibles d'accueillir des AVC non éligibles à l'UNV s'engagent à assurer 24h/24 tous les jours de l'année une prise en charge standardisée et globale, via des conventions, et des protocoles de prise en charge.

Orientations du SROS relatives à la télémédecine

- Améliorer la prise en charge des AVC en urgence : établir un diagnostic, décider de la conduite à tenir jusqu'à la télé assistance d'un acte de thrombolyse,

Un réseau de télémédecine devra être rapidement organisé, adossé à l'UNV du CHU.

Ce réseau aura pour but d'optimiser la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) en réduisant les délais et en favorisant les échanges d'expertise :

Prioritairement sont concernés :

- Le CHU
- Le CH Brive (IRM fonctionnelle 24h/24 obligatoire)
- Le CH Guéret (IRM fonctionnelle 24h/24 obligatoire)

Ainsi, le neurologue pourra confirmer le diagnostic et décider à distance du meilleur traitement, notamment s'il faut ou non prescrire une thrombolyse, étant le seul habilité à la prescrire. Ce geste pourra sous certaines conditions, être effectué à distance dans la structure d'accueil du patient (par le médecin urgentiste ou le neurologue), avant transfert éventuel vers le centre référent.

Chaque centre hospitalier devra être équipé de matériel permettant, à distance, la consultation et la communication entre l'UNV du Centre hospitalier universitaire et l'établissement où se trouvera le patient (service des urgences particulièrement).

- Faciliter l'accès à cet outil pour tous les praticiens de la filière AVC afin de développer une expertise réciproque.

Orientations du SROS relatives à la prise en charge en aval de la phase aiguë

- Structurer et faciliter les orientations en post aigu :
- Favoriser l'identification des lits en SSR,
- Développer l'outil Trajectoire pour optimiser l'orientation des patients dans la filière SSR et HAD.

Orientation du SROS relatives à la prévention

- Améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC,
- Déployer des actions de dépistage et de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire chez les personnes à haut risque,
- Informer la population sur l'AVC, depuis les signes d'alerte jusqu'à l'accompagnement du handicap,
- Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

Une USI-NV sur le site de Limoges

Déploiement de la télémédecine permettant le traitement par fibrinolyse déporté à partir, prioritairement, des sites de Brive et Guéret.

Structuration de la prise en charge des AIT : mettre en place une filière courte publique/privée sollicitant l'ensemble des compétences neurologiques privées et publiques avec pour objectifs de poser le diagnostic, réaliser le premier bilan étiologique et mettre en place un traitement de prévention.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- Coordonner le parcours de soins et fluidifier le retour des patients au domicile ou en institution
- Organiser les relations ville-hôpital : améliorer la coordination entre les professionnels hospitaliers médicaux et para médicaux, les intervenants de soins et de rééducation à domicile et le médecin traitant. Les visites à domicile avec le patient, les permissions thérapeutiques et l'hospitalisation de jour en SSR facilitent les retours à domicile,
- Développer les équipes mobiles à domicile de type Hémipass. Ce type de prise en charge par une équipe mobile intervenant au domicile qui existe en Haute Vienne devra être élargi aux départements de la Creuse et de la Corrèze, en partenariat avec le CHU.
- Développer les filières médico-sociales adaptées pour les AVC.

Création/suppression d'implantations prévues aucune	Projets(s) de coopération Projet télémédecine
---	--

Indicateurs

→ Indicateurs de suivi

- Proportion de patients admis en UNV/nombre total d'AVC
- Proportion de patients du territoire non admis dans la filière

→ Indicateurs d'offre de soins

- Nombre de journées AVC par HAD

→ Indicateurs d'activité

- Nombre de séjours AVC non chirurgicaux en court séjour
- Nombre de séjours AVC en SSR
- Nombre de thrombolyse au plan régional
- Taux de décès AVC en court séjour et en SSR

I.3.5. IMAGERIE MÉDICALE**Diagnostic régional succinct**

- Le taux de scanners installés au 31/12/2008 pour un million d'habitants est, en Limousin, de 13,8 contre 11,8 France entière.
- Le taux d'appareils IRM installés au 31/12/2008 pour un million d'habitants est, en Limousin, de 8 contre 6,63 France entière.
- Le taux de caméras à scintillation installées au 31/12/2008 est, en Limousin, de 6,9 contre 5,33 France entière.
- Le Limousin dispose d'un PET installé sur le site de Limoges.

Les actes interventionnels thérapeutiques utilisant les équipements matériels lourds en imagerie sont réalisés en grande majorité au CHU de Limoges. Par exemple, le CHU assure l'organisation régionale des embolisations vasculaires pour hémostases effectuées sous imagerie médicale dans un cadre d'urgence ainsi que la réponse aux hémorragies de la délivrance.

Objectifs régionaux spécifiques

L'avenant « imagerie médicale » du précédent SROS 2006-2011 a été arrêté en 2010. Le présent schéma reprend ses préconisations en matière d'implantations d'équipements matériels lourds. En conséquence, et au regard du bilan du SROS en cours, la région bénéficie d'une marge de manœuvre importante :

- Cyclotron : 1 possibilité d'autorisation et d'installation
- TEP Scan : 1 possibilité d'autorisation et d'installation, et 1 possibilité d'implantation (autorisation délivrée).
- Scanner : 2 possibilités d'autorisation et d'installation.
- IRM : 3 possibilités d'installation (les autorisations ont été délivrées).

A priori ces installations d'IRM seront effectives courant 2012. Malgré cette perspective, du fait de la rapidité de l'évolution des indications de l'IRM en particulier, une révision de ce schéma 2012-2016 sera réalisée en 2013, afin d'évaluer l'impact des IRM nouvellement installées et la satisfaction des besoins. Ce diagnostic évaluera la potentialité de diversification de l'offre d'IRM avec notamment la réalisation d'une fraction des actes de remnographies sur des appareils permettant de réaliser dans le domaine de l'ostéo-articulaire et du rachis des examens plus efficaces pour ces indications.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales**Les orientations du SROS en matière d'organisation des soins**

- Anticiper l'organisation de l'offre de soins au regard de la démographie médicale.
- Assurer par les coopérations et les mutualisations, le fonctionnement de plateaux d'imagerie complets et diversifiés, de taille suffisante, tout en assurant la radiologie de proximité,
- Répondre par un outil régional voire inter régional aux besoins de téléradiologie identifiés par tous les partenaires : télé expertise en urgence et hors urgence, RCP...

- Le Pôle Sectoriel d'Imagerie Médicale (POSIM) paraît être une structure adaptée pour répondre aux deux orientations précédentes : par dérogation aux dispositions de l'article L. 6122-1 du CSP, dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la loi n°2011-940 du 10 août 2011, l'ARS peut autoriser à titre expérimental la création de plateaux d'imagerie médicale mutualisés, impliquant au moins un établissement de santé, comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents.
- L'expérimentation a pour objet d'organiser la collaboration entre les professionnels et de favoriser la substitution et la complémentarité entre les techniques d'imagerie médicale. Elle a également pour objectif d'améliorer la pertinence des examens d'imagerie.
- Maintenir un parc régional d'appareils à un bon niveau de technologie.

Les orientations du SROS en matière de qualité et de sécurité des soins

- Promouvoir la dimension clinique de la radiologie, et notamment le bien prescrire dans un dialogue entre médecins.
- Participer à l'information de la population sur les risques des radiations ionisantes,
- Utiliser dans un premier temps la marge de manœuvre régionale d'IRM autorisées et non installées, pour développer cette technique non irradiante,
- Poursuivre l'implication des médecins radiologues dans le dépistage organisé du cancer du sein.

Les orientations du SROS en matière de prévention

- La réévaluation du SROS en 2013 intégrera les besoins en matière de dépistage.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

Les scanners :

Au regard des possibilités d'installation prévues dans le SROS en cours, le taux d'équipement atteindra en région 17,9.

- En Corrèze : 16,8
- En Creuse : 16,3
- En Haute Vienne : 19,2

Les IRM :

Au regard des possibilités d'installation prévues dans le SROS en cours, le taux d'équipement atteindra en région 12,4.

- En Corrèze : 12,6
- En Creuse : 8,2
- En Haute Vienne : 13,7

Les caméras à scintillation :

Pas de possibilité nouvelle en termes d'installation

Les PET SCAN :

Le Limousin dispose d'un appareil installé sur le site de Limoges, le SROS en cours prévoit l'ouverture d'un deuxième appareil sur le site de Brive en 2012. Un troisième appareil pourra être autorisé (sur le site de Limoges) si un cyclotron est installé en région.

Cyclotron : l'implantation d'un cyclotron à usage médical est souhaitée sur le pôle régional de Limoges.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

Création/suppression d'implantations prévues :	Projets(s) de coopération
1 TEP SCAN	Structuration de plateaux techniques de taille suffisante via des coopérations publiques/privées dans le cadre de POSIM.
1 cyclotron	
2 scanners.	

Indicateurs

- Part des sites disposant de l'accès 24H/24 à l'IRM
- Suivi des délais de rendez-vous à l'IRM et au scanner (en limousin par enquête pour l'IRM, par l'évaluation comparative pour le scanner)
- Proportion de sites prenant en charge les AVC disposant d'un accès 24H/24 à l'IRM
- Proportion de sites prenant en charge les urgences pédiatriques disposant d'un accès 24H/24 à l'IRM
- Proportion d'examens par appareil IRM liés aux pathologies cancéreuses (cet indicateur qui n'est pas saisi en pratique quotidienne devra faire l'objet d'un travail préalable du COTERIM afin de préciser son champ et les modalités de recueil)
- Nombre de coopérations par territoire de santé (en limousin un territoire) entre plusieurs sites portant sur la télémedecine pour l'interprétation à distance des images.

I.3.6. SOINS AUX DÉTENUS

Diagnostic régional succinct

4 établissements pénitentiaires sur la région Limousin, donc 4 unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) :

- Centre de détention à Uzerche :

600 places théoriques, hommes majeurs uniquement

Hôpital de rattachement de l'UCSA : centre hospitalier de Tulle

Psychiatrie : intervention du Centre hospitalier du Pays d'Eygurande

- Maison d'arrêt de Guéret :

38 places théoriques

• Hommes majeurs : 31 places,

• Quartier semi-liberté : 7 places.

Hôpital de rattachement de l'UCSA : Centre hospitalier de Guéret

Psychiatrie : Centre hospitalier de Saint-Vaury

- Maison d'arrêt de Tulle :

49 places théoriques

• Hommes majeurs

• Quartier semi-liberté

Hôpital de rattachement de l'UCSA : centre hospitalier de Tulle

Psychiatrie : Centre hospitalier du Pays d'Eygurande

- Maison d'arrêt de Limoges :

81 places théoriques, dont :

• Quartier hommes majeurs : 60 places,

• Quartier femmes : 10 places,

• Quartier mineurs : 6 places,

• Quartier semi-liberté : 5 places.

Hôpital de rattachement de l'UCSA : C.H.U.

Psychiatrie : Centre hospitalier Esquirol

Les UCSA peuvent également s'appuyer sur :

- L'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) implantée à Bordeaux ouverte en 2006

- Le service médico-psychologique régional (SMPR) de Poitiers

- Une Unité pour Malades Difficiles (UMD) en Corrèze, au CHPE

- Les moyens des différentes UCSA ont pu être progressivement renforcés dans le cadre des dotations budgétaires allouées aux établissements de santé. Des mesures prises de renforcement du temps médical (ex : temps de psychiatre à l'UCSA de Limoges) ont ainsi été financées pour permettre l'amélioration de la prise en charge médicale des détenus.

- Des besoins demeurent, dont les solutions ne relèvent pas toutes des compétences de l'ARS (comme celles relevant de la Justice, de l'Administration pénitentiaire...):

- Problématique des locaux, et de leur adaptation à la prise en charge sanitaire des détenus
- Problématique des moyens en personnel (ex : temps de dentiste et de kiné, particulièrement à Uzerche).
- Manques perçus dans le cadre de la permanence des soins, notamment de 20h à 8h en Corrèze
- Délais de réponse de l'UHSI à améliorer
- Difficultés matérielles pour l'organisation des extractions, pour consultations, examens médicaux...
- Problèmes pour préparer dans de bonnes conditions les sorties des détenus,
- Difficultés pour assurer un suivi des mesures de soins après la sortie.

Objectifs régionaux spécifiques

Tous les objectifs viseront à l'application au niveau régional des dispositions du Plan d'Actions Stratégiques 2010-2014.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

Orientations relatives à l'amélioration de l'accès aux soins

Assurer une offre de soins graduée en psychiatrie en développant des prises en charge de groupes dans les établissements pénitentiaires du Limousin, la région n'étant pas dotée 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 N°DHOS/F2/F3/DSS/1A/2008/356, relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé

Organiser les liens entre les UCSA et les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) de rattachement et, en psychiatrie, entre les acteurs des soins psychiatriques ambulatoires et à temps partiel et les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) de rattachement afin de permettre l'accès des personnes détenues à des soins adaptés à leur état de santé et s'assurer du suivi de ceux-ci à la sortie.

Accompagner les mesures prises dans le cadre des chambres sécurisées,

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.

- Développer l'accès aux soins dentaires, à la kinésithérapie et à l'imagerie en particulier au centre de détention d'Uzerche.

- Développer les réflexions sur les problèmes de délais pour transférer des détenus vers le SMPR de Poitiers et l'UHSI de Bordeaux

Faire en sorte que tous les détenus aient des droits sociaux ouverts à la sortie de détention, et s'assurer de l'existence d'organisations efficaces en ce sens,

Orientations relatives à l'amélioration de l'efficacité

Favoriser le développement de la télémédecine, en particulier à Uzerche.

Favoriser les échanges d'informations et de pratiques entre professionnels de santé, et notamment mettre en place une rencontre régulière entre les équipes des UCSA de la région.

Orientations du SROS relatives à la prévention

- Améliorer la prévention du suicide en détention.
- Rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues
- S'assurer qu'un examen bucco-dentaire adapté est réalisé à l'entrée en détention et apporter toute mesure corrective
- 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.
- Développer les actions d'éducation thérapeutique.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

La carte des établissements pénitentiaires conditionne ces évolutions, leur implantation induisant celle des UCSA.

Les décisions qui seront finalement prises sur ce plan en région Limousin :

- Maintien de la carte actuelle (envisagé au moment de la rédaction de ce volet),
- Ou création d'un nouvel établissement, avec ou sans disparition d'autres structures,

Influeront sur la prise en charge sanitaire des détenus.

Il est prévu l'ouverture d'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de 40 places sur Bordeaux (CH Cadillac)

Les évolutions du rôle du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), auront une influence sur le suivi social des détenus. Si cette évolution n'impacte pas directement les missions des UCSA, l'organisation des tâches entre acteurs devra être adaptée, notamment pour garantir le suivi des droits des détenus.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

Améliorer la réponse du dispositif de permanence des soins ambulatoire au sein des établissements pénitentiaires, en particulier en Corrèze

Création/suppression d'implantations prévues aucune	Projets(s) de coopération Projet télémédecine
--	--

I.3.7. MÉDECINE D'URGENCE

Diagnostic régional succinct

En Limousin, 10 structures d'urgence sont autorisées.

On note une augmentation de l'activité régionale de passages en service d'urgence entre 2008 et 2010 (3,8 %) même si le taux d'évolution 2009/2010 est légèrement négatif (les facteurs explicatifs éventuels sont en cours d'étude).

Les évolutions constatées sont disparates d'un département à l'autre. Seule la Corrèze apparaît en augmentation entre chaque période.

La plus forte progression 2008 – 2010 du nombre de passages est enregistrée à Brive, suivi du site HME du CHU. Trois établissements présentent une variation à la baisse sur ces 3 dernières années (CHU site Dupuytren, Guéret, St Yrieix).

L'activité ayant la plus augmentée sur les 3 dernières années est la gériatrie. Elle est surtout marquée en Corrèze. Par ailleurs, on note une forte diminution de la pédiatrie en Creuse.

Les hospitalisations progressent sensiblement plus vite que le nombre de retours à domicile. Le taux d'hospitalisation est passé de 29,5 % en 2008 à 29,2 % en 2009 puis 29,8 % en 2010.

La répartition des services d'accueil des urgences sur le territoire de santé est adaptée.

Concernant les SAMU, trois sites sont autorisés : Tulle, Guéret, Limoges.

Il existe une bonne organisation globale de la régulation en région Limousin même si on note une certaine fragilité des effectifs en général et des données prospectives en matière de ressources humaines médicales devant être anticipées.

SMUR :

- 2 SMUR en Corrèze, un à Brive, un à Tulle et 1 antenne à Ussel
- 1 SMUR à Guéret
- 1 SMUR à Limoges avec 1 antenne SMUR à St Junien. En l'absence de SMUR pédiatrique spécialisé, le SMUR du CHU assure la prise en charge des transports néonataux, en collaboration avec l'équipe de pédiatrie.
- 1 Hélistur au CHU de Limoges.

Une augmentation de 10 % du nombre d'interventions en 10 ans ; 1 maximum de 2 % d'évolution annuelle : cette stabilité signe la qualité de la régulation.

Le maillage actuel des SMUR ne permet pas de répondre de façon optimale au principe d'égalité d'accès aux soins : la création d'une antenne SMUR à St-Yrieix devra ainsi être envisagée à la faveur d'un dispositif global, et viable sur le plan des ressources humaines et financières.

Ces conditions ne pouvant être réunies pour la création d'une antenne SMUR à Aubusson, le principe de réalité concernant la démographie médicale obère toute perspective favorable sur ce site.

Objectifs régionaux spécifiques

- Mieux structurer l'offre de soins dans un triple objectif de proximité, de sécurité et d'amélioration de la qualité :
- Permettre l'accès aux soins pour tous en permanence et en proximité grâce à un maillage fin du territoire de santé,
- Garantir la sécurité et la continuité par l'accès en permanence à des professionnels et à un plateau technique performant, adapté aux besoins du patient.
- Le réseau des urgences doit permettre d'organiser les liens entre l'ensemble des acteurs impliqués,
- Inscrire le dispositif dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

Les orientations en termes d'organisation

- Animer le réseau des urgences. Ce réseau doit permettre une prise en charge coordonnée des urgences au sein du territoire de santé.
- Définir les filières de prises en charge en priorité dans les domaines suivants :
 - Urgences cardiologiques
 - AVC
 - Urgences néonatales
 - Enfants
 - Traumatismes crâniens graves et médullaires et poly-traumatismes
 - Syndromes psychiatriques
 - Radiologie interventionnelle
 - Personnes âgées sans pathologie d'organe émergeant,
- Mettre en place le Répertoire Opérationnel des Ressources,
- Organiser une bonne articulation avec la permanence des soins ambulatoires (PDSA).
- Conformément à la circulaire interministérielle du 31 décembre 2007 relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques et des schémas régionaux d'organisation sanitaire, tenir à jour la cartographie des moyens hospitaliers, du SDIS et des transporteurs sanitaires privés qui concourent au secours à personne et à l'aide médicale urgente.
- Améliorer la réponse aux urgences par une coordination des moyens SDIS-SMUR en conformité avec le référentiel commun du secours à personne et de l'aide médicale urgente

Les orientations en termes de prévention

- Développer les équipes de liaison au sein des services d'urgence : en psychiatrie, en addictologie, en gérontologie,
- Favoriser les formations communes entre ces équipes et les équipes des urgences,
- Formaliser des protocoles suite aux tentatives d'autolyses.
- Renouveler des campagnes de communication sur le rôle du centre 15 dans les AVC et les douleurs thoraciques.
- Intervention des professionnels de santé auprès des jeunes publics (Actions de prévention sur les accidents et leurs séquelles en milieu scolaire + actions de formations auprès des IDE de santé scolaire, en matière d'organisation en cas d'accident)

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

- Maintenir la répartition au sein du territoire de santé des services d'accueil d'urgences
- Réorganisation des moyens SMUR, notamment en Corrèze
- Création d'une antenne SMUR à St Yrieix à la faveur d'un dispositif global, et viable sur le plan des ressources humaines et financières
- Disposer de centres de réception et de régulation des appels (CRRRA) à même de traiter l'ensemble des appels d'urgence avec la participation des médecins libéraux.
- Mieux articuler les CRRRA à l'échelle régionale, notamment en nuit profonde.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- Mieux articuler les activités d'urgence et la permanence des soins ambulatoires,
- Réduire les hospitalisations injustifiées par une meilleure coordination autour du patient en lien avec le médico-social.
- Organiser les retours à domicile (ou en EHPAD) et les transferts inter sites pendant la permanence ambulancière.
- Développer la mise en place de maisons médicales de garde ou de centres de santé en proximité des structures d'urgences.
- Conforter l'intervention des PASS (permanences d'accès aux soins de santé pour les publics en situation de précarité) de même que celle des assistantes de service social dans les services des urgences (disposition réglementaire de mai 2006)

Création/suppression d'implantations prévues :	Projets(s) de coopération
1 antenne SMUR à Saint-Yrieix	Réseau régional des urgences

Indicateurs

- Suivi de l'activité de médecine d'urgence par l'ORULIM qui doit intégrer l'activité SAMU.
- Taux de recours aux urgences hospitalières (nombre de passage pour 10 000 habitants).
- Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU dans les passages aux urgences pendant la permanence des soins.
- Taux de passage aux urgences hospitalières pendant la permanence de soins ambulatoire.
- Taux de passage aux urgences hospitalières en première et en deuxième partie de nuit ne donnant pas lieu à une hospitalisation.
- Part des actes de PDSA régulée.
- Bilan annuel du réseau régional des urgences.
- Nombre de filières pour lesquelles un protocole régional de prise en charge est validé.

I.3.8. SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION**Diagnostic régional succinct**

En Limousin actuellement, 21 établissements disposent d'au moins une autorisation de SSR.

En termes d'activité, six Catégories Majeures Cliniques cumulent environ 80 % de l'activité (Post-traumatique, neuro-musculaire, rhumato orthopédique, affections de l'appareil circulatoire, viscéral, santé mentale). Les trois premiers cumulant la moitié des journées produites

Le taux de recours, standardisé sur âge et sexe, aux SSR en Limousin est inférieur au niveau national, et ce dans toutes les CMC hormis la CMC appareil circulatoire.

L'effet âge est important puisque l'on passe de 5 602 journées/10 000 habitants en taux brut à 4 238 journées/10 000 habitants (-25 %) en taux standardisé.

Globalement, la région a un solde négatif de 5 000 journées environ : elle « exporte » 54 520 journées et « importe » 49 067 journées.

Corrèze (119 816 journées produites pour les corrèziens en 2009 quel que soit le lieu d'hospitalisation)

- En Corrèze 67 %
- En Hte Vienne 6 %
- En Creuse 3 %
- Hors région 24 % (soit 28 700 j)
Lot (10 %), Puy de Dôme (2 %)

Creuse (88 650 journées produites pour les creusois en 2009 quel que soit le lieu d'hospitalisation)

- En Creuse 80 %
- En Hte Vienne 6 %
- En Corrèze 1 %
- Hors région 13 % (soit 12 411 j)
Allier (4 %), puy de Dôme (3 %), Indre (2 %)

Haute Vienne (207 510 journées produites pour les Hts Viennois en 2009 quel que soit le lieu d'hospitalisation)

- En Hte Vienne 88 %
- En Creuse 5 %
- En Corrèze 0.2 %
- Hors région 7 % (14 500 j)
Vienne (1 %), Indre (1 %), Puy de Dôme (1 %)

Sur le site de Limoges (site Messenger), il existe une activité de prise en charge régionale des déficiences visuelles (rééducation basse vision) ; cette activité ne fait pas l'objet d'une mention réglementaire spécifique mais est prise en compte dans le cadre d'une reconnaissance mentionnée dans le CPOM de l'établissement. Cette activité n'est pas remise en cause

Objectifs régionaux spécifiques**Optimiser la pertinence de la prise en charge**

Il faut concevoir le SROS comme un outil permettant de passer d'une stratégie d'établissement à une stratégie de territoire et d'une logique quantitative à une logique qualitative afin d'aller vers une meilleure prise en charge des patients, conciliant l'impératif d'amélioration des pratiques professionnelles, l'optimisation des plateaux techniques et l'efficacité économique

L'orientation des patients doit se faire en fonction de leurs capacités fonctionnelles et de leurs besoins (c'est-à-dire en fonction du niveau de prise en charge requis par la complexité de leur pathologie), l'âge n'étant ni un critère exclusif d'orientation ni un critère d'exclusion.

Développer une plus grande efficacité dans l'organisation territoriale par un renforcement des filières

L'organisation régionale repose sur l'inscription des SSR, qu'ils soient spécialisés ou non, dans des filières, en raison des compétences développées (expérience, plateau technique, qualification du personnel...).

Cette organisation transversale a pour objet d'assurer une prise en charge globale du patient quelle que soit la pathologie ayant justifié l'hospitalisation en SSR.

Ce fonctionnement en filières et (ou) réseaux doit être renforcé par la prise en compte dans cette organisation des missions de prévention et d'éducation thérapeutique notamment.

Mettre en place une coordination des soins

Compte tenu de la diversité des prises en charge en SSR, il est indispensable d'organiser une coordination permettant le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour, de SSR et de médico-social et d'assurer la meilleure orientation possible des patients en provenance du court séjour vers la structure d'aval la plus apte à les prendre en charge au regard de leurs pathologies. Cet objectif passe par la mise en œuvre d'un outil informatique basé sur le répertoire opérationnel des ressources et qui devra être accessible via une plateforme régionale de télé santé afin d'en garantir les éléments de sécurité.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales**Orientations du SROS relatives à la prise en charge**

- Structurer et faciliter les orientations en SSR par des accords de coopération
- Améliorer l'accès aux soins, l'efficacité en s'assurant de l'organisation optimale des services (conditions de fonctionnement, projet de soins, démarche régionale de comparaison des DMS).
- Favoriser l'intervention des médecins SSR en court séjour :
 - En amont (consultations précoces du médecin de rééducation en court séjour),
 - En aval (retour à domicile ou entrée en établissement médico-social)
- Développer l'hospitalisation à temps partiel en SSR,
- Favoriser l'identification de lits en SSR par leur inscription, qu'ils soient spécialisés ou non, dans des filières.

- Développer un outil informatisé permettant d'optimiser l'orientation des patients dans la filière SSR,
- Développer une culture de soins palliatifs en SSR par un partenariat avec les EMSP et l'Unité Dédiée du CHU

Orientations du SROS relatives à la prévention

- Mettre en place une prise en charge globale et pluridisciplinaire des patients, avec un programme d'éducation thérapeutique adapté à chaque type de prise en charge sous réserve du respect de la procédure d'autorisation.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité**Les SSR non spécialisés (25 implantations sur le territoire de santé)**

Les implantations des SSR non spécialisés constituent le socle des autorisations.

Les structures de soins de suite non spécialisés se caractérisent par une polyvalence importante, accueillant des patients en provenance de services de court séjour ou du domicile, avec une autonomie souvent réduite. Ceux-ci nécessitent une surveillance et des soins continus pluridisciplinaires avec un objectif de réinsertion ou d'amélioration de l'autonomie, avec l'évaluation et l'adaptation préalables à un retour à domicile.

Les SSR spécialisés**La prise en charge des affections de l'appareil locomoteur (7 implantations sur le territoire de santé)**

Ce type d'établissement s'adresse essentiellement aux patients nécessitant une rééducation pluridisciplinaire et intensive, des soins d'appareillage, une surveillance et un traitement médical important.

Un segment spécifique est identifié au titre des affections spécialisées :

→ La psychoréhabilitation des cérébro-lésés (Voir volet SROS Traumatisés crâniens)

La prise en charge des affections du système nerveux en SSR (6 implantations sur le territoire de santé)

Les pathologies spécifiques prises en charges sont les suivantes : AVC, traumatismes crâniocéphaliques graves ; pathologies médullaires ; affections démyélinisantes et pathologies neuro-musculaires quand un problème spécifique se surajoute (perte de marche/spasticité/troubles ventilatoires) ; maladies musculaires (dystrophies musculaires et myopathies) et neuro-dégénératives

Un segment spécifique est identifié au titre des affections spécialisées :

→ La psychoréhabilitation des cérébro-lésés (Voir volet SROS Traumatisés crâniens)

La prise en charge des affections cardio vasculaires (2 implantations sur le territoire de santé)

L'orientation d'un patient dont l'état doit être stabilisé, pour une prise en charge spécialisée en SSR « cardio-vasculaire » est liée à l'existence d'un risque élevé de complication et/ou de décompensation au cours de la réadaptation cardiovasculaire

La prise en charge de patients à risque élevé au décours immédiat d'une prise en charge en post opératoire précoce notamment, nécessite une mise en place, sur site, de modalités de surveillance et de prise en charge qui permettent d'assurer une sécurité continue pendant le séjour

La prise en charge des affections respiratoires (2 implantations sur le territoire de santé)

La prise en charge spécialisée des affections de l'appareil respiratoire s'adresse aux patients les plus lourds, notamment ceux atteints de broncho pneumopathies obstructives chroniques évoluées, d'asthme difficile, ou d'autres pathologies respiratoires nécessitant une rééducation complexe et intensive.

Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien (6 implantations sur le territoire de santé)

Trois segments sont pris en compte au titre de la spécialisation :

- Obésité sévère ou morbide,
- Patients avant ou après une intervention chirurgicale complexe ou une greffe,
- Dénutritions sévères (pouvant relever de la polypathologie de la Personne âgée).

Les sites spécialisés bénéficieront de la mention spécialisée sous condition de permettre de répondre à des besoins identifiés, en cohérence avec les contraintes médico-économiques, et de présenter un projet médical.

Un partenariat devra être envisagé dans le cadre d'une organisation interrégionale.

Prise en charge des affections onco hématologiques (1 implantation sur le territoire de santé)

Ce type de prise en charge concerne exclusivement les hémopathies malignes chez l'adulte, mais aussi, pour les enfants, peut concerner les affections oncologiques.

Prise en charge des brûlés (1 implantation sur le territoire de santé)

L'accès aux soins des patients du Limousin passe par la reconnaissance, au niveau régional, d'un centre secondaire de prise en charge des grands brûlés en SSR (site spécialisé à vocation régionale), dans la mesure où le CHU dispose des compétences et répond aux caractéristiques techniques du cahier des charges du décret du 17 avril 2008. Dans le cadre du SIOS Sud-Ouest, un partenariat doit être établi et renforcé avec les Centres de Grands brûlés (Région Grand sud-ouest) et le CHU pour compléter le dispositif.

Prise en charge des affections liées aux conduites addictives (3 implantations sur le territoire de santé)

Ce type d'établissement constitue une des modalités de la filière hospitalière de soins en Addictologie définie par la circulaire DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008.

Cette prise en charge en SSR spécialisé vise à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation des patients. Les patients doivent être stabilisés sur le plan somatique.

Elle représente un temps intermédiaire de prise en charge résidentielle entre les soins aigus et le suivi ambulatoire après le retour dans le lieu de vie.

La prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance (12 implantations sur le territoire de santé)

Ce type de structure s'adresse à des patients qui ne se définissent pas uniquement par leur âge, mais se caractérisent par un état polypathologique et une vulnérabilité requérant une prise en charge spécifique, multidisciplinaire (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, psychologue, assistante sociale...) coordonnée par un médecin spécialisé en gériatrie

Il est rappelé que les structures mutualisées telles que les équipes mobiles, les consultations mémoire, les unités cognitivo-comportementales, doivent être accessibles à tous les SSR.

Le développement de l'hospitalisation de jour dans les SSR spécialisés semble nécessaire, au regard des éléments suivants : cela permet :

- De ne pas désocialiser le patient par une hospitalisation complète,
- Un accompagnement réel et organisé au domicile,
- Une mise en œuvre de la prévention.

Préconisations enfants et adolescents

Ces établissements doivent répondre aux conditions techniques des SSR et aux conditions techniques particulières spécifiques de la prise en charge pluridisciplinaire des enfants :

- Présence d'un pédiatre en cas d'oxygénothérapie, de ventilation assistée ou d'alimentation parentérale,
- Dans les autres cas, si le médecin coordonnateur n'est pas qualifié spécialiste en pédiatrie, il doit justifier d'une formation ou d'une expérience attestée dans la prise en charge des enfants,
- Présence d'un puériculteur, éducateur de jeunes enfants ou éducateur spécialisé,
- Élaboration d'un projet thérapeutique prenant en compte l'ensemble des aspects sanitaire, éducatif, psychologique et socio familial.

L'objectif prioritaire régional est la mise en place d'une prise en charge à temps partiel pour les enfants et/ou adolescents victimes d'obésité dans le cadre :

- D'une prise en charge en hospitalisation de jour
- D'un établissement d'accueil par département

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

Organiser les relations ville-hôpital : améliorer la coordination entre les professionnels, hospitaliers médicaux et para médicaux, les intervenants de soins et de rééducation à domicile, le médecin traitant afin de développer notamment les pratiques préventives destinées à éviter les réhospitalisations.

Coordonner le parcours de soins et fluidifier le retour des patients au domicile ou en institution

Favoriser la mise en place d'unité de recours et de soins gériatriques dans les SSR

Plus particulièrement pour les SSR spécialisés à orientations personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance :

Renforcer la coordination avec le court séjour et notamment avec les services d'urgences de façon à repérer les patients fragiles et optimiser leur prise en charge en lien avec les équipes mobiles de gériatrie,

Préparer et aider au retour à domicile par les équipes spécialisées de l'établissement,

Formaliser des conventions avec les EHPAD, les USLD ainsi qu'avec les HAD

Création/suppression d'implantations prévues : - Personnes âgées site Baudin (HJ); - SSR en addictologie sur le site de Saint-Vaury, en coopération avec les établissements sanitaires du département et avec l'appui du centre de recours et d'expertise régional. - SSR en addictologie : site d'Eygurande. - SSR pour la prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien – segment Obésité pour enfants et adolescents en hospitalisation de jour : Tulle en complément de Sainte-Feyre et de Limoges (site Messenger).	Projets(s) de coopération - Coordination des admissions de tous les SSR - En Corrèze SSR en addictologie implantation sur le site d'Eygurande, en coopération avec les établissements sanitaires du département et avec l'appui du centre de recours et d'expertise régional
---	--

Indicateurs

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)

Pourcentage et motif des séjours inadéquats

Volume de séjours palliatifs

Nombre d'admissions directes du domicile

Indicateurs de qualité concernant le thème Dossier du patient en secteur SSR

- La tenue du dossier patient,
- Le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation,
- La traçabilité de l'évaluation de la douleur,
- Le dépistage des troubles nutritionnels,
- La traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre.

I.3.9. MÉDECINE

Diagnostic régional succinct

L'activité des établissements relevée à partir des données du PMSI

Année 2009	nombre de séjours 2009	part d'activité départementale Secteur
Brive	12842 34 %	Public = 75 %
Tulle	7170 19 %	
Ussel	4250 11 %	
Bort	410 1 %	
SIBTU	4095 11 %	Privé = 25 %
CI Cèdres	4965 13 %	
CI St Germain	4599	
Guéret	9456 56 %	Public et ESPIC = 79 %
Aubusson	514 3%	
Bourganeuf	697 4 %	
CI Marche	3466 21 %	
CI X Blanche	623 4 %	
Ste Feyre	2103 12 %	Privé = 21 %
CHU	44809 63 %	
St Junien	5179 7 %	
St Yrieix	2597 4 %	
HIHL	977 1 %	
CI Chénieux	8077 11 %	
CI Emailleurs	5739 8 %	
CI Colombier	3656 5 %	Public = 75 %
		Privé = 25 %

Source PMSI

Les implantations existantes garantissent le maillage en médecine du territoire régional.

L'évolution de l'activité ne semble pas justifier la mise en œuvre d'implantation supplémentaire.

Plusieurs mesures accompagnent la mise en œuvre de la gradation des soins existante :

- La mise en place de consultations avancées dans les hôpitaux de proximité,
- L'accompagnement des hôpitaux de proximité dans la mise en œuvre des filières de soins dont gériatrique,
- Organisation de filières spécialisées (cancérologie, neurologie dans le cadre des AVC en lien avec l'UNV.

Fuites – Attractivité (année 2009)-> Corrèze

Les établissements corréziens produisent 38 331 séjours

Les corréziens consomment 38 591 séjours

Le taux de fuite hors département est de 21.5 % (Haute Vienne 13 %, Puy de Dôme 2 %, Hte Garonne 1 %, Cantal 1 %)

-> Creuse

Les établissements creusois produisent 16 859 séjours

Les creusois consomment 23 859 séjours

Le taux de fuite hors département est de 33.5 % (Hte vienne 17 %, Allier 9 %, Puy de Dôme 3 %, Corrèze 1 %)

-> Haute Vienne

Les établissements hauts viennois produisent 71 034 séjours

Les haut-viennois consomment 52 938 séjours

Le taux de fuite hors département est de 3.8 %

Recours aux soins de médecine

Régionalement, le recours standardisé (c'est-à-dire hors effet âge et sexe) pour les soins de médecine est globalement comparable au taux national (différence de -5 %)

On observe cependant une différence nette entre les 3 départements (Hte Vienne sous consommation et Creuse surconsommation)

Par ailleurs, sur certaines spécialités, on observe des écarts importants, comme par exemple,

-> Les endoscopies sont régionalement sous consommés (région 145/France 187) ou inversement les soins de rhumatologie sont surconsommés (région 69.6/France 48.8)

-> Avec en plus d'importants écarts interdépartementaux.

Les services de pédiatrie :

- Haute-Vienne: CHU
- Corrèze: SIBTU: Centre Hospitalier Brive et Centre Hospitalier Tulle
- Creuse: Centre Hospitalier Guéret

Objectifs régionaux spécifiques

- Améliorer l'offre de soins en optimisant la gradation des soins hospitaliers.
- Améliorer le parcours de soins en intra-établissement et avec la ville et le médico-social notamment pour améliorer la prise en charge de la chronicité et des pathologies du vieillissement.
- Réduire les hospitalisations injustifiées grâce à la mise en œuvre de moyens coordonnés autour du patient pour le maintenir autant qu'il est possible à son domicile et limiter les hospitalisations à ce qui est nécessaire.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales**Les orientations du SROS en matière de qualité et de sécurité des soins**

Améliorer le fonctionnement et la qualité de la prise en charge de la douleur chronique, et notamment :

- Diminuer les délais d'attente,
- Améliorer l'accès aux consultations douleur,
- Enrichir la composition des équipes
- Assurer la continuité des prises en charges entre douleur aiguë et douleur chronique

Les orientations du SROS en matière d'efficience

- Diversifier l'offre hospitalière en médecine : développer les alternatives à l'hospitalisation complète
- Recentrer les services de médecine sur les soins aigus en permettant une meilleure adéquation des séjours aux besoins des patients et une fluidité de la filière de prise en charge :

- Les situations présentant un risque social doivent être détectées dès l'admission par les assistantes sociales. La solution de sortie la plus adaptée (HAD, retour à domicile...) doit être recherchée dès l'entrée.
- L'identification des passages itératifs de certains patients aux urgences doit permettre de dépister des situations de perte d'autonomie afin de prévenir certaines hospitalisations.
- Un travail est nécessaire avec les aidants notamment familiaux qui doivent être davantage accompagnés pour favoriser le maintien à domicile.
- Il est nécessaire de développer l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) des personnes âgées à l'hôpital en prévention des complications des maladies chroniques avec pour objectif la diminution des hospitalisations évitables.
- Renforcer les coopérations entre les établissements de santé autorisés à la médecine

Les orientations du SROS en matière d'adéquation de l'offre

- Assurer un maillage territorial de l'offre de soins en médecine en optimisant l'utilisation du temps médical, en rapprochant l'offre des besoins dans le cadre du développement des consultations avancées et en développant la télémédecine.

Les orientations du SROS relatives à la prévention

- Promouvoir l'éducation à la santé auprès des familles et des professionnels de santé.
- Mener des campagnes d'éducation à la santé sur les principales pathologies chroniques et notamment celles qui mènent à la dépendance
- Promouvoir le développement de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP)

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

- Développer la prise en charge ambulatoire en médecine (l'hospitalisation de jour en médecine garde toute sa place pour les actes prévisibles qui nécessitent une surveillance ou des moyens que seul un établissement de santé est en mesure de prodiguer)
- Développer l'hospitalisation de semaine qui permet un délai d'hospitalisation programmée court avec un maintien du lien familial et une meilleure qualité de vie pour le patient ainsi qu'une diminution du pool de personnel soignants.
- Développer la prise en charge dans des services de post-urgences, notamment dans les établissements présentant un fort taux d'inadéquation lors de l'admission dans les services ou des temps d'attente aux urgences importants.
- Maintenir les implantations existantes qui garantissent le maillage en médecine du territoire régional

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- Établir un programme de fiches d'alerte élaborées par des gériatres pour les professionnels de santé de ville ou à diffuser par ces derniers sous forme d'affiches ou de dépliants (à l'image de ce qui a été fait sur la déshydratation) avec pour thèmes « les facteurs de risque d'hospitalisation », « les risques de chute », « l'organisation à la maison » etc.
- Poursuivre les travaux sur le maintien à domicile en intégrant cette dimension aux missions des équipes mobiles de gériatrie existantes, en lien avec l'UPSAV.
- Améliorer la préparation à la sortie sur le plan médical, paramédical et social.

Création/suppression d'implantations prévues	Projets(s) de coopération
aucune	

Indicateurs

- Nombre de séjours en médecine dans les établissements de santé pour 10 000 habitants
- Part des séjours de médecine en hospitalisation de jour
- Part des séjours de médecine avec actes techniques de médecine sous anesthésie générale ou locorégionale.
- Nombre de patients atteints d'une maladie chronique pris en charge dans le cadre d'un programme d'ETP autorisé par l'ARS.
- 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.

I.3.9 BIS. MÉDECINE – FOCUS SUR LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE**Diagnostic régional succinct**

La filière gériatrique doit s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique que sont **le court séjour gériatrique**, noyau dur de la filière, **l'équipe mobile de gériatrie**, **l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique**, **les soins de suite et de réadaptation appropriés** aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), **les soins de longue durée**.

Dans la région, seul le CHU dispose d'une filière complète.

Les centres hospitaliers de Guéret, Brive, Tulle et Ussel ne disposent pas soit d'unité de consultation soit d'unité d'hospitalisation de jour. A noter que seule l'équipe mobile de Tulle intervient en extra hospitalier.

Objectifs régionaux spécifiques

- Mieux articuler les différents acteurs du secteur sanitaire et du médico-social afin de fluidifier les parcours en amont et en aval
- Avoir une approche centrée autour du parcours de vie de la personne avec une exigence de bienveillance
- Éviter les passages aux urgences de personnes âgées en anticipant les situations à risque
- Mieux articuler la prise en charge des personnes psychotiques vieillissantes ou atteintes de démence entre les soins somatiques et psychiatriques.
- Soutenir la thématique « autonomie et santé » avec la poursuite à partir du CHU des expérimentations de nouvelles technologies à domicile ou en institution, préfigurant la mise en place d'une plateforme régionale d'autonomie et santé.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales**Les orientations du SROS en matière de prise en charge en structure sanitaire**

1 - Consolider les filières gériatriques dans les territoires de proximité

2 - Définir les conditions de l'évaluation gériatrique au sein de chaque territoire

Mettre en place au sein des territoires de proximité des pôles d'évaluation gériatriques.

Plusieurs supports peuvent être envisagés pour ces lieux d'évaluation :

- Soit au sein des unités de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique
- Soit par les équipes mobiles de gériatrie
- Soit dans le cadre des courts séjours gériatriques

- Soit dans le cadre d'un déploiement plus large de l'UPSAV dans la région en partenariat avec les équipes mobiles. L'UPSAV doit assurer une action de coordination régionale des relais locaux (équipe mobile de gériatrie) compte tenu de son rôle d'évaluation et de prévention, notamment pour appliquer des méthodes d'évaluation inspirées de l'outil UPSAV. Il s'agit de préfigurer

une plateforme d'évaluation régionale de la prévention de la perte d'autonomie et de décompensation des polyopathologies chroniques du sujet âgé.

3 - Élargir les missions des équipes mobiles de gériatrie à l'extra hospitalier

Assurer les missions suivantes

- Évaluation gériatologique,
- Orientation vers la filière gériatrique,
- Conseiller et informer les équipes soignantes.

Assurer des consultations avancées

Apporter des conseils auprès des médecins traitants et aux EHPAD

Déployer les méthodes d'évaluation au domicile et de prévention mises en œuvre par l'UPSAV

4 - Développer la complémentarité avec les services de psychiatrie

Développer l'appui aux établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes dans le cadre de convention prévoyant les actions de soutien, les conditions d'accessibilité aux soins des personnes démentes et appui en situation de crise via le GCS régional de santé mentale.

5 - Formaliser les conditions d'un partenariat avec les services d'HAD

6 - Les urgences gériatriques

6-1 - Les orientations relatives à l'amont des urgences

- Mettre en place des filières d'admission directe dans les services de court séjour
- Mettre en place dans chaque département au moins une unité de recours et de soins gériatriques.

6-2 - Les orientations relatives à l'accueil aux urgences et au partenariat avec les services d'urgences

- Prévoir au sein des services d'urgence dans la mesure du possible :
 - La présence de l'UMG ou au moins d'un gériatre
 - Des conditions d'accueil adaptées selon les flux des personnes accueillies.

6-3 - Les orientations relatives au post urgence et aux filières d'aval

- Mettre en place de lits de post urgence gériatriques

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

Sites	Établissement support de la filière	Composante de la filière à mettre en place	Échéance prévisionnelle	Observations
Département de la Corrèze				
BRIVE	CH BRIVE	Mise en place d'une unité d'hospitalisation de jour Intervention de l'équipe mobile en extra hospitalier	2014	Projet s'intégrant dans la restructuration du pôle gériatrique du CH
TULLE	CH TULLE	Mise en place d'une unité de consultation gériatrique	2012	
USSEL	CH USSEL	Unité de consultation et d'hospitalisation de jour Structuration de l'équipe mobile de gériatrie et intervention en extra hospitalier	2012 -2013	
Département de la Creuse				
GUERET	CH GUERET	Mise en place d'une unité d'hospitalisation de jour Intervention de l'équipe mobile en extra hospitalier	2012	
AUBUSSON	CH AUBUSSON	Mise en place d'un court séjour gériatrique	2012	Activité gérée dans le cadre du GCS d'Aubusson,
Département de la Haute Vienne				
SAINT-YRIEIX	CH St YRIEIX	Unité de consultation et d'hospitalisation de jour Intervention de l'équipe mobile en extra hospitalier	2012	
SAINT-JUNIEN	CH St JUNIEN	Mise en place d'un court séjour gériatrique Intervention de l'équipe mobile en extra hospitalier	2012	

Le CHU de Limoges dispose de l'ensemble des composantes de la filière gériatrique.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- Améliorer l'articulation avec le secteur des EHPAD et de l'aide à domicile éventuellement médicalisée
- Renforcer le partenariat des EHPAD avec le réseau des urgences RÉSURGENCE
- Organiser des rencontres régulières entre les médecins urgentistes et les médecins coordonnateurs d'EHPAD.

Création/suppression d'implantations prévues	Projets(s) de coopération
aucune	Projet télémédecine

I.3.10. CHIRURGIE**Diagnostic régional succinct**

Le Limousin compte 13 établissements autorisés à pratiquer l'activité de chirurgie :

- Corrèze : CH Brive, CH Tulle, CH Ussel, Clinique des Cèdres, Clinique Saint Germain
- Creuse : CH Guéret, Clinique de la Marche, Clinique de la Croix blanche
- Haute Vienne : CHU (détenant l'autorisation de chirurgie ambulatoire du CH de St Yrieix), CH Saint Junien, Clinique F. Chénieux, Clinique des Emailleurs, Clinique du Colombier

L'activité chirurgicale est en croissance régulière, sur l'ensemble des disciplines : + 4 % entre 2006 et 2009. Cette activité en hausse est liée en particulier au vieillissement de la population (chirurgie prothétique, cataracte notamment)

Consommation de soins de chirurgie

Corrèze : Les Corrèziens « consomment » 23 762 séjours en totalité dont 74 % dans les établissements de Corrèze. Le taux de fuite est de 26 % (Haute Vienne essentiellement, Puy de Dôme, Hte Garonne).

Creuse : Les Creusois « consomment » 12 525 séjours en totalité dont 46 % dans les établissements de Creuse. Le taux de fuite est de 54 % (Haute Vienne et Allier essentiellement, Puy de Dôme).

Hte Vienne : Les Hauts Viennois « consomment » 36 009 séjours en totalité dont 96 % dans les établissements de la Haute Vienne.

Globalement, le Limousin a une attractivité supérieure aux fuites pour les séjours de chirurgie :

- En chirurgie complète, le solde positif est de 4 000 séjours (2009)
- En chirurgie ambulatoire, le solde positif est de 2 500 séjours (2009)
- La région « exporte » 6 300 séjours et « importe » 13 000 séjours : **la région est attractive.**

La Haute Vienne a une forte attractivité sur la Corrèze et surtout la Creuse ; la Creuse a un fort taux de fuites et voit partir hors région 25 % des séjours chirurgicaux, notamment vers l'Allier

Globalement, **le taux de recours standardisé à la chirurgie** est plus faible en Limousin comparé à la France, avec un écart qui se maintient au fil des ans de 5 points environ.

Ce décalage interroge à la fois sur l'accès aux soins des habitants de la région mais aussi sur l'organisation à mettre en place pour répondre aux besoins

L'évolution des conditions d'exercice des médecins, liée à leur spécialisation croissante, augmente les difficultés à assurer une permanence des soins. Les exigences sécuritaires imposent des contraintes fortes en termes de permanence et continuité des soins.

Concernant la pratique de la chirurgie ambulatoire, la région Limousin accuse un retard pour ce type de prise en charge.

La chirurgie pédiatrique en Limousin

- La pratique de la chirurgie pédiatrique se caractérise par un très petit nombre de chirurgiens pédiatres qualifiés et d'anesthésistes expérimentés ; hors ce constat, il faut noter que des professionnels disposant d'une expérience sont amenés à intervenir chez les enfants, et ce, dans le cadre des recommandations de bonne pratique (seuils d'activité, âge, poids...)
- Par ailleurs, la chirurgie néo natale et la chirurgie pédiatrique pour les enfants de un an et/ou de poids inférieur à 10 kg ne se pratiquent qu'au CHU, à l'exception de quelques interventions en ORL et ophtalmologie.

Le service de chirurgie pédiatrique du CHU, à vocation régionale, dispose de l'ensemble des composantes de la spécialité (orthopédie, viscéral-urologie, plastique et reconstructrice) et se positionne comme établissement de référence.

Objectifs régionaux spécifiques

- Faciliter l'accès aux soins par :
 - Le développement des consultations avancées de spécialistes,
 - Le maintien d'un secteur 1 suffisant,
- Favoriser les rapprochements des plateaux techniques de chirurgie en redistribuant et en concentrant les offres de soins.
- Développer la chirurgie ambulatoire : 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. L'objectif de 80 à 85 % de réalisation en ambulatoire pour les gestes marqueurs est réaffirmé.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

Orientations relatives à la fluidification des parcours

Assurer la fluidité des filières de prise en charge entre chirurgie et SSR et chirurgie et HAD : l'avis du médecin de médecine physique sera sollicité dès la phase aiguë afin de préparer la phase secondaire. De la même façon, la mise en action de la filière gériatrique de l'établissement sera entreprise très précocement.

Le recours à l'HAD devra être développé dans les suites post opératoires

Orientations relatives à la qualité et à la sécurité des soins

- Constituer des équipes chirurgicales et anesthésiques suffisamment conséquentes pour assurer dans chaque spécialité chirurgicale une pratique de qualité associant spécificité et complémentarité
- Structurer une offre de soins efficiente à partir entre autres de la démarche « benchmark » des blocs opératoires.
- Développer la qualité et la sécurité des soins : évaluer les pratiques, la qualité et la sécurité des prises en charge.

Orientations relatives à la chirurgie pédiatrique

- Améliorer la qualité de la prise en charge chirurgicale des enfants, notamment de 0 à 10 ans ;
- Concilier proximité des soins (pour l'enfant et pour sa famille) et qualité et sécurité.
- Mener un travail régional en collaboration entre le service régional de référence en chirurgie pédiatrique et néonatale et les établissements concernés. Ce travail se fera en tenant compte des compétences professionnelles existantes, et des conditions de prises en charge adaptées aux enfants d'âge supérieur à 1 an.
- Concrétiser l'organisation en filière par la mise en place de conventions ou de protocoles communs, notamment pour l'organisation des transferts.
- Développer la chirurgie ambulatoire chez l'enfant.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

Développer la chirurgie ambulatoire :

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'efficacité de l'activité de chirurgie classique et d'optimisation des ressources humaines et financières.

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.

• 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.

* Structurer la gradation des sites de chirurgie en identifiant les recours dans le SROS et la coopération entre les différents niveaux

1. La chirurgie spécialisée relève du niveau régional ou interrégional

Ce niveau assure l'ensemble de l'offre des activités hautement spécialisées et/ou de recours (à l'exception de certains segments nécessitant une organisation inter régionale ou nationale).

Il inclut la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, les transplantations et greffes (rénales, cardiaques), la chirurgie pédiatrique spécialisée, les polytraumatismes graves, la chirurgie ORL d'oto-neurochirurgie

→ Ce niveau concerne le pôle régional (CHU)

2. La chirurgie de niveau infra régional

→ Ce niveau se distingue par une activité à la fois programmée et/ou en urgence.

Ce niveau concerne les établissements suivants :

- CH Brive
- CH Tulle
- CH Ussel
- Clinique Cèdres
- Clinique Saint Germain
- CH Guéret et Clinique de la Marche (dans le cadre d'un rapprochement en cours entre les 2 établissements)
- CHU Limoges
- CH Saint Junien
- Clinique Chénieux
- Clinique Emailleurs/Colombier
- La clinique de la Croix blanche dans le cadre d'un projet médical avec le territoire de Guéret en organisant une filière structurée et organisée inter établissements et en développant la chirurgie ambulatoire

3. L'offre chirurgicale pour les activités de soins exclusivement programmées

- 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.
- Il concerne le CH de Saint Yrieix (chirurgie ambulatoire cataracte – dont l'autorisation a été transférée au CHU)

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

Développer les coordinations entre les sites de chirurgie et les professionnels ambulatoires avec mise en commun des documents, outils, méthodologies en matière de chirurgie ambulatoire sur la région et. organisation d'une journée d'information.

Création/suppression d'implantations prévues :	Projets(s) de coopération :
En l'absence de textes réglementaires imposant des seuils d'activité, les sites de St-Yrieix et Aubusson (clinique de la Croix Blanche) sont maintenus.	CH Guéret/Clinique de la Marche CH Brive/Clinique Saint-Germain CH Aubusson/Clinique de la Croix Blanche Cliniques du site de Limoges

Indicateurs

Activité

- Part de la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble de l'activité de soins de chirurgie
- Taux de réalisation pour les 17 gestes marqueurs
- Suivi du volume Taux de recours à la chirurgie
- Global d'activité de chirurgie par établissement

Qualité et sécurité

- Suivi des indicateurs SURVISO,
- Fonctionnement du bloc opératoire (benchmark blocs opératoires)
- Suivi de l'offre de soins
- Évolution des structures

I.3.11. RÉANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE

Diagnostic régional succinct

- Le territoire régional de santé du Limousin compte actuellement :
- 3 services de réanimation, installés dans les Centre Hospitalier de Brive, Guéret et au CHU de Limoges ;
- 7 unités de soins intensifs, hors cardiologie, dont 6 spécialisées au CHU de Limoges (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, UNV, hématologie, néphrologie, chirurgie viscérale et orthopédie) et 1 au Centre Hospitalier de Tulle,
- 4 unités de soins intensifs cardiologiques au CHU de Limoges, à Guéret, Brive et Tulle
- Des unités de surveillance continue (toujours hors cardiologie spécifiquement) installées aux :
 - Centre Hospitalier de Tulle (en cours d'installation) et CH d'Ussel, clinique des Cèdres à Brive,
 - Centre Hospitalier et clinique de la Marche à Guéret, CMN de Sainte-Feyre,
 - Centre Hospitalier de Saint-Junien, de Saint-Yrieix, CHU de Limoges et clinique du Colombier et clinique Chénieux.

Un service de réanimation pédiatrique au CHU de 3 lits en cours de structuration (1 seul lit est installé) confronté au problème de pénurie en matière de réanimateur pédiatrique.

Objectifs régionaux spécifiques

Améliorer la structuration régionale fondée sur une organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins (réanimation, SI, SC) dans le cadre d'un travail en réseau formalisé par convention.

Une collaboration étroite est également nécessaire avec les SAMU et les structures d'urgence.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

Orientations du SROS relatives à l'organisation des soins

- Ajuster, dès la régulation médicale, l'organisation de la filière régionale de prise en charge des polytraumatisés, en lien avec le SAMU et les services d'Urgences, dans le cadre du réseau des urgences.
- Réduire les DMS par un renforcement des coopérations relais avec les services de médecine et de chirurgie concernés et les structures de SSR,
- Revoir l'activité de surveillance continue, avec meilleure caractérisation des patients qui, le cas échéant, auraient dû être admis en USC et ont été pris en charge en hospitalisation complète, et également ceux qui sont restés en surveillance continue mais qui auraient dû être admis en réanimation ou SI,
- Nécessité, pour chaque service de réanimation, d'informer notamment en période estivale, les autres unités de même type, d'une fermeture,
- Encourager la création de postes de psychologues notamment dans les services de réanimation,

- Renforcer les collaborations entre le CHU et les autres services de réanimation dans le domaine du soin, de la formation et de la recherche clinique, notamment pour ce dernier point à travers les actions de soutien régionales déjà en place et le projet de portail régional de recherche du CHU.
- Identifier le service régional de réanimation pédiatrique par rapport au service régional de réanimation néo-natale, l'un s'intégrant dans la filière pédiatrique l'autre dans la filière néonatale.
- Les UMAC (unité mobile d'assistance circulatoire) répondent actuellement à la prise en charge de besoins exceptionnels, mais sont appelées à se développer. Les indications en seront sans doute de mieux en mieux sériées, et le CHU de Limoges amené à être alors positionné comme centre ressource en la matière.
- Définir les indications de transferts précoces dans le cadre d'une prise en charge par AREC (assistance respiratoire extracorporelle).
- Regrouper les unités de surveillance continue dans un objectif de mutualisation des ressources.

Orientations du SROS relatives à la prévention

- Développer une formation adaptée des personnels et l'utilisation de protocoles en hygiène,
- Renforcer la surveillance des infections nosocomiales et leur traitement.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

- Maintenir l'organisation régionale actuelle (hors USIC), qui répond aux besoins et permet une prise en charge graduée des patients.
- Mettre en conformité avec la réglementation les services du CHU et CH de Brive, avec rattachement des USC aux services de réanimation
- Développer la prise en charge en unité de soins intensifs cardiologiques sur le site de Limoges en lien avec le développement de la rythmologie interventionnelle.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- Mieux structurer la prise en charge des Insuffisants Respiratoires (IR) à domicile :
 - Améliorer la coopération des acteurs de soins susceptibles de prendre en charge ces patients aussi bien sur la plan médical que social (partage d'expériences avec les médecins généralistes, discussion des cas les plus difficiles...).
 - Mettre en commun des données épidémiologiques et développer un axe de recherche chez ces patients ventilés au long cours, afin d'améliorer leur prise en charge.
- Conforter, dans les services de réanimation, le rôle majeur des assistantes sociales, fondé sur une évaluation personnalisée des patients et de leurs familles.

Création/suppression d'implantations	Projets(s) de coopération
Prévues :	
créer une Unité de soins intensifs cardiologiques sur le site de Limoges	

Indicateurs

Pour la réanimation, les indicateurs utilisés dans le bilan ont été jugés pertinents :

- TO, DMS, origine géographique des patients, âge moyen
- Motifs d'admission : % médical, % chirurgical programmé, % chirurgical non programmé, % polytraumatisés, % intoxications
- IGS II, % de patients ventilés, % de patients ventilés pendant + de 48 heures, durée moyenne de ventilation/patient, % de journées ventilation/journées théoriques
- Nombre de séances d'épuration extra-rénale, % de patients avec support les hémodynamique
- % de décès dans le service, % mortalité totale hospitalière
- % infections nosocomiales (pulmonaires – urinaires – bactériémies); nombre et type d'actions engagées dans la lutte contre les infections nosocomiales

Pour les Soins Intensifs: les indicateurs sont les mêmes que pour la réanimation sauf CTCV et neurochirurgie :

- TO, DMS, origine géographique des patients, âge moyen
- Motifs d'admission : % médical, % chirurgical programmé, % chirurgical non programmé, % polytraumatisés, % intoxications
- IGS II, % de patients ventilés, % de patients ventilés pendant + de 48 heures, durée moyenne de ventilation/patient, % de journées ventilation/journées théoriques
- Nombre de séances d'épuration extra-rénale, % de patients avec support les hémodynamique
- % de décès dans le service, % mortalité totale hospitalière
- % infections nosocomiales (pulmonaires – urinaires – bactériémies); nombre et type d'actions engagées dans la lutte contre les infections nosocomiales

Pour les Soins Continus: les indicateurs retenus sont les suivants :

- Le type de chirurgie pratiquée pour les USC chirurgicales
- IGS II
- % de patients sous vasopresseurs
- % de patients sous ventilation mécanique invasive < à 48 heures
- % de patients sous VNI sans limite de temps

L'ensemble de ces indicateurs sera communiqué annuellement par les établissements concernés à l'Agence Régionale de Santé.

I.3.12. PÉRINATALITÉ**Diagnostic régional succinct****Périnatalité :**

- 7 300 naissances domiciliées, un faible taux de natalité mais également un faible taux de fécondité par rapport au niveau national.
- Une plus faible proportion de femmes mal suivies (1re consultation après le 1er trimestre, moins de 3 échographies) par rapport au niveau national.
- Un recours à la préparation à l'accouchement identique au niveau national en Haute-Vienne et Corrèze, sensiblement plus faible en Creuse (accessibilité géographique).

Un dispositif d'Entretien Prénatal Précoce très rapidement monté en puissance ciblant prioritairement des femmes présentant une vulnérabilité, en particulier psychosociale.

Des indicateurs périnataux proches de la moyenne (taux de prématurés un peu élevé en Creuse) par rapport au niveau national.

Davantage de transferts post-nataux dans ce département par rapport au niveau national.

Un allaitement à la naissance proche du niveau national, sauf en Creuse (en particulier à l'Est)

Petite enfance :

A 5-8 ans : 10 % des enfants en surcharge pondérale (dont 3 % obèses) : chiffres en baisse et plus faibles qu'au niveau national.

Couverture vaccinale (Rougeole) du même ordre qu'au niveau national à 5-6 ans avec hétérogénéité interdépartementale à 4 ans.

L'offre de soins hospitalière en obstétrique et néonatalogie est actuellement organisée, pour le Limousin, de la façon suivante :

- 1 maternité de niveau 3 au CHU de Limoges, avec une filière de soins complète en néonatalogie, soins intensifs et réanimation néo-natale,
- 3 maternités de niveau 2, implantées aux CH de Guéret, Brive et Tulle, avec une unité de néonatalogie dans chacun des 3 établissements,
- 4 maternités de niveau 1 : aux CH d'Ussel et de St-Junien, et dans les cliniques des Emailleurs (Limoges) et Saint-Germain (Brive).

Ce dispositif hospitalier est étoffé par des unités spécialisées :

- Une structure régionale au CHU de Limoges assurant l'assistance médicale à la procréation, complétée par 2 Laboratoires de biologie médicale à Brive et 1 à Limoges qui ne pratiquent que les actes biologiques en lien avec les inséminations artificielles,
- Un centre régional pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, également implanté au CHU de Limoges, avec au niveau des laboratoires, les activités autorisées suivantes : cytogénétique, analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses, analyses de biochimie et marqueurs sériques maternels.

- Une unité régionale d'hospitalisation complète « mère-bébé » et une unité d'hospitalisation de jour situées au centre hospitalier Esquirol, pour la prise en compte des pathologies psychiatriques en périnatalité.

A partir de celles-ci se coordonne toute une filière de soins, liaison avec les maternités, les services de pédiatrie, les soins ambulatoires au domicile.

L'offre de soins ambulatoire reposant sur les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, les médecins généralistes et les sages-femmes est complétée par les services départementaux de PMI, où exercent :

- En Corrèze: 1 sage-femme, 4 médecins dont 1 pédiatre (1 poste supplémentaire de médecin est vacant)
- En Creuse: 1 sage femme et 3 TP médecins
- En Haute-Vienne: 13 médecins (10 ETP) et 4 sages-femmes dont une contractuelle (3ETP)

Selon les départements, les missions dévolues à ces services peuvent différer.

Ce dispositif est complété par les **services de santé scolaire**.

Pour ce qui concerne les pathologies de **la petite enfance**, 4 unités de pédiatrie et de néonatalogie sont implantées respectivement dans les CH de Brive, Tulle et Guéret, et au CHU de Limoges. Ce dernier dispose également d'une unité de soins intensifs et de réanimation.

Certaines unités de pédiatrie ont une activité de pédiatrie générale, mais aussi plus spécialisée :

- Pour le CH de Brive, cardiologie de l'enfant, prise en charge de la douleur en partenariat avec le CHU endocrinologie, diabétologie en partenariat avec le CH de Tulle, asthme et mucoviscidose (il existe dans l'établissement une école de l'asthme et une antenne du CHU de Limoges pour la mucoviscidose);
- Pour le CHU de Limoges: endocrinologie-diabétologie, néphrologie et maladies inflammatoires, neurologie, pneumo-allergologie, hépato-gastro-entérologie, hémato-oncologie, cardiologie. L'établissement dispose aussi d'une autorisation pour une activité de réanimation pédiatrique, non encore complètement mise en œuvre.

Sont également reconnus :

- Un service régional de chirurgie pédiatrique et néonatale,
- Un centre référent pour le diagnostic et la prise en charge des troubles spécifiques de l'apprentissage du langage oral et écrit, et un autre pour l'hémophilie,
- Un centre de ressources et de compétences pour la mucoviscidose,
- 2 centres de référence pour les maladies rares: maladies rénales, en coopération avec le CHU de Toulouse, et maladies du métabolisme du calcium et du phosphore (en coopération notamment avec la région Ile-de-France).

Il existe également un centre régional de diagnostic et de ressources sur l'autisme et les troubles envahissants du développement (CRDRAL).

Le secteur psychiatrique et le secteur médico social participent également à la prise en charge globale des enfants

Objectifs régionaux spécifiques

- Pérenniser et améliorer l'accès aux soins en prenant en compte la gradation des soins (maternités niveaux 1, 2,3)
- Améliorer la continuité des prises en charge entre périnatalité et petite enfance.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

Orientations relatives à l'organisation et à la gradation des soins

- Conduire des travaux ciblés sur le nombre et les modalités des transferts in utero et en post partum.
- Conduire une réflexion régionale commune pour améliorer l'organisation de l'activité de pédiatrie, dans les maternités où les moyens humains sont insuffisants (formations...)
- Améliorer si possible la prise en charge dans la région de l'hémorragie du post partum.
- S'assurer de l'implication des établissements dans une démarche qualité des soins personnalisés
- Impliquer l'HAD dans la prise en charge de certaines suites de couches pathologiques et de certaines pathologies pédiatriques. Néanmoins, le développement de ce type de prise en charge est freiné notamment par la démographie des sages-femmes et l'importance de la zone géographique à couvrir.

Orientations relatives au parcours de santé et de soins

- Améliorer la montée en charge de l'entretien prénatal précoce (nombre d'entretiens, délais de réalisation, suites données)
- Conduire un travail spécifique sur les personnes en situation précaire (conditions d'accès aux soins...)
- Conduire via la commission régionale de la naissance et le réseau PERINATLIM, un travail important d'amélioration de l'épidémiologie en périnatalité et dans le domaine de la petite enfance.
- Conduire un travail au sujet de la réduction du bruit dans les services de néonatalogie

Orientations relatives à la prévention

- Mener un travail de prévention dans le domaine des addictions chez les femmes enceintes.

Il s'agit entre autre de mettre en place des procédures de coopération entre les structures d'addictologie et de périnatalité pour faciliter l'orientation des femmes et leur prise en charge.

- Améliorer le dépistage précoce de l'autisme et des Troubles Envahissants du Développement.
- Mettre en place un programme de dépistage de la surdité congenitale dans les maternités et un centre régional de ressources incluant les associations de parents.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

- Conforter le rôle assuré par les maternités d'USSEL et de ST JUNIEN
- Réaffirmer la place de la maternité du CHU en niveau 3 : Il est important de rappeler la place particulière de la maternité du CHU de Limoges, qui certes a un rôle de maternité de niveau 1 et 2 sur le site de Limoges, mais qui a aussi un rôle de maternité de référence régionale, donc de niveau 3 ; ce rôle doit pouvoir être pleinement assuré et ne pas être perturbé par l'activité de proximité.
- Sur le bassin de Brive, un seul plateau technique obstétrical et de néonatalogie devra émerger à l'issue de la réflexion engagée par les 2 établissements.
- Conduire un travail régional relatif à la prise en charge chirurgicale des enfants

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- Améliorer la poursuite de la pratique de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) et l'organisation des staffs médico-psycho-sociaux dans toutes les maternités de la région.
- Poursuivre la structuration du réseau régional de psychiatrie périnatale pour permettre des suivis adaptés sur les 3 départements
- Assurer un repérage précoce de certaines situations où les difficultés de développement de l'enfant sont telles qu'elles nécessitent l'orientation vers des structures plus spécialisées pour les prises en charge de la petite enfance : CAMSP, services de pédopsychiatrie...
- Assurer un meilleur suivi des nouveau-nés et petits enfants en risque de développer un handicap et de leur garantir une prise en charge continue.

Création/suppression d'implantations prévues : aucune	Projets(s) de coopération Coopération entre le CH de Brive et la clinique St Germain sur le bassin de Brive
--	--

Indicateurs

- % de femmes bénéficiant de l'EPP + % de situations à risque détectées.
- Part des accouchements de nouveau-nés présentant une pathologie sévère réalisés en maternité de niveau 3 (cet indicateur n'est pas saisi en pratique courante, sa définition et ses modalités de recueil devront être précisés.)
- Taux de césarienne par maternité et par territoire de santé.
- Part d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur au seuil national annuel de 300 accouchements.
- Nombre d'accouchements par maternité et origine géographique (département).
- Nombre d'accouchements en maternité de type 3/nombre total d'accouchements.
- Taux de conformité des accouchements par rapport au niveau de la maternité : âge gestationnel, hypotrophies.
- Taux d'accouchements par techniques instrumentales, taux de péridurale.
- Taux d'accouchement à domicile, accouchements inopinés.
- Nombre de grossesses chez les mineures.
- Nombre de séjours par site de néonatalogie et de réanimation.
- Taux de décès : mortalité néonatale précoce.
- Nombre de transferts (in utero) inter établissements au sein du réseau et hors réseau. Les retransferts in utero (vers les maternités de type 2 et du 2 vers le 1) y seront également renseignés.

VOLET PÉRINATALITÉ • ASSISTANCE MÉDICALE A LA PROCRÉATION**Diagnostic régional succinct :**

En Limousin, l'assistance médicale à la procréation (AMP) est assurée par 4 structures :

- Le centre d'assistance médicale à la procréation du CHU de Limoges
- Le LABM Garibaldi (SELAS Biolyss 87) à Limoges,
- Et en Corrèze : les LABM Leymarie-Labro-Chambon d'une part et Kern (Biorèze) d'autre part.

Les praticiens des 3 LABM de ville sont agréés pour les activités biologiques liées à l'insémination artificielle, à savoir préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle (IA), alors que les praticiens du CHU de Limoges exerçant au centre d'AMP disposent des agréments suivants :

- Activités cliniques : prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP, prélèvement de spermatozoïdes, transfert des embryons en vue de leur implantation
- Activités biologiques :
 - Préparation et conservation du sperme en vue d'une IA,
 - Activités relatives à la fécondation in vitro sans et avec micromanipulation,
 - Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue de don (non mis en œuvre),
 - Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux,
 - Conservation des embryons en vue de projet parental.

En Limousin les demandes d'AMP avec don de sperme augmentent.

Néanmoins, l'activité de recueil, traitement, conservation et cession de sperme en vue d'un don n'est pas mise en œuvre en Limousin.

30 couples étaient concernés en 2010 pour 20 en 2008 et 25 en 2009.

Les couples sont donc obligés de se rendre dans les régions voisines qui assurent cette activité. Les délais pour une prise en charge sont longs :

- Centre d'études et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS) de Bordeaux : 7 mois pour le 1er rendez-vous et 18 mois pour débiter le don,
- CECOS de Toulouse : 4 mois et 1 an,
- CECOS de Clermont-Ferrand : 4 et 18 mois

Objectifs régionaux spécifiques

- Améliorer la qualité et l'accès aux soins en matière d'AMP
- Création d'un CECOS, sous réserve d'une étude médico-économique

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

- Réduire les inégalités d'accès à l'AMP

La mise en place d'une activité de recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue de don au CHU, dans une structure type CECOS, améliorerait l'accès aux soins sur le territoire régional.

- Diminuer des délais de prise en charge au CHU, pour ce qui est des activités de FIV et ICSI.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

Adapter si besoin le nombre de centres afin de satisfaire les seuils d'activité réglementaires

Étudier la faisabilité de mise en œuvre d'un CECOS

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

Création/suppression d'implantations prévues : CECOS	Projets(s) de coopération Corrèze
---	--------------------------------------

Indicateurs :

- Taux de recours à l'AMP pour les femmes en âge de procréer
- Délai d'attente pour une 1re prise en charge (diminution de 15 jours pour le début de la prise en charge souhaitable)
- Indicateurs remis annuellement à l'Agence de Biomédecine dans le cadre du bilan d'activité des structures autorisées.

VOLET PÉRINATALITÉ • DIAGNOSTIC PRE NATAL (DPN)**Diagnostic régional succinct :**

En Limousin, l'activité de diagnostic prénatal (DPN) est assurée par un seul centre, situé au CHU de Limoges.

Activité du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Pré Natal (CPDPN) en 2010 :	
Nombre de dossiers DAN 2010	417
Nombre de réunions hebdomadaires	52
Nombre d'Interruptions médicales de grossesse	44
Consultations	281
Amniocentèse	195
Choriocentèse	9
Cordocentèse	2
Drainage amniotique	13
Amnio-infusion	2
Foeticide	9
Echographie nuque	1 074
Echographie T2	1 175
Echographie T3	1 705
Echographie diagnostic initial	32
Echographie d'expertise	238
Echographie suivi de pathologie fœtale	351
Echographie de contrôle	356

A côté du CPDPN plusieurs laboratoires du CHU sont autorisés et des praticiens agréés pour la réalisation d'analyses de DPN

Objectifs régionaux spécifiques

Améliorer l'accès et la qualité des soins en matière de DPN

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

- Améliorer les conditions de prise en charge du DPN au sein des équipes qui les réalisent au travers d'une prise en compte des aspects psychologiques
- Mener une réflexion afin d'analyser notamment les difficultés liées à une fuite d'activité pénalisant le CPDPN
- Développer les actions de formation via le réseau PERINATLIM

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

Maintien du dispositif existant

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-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

Création/suppression d'implantations prévues : aucune	Projets(s) de coopération
--	---------------------------

Indicateurs

- Délai moyen de prise en charge en DPN
- Indicateurs remis annuellement à l'Agence de Biomédecine dans le cadre du bilan d'activité des structures autorisées

VOLET PÉRINATALITÉ • INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE**Diagnostic régional succinct**

L'activité d'IVG est réalisée dans les 8 établissements suivants

Nombre IVG 2008/2009/2010	
CH BRIVE	406/404/404
CH TULLE	134/126/128
CH USSEL	77/69/82
Clinique St GERMAIN	51/87/70
Sous total Corrèze	668/686/684
CH GUÉRET	180/146/180
Sous total Creuse	180/146/180
CHU LIMOGES	984/943/945
CH St JUNIEN	75/75/52
Clinique EMAILLEURS	81/99/103
Sous total Haute-Vienne	1 140/1 117/1 100
TOTAL RÉGION	1 988/1 949/1 964

NS : non significatif

En Limousin, le nombre d'IVG réalisées est stable depuis plusieurs années autour de 2000 actes, essentiellement effectuées en secteur public (90 % pour 75 % au plan national)

Le pourcentage d'IVG réalisé en centres d'IVG par technique médicamenteuse est supérieur à 50 % (44% au niveau national). Cependant, 1 établissement privé est nettement au-dessous de ce chiffre. Par ailleurs, 1 établissement a dû suspendre en 2010 l'activité chirurgicale d'IVG, ne disposant plus dans ces effectifs de praticiens acceptant de réaliser des IVG.

Concernant l'IVG médicamenteuse en ambulatoire, 3 conventions ont été passées entre un CH et un médecin libéral.

Aucun des 3 conseils généraux de la région n'a passé de convention avec un praticien, un centre de santé ou un centre de planification ou d'éducation familiale.

Le pourcentage d'IVG tardives est stable (6 à 7 % des IVG, pour 3 à 4 % au niveau national), un certain nombre de centres limousins ne les réalisent pas, les praticiens mettant en avant leur clause de conscience.

Le nombre d'IVG chez les mineures est également plutôt stable (autour de 6 à 7 %), mais légèrement plus élevé qu'au niveau national.

Enfin, des conclusions de différents travaux conduits régionalement sur cette question de l'IVG, il ressort que les délais d'attente sur la région sont de l'ordre de 5 à 7 jours, ce qui est plutôt satisfaisant et en accord avec les objectifs nationaux.

De nombreuses actions de prévention sont menées par les établissements.

Les professionnels de santé libéraux ont également un rôle d'information, de prévention, de prescription de la contraception...

Objectifs régionaux spécifiques

Développer les actions d'information contribuant à la diminution du nombre d'IVG dans la région en particulier les IVG tardives et IVG pratiquées sur des mineures.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

- Inscrire l'activité d'IVG comme une activité à part entière dans les CPOM signés entre l'ARS et les établissements de santé
- Organiser l'offre de soins de manière à assurer les IVG entre 12 et 14 semaines au niveau des territoires de santé : poursuivre cette activité au niveau des CH de Brive, Guéret et CHU
- Diversifier les modes de prise en charge de l'IVG (médicamenteuse et instrumentale) au sein de tous les établissements les prenant en charge.
- Organiser la collaboration entre les différents établissements afin de pouvoir assurer tout au long de l'année les IVG chirurgicales
- Mise en œuvre d'actions spécifiques en direction des adolescentes et des adolescents (prévention, information)

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

- Maintien du dispositif existant sans méconnaître les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé et à leur implication.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- Formation des professionnels de santé libéraux à la contraception par exemple dans le cadre de diplômes postuniversitaires
- Renforcer la coordination 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
- Développer des actions de formations à la contraception (notamment d'urgence) envers les pharmaciens d'officine et les IDE scolaires, en lien avec le rectorat

Création/suppression d'implantations prévues : aucune	Projets(s) de coopération
--	---------------------------

Indicateurs

- 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 pratiquées en établissement de santé,
- Part d'IVG médicamenteuses pratiquées en dehors des établissements de santé

I.3.13. TRAUMATISES CRÂNIENS

Diagnostic régional succinct

→ Concernant les adultes

L'incidence en France des traumatismes crâniens toutes gravités confondues est de 150 à 300 pour 100 000 habitants soit une estimation pour le Limousin entre 1 000 et 2 100 nouveaux cas par an.

En croisant les données nationales, celles de la littérature internationale, le recrutement du service de psycho-réhabilitation, les données d'une année de recrutement des urgences, le PHRC sur les traumatisés crâniens légers, on peut, pour les trois départements, estimer des chiffres qui correspondent à une fourchette basse :

- Plus de 100 traumatisés crâniens graves par an,
- Un chiffre à peu près équivalent de traumatisés crâniens dits modérés,
- Une fourchette de 800 à 1 000 patients hospitalisés pour un TC léger.

→ Concernant les enfants

- Une cause des TC graves de l'enfant est le « syndrome du bébé secoué » entrant dans le cadre de la maltraitance (75 % de TC graves de l'enfant – mortalité 10 à 40 % – séquelles lourdes)
- Concernant les bébés secoués on considère qu'il y a en France 150 à 200 bébés secoués documentés par an. Ce chiffre est très vraisemblablement très largement sous-estimé. Le Limousin représentant 1 % environ de la population, on peut estimer une incidence de 1 à 2 « bébé(s) secoué(s) » par an régionalement.

Concernant les traumatismes crâniens graves des enfants, le service de psycho-réhabilitation accueille chaque année 15 traumatismes crâniens.

Objectifs régionaux spécifiques

Assurer un suivi tout au long de la vie des blessés crânio-cérébraux pour :

- Accompagner les ruptures d'équilibre
- Soutenir l'entourage
- Prévenir la désocialisation du blessé tout au long d'un parcours de vie difficile.

Ce suivi nécessite une coordination de tous les acteurs et de toutes les structures sanitaires, médico-sociales et sociales.

- Mieux accompagner les aidants en termes d'aide à la vie quotidienne
- Renforcer les moyens consacrés à l'insertion professionnelle et sociale des traumatisés crâniens est une des orientations à soutenir.
- Mettre en place un dispositif régional coordonné visant à répondre aux besoins des personnes traumatisées crâniennes et assurant la continuité de leur prise en charge au long cours.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

Orientations du SROS relatives à la prise en charge en phase aiguë

- Mettre en place une filière de prise en charge efficiente en aiguë (cf. schéma cible)
- Développer le transfert d'image (télémédecine),
- Accompagner les familles :
 - Accueil, annonce et écoute adaptés à ce type de situation,
 - Possibilité d'une prise en charge psychologique par un temps de psychologue,

Orientations du SROS relatives au parcours de vie

- Prévenir la rupture de soins
- Mettre en place un dispositif de coordination (guichet unique) : le centre ressources traumatisme crânien régional. Ce centre aurait pour objectif général d'optimiser la prise en charge des traumatismes crâniens en Limousin. Le pôle des blessés de l'encéphale pourrait être le coordonnateur du développement de ce centre ressource, en collaboration avec l'ensemble des professionnels intervenant sur ce secteur.
- Assurer sur la durée l'accompagnement et le suivi multidisciplinaire
- Développer les accueils de jour, les séjours de répit, les Groupes d'entraide mutuelle, les services d'accompagnement au domicile
- Faciliter l'accès à l'emploi des traumatisés crâniens aussi bien en milieu protégé qu'en milieu ordinaire
- Améliorer la prise en charge des traumatisés modérés et légers sur le long cours. Il est important que les patients disposent en sortie de l'établissement de la possibilité d'une consultation spécialisée de suivi afin de repérer et dépister les facteurs de risque d'évolution défavorable.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité**Les principes :**

- Instaurer une prise en compte dès la phase aiguë
- Assurer une prise en charge spécialisée de tout traumatisé crânien grave
- Améliorer l'accueil et le soutien des familles
- Optimiser la prise en charge des patients traumatisés crâniens légers (formation et information des médecins, consultation de suivi)
- Assurer le suivi à long terme des patients et de leur famille (organisation en réseau)

Organiser les filières, dans le respect des choix du patient :

-> EN PRE HOSPITALIER

La coordination des intervenants pour la prise en charge pré-hospitalière des traumatisés crâniens graves est assurée par la régulation du SAMU.

Sur les lieux de l'accident, il est indispensable de pratiquer immédiatement, outre le bilan des éventuelles lésions associées, une évaluation clinique du traumatisme crânien basée sur le Score de Glasgow, qui permettra de déterminer la structure adaptée pour l'orientation du patient en fonction des critères de gravité et de son caractère ouvert ou fermé.

-> EN HOSPITALISATION

Les traumatismes crâniens graves (Score de Glasgow inférieur ou égal à 8) seront dirigés vers le CHU

Les traumatismes crâniens de moyenne gravité (Score de Glasgow entre 9 et 13 compris)

- Avec signes de localisation sont dirigés directement vers le CHU
- Sans signes de localisation sont à diriger dans un premier temps vers le service d'urgences le plus proche disposant d'une imagerie en coupe H24 et au minimum d'un service de surveillance continue. S'il y a des lésions à l'examen scanner, le patient est transféré au CHU.

Les traumatismes crâniens légers (Score de Glasgow de 14 ou 15) peuvent être pris en charge dans la structure sanitaire recevant des urgences la plus proche.

Les traumatismes crâniens ouverts quel que soit leur score sont dirigés vers le CHU.

Les spécificités de sa prise en charge du **traumatisme crânien de l'enfant** justifient une orientation directe de tout traumatisme crânien grave ou modéré vers le CHU.

-> **EN POST AIGU** : développer un projet de rééducation et de réadaptation individualisé

La filière pôle des blessés de l'encéphale CH Esquirol

La filière est organisée autour du pôle des blessés de l'encéphale qui constitue un centre expert dans la prise en charge des traumatisés crâniens au niveau régional voire extra régional limitrophe.

Cette filière s'articule autour :

- D'une offre sanitaire en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour en aval des services aigus
- De structures médico sociales :
 - Une UEROS dont les objectifs sont l'évaluation et la réinsertion sociale des blessés GOS I et GOS II
 - Une équipe mobile avec pour objectifs de favoriser le développement de l'autonomie et de permettre le maintien à domicile, de personnes lourdement handicapées, à travers une prise en charge individualisée.
- D'un réseau visant à promouvoir l'insertion professionnelle des traumatisés crâniens et cérébro lésés

La filière se complète par d'autres structures :

- l'ESAT de l'APSAH (12 places)

L'accueil s'adresse à des personnes TC dont les séquelles de coma laissent une autonomie et une sociabilité permettant d'envisager, avec un encadrement pluridisciplinaire et un travail en réseau avec le service de psycho réhabilitation, l'UEROS et le Réseau TC du Limousin, une vie professionnelle en milieu protégé.

Parallèlement à la prise en charge au niveau de l'ESAT, les usagers peuvent bénéficier d'un internat au niveau du Foyer d'Hébergement de l'APSAH ou d'un suivi SAVS, service d'accompagnement à la vie sociale, qui assure une aide à l'utilisateur ou à sa famille en dehors du temps de travail et au domicile de la personne.

- La MAS de Mercoeur en Corrèze : Il s'agit de personnes relevant de soins lourds et d'une surveillance quasi constante, ayant des besoins d'aide et d'assistance que demande l'absence d'autonomie, une surveillance médicale et des soins constants sous tendus par des activités de réadaptation cognitive, des activités occupationnelles d'éveil, d'animation et de socialisation.

Ce dispositif sera à compléter par :

- La mise en place d'un dispositif de coordination : le centre ressources traumatisme crânien régional
- L'extension de l'équipe mobile aux deux autres départements
- Le développement des accueils de jour, des séjours de répit, des groupes d'entraide mutuelle, des services d'accompagnement au domicile
- La facilitation de l'accès à l'emploi des traumatisés crâniens aussi bien en milieu protégé qu'en milieu ordinaire

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- Conforter les services de suivi et de réinsertion dans leur rôle d'accompagnement au long cours, dont l'Unité d'Évaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle avec la mission d'évaluation et de réinsertion sociale et le réseau régional ciblé sur la réinsertion professionnelle,
- Faciliter les relations entre les structures concourant à la prise en charge des traumatisés crâniens,
- Développer les structures de soutien et d'accompagnement dans le milieu institutionnel, la réinsertion sociale et la vie à domicile.
- Développer le réseau existant sur un périmètre régional et articuler l'équipe mobile existante avec le réseau pour constituer un outil régional de la réinsertion familiale et sociale.

Création/suppression d'implantations prévues : création d'un centre ressource régional	Projets(s) de coopération Coopération renforcée entre équipe mobile et réseau
---	--

Indicateurs

- Nombre de prises en charges pour traumatismes crâniens :
 - Graves
 - Modérés
- Durée moyenne de séjour en réanimation, court séjour, unités d'éveil, unités d'EVC ou EPR, SSR
- Nombre de places fléchées en secteur médico social
- Nombre de personnes suivies par secteur d'activités

I.3.14. TRAITEMENT DU CANCER**Diagnostic régional succinct****L'incidence des cancers en Limousin**

Selon le Registre du Cancer du Limousin, un peu plus de 4 000 nouveaux cas de cancer chaque année : environ 2 350 chez les hommes et près de 1 700 chez les femmes.

Chez les hommes, les cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du côlon-rectum, de la peau et du poumon.

Chez la femme, il s'agit des cancers du sein, du côlon-rectum, de la peau et de l'utérus.

La mortalité par cancer en Limousin

2 433 décès par cancer en moyenne chaque année en Limousin.

Un taux standardisé de mortalité par cancer proche de la moyenne nationale : 250 décès pour 100 000 personnes en Limousin (taux France : 253 décès pour 100 000)

Une surmortalité par cancer en Creuse

Une sous-mortalité en Corrèze.

De forts écarts selon les bassins de vie : des taux plus élevés particulièrement en Haute Corrèze.

Les cancers du côlon et du rectum :

Le Limousin est en surmortalité et se situe au quatrième rang des régions métropolitaines avec un taux de 29 décès pour 100 000 personnes pour un taux national de 26,8.

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein

La participation en Limousin est une des plus importantes de France. La Haute-Vienne est le seul département français qui atteint pour les années 2008 et 2009 le seuil de référence de 70 % préconisé au niveau européen.

Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal

La participation en Limousin est proche de la moyenne France (34 %). Le seuil de référence étant de 45 %.

Les données de consommation

Les taux de recours, des habitants de la région, à la chimiothérapie ou à la chirurgie pour cancer, sont inférieurs ou égaux aux taux de recours de la population française.

L'interprétation des différences entre les trois départements du limousin appelle une analyse plus fine par type de cancer

Les données d'activité

L'activité de chirurgie oncologique réalisée en Limousin est globalement stable ainsi que l'activité de chimiothérapie, sur la période 2007-2010.

L'offre de soins en matière de traitement du cancer

- Le CHU de Limoges, pôle régional dispose de l'ensemble des autorisations dont l'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées et l'autorisation pour le traitement des cancers des enfants et des adolescents de moins de 18 ans dans le cadre de l'organisation inter régionale Aquitaine, Midi Pyrénées Limousin,
- La clinique du Colombier détient l'autorisation de chirurgie pour les cancers : mammaires, urologiques, digestifs, gynécologiques, ORL et maxillo-faciales, thoraciques,
- La clinique des Emailleurs détient l'autorisation de chirurgie pour les cancers : mammaires, urologiques, digestifs, gynécologiques,
- La clinique Chénieux détient l'autorisation pour la chimiothérapie (excepté pour les hémopathies), pour la chirurgie des cancers : urologiques, digestifs, ORL et maxillo-faciales, gynécologiques,
- La SELARL de radiologie et de radiothérapie Chénieux détient l'autorisation pour le traitement par radiothérapie,
- Le CH de Saint Junien détient l'autorisation pour la chirurgie des cancers digestifs,
- Le CH de Guéret détient l'autorisation pour la chimiothérapie, pour la chirurgie des cancers mammaires, digestifs, ORL et maxillo-faciales, gynécologiques,
- La clinique de la Marche détient l'autorisation de chirurgie pour les cancers : digestifs, urologiques.

En Creuse aucun établissement ne détient l'autorisation de traitement du cancer pour la chirurgie thoracique, la prise en charge de ces patients est assurée dans le cadre d'une filière entre le CHU de Limoges et le Centre Médical MGEN de Sainte Feyre, ce dernier ayant une mission d'établissement associé en particulier pour la réalisation des chimiothérapies.

- Le CH de Brive a l'autorisation pour la chimiothérapie, la radiothérapie, la chirurgie des cancers digestifs, mammaires, urologiques, thoraciques, ORL et maxillo-faciales.

Concernant l'autorisation pour le traitement chirurgical des cancers gynécologiques, le CH atteint le seuil dérogatoire. En l'absence de cette autorisation de chirurgie des cancers gynécologiques, et d'une coopération aboutie avec la clinique St Germain, le CH ne sera pas en mesure, le moment venu, de recruter des praticiens à la compétence nécessaire au bon fonctionnement d'une maternité de niveau 2.

- La clinique Saint Germain détient l'autorisation pour la chirurgie des cancers : mammaires, urologiques, digestifs, gynécologiques,
- La clinique des Cèdres détient l'autorisation pour la chirurgie des cancers urologiques, digestifs,
- Le CH de Tulle détient l'autorisation pour la chirurgie des cancers : mammaires, urologiques, digestifs, gynécologiques,
- Le CH d'Ussel détient l'autorisation pour la chirurgie des cancers digestifs.

La pénurie de médecins est un sujet majeur très préoccupant. Ce déficit est particulièrement marqué depuis plusieurs années pour les radiothérapeutes, elle concerne actuellement les oncologues médicaux, les anatomopathologistes et va s'étendre aux hématologues

Objectifs régionaux spécifiques

- Améliorer la démographie médicale actuelle et anticiper les départs à la retraite.
- Permettre l'accès à l'innovation, pour tout patient de la région qui le nécessite à travers le CHU et notamment le portage par ce dernier de la mission « équipe mobile de recherche clinique ».
- Maintenir sur le site de Limoges une activité de thérapie cellulaire, dont l'autorisation est actuellement portée par l'EFSAL
- Développer les coopérations, les mutualisations et engager une réflexion régionale afin de conforter le Limousin, d'améliorer son attractivité vis-à-vis des jeunes médecins et d'être en mesure d'offrir à moyen terme sur le territoire de santé le maximum de possibilités thérapeutiques nouvelles

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales**Les orientations du SROS en matière de prévention**

- Prioriser parmi les différents facteurs de risque du cancer la nutrition et l'activité physique : auprès de la population générale, auprès des malades pendant et après le traitement.
- Mieux professionnaliser, mieux organiser, la prévention liée à l'activité physique et à la nutrition en structurant l'offre et en facilitant l'orientation pertinente des patients par les professionnels de santé.
- Poursuivre la lutte contre le tabac, en particulier les actions de promotion de la santé auprès des enfants de dernier cycle d'école primaire, de sixième et de cinquième.
- Améliorer la participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colo-rectal en identifiant les territoires prioritaires, en développant tous les modes de communication vis-à-vis de la population et en favorisant l'implication des médecins généralistes.
- Inciter à l'information éclairée de toute personne avant un dépistage individuel.
- Promouvoir, à l'image du réseau biologistes de ville – CHU, toute action de coopération des professionnels de santé destinée à améliorer la qualité des actions de dépistage.
- Promouvoir les travaux de recherche épidémiologique pour dépister les zones de surincidence des hémopathies malignes.

Les orientations du SROS en matière de dispositif d'annonce et de Plan Personnalisé de Soins

- Permettre à tout malade de bénéficier d'un dispositif d'annonce avec un temps médical et un temps infirmier.
- Remettre à tout malade un PPS avec l'objectif souhaitable de couverture de 100 %.
- Promouvoir le développement d'outils de coordination ville-hôpital pour favoriser l'articulation entre les RCP et les professionnels libéraux.
- Les orientations du SROS en matière de soins de support
- Permettre à tout malade ainsi qu'à ses aidants de bénéficier de soins de support adaptés à ses besoins tout au long de la phase thérapeutique et lors de la réadaptation.

- Permettre à tous les malades qui ont des problèmes d'ordre psychiatrique de bénéficier d'une consultation voire d'un suivi auprès d'un psychiatre, par mutualisation d'un psychiatre entre plusieurs établissements ou par affectation d'un temps dédié.

Les orientations de SROS pour la prise en charge de la chimiothérapie

- Privilégier le choix des patients, et respecter toutes les garanties de sécurité et de qualité, lors de la détermination du lieu de réalisation de la chimiothérapie injectable.
- Les orientations du SROS en matière d'onco-gériatrie
- Garantir l'accessibilité à une prise en charge coordonnée oncogériatrique pour tout patient âgé atteint de cancer qui la requiert dans la région.
- Développer la recherche.
- Développer l'information et la formation.
- Suivre l'activité en oncogériatrie au niveau régional.

Les orientations du SROS en matière d'oncopédiatrie

- Poursuivre la structuration de l'activité d'oncologie pédiatrique au niveau inter régional Limousin-Aquitaine-Midi Pyrénées, notamment par la définition des filières pour les tumeurs cérébrales et les greffes de moelle et la prise en charge organisée des patients en radiothérapie pédiatrique.
- Améliorer la traçabilité des diverses concertations.
- Former les IDE de ville.
- Développer la recherche clinique.

Les orientations du SROS en matière de radiothérapie

- Faciliter l'accès des patients de la région aux thérapeutiques innovantes par la mise en place d'une concertation intéressant l'ensemble des acteurs de la radiothérapie de la région, en vue de discuter par visioconférence des dossiers des patients pouvant bénéficier de ces thérapeutiques.
- Promouvoir la recherche dans le domaine de la radiothérapie.
- Développer des techniques de radiothérapie en conditions stéréotaxiques intra et extra cérébrales en complément de l'arc thérapie et de l'IGRT pour le courant de l'année 2012, ainsi que l'élargissement des indications de curiethérapie dans le domaine de l'urologie, de la gynécologie et à plus long terme en cancérologie mammaire (curiethérapie haut débit « per-opératoire »).
- Assurer un suivi spécifique du partenariat entre le CHU et le CH de Guéret, par l'activité de radiothérapie externe dont l'autorisation est portée par le CHU, le site de Guéret bénéficiant d'une autorisation dérogatoire.

Les orientations du SROS en matière de traitement par radioéléments en source non scellées

- Maintenir cette activité, dont les besoins sont stables, au CHU.

Les orientations en matière de radiologie interventionnelle thérapeutique

- Identifier cette activité comme une mission spécifique du CHU avec transfert des patients, ces techniques concernant actuellement un nombre limité de patients.
- L'avenir, si les indications des actes interventionnels thérapeutiques utilisant les équipements matériels lourds d'imagerie s'élargissent, ces actes pourront être effectués hors du CHU

Les orientations relatives à la tumorotheque

- Poursuivre les partenariats avec tous les laboratoires d'anatomie pathologie du Limousin, afin de recueillir les échantillons congelés des tumeurs pour lesquelles la recherche des anomalies génétiques est utile pour la prise en charge.
- Poursuivre et développer les missions liées à la recherche.
- Poursuivre et développer les démarches Qualité.

Orientations en matière de plateforme d'oncologie moléculaire et de recherche en cancérologie

- Poursuivre et développer l'accès de tous les patients du limousin aux thérapeutiques ciblées grâce à la plateforme d'Oncologie Moléculaire du CHU.
- Poursuivre l'activité de recherche clinique en cancérologie

Orientations du SROS concernant le Réseau Régional de Cancérologie

- Labelliser le réseau régional de cancérologie: Rohlim
- Développer des actions permettant la réalisation de l'ensemble des missions arrêtées lors de la labellisation dont celles définies par la circulaire relative aux RRC : la promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie ainsi que l'aide à la formation continue des professionnels, la coordination opérationnelle des activités de cancérologie en région, la promotion d'outils de communication communs au sein de la région, le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins ainsi que l'évaluation des pratiques en cancérologie, l'information du public et des professionnels notamment sur l'offre de soins en région.

Orientations du SROS concernant les Centres de Coordination en Cancérologie

- Maintenir le principe de 3C public privé à vocation territoriale.
- Mettre en œuvre les missions des 3C telles que définies par le cahier des charges national annexé à la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Les 3C sont des cellules qualité opérationnelles, ils organisent les RCP, mettent à disposition des professionnels tous les protocoles et thésaurus nécessaires au bon déroulement des RCP, ils s'assurent de la mise en place du dispositif d'annonce de la remise à chaque patient du Programme Personnalisé de Soins, ils produisent des informations sur les activités en cancérologie. Ces missions peuvent évoluer vers un suivi plus individualisé des parcours patients, intégrant les soins de support, les soins à domicile et la coordination avec les différents professionnels, ainsi que les relations avec le pôle régional pour permettre l'accès au recours.

• Orientations du SROS concernant la télémedecine

- Permettre par visioconférence des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires simultanément entre plusieurs sites (Brive-Tulle-Ussel par exemple).
- Permettre la transmission en cours de RCP d'images de bonne qualité par un réseau de télé-radiologie régional et inter régional pour l'oncopédiatrie en particulier.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

- Le CHU est identifié comme pôle régional de cancérologie
- Développer les partenariats avec d'autres pôles régionaux
- Proposer des postes partagés d'anatomopathologistes entre le CHU et les Hôpitaux de Tulle ou de Guéret
- Organiser l'accès au plateau technique du CHU pour les praticiens libéraux qui le souhaitent, notamment pour l'oncogénétique.
- Favoriser la constitution d'équipes hospitalières ayant un niveau d'activité de soins suffisant pour assurer la permanence des soins et l'efficacité des prises en charge.
- Il s'agit par exemple de faciliter pour tout médecin ayant un DESC en cancérologie l'accès au plateau d'un établissement autorisé pour l'activité de chimiothérapie.
- Regrouper les plateaux de chimiothérapie de la clinique de la Marche et du CH de Guéret sur le site du CH de Guéret.
- Conforter la cancérologie en Limousin, en s'appuyant sur le réseau régional de cancérologie et sur une concertation organisée entre les établissements autorisés pour l'activité de traitement du cancer.
- Prévoir une deuxième implantation à Brive de chirurgie carcinologique en gynécologie est indispensable au maintien d'une maternité publique (niveau 2) répondant aux critères de qualité et de sécurité exigés.
- Organiser la diffusion des thérapeutiques nouvelles. Dans un premier temps, le CHU développe les traitements et techniques innovants et organise l'accès à tous les patients de la région qui peuvent en bénéficier. Lorsque ces traitements ou techniques innovants s'intègrent dans les protocoles « classiques » de prise en charge, le CHU et l'ensemble des établissements de la région autorisés pour le traitement du cancer organisent la diffusion de ces techniques ou traitements, selon la file active des patients concernés, l'investissement nécessaire en formation, en matériel...

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- Création d'un dispositif de mammographie mobile
- Structurer l'accompagnement des patients traités par chimiothérapie orale afin de garantir l'observance et l'accès aux soins de support. Cette structuration nécessite l'éducation des patients, une collaboration entre les équipes hospitalières, les IDE coordinatrices, les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et les IDE libérales
- Poursuivre la coordination du parcours de soins réalisée par des infirmières coordinatrices.
- Favoriser le travail en partenariat de ces IDE coordinatrices afin d'offrir à tous les patients de la région qui le nécessitent des prestations équivalentes.
- Développer des actions de communication auprès des établissements de santé, des professionnels de ville afin de mieux faire connaître les IDE coordinatrices et leurs missions.
- Poursuivre la structuration régionale d'aide à la vie quotidienne pour les patients atteints de cancer les plus en difficulté sociale.
- Favoriser le partenariat entre ces travailleuses sociales, les IDE coordinatrices et l'ensemble des prestataires de services sociaux afin d'offrir à tous les patients de la région qui le nécessitent des prestations équivalentes.
- Intégrer en 2012 un volet social dans les PPS en se fondant sur les résultats de l'expérimentation conduite par l'INCa.
- Suivre l'expérimentation « appartements d'accompagnement » qui a une mission exclusivement sociale pour des patients qui ne relèvent pas d'une prise en charge hospitalière que ce soit en court séjour en soins de suite ou en HAD.
- Poursuivre les missions du Réseau Régional de Soins HEMATOLIM pour les patients atteints d'hémopathies malignes dont la mise en place de chimiothérapies injectables en HAD et l'amélioration de l'observance des chimiothérapies orales.

Création/suppression d'implantations prévues : reconnaître une deuxième implantation de traitement chirurgical des cancers gynécologiques sur le site de Brive	Projets(s) de coopération Guéret/La marche
---	---

Indicateurs

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).

I.3.15. SOINS PALLIATIFS

Diagnostic régional succinct

Malgré une population âgée de plus en plus nombreuse, le nombre de décès en Limousin connaît une diminution significative ces vingt dernières années, et, pour la troisième année consécutive, se situe en dessous des 9 000. Si l'on gomme l'effet de l'âge élevé de la population limousine, la mortalité dans la région apparaît inférieure au niveau national. Les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs et les causes externes de traumatismes sont à l'origine de 70 % des décès.

Source INSEE 2007

Les décès en établissement hospitalier de court séjour hors HAD

En Limousin en 2010, on compte 4 573 séjours hospitaliers avec une sortie par décès.

Parmi ces 4 573 séjours 1 195 ont été classés dans un GHM « soins palliatifs ».

Dans la région la moitié environ des décès a lieu dans un établissement hospitalier de court séjour.

Entre 2007 et 2010 le nombre de sorties par décès dans les services de court séjour (MCO) du limousin a augmenté de 14,3 %.

Un principe, le maillage régional

La région Limousin, en matière de soins palliatifs bénéficie d'une gradation des soins satisfaisante : une unité dédiée, des EMSP qui couvrent le territoire et interviennent largement hors des murs de l'hôpital de rattachement, des LISP dans tous les territoires de proximité du SROS 3, des HAD.

La concertation

Une commission régionale des soins palliatifs et de la douleur a été mise en place.

L'organisation

Une Unité de Soins Palliatifs de 10 lits au CHU de Limoges

Des Équipes Mobiles de Soins Palliatifs : une en Corrèze portée par le CH de Tulle, une en Creuse portée par le CH de Guéret, deux en Haute Vienne portées par le CHU de Limoges.

Des Lits Identifiés de Soins Palliatifs avec une répartition garantissant un maillage sur l'ensemble des territoires de proximité du SROS 3.

Au total 79 LISP en court séjour, 54 en SSR et USLD.

En Corrèze 35 LISP soit 1 pour 7 866 habitants. En Creuse 27 LISP soit 1 pour 4 587 habitants. En Haute Vienne 67 LISP soit 1 pour 5 546 habitants.

Le Limousin est la première région de France pour le nombre de LISP : 16/100 000 habitants (6,1/100 000 habitants en France).

La région ne dispose pas de réseau territorial « soins palliatifs » de proximité. Il s'agit d'un choix régional. La prise en charge à domicile repose sur les professionnels libéraux avec le soutien des EMSP et l'intervention des HAD pour les cas plus lourds.

Des structures d'Hospitalisations à Domicile qui ont pour mission de couvrir le territoire régional.

L'organisation relative au secteur médico-social

Toutes les EMSP de la région interviennent dans des EHPAD. Elles apportent conseil et soutien aux équipes de ces établissements confrontés à des situations difficiles. Elles participent à la formation et à la diffusion de la culture soins palliatifs auprès de ces professionnels.

Objectifs régionaux spécifiques

- Garantir à tous les patients, l'accès à des temps différents, selon ses besoins sa volonté et celle de son entourage, à l'ensemble des structures de la filière soins palliatifs et à une prise en charge par des équipes sensibilisées à la culture palliative dans les services de médecine, de SSR, dans les établissements médico-sociaux et à domicile.
- Organiser la fluidité des parcours qui peuvent être faits d'aller-retour
- Porter une attention particulière aux prises en charge à domicile.
- Enrichir cette prise en compte de la dignité humaine de toute personne en soins palliatifs, en organisant une réflexion éthique.
- Faciliter le partenariat avec les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle
- Faciliter le partenariat avec les structures de prise en charge de la douleur chronique psychique

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

Les orientations du SROS en matière de prise en charge en structure sanitaire

- Accompagner la formalisation du réseau régional de soins palliatifs.
- Inciter au développement des partenariats afin que tous les patients qui le nécessitent puissent bénéficier de l'ensemble des prestations offertes dans la région.
- Évaluer les LISP.

Les orientations du SROS en matière de formation et de recherche

- Pérenniser la formation universitaire DIU et DESC.
- Conforter la formation universitaire par la création d'un poste universitaire soins palliatifs.
- Développer la formation universitaire et continue pour tous les professionnels et bénévoles qui interviennent auprès des patients en soins palliatifs.
- Poursuivre les formations universitaires et continues, à l'accompagnement et aux soins palliatifs, pour les différents professionnels qui interviennent dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

- Mettre en place une Équipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques portée par le CHU.
- Conforter l'Unité Dédiée de Soins Palliatifs du CHU dans sa mission de recours, de recherche et d'enseignement
- Renforcer les EMSP au regard du développement de leurs missions en particulier vis-à-vis des professionnels qui interviennent à domicile et des établissements médico-sociaux.
- Améliorer la prise en charge en soins palliatifs sur le bassin de Brive en augmentant dans un premier temps le nombre de LISP. Dans un deuxième temps, après une évaluation des besoins et dans le cadre d'une filière de prise en charge des patients en soins palliatifs en Corrèze, la mise en place d'une Unité Dédiée en partenariat avec l'EMSP 19 et l'Unité Dédiée du CHU, pourra être envisagée.
- Augmenter le nombre de LISP en priorisant les établissements de la région qui assurent la prise en charge globale des patients atteints de cancer et ceux qui ne bénéficient pas de LISP.
- Identifier les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique selon trois principes :
 - Un premier niveau avec des consultations regroupant médecin, IDE, psychologue et assurant une prise en charge pluri professionnelle en lien avec l'offre de premier recours.
 - Un second niveau, avec un centre assurant une prise en charge médicale pluridisciplinaire, doté d'un accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation.
 - La mise en place régionale d'une filière de prise en charge assise sur le fléchage d'expertises spécifiques.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

Les orientations du schéma en matière de prise en charge à domicile

- Promouvoir la démarche de soins infirmiers en s'appuyant sur les URPS.
- Inclure la prise en charge des patients en soins palliatifs dans les projets de santé des maisons de santé pluridisciplinaires.
- Mieux faire connaître le rôle et les conditions d'intervention des EMSP, auprès des professionnels qui interviennent à domicile. Globalement, mieux faire connaître l'ensemble des dispositifs facilitant la prise en charge en soins palliatifs.
- Favoriser le maintien à domicile des patients qui s'aggravent et le retour anticipé à domicile des patients hospitalisés par l'intervention des HAD.

Les orientations du SROS en matière de prise en charge en EHPAD et dans l'ensemble des établissements médico-sociaux

- Développer l'intervention des HAD en EHPAD lorsqu'un certain degré de médicalisation et de pluridisciplinarité s'impose.
- Poursuivre l'intervention des EMSP dans les EHPAD et dans l'ensemble des établissements médico-sociaux pour soutenir les équipes, apporter des conseils lors de cas difficiles et former les personnels.
- Organiser la prise en charge des soins palliatifs pédiatriques dans les établissements médico-sociaux prenant en charge les enfants atteints de handicaps lourds ou de troubles neuromusculaires en s'appuyant sur l'Équipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques.
- Suivre l'expérimentation nationale relative aux IDE de nuit partagées entre plusieurs EHPAD et si l'évaluation est positive, favoriser la mise en œuvre entre établissements volontaires de la région.

Création/suppression d'implantations prévues : reconnaître des LISP supplémentaires ou créer une USP sur Brive en partenariat avec l'EMSP 19 et l'unité dédiée du CHU.	Projets(s) de coopération Projet télémédecine
--	--

Indicateurs

Part des établissements de santé sanitaires ayant eu au moins une intervention d'une EMSP (interne ou externe) dans l'année

Part des EHPAD ayant une convention avec une EMSP

Part des EHPAD ayant eu au moins une intervention d'une EMSP dans l'année

Part des établissements bénéficiant de LISP ayant demandé au moins un avis et/ou un conseil auprès de l'Unité Dédiée ou d'une EMSP dans l'année.

Mise en place de l'équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques et réalisation d'un rapport annuel d'activité

Nombre et % d'établissements bénéficiant de LISP ayant fait l'objet d'une évaluation des LISP.

Nombre annuel d'étudiants inscrits au DIU.

Nombre annuel d'étudiants inscrits au DESC.

I.3.16. EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES A DES FINS MÉDICALES

Diagnostic régional succinct

Le SROS génétique concerne les laboratoires réalisant des analyses : 1) de cytogénétique et 2) 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.

Dans la région Limousin, seul le CHU dispose d'autorisations prévues aux articles R1131-2 et R1131-13 du code de la santé publique.

Ce dispositif apparaît correctement dimensionné, en l'état actuel des textes et des techniques, compte tenu :

- Du rôle de référent régional assuré par le CHU de Limoges ;
- De la stabilité globale d'activité du CHU dans ce domaine ces 3 dernières années.

Cependant, la mise en place de plateformes techniques voulue par l'accréditation autorise l'établissement à traiter les prélèvements pour ce type d'analyses, issus des établissements de santé publics et privés de la région. Il pourra donc en résulter une augmentation de l'activité dans ce domaine biologique.

Au-delà des autorisations, le CHU assure dans différents domaines un rôle de centre de référence, ou de compétences, impliquant notamment l'activité génétique. Il est ainsi, notamment, labellisé par le ministère dans le cadre du plan national maladies rares 2005-2008, comme :

- Centre de référence national neuropathies périphériques rares
- Centre de référence des anomalies métaboliques phosphocalciques enfant/adulte
- Associé au centre de référence des amyloses – fièvre méditerranéenne familiale et maladies apparentées de Tenon
- Associé au centre de référence des amyloses primitives et autres maladies de dépôt d'immunoglobuline (bi site avec Poitiers)
- Associé au centre de référence des maladies rénales rares de Toulouse

Objectifs régionaux spécifiques

Poursuivre le partenariat CHU-Université de Limoges.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

- L'accès aux soins suppose préalablement que l'activité génétique soit clairement identifiée et localisée par ses utilisateurs (professionnels de santé ou usagers). Cela n'est pas actuellement complètement le cas et se faire connaître doit devenir un objectif pour cette activité.
- Améliorer la lisibilité du dispositif
- Prendre en compte l'évolution constante de cette discipline, et favoriser les évolutions organisationnelles nécessaires
- Valoriser le rôle de la plate-forme d'oncologie moléculaire du Limousin.

Elle fait partie des plates-formes hospitalières reconnues par l'Institut National du Cancer. En tant que plate-forme technique, elle met à la disposition des autres laboratoires des appareils et du personnel pour la réalisation de techniques de biologie moléculaire à visée sanitaire ou de recherche.

Elle permet à l'établissement de disposer de l'ensemble des atouts nécessaires pour le développement durable de la génétique en étroite collaboration avec les services cliniques. Cette structure en s'élargissant au pôle de biologie bénéficiera au diagnostic des patients et à la recherche clinique.

- Envisager la création d'un poste de conseiller génétique dédié pour toute l'activité génétique du CHU afin, notamment de mettre en place une consultation avancée au niveau régional, notamment en oncogénétique.
- Envisager la création d'un poste de psychologue dédié pour toute l'activité génétique du CHU permettant la prise en charge multidisciplinaire à long terme des patients à risque génétique de cancer. L'augmentation de cette activité au CHU de Limoges a ouvert un nouveau champ de la médecine prédictive et préventive.

L'objectif de ces deux dernières mesures serait d'accompagner les patients et leurs familles dans la prise en charge génétique et notamment par :

- La participation aux consultations d'annonce de résultat génétique,
- Le suivi des patients et des familles,
- Les collaborations avec les équipes pluridisciplinaires prenant en charge les patients et leurs familles,
- L'annonce d'un diagnostic pré-symptomatique :
 - En oncogénétique
 - En neurogénétique.
- Développer les réflexions, en intégrant la thématique des examens génétiques, sur les sujets suivants :
 - Améliorer l'accompagnement et la prise en charge des malades, afin de « rendre la personne malade acteur et pivot de sa prise en charge de sa maladie »,
 - Développer et renforcer la culture de la prévention, notamment en incluant la santé des aidants familiaux.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

- Consolider les activités existantes au niveau du CHU, et renforcer leur connaissance par les professionnels de santé et les usagers
- Développer des consultations avancées
- Conforter l'accès à l'innovation
- Développer la recherche

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

Création/suppression d'implantations prévues aucune	Projets(s) de coopération : -Projet télémédecine : si consultations avancées
--	---

Indicateurs

- Mise en ligne effective sur le site internet du CHU des coordonnées du ou des secrétariats dédiés à l'activité génétique,
- Rédaction de la plaquette informative pour les professionnels de santé, et diffusion par les ordres professionnels,
- Création d'un poste de conseiller génétique dédié,
- Création d'un poste de psychologue dédié,
- Mise en place de consultations avancées dans la région, s'appuyant sur un dispositif de télémédecine.

I.3.17. INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE**Diagnostic régional succinct****Données d'incidence (2009) :**

Le taux d'incidence standardisé global, des patients ayant débuté un premier traitement de suppléance pour IRC, reste significativement inférieur à la valeur nationale (120 versus 150). Cependant ce taux a subi une augmentation de plus de 30 % en 7 ans, soit une augmentation moyenne annuelle de 4,3 %.

Données de prévalence (au 31/12/2009) :

734 patients étaient traités pour leur insuffisance rénale chronique : 342 en hémodialyse, 39 en dialyse péritonéale et 342 étaient transplantés.

Les patients dialysés avaient un âge médian de 72,5 ans, soit environ 2 ans de plus que la référence nationale (70,7 ans) ; Les patients transplantés avaient, eux, un âge médian de 57,4 ans, supérieur de 2,6 ans à la référence nationale.

Les taux de prévalence standardisés étaient les suivants :

- Patients en hémodialyse : 386 versus 547
- Patients en dialyse péritonéale : 41 versus 42
- Patients transplantés : 432 versus 510

Soit une prévalence globale standardisée de 859 (versus 1 094).

Le taux de prévalence standardisé des patients dialysés (HD versus DP) a augmenté de 6,7 % en 7 ans.

Patients présents au 31/12/2009 :

420 patients étaient dialysés en Limousin à cette date dont :

Hémodialyse (90 % versus 92,9 %) :

- Centre 55,6 % versus 63,3 %
- UDM 30,1 % versus 12,6 %
- Autodialyse 12,8 % versus 22,1 %
- Domicile 0,5 % versus 0,7 %
- Entraînement 1,1 % versus 1,2 %

Dialyse péritonéale (DP) (10 % versus 7,1 %) :

- DP automatisée (DPA) 48,8 % versus 40,5 %
- DP continue ambulatoire (DPCA) 51,2 % versus 59,5 %

La DP est en Limousin développée dans toutes les tranches d'âge mais particulièrement chez les patients > ou égal à 75 ans (13,2 %) et chez les patients les plus jeunes (9,4 % chez les patients de 20-44 ans), souvent temporairement dans l'attente d'une transplantation.

Le temps de transport médian pour les patients en hémodialyse est de 30 minutes (versus 20 minutes au niveau national) et 21,2 % des patients ont une durée de trajet supérieur à 45 minutes, soit quasiment trois fois le taux national.

La greffe rénale (données 2008 et 2009):

68 nouveaux patients ont été inscrits et 64 patients étaient en attente de transplantation au 31/12/2009.

40 greffes rénales ont été réalisées, soit une activité sensiblement moindre que les années antérieures où le nombre évoluait plutôt entre 50 et 60.

En 2008, le taux de malades greffés pmh était de 49,5 (versus 45,5). En 2009, il a diminué sur l'ensemble du territoire à 43,6 mais beaucoup plus en Limousin pour descendre à 26,1. Le taux d'accès à la greffe a lui aussi subi la même évolution, passant de 56 % en 2008 (versus 29 %) à 29,7 % en 2009 (versus 26,5 %).

Par contre, bien qu'en légère augmentation, le délai médian d'attente reste très court à 8,3 mois (versus 18,9 mois) plaçant le Limousin à la deuxième place des régions françaises.

27 % des inscrits sur la liste de transplantation étaient (en 2008) âgés de plus de 60 ans (versus 21 % au niveau national).

Le taux de greffes à partir de donneurs vivants était en 2009 de 5 % (versus 7,9 %).

La prise en charge de l'IRC est assurée par quatre structures :

- Le CHU de Limoges avec un centre d'hémodialyse de 26 postes
- Le CH de Brive avec un centre d'hémodialyse de 16 postes
- L'Association Limousine pour l'Utilisation du Rein Artificiel à Domicile (ALURAD) qui gère :
 - 1 centre d'hémodialyse à Limoges, de 12 postes, à proximité du CHU
 - 3 unités médicalisées d'hémodialyse réparties à Limoges, Guéret et Brive
 - 3 centres d'autodialyse à Limoges, Brive et Ussel

L'entraînement à la dialyse (HD et DP)

L'hémodialyse à domicile, tout à fait marginale en Limousin, comme sur l'ensemble du territoire national

La dialyse péritonéale

- Un réseau de santé (Néphrolim) spécialisé dont la mission est de faciliter et de coordonner les actions des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge de l'IRC.

Par ailleurs, la région dispose d'une autorisation pour deux sites de prélèvement d'organes (CHU et CH de Brive) et d'une autorisation (CHU de Limoges) pour l'activité de transplantation rénale.

Objectifs régionaux spécifiques

Globalement les patients dialysés vieillissent et ont davantage de comorbidités. Leur autonomie décroît. Parallèlement, des patients transplantés doivent revenir en dialyse. L'évolution du profil des patients se traduit par un frein au développement de l'hémodialyse à domicile qui reste exceptionnelle et de l'autodialyse simple.

Une des meilleures façons de rapprocher l'épuration extra rénale du lieu d'habitation des patients est sans conteste la dialyse péritonéale. Son développement doit être poursuivi.

Cependant, quel que soit le développement de la DP, on assiste à une saturation de l'offre en centre d'hémodialyse, et alors même que la région a déjà beaucoup développé une alternative qu'est l'unité médicalisée d'hémodialyse (UDM (30,1% versus 12,6%)), une extension de cette offre, compte tenu du profil des patients, apparaît nécessaire.

Il faut souligner que la dialyse hors centre est bien développée en Limousin mais que son développement trouve ses limites dans l'évolution vers un alourdissement des patients pris en charge. Parallèlement, l'offre en autodialyse a vocation à être réduite pour s'adapter au profil de la population prise en charge.

La transplantation rénale fait partie intégrante de la prise en charge de l'IRC. Il importe de la conforter et d'en améliorer l'organisation.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

Orientations du SROS relatives à la prise en charge

1 – Le développement de consultations avancées de néphrologie, grâce au concours de l'ensemble des néphrologues, sur les sites d'Ussel et de Guéret.

La faisabilité de consultations avancées dans le nord du département de la Haute-Vienne devra également être étudiée.

2 - Poursuivre le développement de la dialyse péritonéale

- Développer un plateau technique d'entraînement à la DP
- Intensifier la formation des infirmiers libéraux à la DP

3 - Développer l'offre en centre de dialyse

4 - Développer l'offre en UDM

5 - Adapter les capacités en autodialyse.

6 - Conforter l'activité de greffe rénale :

- Mettre en place une unité dédiée aux patients transplantés dans le service de néphrologie du CHU.
- Limiter au maximum la part de la durée d'ischémie froide des greffons imputable au CHU.

Orientations du SROS relatives à la prévention

- Conforter le réseau Néphrolim qui a pour vocation notamment de dépister une maladie rénale ou d'en ralentir l'évolution dans les populations à risque.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

L'offre en centres de dialyse: pas d'implantation nouvelle; augmenter la capacité en centre sur le site de Limoges (pour la réalisation d'environ 3 600 séances supplémentaires) ainsi que sur le site de Brive (pour la réalisation d'environ 2 400 séances supplémentaires)

L'offre en UDM: pas d'implantation nouvelle; à Ussel transformation de la seule unité isolée d'autodialyse en unité mixte autodialyse-UDM, à Guéret développement de l'UDM.

L'offre en autodialyse: adapter les capacités actuellement excédentaires aux besoins.

L'offre en dialyse péritonéale: poursuivre son développement avec notamment une deuxième implantation sur le site de Limoges

L'offre en matière de greffe rénale: conforter cette activité au CHU

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- Développer le travail en collaboration entre NEPHROLIM et l'OMEDIT dans le cadre du travail prévenant la iatrogénie médicamenteuse chez les patients âgés et tout particulièrement ceux hébergés en EHPAD.
- Organiser des rencontres départementales entre les EHPAD, l'ALURAD et les organismes d'Assurance Maladie sous l'égide de l'ARS, pour lever les obstacles au développement de la dialyse péritonéale en EHPAD permettant de dégager des voies d'aval pour les patients.

Création/suppression d'implantations prévues: Transformer le fonctionnement de l'unité d'autodialyse d'Ussel en créant des séances d'UDM	Projets(s) de coopération
Une deuxième implantation de dialyse péritonéale sur le site de Limoges	

Indicateurs

- Taux d'incidence et de prévalence standardisés
- Pourcentage de patients incidents ayant au moins une comorbidité cardiovasculaire
- Pourcentage des patients traités en dialyse péritonéale par rapport à l'ensemble des patients dialysés.
- Taux de développement de la DP pour les nouveaux patients en dialyse; nombre de nouveaux patients traités par DP/nombre de nouveaux patients traités par dialyse.
- Ratio de patients suivis en centre/total des patients dialysés
- Nombre de greffes rénales pratiquées + taux par million d'habitants et délai médian d'attente de la greffe (après inscription sur la liste d'attente).
- Nombre de consultations avancées mises en place
- Nombre de formations de sensibilisation à la pathologie rénale effectuées auprès des professionnels médicaux et paramédicaux
- Nombre de campagnes de dépistage organisées et nombre de patients dépistés

I.3.18. ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE, PAR VOIE ENDOVASCULAIRE, EN CARDIOLOGIE**Diagnostic régional succinct****Épidémiologie**

La région Limousin se caractérise par une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire par rapport au territoire national (262,4 versus 251,9) plaçant la région au 9e rang des régions de métropole. Cette surmortalité se retrouve également au niveau de la Creuse (285,5) et de la Corrèze (261,4) mais pas au niveau de la Haute-Vienne.

En ce qui concerne les cardiopathies ischémiques, la région enregistre chaque année en moyenne 720 décès. Le taux standardisé de mortalité est exactement le même qu'au niveau national (68,4), plaçant le Limousin au 15e rang des régions de métropole. Cependant, cette similitude cache des différences départementales avec une mortalité non significativement différente en Corrèze (70,8), une surmortalité en Creuse (73,4) et une sous mortalité en Haute-Vienne (64,4).

En matière d'insuffisance cardiaque, on compte chaque année en moyenne 453 décès en Limousin. La région se situe en surmortalité significative (40,5 versus 36,3) par rapport au territoire national.

La Creuse et la Haute-Vienne enregistrent également une surmortalité (respectivement 45,2 et 40,8), alors que la Corrèze ne diffère pas significativement du taux national (37,1).

Descriptif des 3 types qui caractérisent la cardiologie interventionnelle:

TYPE I: Les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi-sites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme. L'ensemble de ce qui précède constitue une activité globale.

Le seuil fixé par l'arrêt ministériel est de 50 par an et concerne uniquement les actes d'ablation de foyer arythmogène (atrial gauche ou droit et ventriculaire) et de voie(s) accessoire(s) de conduction cardiaque.

TYPE II: Les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant

TYPE III: Les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte. Il s'agit en pratique des procédures d'angioplastie coronaire, athérectomie comprise avec un seuil minimal annuel d'activité de 350 procédures.

Organisation actuelle en Limousin:

Actes de TYPE I (ensemble): Compte tenu du faible volume d'activité dans ce domaine, une implantation sur le site du pôle régional de Limoges était maintenue. Ce plateau technique régional devait être largement ouvert aux opérateurs publics et privés de la région, dans le cadre d'un processus collaboratif de coopération entre établissements. Des taux de fuites hors région sont toutefois constatés, et la coopération n'ayant pu aboutir, il devra être envisagé de développer l'offre sur le territoire.

Actes de TYPE II: Les besoins de la région ne justifiaient pas d'implantation régionale, la prise en charge des enfants devrait donc se poursuivre dans un cadre au moins interrégional.

Actes de TYPE III : Une autorisation unique portée par le pôle régional de Limoges avec deux sites géographiques ; Limoges et Brive. De la même façon que pour la rythmologie interventionnelle, les deux sites d'angioplastie devaient être ouverts aux opérateurs publics et privés de la région.

Objectifs régionaux spécifiques

En matière d'angioplastie coronaire :

Mettre en place une offre adaptée aux besoins ; la tendance à la stabilisation voire à la diminution de l'activité n'indique pas de besoin supplémentaire en matière de centre d'angioplastie coronaire.

Ouvrir largement les deux plateaux techniques d'angioplastie aux cardiologues publics et privés qui ont acquis (voire qui souhaitent acquérir) une compétence dans ce domaine. (notamment en vu de faciliter l'accès aux patients qui bénéficient aujourd'hui d'une prise en charge extra régionale)

En matière de rythmologie interventionnelle :

Développer l'offre existante en région pour faciliter l'accès aux patients qui bénéficient aujourd'hui d'une prise en charge extra régionale (Toulouse/Clermont)

En matière de prise en charge de l'insuffisance cardiaque :

Diminuer très significativement les réhospitalisations.

En matière de la lutte contre la maladie athéromateuse :

Étendre les missions du réseau ICARLIM à une prévention structurée de la maladie athéromateuse

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

Orientations du SROS relatives à la prise en charge

- 1 - Développer la rythmologie interventionnelle sur le territoire de santé.
- 2 - Poursuivre l'activité de cardiopathies de l'enfant dans un cadre interrégional.
- 3 - Conforter l'activité d'angioplastie coronaire sur le territoire de santé.
- 4 - Veiller à l'alimentation exhaustive du registre régional de prise en charge des syndromes coronariens aigus ST +.

Orientations du SROS relatives à la prévention

Conforter le réseau ICARLIM pour prévenir les réhospitalisations des patients souffrant d'insuffisance cardiaque en améliorant l'adhésion au réseau pour tout patient hospitalisé pour une première poussée d'insuffisance cardiaque.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

- 1 - Développer la rythmologie interventionnelle sur le territoire de santé, en organisant une coopération entre les cardiologues publics et libéraux des deux centres public et privé de Limoges.
- 2 - Poursuivre l'activité de cardiopathies de l'enfant dans un cadre interrégional
- 3 - Conforter l'activité d'angioplastie coronaire (un site à Limoges ; un site à Brive la Gaillarde) en poursuivant l'ouverture de leurs plateaux techniques aux cardiologues publics et libéraux de la région, compétents en la matière ou désireux d'acquérir cette compétence.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- Étendre les missions d'ICARLIM à la prévention de la maladie athéromateuse.

Création/suppression d'implantations prévues : créer un site de rythmologie interventionnelle sur le site de Limoges distinguer un site d'angioplastie sur Brive, dont l'autorisation est aujourd'hui portée par le CHU	Projets(s) de coopération Ouverture des plateaux techniques d'angioplastie et de rythmologie interventionnelle aux cardiologues publics et libéraux.
---	---

Indicateurs

- Mise en place d'un registre régional de prise en charge des syndromes coronariens aigus ST + (en vue de l'évaluation du protocole et/ou de l'algorithme décisionnel concernant les stratégies de perfusion en urgence à la phase aiguë de l'infarctus).
- Nombre d'actes interventionnels par voie endovasculaire par typologie.
- Origine des patients pour chaque type d'actes par centre (attractivité).
- Destination des habitants de chaque département pour chaque type d'actes (fuite).
- Taux de mortalité hospitalière pour chaque type d'acte par centre.
- Nombre de séjours en chirurgie cardiaque, en réanimation et en USIC pour chaque type d'actes par centre.
- Nombre d'infections nosocomiales par centre et pour chaque type d'acte.
- Mise en place d'un registre de toutes les procédures de rythmologie interventionnelle : indications, geste effectué, complication immédiate, résultat...

I.3.19. USLD (UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE)

Diagnostic régional succinct

La région dispose actuellement de 870 lits installés répartis de la manière suivante :

Corrèze: 6 sites géographiques pour 236 lits

Creuse: 5 sites géographiques pour 170 lits

Haute-Vienne: 7 sites géographiques 464 lits.

Un questionnaire a été adressé par l'ARS en janvier 2011 aux USLD de la région :

9 structures sur 16 (56 %) représentant 64 % des lits d'USLD ont répondu à ce questionnaire.

Une politique de prévention a été déclarée par :

- 89 % des structures en matière d'escarres

- 67 % en matière de dénutrition

- 56 % en matière de démences.

Selon cette même enquête, les patients de moins de 60 ans représentent 3 % des admissions.

Toujours selon l'enquête ARS de janvier 2011, il est relevé 10 % de patients relevant de soins palliatifs (données déclaratives). Des lits identifiés de soins palliatifs existent dans certaines USLD (CH Tulle, CH de Bort les Orgues, CHU de Limoges, CH Saint Junien).

Les USLD constituent le plus souvent un lieu de fin de vie.

Le retour en EHPAD ou à domicile sont des éventualités peu fréquentes.

Selon l'enquête DGOS, filière gériatrique de septembre 2010, il apparaît que les recommandations en matière de personnel de la circulaire du 10 mai 2007 sont en moyenne respectées :

- 0,52 ETP médicaux pour 30 lits

- 0,84 ETP d'IDE + AS + ASH par lit

Par contre, les structures disposent seulement de :

Kinésithérapeute 88 % des cas

Psychologue 63 % des cas

Ergothérapeute 44 % des cas

Psychomotricien 19 % des cas

Diététicien 12,5 % des cas

Orthophoniste 0 % des cas

Objectifs régionaux spécifiques

- Garantir le fait que les USLD, bien que relevant du champ sanitaire, soient à la fois des lieux de vie et des lieux de soins.
- Lutter contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance.
- Être attentif notamment à la réduction du bruit et à la qualité de l'air intérieur.
- Inscrire les USLD dans les différentes filières (AVC, traumatismes crâniens, blessés médullaires, maladies neuro-dégénératives, psychiatrie, gériatrie...).

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

- Formaliser la participation des USLD au fonctionnement des filières gériatriques par des conventions avec les autres structures de la filière
- Effectuer les transferts USLD- EHPAD ou EHPAD-USLD dans l'intérêt des patients
- Garantir l'accès aux soins psychiatriques notamment par le biais des équipes mobiles.
- Développer la culture palliative dans les USLD en intensifiant la formation des personnels soignants et des praticiens qui interviennent dans ces unités
- Regrouper les lits d'USLD issus de la partition
- Mettre en place une politique de prévention notamment des escarres, des démences, de la dénutrition.
- Adapter les ressources humaines aux structures USLD-EHPAD dans le cadre de la requalification des lits USLD.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

- Adapter l'offre en termes de capacités et d'implantation au vu des résultats des coupes Pathos.
- Développer l'accueil des patients de moins de 60 ans par la création d'unités spécifiques au sein des USLD.
- Favoriser l'accueil temporaire dans les unités d'USLD

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- Améliorer la coordination avec les autres structures sanitaires, les établissements médico-sociaux et sociaux, la complémentarité des prises en charge, la fluidité des parcours et la réduction des inadéquations en formalisant des conventions.

Création/suppression d'implantations prévues aucune	Projets(s) de coopération
--	---------------------------

I.3.20. PSYCHIATRIE

Diagnostic régional succinct

- Un taux de suicide plus élevé que la moyenne nationale, en particulier chez les personnes âgées.
- Le Limousin se situait en 2000 au premier rang des régions françaises pour la consommation de psychotropes. Cette tendance se retrouve également chez les jeunes : la consommation de psychotropes chez les jeunes de 17 ans est supérieure à la moyenne nationale (enquête ESCA-PAD 2008).

Offre de soins actuelle

- **Une offre hospitalière** répartie sur 10 établissements dont 4 privés :
 - 895 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie générale et 21 lits en psychiatrie infanto-juvénile
 - 628 places en hospitalisation de jour dont 101 en psychiatrie infanto-juvénile
 - 23 places en hospitalisation de nuit, 3 places d'accueil en famille thérapeutique, 13 lits en appartement thérapeutique et 25 lits de post-cure
 - 10 secteurs de psychiatrie générale et 4 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Source ORS

- Le taux d'équipement de la région Limousin en lits et places de psychiatrie est le plus élevé de France avec 20,7 lits et places pour 10 000 habitants (données 2009 ; source DRESS-SAE, INSEE). Ce taux est à pondérer par l'accueil important d'une population extra limousine.

La prise en charge mère bébé

- Cette filière est bien structurée avec un travail en réseau sur la région. Ce réseau est coordonné avec les équipes de professionnels opérant dans le champ de la périnatalité. Cependant les moyens sont insuffisants dans le département de la Creuse.
- L'unité d'hospitalisation mère/bébé (actuellement : 4 lits mère et 5 berceaux temps plein) paraît insuffisante.

Les enfants et les adolescents

- L'hospitalisation des adolescents en région est possible seulement à Limoges à l'USIPA.
- Le besoin de places d'hospitalisation de jour pour enfants (maillon entre le CATTP et l'HC) est soulevé par la Creuse et la Corrèze.
- Les difficultés liées à l'augmentation, en Creuse, des structures d'accueil (de type lieu de vie ou familles d'accueil) recevant des enfants et adolescents originaires de la région parisienne ou d'autres zones urbaines ainsi que le placement en IME d'enfants domiciliés dans les mêmes zones, contribuent à augmenter les besoins locaux.
- Le déficit d'interventions des pédo-psychiatres dans le nord Corrèze et plus globalement le nombre insuffisant de praticiens de cette spécialité en Creuse et en Corrèze est constaté.

L'autisme

- Le CRDA, porté par le CHU, a maintenant un véritable management mis en place par CREAL et la structuration est en bonne voie.
- En Creuse une unité ambulatoire à Guéret a pour vocation principale la prise en charge de l'autisme.
- En Corrèze, un CATTP est situé à Corrèze alors que la file active se situe surtout à Brive.

La prise en charge en psychiatrie générale

- Il est constaté une insuffisance des connaissances concernant les besoins en soins en psychiatrie et le contenu qualitatif de l'offre de soins. Il existe une certaine opacité concernant l'activité des soins en psychiatrie (pratiques, spécificité de certains professionnels...); une meilleure connaissance permettrait des orientations plus adaptées en fonction des besoins des patients.
- Un travail en filières est réalisé dans le 87 et le 23, pas en 19 en raison du morcellement des implantations.

Réhabilitation psycho sociale

- L'organisation en place repose sur l'identification de lits sanitaires dans chaque département (dont l'autorisation sanitaire est portée par le CHPE et dont l'autorisation des appartements thérapeutiques est portée par le CHPE et gérée par le GCS).

Les personnes âgées

- En **Corrèze** une intervention fonctionne de façon systématique dans la majorité des EHPAD.
- En **Creuse** les interventions dans les EHPAD reposent sur le travail de secteur ; les infirmiers de secteur vont dans les EHPAD à la demande.
- En **Haute-Vienne** une équipe de psycho-gériatrie intervient sur l'agglomération de Limoges. Les EHPAD soulignent la nécessité d'une définition du mode de soutien du secteur psychiatrique au secteur gériatrique, des conditions d'accessibilité aux soins et de l'appui nécessaire en situation de crise.

Objectifs régionaux spécifiques

- Proposer des réponses adaptées pour diminuer le taux de suicide
- Garantir un accès, en proximité, aux soins psychiatriques.
- Améliorer la réponse aux urgences psychiatriques
- Améliorer la transversalité entre les secteurs psychiatriques et somatiques
- Optimiser la réponse aux besoins des personnes âgées
- Reconnaître le rôle des aidants et identifier leurs besoins spécifiques
- Améliorer l'accès aux soins psychiatriques des personnes en situation de précarité
- Mettre en œuvre de façon optimale la nouvelle législation concernant les hospitalisations sous contrainte et les recommandations issues du plan santé mentale 2011-2015.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales**Les orientations du SROS relatives à l'accès aux soins**

- **Garantir une offre de consultation de proximité régulièrement répartie sur le territoire.**
- Veiller à l'implantation d'un CMP par territoire de proximité ou à défaut adosser des compétences dans les MSP ou organiser une offre itinérante.
- **Développer la télémédecine**, dans le cadre expérimental, de mise en œuvre de projets médicaux permettant de réaliser des téléconsultations et de la télé expertise
- **Accentuer la prise en charge des populations les plus démunies**
- **Faciliter l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques**
- **Développer une connaissance fine et actualisée des pratiques professionnelles (thérapies familiales, thérapies cognitives et comportementales, relaxation psychothérapique...)** et de l'offre de soins concernant ces pratiques dans la région, et la diffuser largement à l'ensemble des professionnels de première ligne (soins de premier recours, secteur social...), au secteur associatif et au grand public
- **Renforcer le temps médical consacré à la prise en charge mère-bébé en Creuse.**
- **Mettre en place une démarche régionale de coordination des acteurs autour du projet de vie et de soins des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie**

Les orientations du SROS relatives à la prévention

- **Mettre en œuvre le plan national de prévention du suicide**
- **Développer des programmes qui agissent complémentirement sur les 3 dimensions suivantes**
 - Renforcer les compétences personnelles des personnes, leurs facteurs de protection, leurs pouvoirs d'agir sur la santé
 - Mieux prendre en compte les questions de santé mentale dans les pratiques et le travail des professionnels avec leur public
 - Intégrer les questions de santé mentale dans les décisions prises par les structures, dans les institutions, dans les politiques publiques et locales.

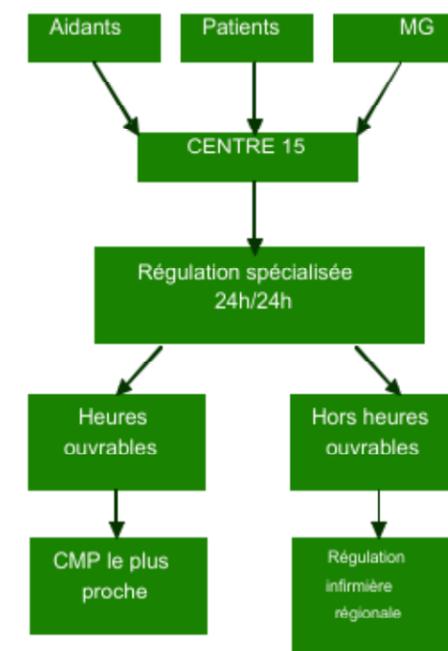
Développer des actions d'éducation thérapeutique du patient.

Développer l'accès des patients pris en charge en santé mentale aux campagnes nationales de dépistage: cancer du sein, cancer colorectal... et à la prévention: vaccination...

Orientations du SROS relatives à la démographie des professionnels et à la formation

- Mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences des psychiatres et des autres professionnels de la psychiatrie, au niveau régional. Accompagner la formation des professionnels du champ de la psychiatrie et améliorer l'attractivité de la région.
- Développer l'implication des professionnels de la psychiatrie dans la formation des professionnels, celle des aidants, dans l'information sur la maladie psychiatrique et le développement des compétences psycho-sociales du grand public.

- Développer la formation en santé mentale et en psychiatrie des professionnels de 1er recours
Il existe sur Limoges un D.U. de psychiatrie, un D.U. de relaxation psychothérapique et un D.U. de psycho gériatrie.

**Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité****• Optimiser la réponse aux sollicitations en urgence**

L'organisation d'un accueil téléphonique à disposition des usagers avec une réponse sérieuse fournie par un correspondant (psychiatre ou paramédical formé) constituerait un dispositif adapté d'aide à la décision.

Une régulation, via les CRRA, devrait permettre d'orienter au plus tôt les patients vers le CMP le plus proche pendant les heures ouvrables et vers un professionnel de santé formé hors heure ouvrable

- **Construire un projet de prise en charge (médical et non médical) de la psychiatrie en Corrèze**, permettant de mieux structurer les parcours de patients relevant de filières spécialisées en mutualisant les moyens existants dans une structure de coopération entre les établissements de santé et médico-sociaux en Corrèze, en lien avec les structures régionales.

• Organiser l'hospitalisation transitoire des adolescents en Creuse et en Corrèze

Avec quelques lits tampons pour les départements (19 et 23) pour prendre en charge les adolescents en proximité (48 à 72h) et permettre une gestion par les pédopsychiatres dans des lits identifiés psychiatriques (en service adulte ou dans les services d'urgences), dans l'attente d'un recours et ou d'une expertise au niveau de l'USIPA

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

- **Mettre en place le GCS santé mentale/handicap en Limousin**, cette structuration semble de nature à répondre à certains enjeux de psychiatrie régionale et notamment à la mise à disposition de compétences psychiatriques médicales et paramédicales rares (ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes...) auprès des établissements médico-sociaux.
- **Assurer l'accès aux soins de santé mentale pour les personnes âgées dépendantes et pour leurs aidants.**
- Repréciser les modalités d'intervention des équipes psychiatriques dans les EHPAD de Haute-Vienne: conventions avec les EHPAD avec intervention des IDE de secteurs à la demande, temps spécifique,
- Impliquer les professionnels libéraux dans les EHPAD,
- Mener une étude approfondie des besoins de prise en charge en santé mentale auprès des personnes âgées (établissements, services médico sociaux et domicile),
- Conduire un travail sur le rôle respectif :
 - D'une part des hôpitaux de jour psycho-gériatriques et les accueils de jour médico-sociaux;
 - D'autre part de l'UPSAV et de l'équipe mobile psycho-gériatrique avec la mise en place d'un partenariat plus abouti

Orientations relatives aux relations avec la santé scolaire et la santé au travail

- Développer les interventions en santé mentale sur le lieu de travail
- Développer les activités de promotion de la santé mentale en milieu scolaire et universitaire
- Développer les actions de promotion de la santé visant l'acquisition des compétences psychosociales des jeunes
- Développer des stratégies intersectorielles en intégrant la promotion de la santé mentale dans les politiques publiques et programmes (l'éducation, l'emploi, la justice, les transports, l'environnement, le logement, la protection sociale et la MSA)

Création/suppression d'implantations prévues	Projets(s) de coopération
Identifier des lits de pédopsychiatrie en Creuse	Projet télémédecine

Indicateurs

- Nombre de patients hospitalisés en psychiatrie depuis plus d'un an par territoire de santé ou département
- Évolution du taux d'hospitalisation en soins sans consentement par territoire de santé ou par département
- Évolution du taux de suicide
- Nombre d'appels régulés par une IDE psy

I.3.21. ADDICTIONS**Diagnostic régional succinct****Épidémiologie**

La consommation de **tabac, d'alcool et de drogues** demeure un problème de santé majeur en Limousin, comme ailleurs. Elle constitue également des facteurs de risque de problèmes sociaux non négligeables.

Concernant le tabac, il faut relever que près des $\frac{3}{4}$ des jeunes de 17 ans en Limousin ont expérimenté le tabac et plus du $\frac{1}{3}$ en consomment quotidiennement (plus chez les garçons).

Concernant l'alcool, la région se situe dans les 4 à 6 premières parmi les 22 régions métropolitaines. À noter une consommation régulière d'alcool et une fréquence d'ivresses régulières plus élevées chez les garçons en Creuse que dans le reste de la région.

Concernant les drogues illicites dont cannabis, les indicateurs positionnent le Limousin parmi les dernières régions en termes de consommation et d'expérimentation. La proportion de jeunes garçons de 17 ans déclarant un usage régulier de cannabis est néanmoins de 13 %.

Concernant les troubles des conduites alimentaires, l'addiction aux jeux et autres, malgré l'activité croissante, il n'existe, en Limousin, aucune structure reconnue de prise en charge spécialisée des Troubles des Comportements Alimentaires (anorexie, boulimie, hyperphagie) pour les adultes; les addictions aux jeux et internet constituent de nouveaux comportements à prendre en compte.

Concernant les médicaments psychotropes (anxiolytiques – antidépresseurs): la situation régionale est particulièrement atypique.

La forte consommation de médicaments psychotropes est une spécificité limousine qui ne trouve pas son explication dans des données épidémiologiques (28 % vs 24 % France). La région est au premier rang national pour la consommation des anxiolytiques (tranquillisants, hypnotiques) (21 % vs 17 %) mais aussi des antidépresseurs (12 % vs 10 %).

L'expérimentation de tranquillisants à 17 ans positionne également le Limousin en tête des régions (23 % vs 18 % France). Chez les garçons (18 % vs 14 %) comme chez les filles (29 % vs 23 %), la région se situe au premier rang en termes de consommation de tranquillisants chez les jeunes, bien au-dessus des moyennes nationales.

Concernant le travail et les addictions: malgré l'insuffisance de données, la situation semble préoccupante. Sur le plan des risques en milieu de travail, l'alcool est impliqué dans 10 à 20 % des accidents de travail déclarés; dans le contexte professionnel, environ 10 % des salariés consommeraient régulièrement ou occasionnellement des produits illicites; selon une étude sur la conduite dopante en milieu professionnel, 20 % des salariés utilisent un médicament pour être « en forme au travail », 12 % en prennent pour traiter un « symptôme gênant », 18 % en utilisent « pour se détendre au décours d'une journée difficile ».

Organisation existante :

En Limousin, d'importantes améliorations ont été réalisées au niveau de la structuration sanitaire des addictions (centres hospitaliers, hôpitaux psychiatriques, CMN Ste-Feyre, cliniques psychiatriques La Jonchère et Châtelguyon) :

Par le développement des différents types de prise en charge (consultations, équipes de liaison, sevrage, SSR...),

La généralisation du partenariat,

Le rôle régional conforté du CH Esquirol qui assure les 3 niveaux de prise en charge.

Des besoins restent cependant non couverts :

- Difficulté de prise en charge,
- Liste d'attente importante,
- Inadéquation entre la demande de soins et les moyens mis à disposition,

L'organisation de la filière addictions en Corrèze est en cours de concertation.

Sur 9 établissements de santé disposant d'une structure des urgences autorisée, seuls 2 sont dotés d'une équipe de liaison en addictologie (ELSA). Cette situation s'explique par la place prépondérante des établissements de santé psychiatriques dans la prise en charge des addictions.

Des projets sont en cours de déploiement :

- Déploiement d'une filière de soins pour les Troubles des Conduites Alimentaires hospitalisations complètes et partielles pour les prises en charge individuelles (sevrage) à la Clinique de la Jonchère
- Renforcement des SSR spécialisés pour la prise en charge des conduites addictives (pour mémoire : 20 lits et 10 places SSR spécialisés en addictologie autorisés au CH Esquirol ; besoin estimé de l'ordre de 10 à 15 lits SSR spécialisés pour la Corrèze et de 10 lits SSR spécialisés pour la Creuse).

Objectifs régionaux spécifiques

- **Diminuer les risques sanitaires** (mortalité précoce et comorbidités psychiatriques et somatiques) et les coûts socio-économiques élevés -alcool et tabac majoritairement-, en intensifiant les actions plus particulièrement en Creuse.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales**Les orientations du SROS en matière de prise en charge en structure sanitaire**

- Poursuivre la structuration graduée de l'offre sanitaire
- Étendre la formation en addictologie aux équipes de cancérologie afin, le cas échéant, d'orienter à l'issue du traitement anti-cancéreux vers une prise en charge adaptée, et les intervenants en périnatalité pour faciliter le repérage des conduites addictives.

Les orientations du SROS en matière de prévention

- Généraliser et améliorer les dispositifs de prévention développés par les établissements de santé
- Faciliter le repérage et l'intervention précoces
- Prendre en compte l'addictologie dans les contrats locaux de santé, en lien avec la psychiatrie
- Intégrer et formaliser l'éducation thérapeutique aux soins pour diminuer les risques de rechute

Les orientations du SROS en matière de connaissance, formation et de recherche

- Tendre vers une connaissance globale des addictions par la mise en place d'un dispositif de suivi de l'activité et des ressources (prévention, activité sanitaire et médico-sociale...), en partenariat avec les acteurs concernés.
- Mettre en place une formation universitaire: DU en addictologie sur Limoges.
- Faciliter l'accès au Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire (DESC) pour les internes de spécialités, le CH Esquirol étant habilité pour recevoir des stagiaires.
- Généraliser la formation et les actions de sensibilisation dans les établissements de santé
- Conforter les missions de pôle de référence niveau 3 dans le cadre du partenariat entre le CHU et le CH Esquirol, en matière de recherche et formation en addictologie.
- Conforter la formation universitaire par la création d'un poste de PU-PH en addictologie
- Cibler des actions d'EPP relatives à la prise en charge des addictions

Les orientations du SROS relatives à la télémédecine

- Permettre aux structures délocalisées d'accéder à l'avis d'experts en addictologie, dans le cadre de la gradation des soins

Schéma cible de l'organisation sanitaire régionale de l'addictologie

Renforcer l'offre de soins ambulatoire :

- Faciliter la mise en place de consultations
- Faciliter l'accès à l'hospitalisation de jour, par la reconnaissance de places dédiées à l'addictologie, au plus près des besoins de la population

Améliorer l'accès au sevrage complexe en développant l'activité des deux établissements assurant cette mission (CH Esquirol, CH du Pays d'Eygurande)

Améliorer l'accès au sevrage simple en confortant les unités existantes (Clinique la Jonchère, CHPE, CH Brive, Clinique Chatelguyon)

Et étendre le maillage par l'identification de lits dédiés MCO et psychiatriques, en corrélation avec l'activité réalisée par les établissements (CH Ussel, CH Guéret, CHU, CH Saint-Junien et CH de Saint-Vaury)

Conforter le dispositif de prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés en addictologie, en étendant le maillage territorial sur la Corrèze et la Creuse :

- En Corrèze: besoin estimé de 10 à 15 lits SSR avec implantation sur le site d'Eygurande, en coopération avec les établissements sanitaires du département et avec l'appui du centre de recours et d'expertise régional

- En Creuse: 10 lits SSR implantation sur le site de Saint-Vaury, en coopération avec les établissements sanitaires du département et avec l'appui du centre de recours et d'expertise régional

Permettre la mise en place d'équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), dans les établissements disposant d'une structure d'urgences, en fonction des besoins (adéquation avec l'activité), des dispositifs préexistants, des financements (MIG)

Favoriser l'accès aux soins dans les zones rurales :

- Intégrer les consultations de spécialistes (addictologie) dans les maisons de santé pluriprofessionnelles et favoriser leur installation, en priorité dans les zones non couvertes par les dispositifs sanitaires et médico-sociaux

- Faciliter l'accès aux spécialistes via les CMP

- Renforcer l'intervention de la psychiatrie de liaison

Renforcer les consultations jeunes consommateurs, en particulier pour assurer une couverture régionale et faciliter le recours à l'équipe mobile de pédopsychiatrie de liaison.

Faciliter la mise en œuvre du dispositif régional de prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA), dans le cadre du pôle d'addictologie du CH Esquirol, comprenant une unité d'hospitalisation complète, une unité de jour, une équipe de prévention et de liaison dédiée.

Renforcer l'articulation avec la **périnatalité** (avant la grossesse: lors de la consultation en médecine générale, en consultation de gynécologie... et pendant la grossesse: l'entretien prénatal précoce constitue un moment privilégié pour faire le point sur la consommation de tabac et d'alcool) et la **cancérologie**.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

S'appuyer sur les réseaux existants et renforcer leur coopération :

- Le Réseau de Soins Ville Hôpital en Addictologie (RSVHA), géré par l'association Toxicomanie Soins Réseau de la Haute-Vienne (TSR87), appelé à devenir un réseau à vocation régionale, sous sa nouvelle appellation « ADDICTLIM ». Il contribue au maillage des acteurs en addictologie: libéraux (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, hospitaliers/institutions, associations d'usagers, structures spécialisées en addictologie (CSAPA, équipes de liaisons en addictologie...)

- Le Réseau en Alcoologie de Haute Corrèze:

Constitue une structure ressource en matière d'informations sur la pathologie alcool

Offre un espace d'écoute et de parole

Reçoit les patients adressés et décide, en concertation avec ces derniers et les partenaires concernés, d'une prise en charge personnalisée (suivis psychologiques individuels, bilans médicaux, visites à domicile)

Guide les acteurs qui le demandent dans la prise en charge des patients

Renforcer le 1er recours :

Promouvoir le recours au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) auprès des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmiers, etc.):

- Actions de formations, intégration dans la FMC

- Diffusion de support d'information, d'outils...

- Mise en place d'une EPP spécifique

Développer les campagnes de sensibilisation aux recommandations de bonnes pratiques auprès des médecins généralistes

Mieux agir sur les comportements par rapport à la consommation de psychotropes: dans le cadre des missions du réseau ADDICTLIM, accompagner les prescripteurs (formation/information, bonnes pratiques...)

Créer un espace d'information « addictions » dans la plateforme régionale Santé Limousin permettant de décliner et d'actualiser les différents dispositifs et ressources dont le secteur libéral (médecins généraliste impliqués et/ou formés (alcoologues...), infirmiers impliqués et/ou formés, officines...)

Pour les personnes placées sous main de justice: améliorer le suivi à la sortie de prison en facilitant le relais avec la médecine de ville

Pour les personnes présentant des co-morbidités somatiques et/ou psychiatriques: renforcer le partenariat entre les équipes d'addictologie et la médecine de ville

Ouvrir la démarche éthique aux addictions, au niveau du centre régional d'éthique et des groupes de réflexion éthique de proximité associant notamment les professionnels de santé libéraux.

Organiser le partenariat en faveur des publics vulnérables :

Avec les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les Équipes mobiles psychiatriques pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion (EMPP), les structures relevant du social et de l'insertion professionnelle.

Création/suppression d'implantations prévues cf. Volet SSR : deux créations (Corrèze et Creuse)	Projets(s) de coopération Projet télémédecine Projet réseaux
---	--

Indicateurs :

- Nombre de médecins généralistes et de pharmaciens d'officine inscrit dans le réseau
- Nombre d'officines travaillant avec le CAARUD dans le cadre d'un programme d'échange de seringues
- Nombre de consultations hospitalières d'alcoologie, de tabacologie...
- Indicateurs issus du PMSI MCO SSR et psychiatrie (par exemple, nombre de séjours en SSR pour une dépendance et des troubles mentaux organiques induits par des substances psychoactives.

I.4. OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS EN IMPLANTATION DES ACTIVITÉS ET DES ÉQUIPEMENTS

Hospitalisation à domicile

Nombre d'implantations sur le territoire	Détail des implantations
5	Tulle, Brive, Noth, Limoges (2)

Transfusion sanguine *

Sites d'implantation	Autorisations actuelles	Autorisations prévues
Brive	dépôt de délivrance	site de délivrance EFS**
Brive	dépôts relais-urgence (2)	-
Tulle	dépôt de délivrance	dépôt de délivrance
Ussel	dépôt de délivrance	dépôt de délivrance
Guéret	site de délivrance EFS**	site de délivrance EFS**
Aubusson	dépôt relais-urgence	dépôt relais-urgence
Limoges (Pôle régional)	dépôt d'urgence	dépôt d'urgence
Limoges (Pôle régional)	site de délivrance EFS**	site de délivrance EFS**
St Junien	dépôt relais-urgence	dépôt relais-urgence
St Yrieix	dépôt relais-urgence	dépôt relais-urgence

* Les implantations préconisées dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins (SROS) seront planifiées dans le schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS)

** Autorisation du DG de l'AFSSAPS (article R 1223-4-1 du code de la santé publique); les autres autorisations relèvent du DG de l'ARS

Imagerie Médicale

ÉQUIPEMENT	nombre d'appareils sur le territoire	Sites d'implantation
1 CYCLOTRON	1*	Limoges (pôle régional)
3 TEP-SCAN	2**	Limoges (pôle régional)
	1	Brive
5 CAMÉRAS à SCINTILLATION	3	Limoges (pôle régional)
	2	Brive
9 IRM	2	Brive
	1 équipement mobile	Tulle/Ussel
	1	Guéret
	5	Limoges (dont 3 pôle régional)
13 SCANNERS	2	Brive
	1	Tulle
	1	Ussel
	1	Guéret
	1*	Aubusson
	4	Limoges (dont 2 pôle régional)
	1 dédié pour répondre aux urgences*	Limoges (pôle régional)
	1	Saint Junien
	1	Saint Yrieix

* Création déjà préconisée dans le SROS 2006-2011, non encore autorisée

** Dont 1 création déjà préconisée dans le SROS 2006-2011, non encore autorisée

Soins aux détenus

4 établissements pénitentiaires sur la région Limousin, donc 4 unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) :

- Centre de détention à Uzerche :

Centre hospitalier de rattachement de l'UCSA : centre hospitalier de Tulle

Établissement de santé mentale : intervention du Centre hospitalier du Pays d'Eygurande

- Maison d'arrêt de Guéret :

Centre hospitalier de rattachement de l'UCSA : Centre hospitalier de Guéret

Établissement de santé mentale : Centre hospitalier de Saint-Vaury

- Maison d'arrêt de Tulle :

Centre hospitalier de rattachement de l'UCSA : centre hospitalier de Tulle

Établissement de santé mentale : Centre hospitalier du Pays d'Eygurande

- Maison d'arrêt de Limoges :

Centre hospitalier de rattachement de l'UCSA : C.H.U.

Établissement de santé mentale : Centre hospitalier Esquirol à Limoges

Médecine d'urgence

> 1 SAMU à Tulle	> 1 SAMU à Guéret	> 1 SAMU à Limoges (Pôle régional)
> 1 SMUR à Brive 1 SMUR à Tulle avec 1 antenne de SMUR à Ussel	> 1 SMUR à Guéret	> 1 SMUR à Limoges (Pôle régional) avec 1 antenne de SMUR à St Junien et 1 antenne SMUR à Saint-Yrieix*
> 1 SAU à Brive > 1 SAU à Tulle > 1 SAU à Ussel	> 1 SAU à Guéret > 1 SAU à Aubusson	> 2 SAU à Limoges dont 1 Pôle régional > 1 SAU pédiatrique à Limoges (Pôle régional) > 1 SAU à St-Junien > 1 SAU à St Yrieix
TOTAL SUR LE TERRITOIRE		
3 SAMU		
4 SMUR (avec 3 antennes)		
10 SAU (dont 1 pédiatrique)		

* Création envisagée à la faveur d'un dispositif global, et viable sur le plan des ressources humaines et financières.

SSR**• Les SSR non spécialisés**

Les implantations des SSR non spécialisés constituent le socle des autorisations et ont vocation à répondre aux besoins de proximité

Sites	Mention enfants/adolescents	Mode exercice
Brive (site Verlhac)	Oui, à titre non exclusif	HC, HJ
Brive (Site Les Cèdres)		HC
Tulle	Oui, à titre non exclusif	HC, HJ
Ussel		HC
Bort-les-orgues		HC
Eygurande		HC (HJ sur le site de Brive)
Guéret		HC
Evaux-les-Bains		HC
Noth	Oui, à titre non exclusif	HC, HJ
Aubusson		HC
Ste Feyre		HC, HJ
Bourganeuf		HC
La Souterraine		HC
Saint-Vaury		HC, HJ
Limoges pôle régional	Oui, à titre non exclusif	HC, HJ
Limoges (site Messenger)	Oui, à titre non exclusif	HJ
Limoges (site Marcland)	Oui, à titre non exclusif	HC et HJ
Verneuil		HC
St Junien		HC, HJ
St Yrieix		HC
St Yrieix (site Parc du Mas)		HC, HJ
Monts et barrages		HC
Haut Limousin (3 sites : Bellac, Le Dorat, Magnac-Laval)		HC, HJ
nombre total de sites sur le territoire : 25		

- Les SSR spécialisés

La prise en charge des affections de l'appareil locomoteur

Sites	Observations	Mentions enfants/adolescents	Mode exercice
Brive (site Verlhac)		Oui, à titre non exclusif	HC, HJ
Tulle		Oui, à titre non exclusif	HC, HJ
Noth	Complémentarité par voie de convention entre les 2 sites	Oui, à titre non exclusif	HC, HJ
Aubusson			HC
Limoges pôle régional	Complémentarité par voie de convention entre les 2 sites	Oui, à titre non exclusif	HC, HJ
Limoges (site Messenger)		Oui, à titre non exclusif	HJ
Limoges (site Marcland) psycho réhabilitation des cérébro-lésés		Oui, à titre non exclusif	HC, HJ
nombre total de sites sur le territoire : 7			

La prise en charge des affections du système nerveux en SSR

Sites	Mentions enfants/adolescents	Mode exercice
Brive (site Verlhac)	Oui, à titre non exclusif	HC, HJ
Tulle	Oui, à titre non exclusif	HC, HJ
Noth	Oui, à titre non exclusif	HC, HJ
Limoges pôle régional	Oui, à titre non exclusif	HC, HJ
Limoges (site Messenger)	Oui, à titre non exclusif	HJ
Limoges (site Marcland) psycho réhabilitation des cérébro-lésés	Oui, à titre non exclusif	HC, HJ
nombre total de sites sur le territoire : 6		

La prise en charge des affections cardio vasculaires

Sites	Observations	Mentions enfants/adolescents	Mode exercice
Ste Feyre	Mission d'expertise et de recours		HC, HJ
Limoges pôle régional	Convention avec le site de Ste Feyre		HJ
nombre total de sites sur le territoire : 2			

La prise en charge des affections respiratoires

Sites	Observations	Mentions enfants/adolescents	Mode exercice
Ste Feyre	Mission d'expertise et de recours		HC, HJ
Limoges pôle régional	Convention avec le site de Ste Feyre		HJ
nombre total de sites sur le territoire : 2			

Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien

Sites	Mentions enfants/adolescents	Mode exercice
Tulle	Segment obésité enfants et/ou adolescents à titre exclusif	HJ
Ste Feyre	Segment obésité enfants et/ou adolescents à titre exclusif	HJ
Limoges pôle régional	Segment dénutrition sévère	HC et HJ
St Yrieix (site Parc du Mas) *	Segment obésité morbide adulte	HC, HJ
Limoges (site Messenger)	Segment obésité enfants et/ou adolescents à titre exclusif	HJ
Verneuil	Segment pré et post intervention chirurgicale	HC
nombre total de sites sur le territoire : 6		

(*) Collaboration à envisager avec le CHU et le CH de Saint-Yrieix à son ouverture

Prise en charge des affections onco hématologiques

Sites	Observations	Mode exercice	Mention
Limoges pôle régional	Mission de recours et d'expertise	HC, HJ	enfants et/ou adolescents à titre non exclusif
nombre total de sites sur le territoire : 1			

Prise en charge des brûlés

Sites	Observations	Mode exercice	Mention
Limoges pôle régional	Convention avec les sites hautement spécialisés pour les missions de recours et d'expert et dans le cadre d'un relais	HC	enfants et/ou adolescents à titre non exclusif
nombre total de sites sur le territoire : 1			

Prise en charge des affections liées aux conduites addictives

Sites	Observations	Mention	Mode exercice
Eygurande	Coopération départementale avec les établissements du département	enfants et/ou adolescents à titre non exclusif	HC
(HJ sur site de Brive)			
Saint-Vaury	Coopération départementale avec les établissements du département	enfants et/ou adolescents à titre non exclusif	HC, HJ
Limoges (site Marcland)	<ul style="list-style-type: none"> Coopération départementale avec les établissements du département Mission expertise et recours régional 	enfants et/ou adolescents à titre non exclusif	HC, HJ
nombre total de sites sur le territoire : 3			

La prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance

Sites	Mode exercice
Brive (site Verlhac)	HC/HJ
Brive (Site Les Cèdres)	HC
Tulle	HC/HJ
Ussel	HC/HJ
Guéret	HC/HJ
Bourganeuf	HC/HJ
Aubusson	HC/HJ
Limoges pôle régional	HC/HJ
Limoges (site Messenger)	HJ
St Junien	HC/HJ
St Yrieix	HC/HJ
Haut Limousin (site Bellac)	HC/HJ
nombre total de sites sur le territoire : 12	

Médecine

Sites	Mode exercice	Service pédiatrie
Brive	HC/HJ	oui ****
Brive	HC	
Tulle	HC/HJ	oui ****
Ussel	HC/HJ	
Bort-les-Orgues	HC/HJ	
Guéret	HC/HJ	oui
Guéret	HC/HJ	
Sainte-Feyre	HC/HJ	
Aubusson	HC *	
Bourganeuf	HC	
Limoges pôle régional (2)	HC/HJ**	oui
Limoges	HC/HJ	
Limoges	HC	
Limoges	HC	
St Junien	HC/HJ	
St Yrieix	HC/HJ	
Haut Limousin (3)	HC/HJ***	
Monts et barrages	HC	
nombre total de sites sur le territoire : 21		

* Autorisation portée par le Centre Hospitalier, gérée en commun avec la Clinique de la Croix-Blanche dans le cadre d'un GCS, y compris en médecine gériatrique

** L'activité s'exerce sur deux sites concernant le pôle régional

*** L'activité s'exerce sur trois sites (Bellac, Le Dorat, Magnac-Laval) concernant le Haut Limousin

**** L'activité s'exerce sur deux sites (Brive, Tulle) gérée actuellement par le SIBTU.

Chirurgie

Sites	Mode exercice
Brive (3 sites)	HC/HJ
Tulle (1 site)	HC/HJ
Ussel (1 site)	HC/HJ
Guéret (2 sites)	HC/HJ
Aubusson (1 site)	HC/HJ
Limoges (4 sites dont pôle régional)	HC/HJ
St Junien (1 site)	HC/HJ
Saint-Yrieix (autorisation HJ CHU) (1 site)	HJ
nombre total de sites sur le territoire : 14	

Réanimation, Soins Intensifs et Surveillance Continue

	Réanimation	Soins intensifs (unités hors cardiologie)	Soins intensifs (cardiologie)	Surveillance continue (unités hors cardiologie)
Brive	1	-	1	1
Brive	-	-	-	1
Tulle	-	1	1	1
Ussel	-	-	-	1
Guéret	1	-	1	1
Guéret	-	-	-	1
Ste Feyre	-	-	-	1
Limoges pôle régional	1 (+ réanimation pédiatrique)	6 *	1	1
Limoges	-	-	1	1
Limoges	-	-	-	1
St-Junien	-	-	-	1
St-Yrieix	-	-	-	1
nombre total de sites sur le territoire	3 (+ 1 réanimation pédiatrique)	7	5	12

* 6 spécialisées à Limoges (pôle régional) (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuro-vasculaire, hématologie, néphrologie, chirurgie viscérale).

Périnatalité

	Obstétrique	Néonatalogie	Réanimation néonatale
Brive	X	X*	-
Brive	X	-	-
Tulle	X	X*	-
Ussel	X	-	-
Guéret	X	X	-
Limoges pôle régional	X	X	X
Limoges	X	-	-
St-Junien	X	-	-
nombre total de sites sur le territoire	8	4	1

* L'activité s'exerce sur deux sites (Brive, Tulle) gérée actuellement par le SIBTU.

Sites	AMP
Brive	2
Limoges pôle régional	1
Limoges	1
nombre total de sites sur le territoire	4

Limoges (Pôle régional)	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
--------------------------------	---

* autorisation donnée par le DG de l'Agence de biomédecine (article R 2131-13 du code de la santé publique)

Limoges (Pôle régional)	Autorisation* d'activité de diagnostic prénatal
Laboratoire d'histologie cytologie - cytogénétique et biologie cellulaire	analyses de cytogénétique incluant la cytogénétique moléculaire
Laboratoire bactériologie, virologie, hygiène et laboratoire de parasitologie, mycologie	analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses, y compris les analyses de biologie moléculaire
Laboratoire d'histologie cytologie - cytogénétique et biologie cellulaire nucléaire	analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels maternels

* autorisation donnée par le DG de l'ARS (article R R6122-25 17° du code de la santé publique)

Sites	IVG
Brive	2
Tulle	1
Ussel	1
Guéret	1
Limoges pôle régional	1
Limoges	1
St-Junien	1
nombre total de sites sur le territoire	8

Traitement du cancer

Pôle régional - implantation des activités

Oncopédiatrie

Tumorothèque

Oncogénétique

Oncohématologie adulte: thérapeutiques complexes dont les autogreffes et les allogreffes de cellules souches

Radiothérapie: thérapeutiques complexes et curiethérapie

Radiologie interventionnelle à visée thérapeutique: thérapeutiques complexes dont le traitement par radiofréquence.

Les implantations d'activités soumises à autorisation

Traitement du cancer par radioéléments en sources non scellées	Nombre de sites
Limoges (Pôle régional)	1
nombre total de sites sur le territoire	1
Traitement du cancer par radiothérapie externe	Nombre de sites
Brive	1
Guéret*	1*
Limoges	2
nombre total de sites sur le territoire	4
Traitement du cancer par chimiothérapie	Nombre de sites
Brive	1
Guéret	1
Limoges	2
nombre total de sites sur le territoire	4
Traitement par chirurgie des cancers digestifs	Nombre de sites
Brive	3
Tulle	1
Ussel	1
Guéret	2
Limoges	4
St Junien	1
nombre total de sites sur le territoire	12
Traitement par chirurgie du cancer du sein	Nombre de sites
Brive	2
Tulle	1
Guéret	1
Limoges	3
nombre total de sites sur le territoire	7

Traitement par chirurgie des cancers gynécologiques	Nombre de sites
Brive	2
Tulle	1
Guéret	1
Limoges	4
nombre total de sites sur le territoire	8
Traitement par chirurgie des cancers urologiques	Nombre de sites
Brive	3
Tulle	1
Guéret	1
Limoges	4
nombre total de sites sur le territoire	9
Traitement par chirurgie des cancers ORL et maxillo-faciales	Nombre de sites
Brive	1
Guéret	1
Limoges	3
nombre total de sites sur le territoire	5
Traitement par chirurgie des cancers thoraciques	Nombre de sites
Brive	1
Limoges	2
nombre total de sites sur le territoire	3

*Autorisation par dérogation géographique à Guéret, portée par le CHU

Examens génétiques

Limoges (Pôle régional)	Autorisation d'activité d'examen génétique
Laboratoire d'histologie cytopathologie - cytogénétique et biologie cellulaire	analyses de cytogénétique incluant la cytogénétique moléculaire
Laboratoire d'histologie cytopathologie - cytogénétique et biologie cellulaire	analyses de génétique moléculaire
Laboratoire de biochimie et génétique moléculaire	analyses de génétique moléculaire
Laboratoire d'hématologie	analyses de génétique moléculaire : examens limités à l'étude des facteurs génétiques impliqués dans l'hémostase
Laboratoire d'immunologie et d'immunogénétique	analyses de génétique moléculaire : examens limités au génotypage HLA réalisé dans la recherche de facteurs génétiques de susceptibilité à des maladies
Laboratoire de pathologie - plateforme d'oncologie moléculaire	analyses de génétique moléculaire

Insuffisance rénale chronique

	Centre d'hémodialyse	Unité de dialyse médicalisée	Unité d'autodialyse	Dialyse péritonéale
Brive	1	1	1	
Ussel		1*	1	
Guéret		1		
Limoges	1	1	1	1
Limoges (pôle régional)	1			1
nombre total de sites sur le territoire	3	4	3	2

*Création préconisée par transformation partielle de l'unité d'autodialyse d'Ussel

Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

Site	Rythmologie interventionnelle	Angioplastie coronaire
Brive		1*
Limoges (pôle régional)	1	1
Limoges	1**	
nombre total de sites sur le territoire	2	2

* Autorisation actuellement portée par le CHU

** Une demande d'autorisation devra être présentée après publication du SROS PRS.

Soins de longue durée

USLD	Nombre d'implantations
Brive	1
Tulle	1
Ussel	1
Bort-les-Orgues	1
Cornil	1
Uzerche	1
Guéret	1
Aubusson	1
Bourganeuf	1
Evau-les-Bains	1
La Souterraine	1
Limoges (Pôle régional)	2 (Chastaingt – Rebeyrol)
St Junien	1
St Yrieix	1
Haut Limousin	2 (Bellac – Le Dorat)
Monts et Barrages	1
nombre total de sites sur le territoire	18

Psychiatrie

Sites	Psychiatrie générale						Psychiatrie infanto-juvénile		
	HC	HJ	HN	APT	AFT	Post cure	HC	HJ	AFT
Brive	1	1						1	1
Brive	1								
Tulle	1	1			1				
Ussel	1	1	1						
Eygurande	1	1		1					
St Vaury	1	1	1		1			1	1
Viersat	1								
Limoges	1	1	1				1	1	
La Jonchère	1	1							
nombre total de sites sur le territoire	9	7	3	1	2	-	1	3	2

HC: hospitalisation complète

HJ: hospitalisation de jour

HN: hospitalisation de nuit

APT: appartement thérapeutique

AFT: accueil familial thérapeutique

I.5. TRANSFORMATIONS ET REGROUPEMENTS D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ COOPÉRATIONS ENTRE CES ÉTABLISSEMENTS

I.5.1. DES COOPÉRATIONS RÉGIONALES

Le Limousin est une région à dimension humaine composée de trois départements et habitée par un peu moins de 750 000 personnes.

Notre conviction est que l'on ne peut y mener une politique de santé efficace qu'à l'échelle de la région, même si des actions spécifiques pour certains territoires de proximité doivent être conduites, d'où la décision d'un territoire unique de santé et la nécessité pour le CHRU d'agir sur l'ensemble du territoire régional.

Une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), incluant tous les établissements de santé du Limousin, devra être mise en œuvre afin de définir une stratégie commune. Il s'agit d'abord d'un outil de coopération, basé sur un projet médical commun, entre les établissements publics de santé dont l'enjeu est d'améliorer l'adéquation de l'offre et des besoins de santé sur un territoire donné.

La mise en place d'une CHT n'exclut pas la création de Groupements de Coopération Sanitaire mono ou multi thématiques entre certains de ces membres pour répondre très opérationnellement à l'un des axes de travail identifiés par les membres de la communauté.

I.5.2. DES COOPÉRATIONS AU NIVEAU DES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ

En Limousin, cette démarche relève d'une absolue nécessité. Ignorer cet impératif conduirait, dans le meilleur des cas, à un moindre accès de la population à l'offre de soins hospitalière. Dans le pire des cas, l'absence de regroupements conduirait à l'effondrement de l'offre de soins hospitalière, voire à celui de l'offre de soins, les médecins libéraux ne trouvant plus l'appui nécessaire auprès de l'établissement de proximité de référence.

Conscients de ces enjeux, certains établissements de santé ont entamé, depuis plusieurs années pour certains, des discussions visant à des regroupements publics-privés ou de sites privés.

En ce qui concerne les projets publics-privés, les projets étudiés intègrent une partie architecturale visant au rapprochement sur un site unique du centre hospitalier et d'une clinique privée.

Ce rapprochement physique permet de mutualiser le bloc opératoire et, le cas échéant, certains secteurs d'hospitalisation. Il facilite grandement la mutualisation de tout ou partie du plateau technique et des services logistiques.

Des projets de coopération public-privé, tels celui de Brive, s'inscrivent dans une dynamique forte visant à constituer un pôle hospitalier de haut niveau susceptible de répondre aux besoins de la population du bassin naturel et d'attirer les habitants des régions limitrophes ne bénéficiant pas d'une offre de soins de qualité comparable.

D'autres projets, tels ceux de Guéret et d'Aubusson, s'inscrivent dans une logique de maintien d'une offre de soins de proximité de qualité. La concrétisation de ces projets est seule à même d'éviter un effondrement de l'offre de soins en Creuse qui est extrêmement fragilisée. Les projets de Guéret et d'Aubusson sont d'ailleurs partiellement travaillés en commun par tous les établisse-

ments concernés, la nécessité d'un maillage au niveau départemental s'imposant à tous.

Dans les trois opérations de regroupements en cours, la formule du groupement de coopération sanitaire a été privilégiée.

Ces projets arrivent à un moment décisif. Leur concrétisation constitue un enjeu majeur pour l'offre de soins sur le territoire de santé unique. Elle sera, en outre, un signal fort ouvrant la voie au développement d'autres coopérations incontournables.

I.6. LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

Les missions de service public 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.

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

1/ 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.

- Evaluation du besoin non couvert.

2/ Procédure d'attribution

- Les modalités d'attribution concernant d'une part les missions devant faire l'objet d'une procédure d'attribution spécifique (la permanence des soins, les soins palliatifs, la lutte contre l'exclusion sociale, la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, la prise en charge sanitaire des personnes détenues ou retenues), d'autre part, les autres missions (enseignement universitaire et post universitaire, recherche, développement professionnel continu, action d'éducation et prévention pour la santé, aide médicale urgente, action de santé publique, soins dispensés aux personnes retenus dans les centres sociaux médicaux de sûreté) faisant d'ores et déjà l'objet de régimes d'autorisation existant (autorisation d'activité, agrément, appels à candidature nationaux ou régionaux spécifiques).

La reconnaissance prioritaire est une obligation (cette reconnaissance est basée sur le SROS en vigueur, et non plus sur l'état des lieux à la date de promulgation de la loi HPST). Ces missions doivent être attribuées dans le cadre d'un appel à candidature lorsqu'une carence est constatée par rapport aux besoins, à l'issue de la phase d'attribution prioritaire qui bénéficie aux établissements assurant déjà la mission.

1.6.1. 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.

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

a) La recherche

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.

b) L'enseignement universitaire et post universitaire

Le DG-ARS, le Doyen de l'UFR de médecine et le doyen de l'UFR de pharmacie 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 impliquer les DG de CHR-U ni les CME de CHR-U.

Dans ce cadre une étude exhaustive des besoins devra être réalisée avant la prochaine réunion de la commission d'évaluation des formations.

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

Établissements agréés pour le troisième cycle des études médicales		
Haute-Vienne	Corrèze	Creuse
CHU de Limoges	CH de Brive	CH de Guéret
CH de Saint-Junien	CH de Tulle	Centre médical national MGEN – Sainte-Feyre
CH de Saint-Yrieix	CH d'Ussel	Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle CRRF André Lalande - Noth
Centre de soins et de réadaptation « La Chênaie »	SIBTU	CHS La Valette à St Vaury
CHS Esquirol à Limoges		

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

L'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 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.

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

L'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 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.

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

Cette mission a vocation à être assumée par l'ensemble des établissements de santé.

f) 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 a vocation à être assumée par l'ensemble des établissements de santé.

2. Certaines missions sont liées à des autorisations d'activités de soins

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

La mission d'aide médicale urgente est exercée dans le respect de l'article L.6311-2 et des articles R.6311-1 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.

- Inventaire des établissements assurant des missions, reconnus par le SROS III : CHU, CH Guéret, CH Tulle.
- Evaluation du besoin non couvert : aucun

b) 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 soient leurs pathologies, y compris en urgence.

- Inventaire des établissements assurant des missions, reconnus par le SROS III : CH Brive, CH Tulle, CH Ussel, CHPE, CH St Vaury, CH Esquirol,
- Evaluation du besoin non couvert : aucun.

3. Certaines missions ont vocation à être exercées seulement par certains établissements.

a) La permanence des soins en établissements de santé (PDES)

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

Les établissements disposant d'une autorisation de médecine d'urgence devront contractualiser avec les établissements attributaires de la mission de service public de PDES 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).

- Inventaire des établissements :
Etablissements recevant des crédits MIG Permanence des soins : CH Brive, Tulle, Ussel, SIBTU, Guéret, Aubusson, Bourgneuf, Ste Feyre, La Croix Blanche, CHU, St Junien, St Yrieix, Cliniques Chénieux, Emailleurs
- Evaluation du besoin non couvert : aucun

b) 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 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.

- Inventaire des établissements assurant des missions, reconnus par le SROS III : CHU, CH Tulle, et CH Guéret
- Evaluation du besoin non couvert : cf. Volet SROS sur les Soins Palliatifs

c) 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.

Un besoin non couvert peut s'apprécier par le fait qu'il n'existe aucune PASS au sein d'un territoire de santé.

- Inventaire des établissements assurant des missions, reconnus par le SROS III :
- Etablissements recevant des crédits MIG « permanence accès soins de santé » : CH Brive, Tulle, Guéret, CHU, SIBTU
- Evaluation du besoin non couvert : cf. PRAPS

d) 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.

- Inventaire des établissements assurant des missions, reconnus par le SROS III : CHU, CH Guéret, CH Tulle
- Evaluation du besoin non couvert : aucun

I.6.2. PROCÉDURE D'ATTRIBUTION

I.6.2.1. LA PROCÉDURE DE RECONNAISSANCE PRIORITAIRE

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 oeuvre 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.

I.6.2.2. LA PROCÉDURE D'APPEL A 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.

L'ARS lancera l'appel à candidatures en 2012.

I.6.2.3. 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.

I.6.2.4. 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.

I.6.2.5. 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.

I.7. PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La loi HPST érige désormais la PDSSES 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 PDSSES et de fixer son schéma cible.

Définition

La permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) 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 18 h 30, et jusqu'à 8 h 30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La PDSSES 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 PDSSES. 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 PDSSES : 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.

Il convient de rappeler que l'obligation d'accueil des malades s'impose à l'ensemble des services et spécialités ouverts aux heures de PDSSES. L'élaboration du schéma cible de PDSSES 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 PDSSES. A cet égard, il convient de rappeler que seules les lignes de gardes et d'astreintes identifiées au titre de la PDSSES 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.

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 PDSSES par les établissements de santé publics et privés seront indemnisées par des crédits MIG relevant d'une enveloppe unique et fongible.

Diagnostic régional succinct

Neuf établissements autorisés à l'activité d'urgence (Limoges 3 sites dont un autorisé à la prise en charge des urgences pédiatriques, St Junien, St Yrieix, Brive, Tulle, Ussel, Guéret, Aubusson).

Douze établissements publics ou ESPIC émergent au titre de la MIG PDSH :

- En Haute Vienne : CHU de Limoges, CH St Junien, CH St Yrieix
- En Creuse : CH Guéret, CH Aubusson, CH Bourgneuf, CMN Ste Feyre, Clinique la Croix Blanche
- En Corrèze : CH Brive, CH Tulle, CH Ussel, SIBTU

Certaines lignes de permanence des soins (gardes ou astreintes) sont financées aux praticiens de la Clinique Chénieux et de Colombier-Emailleurs via des CPP.

L'ARS a lancé une enquête recensant l'intégralité des lignes de gardes et astreintes existantes dans les établissements publics et privés ayant vocation à garantir la permanence des soins et/ou la continuité des soins sur le territoire.

Par ailleurs l'ORULIM a extrait de l'activité des services d'urgences de la région, les volumes de patients relevant de la permanence des soins entre 20h et 8h selon la criticité du diagnostic et les compétences nécessaires à la prise en charge des patients à partir d'un référentiel élaboré en région PACA.

Il en ressort que les besoins sont couverts en termes de permanence des soins. Par ailleurs, certaines lignes de gardes ou d'astreintes ne semblent pas justifiées au regard de leur nature même et/ou des volumes en jeu (astreintes de médecine indifférenciée...)

Objectifs régionaux spécifiques

Améliorer l'accès aux soins.

Optimiser l'organisation de la PDSSES, 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 ou au niveau infrarégional, 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 PDSSES relevant des missions de service public, les tarifs opposables pour les prises en charge réalisées dans ce cadre sont ceux du secteur 1.

Améliorer la qualité de prise en charge.

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

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

Améliorer l'efficacité en :

- Optimisant l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leurs statuts ;
- 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 PDSSES ; répartissant de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé.

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

- Développer l'utilisation de la télé médecine afin d'optimiser la mobilisation du temps médical durant la permanence des soins, notamment en matière d'imagerie médicale.
- La déclinaison opérationnelle du schéma cible PDSSES sera réalisée dans le cadre du réseau régional des urgences.

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

- **Couvrir les besoins requérant un accès au plateau technique hautement spécialisé**

Neurochirurgie

Hématologie

Chirurgie pédiatrique

Anesthésie pédiatrique

Chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire

Neurologie (dont AVC)

Radiologie interventionnelle

Radiologie pédiatrique

Rythmologie interventionnelle

Post urgence gériatrique de recours

- **Couvrir les besoins de prises en charge dans certaines spécialités en mutualisant des astreintes à l'échelon départemental ou inter départemental :**

ORL

Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale

Gastro-entérologie

Chirurgie vasculaire et thoracique

Angioplastie

Urologie

- **Couvrir les besoins des territoires en proximité,**

Chirurgie orthopédique

Chirurgie viscérale dont urologie

Anesthésie

Gynécologie Obstétrique

Pédiatrie

Psychiatrie

Cardiologie

Imagerie

Bien que réputée financée par les tarifs, la participation des établissements de santé et de leurs professionnels à la continuité des soins s'exerce de manière complémentaire au schéma cible et elle constitue un maillon essentiel de la prise en charge des patients.

Concernant le schéma cible de la PDSSES, celui-ci reste à optimiser dans le cadre de coopérations, en cours ou à venir, à l'échelle des territoires de proximité, des départements ou de la région. La mise en œuvre de ces mutualisations supplémentaires devra permettre d'améliorer ou de garantir le taux de couverture des besoins de financements de la PDSSES.

Evaluation

Nombre de lignes de permanence préconisées dans le schéma cible existantes.

Recueil annuel de l'activité réalisée par ligne de permanence de soins

Annexe : schéma cible détaillé de la PDES : Obligation de permanence médicale par activité en gardes ou astreintes. Sous réserve de la disponibilité financière

Activité autorisée	Possibilité de permanence	Obligation de Permanence sur site	Obligation avec possibilité de mutualisation territoriale	Commentaires	Implantation par site de lignes de permanence *
Médecine d'urgence					
Urgences psychiatriques		X (analyse du volume des besoins en soins psy dans une structure d'urgence autorisée)	X		Limoges (1), Brive (1), Guéret (1), Tulle (1), Ussel (1 mutualisée avec le CHPE)
Réanimation adulte					
Accès direct aux plateaux techniques spécialisés		X (garde sur place)		Possibilité de permanence par un interne la nuit (doublé par un médecin senior en astreinte opérationnelle)	Limoges (1), Brive (1), Guéret (1)
Réanimation pédiatrique et Néonatalogie (avec soins intensifs) et Réa. néonatale					
Pédiatre, réanimateur ou anesthésiste réanimateur		X			Limoges (1)
Néonatalogie (sans soins intensifs)					
Pédiatre				Sur site ou en astreinte opérationnelle	Guéret (1), Brive (1)

Obstétrique -1 500 naissances					
Gynécologue-obstétricien	X (sur site exclusif)				Obligation de continuité par garde sur place ou astreinte opérationnelle Brive (1), Guéret (1), Tulle (1), Ussel (1), St Junien (1), Limoges (1)
Anesthésiste réanimateur	X (sur site exclusif)				Obligation de continuité par garde sur place ou astreinte opérationnelle Brive (1), Guéret (1), Tulle (1), Ussel (1), St Junien (1), Limoges (1)
Pédiatre	X (possibilité d'astreinte partagée)				Obligation de continuité par garde sur place ou astreinte opérationnelle Brive (1), Guéret (1), Tulle, Ussel (1 permanence mutualisée), Limoges (1), St Junien (1 permanence mutualisée avec Limoges)
Obstétrique +1 500 ou + 2 000 naissances					
Gynécologue-obstétricien	X (sur site exclusif)				Obligation de continuité par garde sur place Limoges (1)
Anesthésiste-réanimateur	X (sur site exclusif)				Obligation de continuité par garde sur site (+ 1 500) ou dans l'unité (+ 2 000) Limoges (1)
Pédiatre	X (possibilité d'astreinte partagée)				Obligation de continuité par garde sur place ou astreinte opérationnelle Limoges (1)

Chirurgie pédiatrique					
Chirurgien	X				Limoges (1)
Anesthésiste réanimateur	X				Limoges (1)
Chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire					
Chirurgien		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)	Limoges (1), Brive (1 hors chirurgie cardiaque)
Anesthésiste réanimateur		X		idem	Limoges (1), Brive (1 hors chirurgie cardiaque)
Soins intensifs en cardiologie					
Médecin avec compétence en : cardiologie ou affection vasculaire ou pathologie cardio-vasculaire		X		Garde sur place ou interne sur place doublé par une astreinte opérationnelle du médecin spécialiste	Limoges (1), Brive (1), Guéret (1)

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endo vasculaire en cardiologie					
Médecin spécialisé en cardiologie interventionnelle			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	Limoges (1), Brive (1)
Cardiologie dont rythmologie interventionnelle	x				Limoges (1)
Activités de cardiologie					
Médecin spécialisé en cardiologie	X				St Yrieix (1), St Junien (1), Tulle (1), Ussel (1)

Chirurgie					
Chirurgien orthopédiste	X				Limoges (2), Brive (1), Guéret (1), Tulle (1), Ussel (1), St Junien (1)
Chirurgien viscéral et digestif	X				Limoges (2), Brive (1), Guéret (1), Tulle (1), Ussel (1), St Junien (1)
Urologie	x				Limoges (1), Brive (1)
ORL	X				Limoges, (1), Brive (1), Guéret, (1)
Stomatologie (chirurgie maxillo faciale)	X				Limoges (1)
Ophtalmologie	X				Limoges, (1), Brive (1), Guéret, (1)
Anesthésiste réanimateur	X				Limoges (2)**

Imagerie					
Radiologue	X				Limoges, St Junien, St Yrieix (1 mutualisée), Brive, Tulle, Ussel (1 mutualisée), Guéret, Aubusson (1 mutuali- sée)
Radiologue spécialisé en activité interventionnelle	X				Limoges (1)
Radiologue spécialisé en pédiatrie	X				Limoges (1)
Médecine					
Gastro-entérologie	X				Limoges (1), Brive (1), Guéret (1)
Post urgence gériatrique de recours					
Médecin gériatre	X				Limoges (1)
Greffe d'Organe et greffe de cellules hématopoïétiques					
Chirurgien spécialisé en greffe de l'organe concerné (rein/cœur)		X		Obligation d'astreinte ou de garde au titre de la permanence	Limoges (1 permanence commune avec la chirurgie cardiaque)
Médecin anesthésiste réanimateur ou spécialisé en greffe de l'organe concerné Anesthésiste		X		Obligation d'astreinte ou de garde au titre de la permanence	Limoges (1 permanence commune avec la chirurgie cardiaque)
Greffe de cellules hématopoïétiques					
Médecin spécialisé en hématologie		X		Obligation d'astreinte ou de garde sur site au titre de la permanence et de la continuité	Limoges (1 permanence à vocation régionale)

Neurochirurgie					
Neurochirurgien			X	Obligation d'astreinte opérationnelle ou de garde avec possibilité de mutualisation entre plusieurs sites et incitation au recours à la télé-médecine	Limoges (1)
Anesthésiste réanimateur			X	Obligation d'astreinte opérationnelle ou de garde avec possibilité de mutualisation entre plusieurs sites et incitation au recours à la télé-médecine	Limoges (1)
Activités en neuro-vasculaire					
Médecin spécialisé	X			possibilité de mutualisation entre plusieurs sites et incitation au recours à la télé-médecine	Limoges (1 permanence à vocation régionale)

* (gardes ou astreintes) retenues dans le cadre de la permanence des soins

** Les lignes de permanences des anesthésistes sont mutualisées entre l'obstétrique et la chirurgie pour les sites de Brive, Guéret, St Junien, Tulle, Ussel

I.8. INDICATEURS DE PILOTAGE DU SROS-PRS

Contexte

Le contexte macro-économique impacte directement les SROS sur l'offre de soins hospitalière et ambulatoire. La cohérence du SROS avec l'ONDAM doit être assurée.

Dans ce cadre, la maîtrise du volume d'activité des établissements de santé, au regard des besoins de la population et de l'amélioration de l'efficacité des établissements est une priorité de l'ARS du Limousin.

Le SROS doit donc être un véritable levier pour la transformation de l'organisation des soins en substituant des organisations de soins efficaces aux organisations de soins plus traditionnelles. Dans ce sens, les autorisations d'activité ne doivent pas déboucher sur des dépenses incompatibles avec le respect de l'ONDAM.

Deux outils complémentaires vont être mobilisés :

- Le chiffrage a priori des SROS afin d'estimer l'impact financier des SROS dès le moment de leur élaboration
- Le dialogue national et régional sur les taux de recours à l'offre de soins permettant de comparer l'activité hospitalière des régions entre elles et de réfléchir sur les disparités.

Le SROS-PRS utilisera tous les leviers à disposition pour rationaliser l'activité des établissements de santé.

- La poursuite des restructurations
- La structuration de l'offre de soins autour des alternatives à l'hospitalisation complète

Définition

Les OQOS volume disparaissent pour laisser la place aux indicateurs de pilotage du SROS.

Pour la mise en œuvre d'un réel pilotage de l'activité, le SROS établit des cibles d'activité sur les indicateurs de pilotage afin de donner une direction à l'organisation de l'offre de soins sur le territoire du Limousin, complémentaire aux objectifs quantifiés en implantation.

Bien que non opposables, ces indicateurs fixent un volume d'activité cible, ils seront mobilisés lors du dialogue de gestion entre l'ARS et les établissements. Il en sera également tenu compte lors de l'instruction des dossiers de demande d'autorisation.

L'orientation du dispositif vers une logique de pilotage de l'offre de soins invite à élargir le champ des activités concernées (médecine, chirurgie, SSR), notamment au traitement du cancer (chirurgie du cancer, chimiothérapie et radiothérapie), à la psychiatrie et à l'ensemble des modes de prise en charge (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, alternatives à la dialyse en centre).

Méthodologie

Un dialogue ARS/État a été engagé sur la base de l'analyse des écarts de consommation de soins de la population domiciliée, quel que soit le lieu de réalisation des séjours. En effet, l'objectif des politiques nationales et régionales de santé, en particulier des SROS, est bien d'assurer l'accès aux soins adéquats pour la population, que cet accès se fasse au sein de la région ou au sein de régions voisines ou plus lointaines. En soi, la diminution des taux de fuite ne constitue pas un objectif.

Le critère de mesure des écarts interrégionaux est :

- Dans le champ médecine et chirurgie : le taux de recours ajusté de l'âge, du sexe et de l'état de santé (critère : mortalité)

Ce taux corrige l'impact des 3 facteurs (âge, sexe, mortalité) sur le niveau de consommation. Il établit le taux de recours qu'aurait la région si elle avait la structure de population et l'état de santé nationaux.

- Dans le champ SSR : le taux de recours standardisé sur l'âge et le sexe

Ainsi, le dialogue national/régional se base sur une proposition construite selon une méthodologie qui tient compte de deux facteurs explicatifs majeurs de l'hétérogénéité du recours à l'offre, s'imposant aux ARS :

- La structure démographique (âge, sexe)
- L'état de santé de la population (sur le champ MCO uniquement)

1- Sur le champ médecine et chirurgie

Les propositions nationales portent sur le champ de la médecine et chirurgie hors séances, y compris les techniques interventionnelles.

Les propositions sont établies de façon distincte sur les segments suivants :

- La médecine hors techniques interventionnelles
- La chirurgie
- Les techniques interventionnelles
- A partir des données observées sur la période 2007-2009, les taux d'évolution retenus nationalement, sur la période 2009-2016, sont :

+0,5 % en chirurgie

-0,9 % en médecine

+2,2 % sur les techniques interventionnelles

- Par ailleurs, un effort est demandé aux régions dont le niveau relatif de consommation est plus élevé que la moyenne. Une réduction de 35% de l'écart à la moyenne nationale est attendue (soit une convergence sur 15 ans). Dans les régions dont le niveau relatif de consommation est plus bas, ce qui est globalement le cas en Limousin, un rattrapage à hauteur de 20% de l'écart à la moyenne nationale est attendu.

- Les volumes d'activité des établissements des régions sont établis avec une hypothèse de stabilité des flux interrégionaux (taux de fuite et attractivité constants).
- Enfin, est également prise en compte l'évolution du nombre d'habitants de chaque région.

2- Méthodologie champ SSR

Dans ce contexte d'encadrement du développement de l'activité SSR, les enjeux se situent notamment dans le remplacement de l'hospitalisation complète par de l'hospitalisation partielle. Cette dynamique a été amorcée dans les années récentes et peut encore s'intensifier dans certaines filières de prise en charge.

En conséquence, les propositions nationales sont construites de la façon suivante, sur l'ensemble du champ SSR (hospitalisation complète + partielle) en fonction de :

- Stabilisation des taux de recours bruts, exprimé en journées, pour les régions se situant dans les 3 premiers quartiles (critère : taux de recours standardisés)
- Rattrapage des régions se situant dans le dernier quartile, jusqu'au niveau du 1er quartile dont le Limousin

3- Méthodologie champ psychiatrie, HAD, Traitement du cancer**Méthodologie champs de la psychiatrie :****La psychiatrie générale**

La détermination des cibles d'activité au niveau régional est fondée sur l'offre de soins (le taux d'équipement du Limousin en lits et places de psychiatrie est le plus élevé de France, étant précisé que la psychiatrie comprend l'addictologie et les EVC, ce qui augmente le ratio), sur le taux de recours standardisé sur l'âge et sur le sexe qui en Limousin est supérieur au taux national et sur les préconisations du SROS 2012-2016 qui portent essentiellement sur l'amélioration du parcours de santé avec un meilleur accès aux soins de psychiatrie pour des populations spécifiques et en proximité.

La psychiatrie infanto-juvénile :

La détermination des cibles d'activité au niveau régional s'appuie d'une part sur le taux de recours standardisé sur l'âge et sur le sexe qui en Limousin est inférieur au taux national, d'autre part sur le SROS 2012-2016.

Le SROS met en évidence une augmentation de besoins locaux du fait de structures d'accueil recevant des enfants et adolescents originaires de zones urbaines extra-régionales et la nécessité d'un renforcement des activités d'hospitalisation en privilégiant dans la mesure du possible l'hospitalisation de jour afin d'améliorer la filière mère-bébé ainsi que celle des enfants et des adolescents.

Méthodologie champs de l'HAD :

La détermination des cibles d'activité au niveau régional s'appuie sur le taux de recours et sur les interdépendances entre l'HAD et les autres disciplines

La région Limousin figure parmi les premières de France pour le taux de recours à l'HAD, néanmoins la fluidité des parcours de soins nécessite une évolution de l'activité de l'HAD parallèle à celle des autres activités dont la médecine et la chirurgie.

Cette évolution permettra en particulier de développer l'HAD dans les zones rurales.

Méthodologie champs du traitement du cancer :**Chirurgie du cancer :**

La détermination des cibles d'activité au niveau régional s'appuie sur

- Le taux de recours de la population domiciliée en Limousin standardisé sur l'âge et le sexe
- L'évolution de l'activité des établissements du Limousin entre 2007 et 2010
- Le développement des dépistages organisés dont celui du cancer colo-rectal
- L'évolution de la population

Le taux de recours de la population du Limousin est identique au taux de recours national. L'activité des établissements, pour les spécialités soumises à seuil, est stable.

Sur la durée du SROS, le développement des dépistages organisés, l'augmentation de la population de la région et son vieillissement induiront une tendance à l'augmentation de l'incidence des cancers et en conséquence de la chirurgie.

Chimiothérapie

La détermination des cibles d'activité au niveau régional s'appuie sur

- Le taux de recours de la population domiciliée en Limousin standardisé sur l'âge et le sexe
- L'évolution de l'activité des établissements du limousin entre 2007 et 2010
- Le développement de la chimiothérapie orale et des prises en charge en HAD
- L'évolution de la population

Le taux de recours de la population du Limousin est inférieur au taux national hors HAD (la prise en compte des séances réalisées en HAD conduit à un taux de recours du limousin proche du niveau national). L'activité des établissements autorisés et associés est stable.

Sur la durée du SROS, l'augmentation des besoins en chimiothérapie liée essentiellement à l'évolution de la structure de la population, pour l'essentiel, ne se traduira pas par une augmentation de la chimiothérapie en hospitalisation complète ou de jour du fait du développement de la chimiothérapie orale et de l'HAD.

Radiothérapie

La détermination des cibles d'activité au niveau régional s'appuie sur le SROS 2012-2016 qui souligne les évolutions attendues de diminution du nombre de séances de radiothérapie pour certains cancers et la nécessité d'offrir ces nouvelles techniques à tous les patients de la région qui peuvent en bénéficier.

Méthodologie champs USLD :

La détermination des cibles d'activité au niveau régional s'appuie sur le SROS 2012-2016 et sur le lien entre les USLD et les autres disciplines.

En aval des services de médecine et de chirurgie en particulier, la fluidité du parcours des personnes âgées dépend de la disponibilité dans diverses structures dont les USLD.

L'évolution de l'activité « médecine – chirurgie » impacte l'évolution de l'activité en USLD.

Méthodologie champs de l'IRC :

La détermination des cibles d'activité au niveau régional s'appuie sur le SROS 2012-2016, sur la comparaison de la répartition des modalités de dialyse entre le Limousin et le niveau national.

Hors l'autodialyse le SROS préconise le développement des diverses modalités et plus particulièrement de la dialyse en centre et de la dialyse péritonéale du fait d'un bon recours à l'UDM en Limousin.

Schéma cible de l'évolution régionale de l'activité de 2006 à 2011 :

Indicateur de pilotage		Évolution annuelle moyenne sur la durée du SROS (2012-2016)
Médecine	HC - Nb de séjours	-0,9 %
	HP - Nb de séjours/séances	0,2 %
	Techniques interventionnelles - Nb de séjours/séances	0,2 %
HAD	Nb de journées	0,7 %
Chirurgie	HC - Nb de séjours	-1,8 %
	Chirurgie ambulatoire - Nb de séjours	+7,1 %
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	Nb de séjours	3,1 %
Traitement du cancer	Chirurgie du cancer - Nb de séjours	1,1 %
	Chimiothérapie - Nb de séjours	0 %
	Chimiothérapie - Nb de séances	0,2 %
	Radiothérapie - Nb de séances	0 %
Psychiatrie	Infanto-juvénile - HC - Nb de journées	2 %
	Infanto-juvénile - HP - Nb de venues	5 %
	Générale - HC - Nb de journées	0 %
	Générale - HP - Nb de venues	1 %
SSR	Hospit. Complète - Nb de journées	2,8 %
	Hospit. Partielle - Nb de journées	3,7 %
Soins Longue Durée	Nb de journées	0,7 %

Traitement IRC	Dialyse en centre - Nb de semaines	3 %
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée - Nb de semaines	0,7 %
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple ou assistée - Nb de semaines	0 %
	Dialyse à domicile par hémodyalyse - Nb de semaines	0 %
	Dialyse péritonéale - Nb de semaines	8 %

I.9. ÉVALUATION FINANCIÈRE DU SROS-PRS

Périmètre

Le champ de l'évaluation recouvre pour une large part le champ des indicateurs de pilotage des activités de soins mentionnés dans le guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé, auquel est ajoutée l'activité d'obstétrique/néonatalogie, dont l'évolution d'activité a été approchée par l'évolution démographique (projections INSEE).

En synthèse, les activités et prises en charges concernées sont les suivantes :

- Médecine avec une distinction entre l'hospitalisation partielle, l'hospitalisation complète, et les techniques interventionnelles, comptabilisée en nombre de séjours et séances.
- HAD, en nombre de journées
- Chirurgie, avec une distinction entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie en hospitalisation complète, et comptabilisée en nombre de séjours.
- Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, comptabilisée en nombre de séjours.
- Obstétrique/néonatalogie : avec une distinction entre les activités de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie et comptabilisées en nombre de séjours. La réanimation néonatale n'est pas prise en compte dans le chiffrage (les suppléments néonatalogie sont intégrés à la valorisation régionale moyenne).
- Traitement du cancer, qui recouvre :
 - La chirurgie des cancers (nombre de séjours)
 - La chimiothérapie (nombre de séjours et de séances, y compris celles incluses dans les séjours).
 - La radiothérapie, la curiethérapie et l'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées (nombre de séances hors activité libérale de radiothérapie).
- Psychiatrie, sans distinction du type d'activité (psychiatrie infanto-juvénile (moins de 16 ans) et psychiatrie générale) et des modalités de prise en charge (complet/partiel). L'unité de compte est le nombre de journées et venues. Le chiffrage est agrégé entre les modes de prise en charge du fait de l'impossibilité d'établir une valorisation de la dépense moyenne journalière distincte pour l'hospitalisation complète et l'hospitalisation partielle (secteur sous DAF).
- SSR : sans distinction des modalités de prise en charge (complet/partiel). L'unité de compte est le nombre de journées et venues. Le chiffrage est agrégé pour les mêmes raisons que l'activité de psychiatrie (secteur sous DAF).
- IRC, avec une distinction selon les modes de prise en charge : dialyse en centre, hémodialyse en unité de dialyse médicalisée, hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée, dialyse à domicile en distinguant par hémodialyse et dialyse péritonéale.

La maquette ne propose pas de chiffrage pour les autres activités autorisées (notamment SIOS), ou reconnues contractuellement : greffe, grands brûlés, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, activi-

tés interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en neuroradiologie, médecine d'urgence, réanimation dont la réanimation néonatale, soins intensifs, surveillance continue, activités cliniques et biologiques d'AMP-DPN, examen génétique, soins palliatifs, soins longue durée. Parmi les activités exclues représentant un volume économique important, il faut préciser les points suivants :

- Tous les suppléments (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) sont intégrés à la valorisation régionale moyenne.
- L'activité des services d'urgence est exclue, le SROS ne présentant pas de prévision d'activité.

Méthode de valorisation de la prévision d'activité

L'évaluation de l'impact budgétaire du SROS proposée est réalisée à la date d'échéance du SROS (2016).

La méthode présentée prévoit une valorisation de la prévision d'activité à « tarifs constants » ou « valorisation constante », compte-tenu du fait qu'il est difficile d'anticiper à ce jour :

- L'évolution des tarifs MCO
- L'impact de la réforme du financement à la T2A dans le champ SSR

En outre, les évolutions des tarifs et de la valorisation moyenne (SSR, psychiatrie) ne sont pas ou peu à la main des ARS.

La méthode d'évaluation proposée consiste à valoriser les prévisions d'activité 2016 (indicateurs de pilotage) par :

- La valorisation régionale moyenne constatée dans le champ MCO, par secteur (ex-DG/ex-OQN).
- Les dépenses journalières moyennes dans les champs SSR et psychiatrie, par secteur

Ces valorisations ou dépenses journalières moyennes sont établies par l'ATIH sur la base :

- De l'activité 2010 valorisée aux tarifs 2011 sur le champ MCO, pour chaque secteur
- De l'activité 2010 et des dépenses 2010 constatées dans les champs SSR et psychiatrie, pour chaque secteur.

Cette valorisation régionale moyenne fait ensuite l'objet, sur le champ MCO hors HAD, d'une correction à la hausse pour tenir compte d'un effet structure fixé par hypothèse à +1 % annuel (effet constaté en 2010). L'effet structure correspond pour rappel à l'augmentation de la valorisation des séjours du fait de l'accroissement tendanciel de la lourdeur et de la sévérité des séjours, ainsi que de l'amélioration du codage.

Méthode d'évaluation des coûts liés à des activités reconnues en Mission d'Intérêt Général

Étant laissée à la libre appréciation des ARS la possibilité de réaliser des chiffrages complémentaires sur d'autres activités présentant des enjeux régionaux, les actions figurant dans le SROS-PRS Limousin et nécessitant un accompagnement financier (MIGAC, DAF, USLD) ont été répertoriées puis évaluées.

Evaluation financière totale de 2012 à 2016 :

La valorisation globale comptabilise la valorisation « activité » selon méthodologie nationale fournie + ajout sur dotations MIGAC, DAF, USLD et autres

Chiffrage financier du SROS (en M€)

	2010	2016	évolution	
Médecine hospitalisation complète	199	190	-9	-4,50 %
Médecine hospitalisation à temps partiel	9	9	0	1,00 %
Médecine hospitalisation à temps partiel - en séances	4	4	0	1,00 %
Techniques interventionnelles	24	24	0	1,00 %
Chirurgie hospitalisation complète	135	123	-12	-9,00 %
Chirurgie ambulatoire	25	34	9	35,50 %
Cardiologie interventionnelle	7	8	1	15,52 %
Gynécologie obstétrique	23	23	0	0,06 %
Néonatalogie	9	9	0	0,10 %
Chirurgie des cancers	30	31	2	5,50 %
Chimiothérapie - en séjours	4	4	0	0,00 %
Chimiothérapie - en séances	9	9	0	1,00 %
Radiothérapie - en séjours	0	0	0	0,00 %
Radiothérapie - en séances	8	8	0	0,00 %
Dialyse en centre	10	12	2	15,00 %
UDM	5	5	0	3,50 %
Autodialyse (simple ou assistée)	2	2	0	0,00 %
Hémodialyse à domicile	0	0	0	0,00 %
Dialyse péritonéale	1	2	1	40,00 %
HAD	12	13	0	3,50 %
Psychiatrie	117	119	2	1,77 %
SSR	87	100	12	14,16 %
S/Total MIGAC	90	95	6	6,18 %
DAF	213	214	0,4	0,19 %
USLD	28	28	0,1	0,28 %
autres	0,00	0,20	0,2	#DIV/0!
Total hors effet structure	1 051	1 066	14	1,36 %
				annuel
Total y compris effet structure	1 051	1 097	45	4,29 %
				0,8572 %

Le taux d'évolution annuel moyen des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du SROS est donc de 0,85 %

II. VOLET AMBULATOIRE

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'action en matière de structuration de l'offre de soins de premier recours ;
- Elle constitue un outil central pour permettre à l'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 soins de premier recours que l'ARS mènera avec l'appui de dispositifs incitatifs.

II.1. LES FONDEMENTS JURIDIQUES

- La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Les articles suivants du code de la santé publique :

- L.1434-7 : définition des 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
- L.1411-11 : l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité qui s'apprécient en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité
- L.1411-12 : l'offre de soins de second recours
- L.4130-1 : les missions du médecin généraliste de premier recours
- L.5125-1-1A : le rôle des pharmaciens d'officine dans le premier recours
- L.6323-1 : définition et modalités de fonctionnement des centres de santé
- L.6323-3 : définition et missions des maisons de santé
- L.6323-4 : définition et missions des pôles de santé

II.2. ORIENTATIONS

II.2.1. L'OFFRE DE SOINS DE 1er RECOURS :

L'article 36 de la loi HPST a reconnu la place de l'offre de soins de 1er recours dans le système de santé autour de trois grandes fonctions :

- L'entrée dans le système de santé : diagnostic, orientation, traitement
- Le suivi du patient, la coordination de son parcours dans le système de santé (y compris vers le secteur social et médico-social) et l'optimisation de ce parcours
- Le relais des politiques de santé publique par la promotion de la santé, l'éducation à la santé, le dépistage et l'éducation thérapeutique du patient.

Ces missions n'incombent pas à une catégorie exclusive de professionnels, elles sont toutefois assurées en priorité par les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les dentistes et les pharmaciens.

Le 1er recours constitue à la fois le point d'entrée le plus fréquent dans le système de santé et l'espace adapté du suivi du parcours de santé de l'usager.

Il apparaît donc comme un élément essentiel du système de santé. Il intervient à des moments clés de la prise en charge graduée des patients.

L'organisation du système de santé, dans toutes ses composantes et notamment son versant ambulatoire doit donc avoir comme objectif général la consolidation de l'offre de 1er recours.

Un certain nombre d'objectifs intermédiaires sont également à retenir :

- Maintenir une densité de professionnels de santé adaptée aux besoins du territoire
- Garantir une réponse de qualité : développer la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles
- Garantir l'accessibilité à l'offre de soins de 1er recours : faire connaître aux usagers l'offre et son potentiel ; organiser le transport notamment dans les zones rurales ; développer la télé santé ; développer des consultations avancées de spécialistes, les types d'intervention à domicile.

II.2.2. L'OFFRE DE SOINS DE 1er RECOURS ET LA PRÉVENTION :

• Objectif : Professionnaliser le domaine de la promotion de la santé par la sensibilisation, la formation et la promotion de la démarche qualité dans les projets

- Initier une réflexion visant à l'intégration de la promotion de la santé dans les études médicales initiales et dans la formation médicale continue
- Impliquer de nouveaux acteurs dans la promotion de la santé et notamment les professionnels de santé libéraux
- Développer avec les organismes de formation continue une offre de formation permettant aux professionnels de pouvoir s'engager de manière effective dans la promotion de la santé

• Objectif : Développer une prévention orientée de qualité et coordonnée, répondant au besoin de chacun, en fonction de son âge et de ses risques

- Organiser le continuum entre les acteurs de la prévention orientée : services de PMI, de santé scolaire, médecins de ville
- Accompagner sur le plan méthodologique tous les projets d'exercice coordonné (MSP, Pôles, Réseaux) dans le but d'y insérer systématiquement un volet prévention de qualité, et prenant en compte la dimension éducative et sociale.
- Mise en œuvre d'un projet de prévention personnalisé dans le cadre des modes d'exercice coordonné, fondé sur la coopération pluri-professionnelle des professionnels de santé (la délégation de tâches (ou transfert de compétences) doit être utilisée dans ce cadre), et l'association d'autres professionnels, notamment du social et de l'éducation pour la santé.

• Objectif : Améliorer la participation au dépistage organisé des cancers, en particulier sur les territoires les moins participants

- Faire intervenir régulièrement des associations de gestion du dépistage organisé des cancers dans les formations médicales continues
- Restituer systématiquement les résultats du dépistage aux médecins traitants de façon à ce qu'ils puissent situer leur participation

• Objectif : Améliorer le repérage des conduites addictives pour une prise en charge plus précoce

- Promouvoir auprès des professionnels de santé, libéraux le recours au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB), ainsi qu'à l'entretien motivationnel
- Élaborer un plan d'accroissement des compétences intégrant : la mise en place de formations, y compris au sein de la formation médicale continue, la diffusion de supports d'information et d'outils, la mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles spécifiques.

• Objectif : Améliorer la protection vaccinale de la population et des professionnels de santé

- Accroître l'implication des médecins libéraux dans les objectifs prioritaires en matière de vaccination par une contractualisation avec l'URPS médecins sur des objectifs de couverture vaccinale pour les priorités suivantes :
 - Le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole,
 - Le vaccin anticoquelucheux,
 - Le vaccin contre l'hépatite B.

• Objectif : Assurer un accès gratuit à la contraception pour les jeunes de moins de 18 ans et pour les 18-25 ans dépourvus de couverture sociale autonome, en développant des réseaux de professionnels de santé acceptant le tiers payant

- Organiser un dispositif d'accès à la contraception anonyme et gratuite, en complément des centres de planification, fondé sur la participation des professionnels de santé de ville.

- **Objectif: Améliorer le repérage des risques suicidaires**

- Évaluer les besoins de formation des professionnels au contact des publics les plus vulnérables, et en fonction, développement de la formation à l'écoute, au repérage et à l'orientation.

- **Objectif: Prévenir les problèmes bucco dentaires chez les jeunes enfants et les populations vulnérables**

- Faire progresser la participation à l'examen de prévention MT'Dents de l'ensemble des tranches d'âge (6-9-12-15-18 ans) et le recours aux soins dentaires, notamment pour les enfants résidant dans les zones défavorisées- Intensification de l'engagement des chirurgiens dentiste.

- **Objectif: Favoriser le développement d'une éducation thérapeutique du patient de qualité et de proximité**

- Coordonner les acteurs de l'ETP
- Organiser l'offre en matière d'ETP :
- Facilement accessible, donc développée au niveau de chaque territoire de proximité,
- Pluridisciplinaire, donc ouverte à des intervenants de l'éducation pour la santé, des bénévoles d'associations...
- En coordonnant les différents intervenants au sein du parcours de soins du patient (ETP initiale, ETP de suivi, ETP de suivi approfondi), en veillant à la complémentarité entre secteur hospitalier et ambulatoire.
- Effectuée en lien étroit avec le médecin traitant.
 - Développer la formation des professionnels tant en formation initiale que continue

- **Objectif: Améliorer le dispositif de lutte contre les infections associés aux soins**

- Promouvoir le bon usage des antibiotiques: systématiser la formation des médecins (formation médicale initiale, nouveaux prescripteurs).
- Renforcer les bonnes pratiques dans les différents champs concernés: diffuser des recommandations en matière d'hygiène et de prévention du risque infectieux en cabinet libéral et évaluation de leur appropriation.

- **Objectifs issus du schéma transversal nutrition-surpoids-obésité-activité physique**

Informers, communiquer, éduquer pour orienter les comportements alimentaires et l'activité physique pour tous.

- Prévoir des communications spécifiques auprès des professionnels de santé.
- Organiser le système de dépistage et de prise en charge des troubles nutritionnels.
- Inciter les différents professionnels à pratiquer ce dépistage à tous les âges de la vie (surpoids, obésité, dénutrition, troubles du comportement alimentaire)

- Émettre des recommandations auprès des médecins traitants et des pédiatres afin de les aider à repérer les patients présentant des troubles et à les orienter.
- Développer la formation des professionnels intervenant autour de la nutrition et de l'activité physique.
- Faciliter le développement des formations: recenser l'existant et notamment les modifications récentes intervenues dans les études médicales et/ou para-médicales de manière à adapter les formations aux besoins exprimés.

- **Objectif: améliorer le taux de signalement**

- Relancer régulièrement les déclarants de maladies à déclaration obligatoire par une retro information via l'URPS, les ordres.

II.2.3. L'OFFRE DE SOINS DE 1er RECOURS ET LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL :

- **Objectif: Ouvrir les établissements à et sur leur environnement**

- Prendre appui sur les structures médico sociales pour maintenir localement une offre de soins ambulatoire et permettre l'accès à la télémédecine. Il peut être envisagé d'adosser des MSP aux ESMS.
- Mettre en place des antennes ou des équipes mobiles: réponse de proximité pour certaines populations en raison de leur handicap (jeunes enfants, personnes âgées...); développement d'antennes ou d'équipes mobiles sur les territoires non pourvus de CAMPS afin de réduire les délais d'attente.
- Pour les personnes en perte d'autonomie, les équipes mobiles de gériatrie des Centres hospitaliers peuvent apporter des conseils auprès des médecins traitants avec la mise en place d'un numéro de régulation téléphonique.
- Développer la télémédecine: mise en place de téléconsultations préventives en gériatrie, de consultations de spécialistes à distance et développement de la télé expertise.
- Favoriser les mutualisations, contractualisation, coopérations et complémentarités entre les structures: mettre en place des plates formes de services articulant un panel minimal de services tant dans le domaine ambulatoire, hospitalier, médico-social ou sur le champ de la prévention et de l'éducation thérapeutique, destinés à répondre de manière structurée aux besoins spécifiques identifiés sur le territoire.
- Créer des espaces de réflexions éthiques de proximité regroupant l'ensemble des structures, les professionnels libéraux, les services d'aides à domicile et des représentants des usagers et prévoir dans le cursus de formation des personnels soignant et para médicaux un module sur les usagers et leurs droits.

- **Objectif: apporter une réponse de proximité en matière de prise en charge de la petite enfance**

- Impliquer l'offre de soins de 1er recours pour orienter les enfants ayant besoin de dépistage
- Impliquer l'offre de soins de 1er recours dans le dépistage de la surdité aux différents âges de la vie.

- **Objectif: le maintien à domicile des personnes atteintes d'un handicap moteur**

- Accroître les compétences des intervenants (aidants naturels et professionnels) en leur proposant des outils pédagogiques et des formations sur les spécificités liées au handicap moteur (exemple : manipulation).

- **Objectif: la prise en charge des personnes lourdement handicapées et souffrant de handicaps rares dans la région**

- Garantir l'accessibilité à l'offre de 1er recours en organisant les transports, en particulier dans les zones rurales enclavées.

- **Objectif: favoriser l'accès à des soins de proximité pour les personnes souffrant d'un handicap psychique**

- Organiser des consultations avancées ou l'intervention d'équipes mobiles

- **Objectif: répondre aux défis du vieillissement**

- Favoriser le maintien à domicile : développer la prévention primaire (chutes, médicaments, nutrition). Les professionnels de santé peuvent être des relais de proximité au déploiement des actions de prévention.
- Consolider le dispositif territorial des filières gériatriques : la définition des conditions de l'évaluation gériatrique au sein de chaque territoire suppose une coordination des différents intervenants (médecins traitants, environnement familial...). Or, il a été relevé que plusieurs services évaluent dans des domaines différents, sans forcément se coordonner.

Des pôles d'évaluation gériatriques pourraient être mis en place au sein des territoires de proximité. Les médecins traitants notamment pourraient les solliciter pour une évaluation.

- Améliorer l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer avec les structures de diagnostic, en développant les campagnes d'information sur l'enjeu du diagnostic, en favorisant le maintien à domicile et en diversifiant les solutions de répit.

II.2.4. L'OFFRE DE SOINS DE 1er RECOURS DANS L'ORGANISATION SANITAIRE :

- **Objectif: maintenir une offre complète sur l'ensemble du territoire**

- Biologie: mettre en œuvre la réforme tout en maintenant le maillage territorial existant avec des objectifs d'efficacité et de qualité.
- Imagerie: assurer par la coopération entre les plateaux une offre de proximité complète et diversifiée de taille suffisante.
- Psychiatrie: adosser des compétences fixes ou itinérantes aux MSP à défaut de pouvoir implanter un CMP par territoire
- Urgences: développer des maisons médicales de garde à proximité des services d'urgence

- **Objectif: garantir une offre de qualité**

- Développer tous les types d'intervention à domicile pour la prise en charge notamment : des chimiothérapies, des soins palliatifs, des AVC, des maladies chroniques invalidantes, des soins de suite en médecine et chirurgie, de la filière gériatrique
- Développer la démarche de soins infirmiers
- Informer les professionnels sur les ressources existantes : HAD (missions, indications), soins palliatifs, dialyse péritonéale, psychiatrie
- Faire des EHPAD des centres ressource pour la promotion de la santé
- Légitimer les consultations mémoire relais et en créer dans les hôpitaux de proximité
- Développer la formation : à la contraception (IDE scolaire, pharmaciens d'officine, médecins) ; à la dialyse (IDE) ; aux soins palliatifs (professionnels et bénévoles) ; addictions
- Coordonner les différents intervenants : équipes mobiles (AVC, Hémipass, UPSAV, gériatrie, SSR, soins palliatifs, psychiatrie...), les réseaux (Icarlim, Néphrolim, Hématolim, Rohlim, Addictlim...)
- Garantir la qualité pour des prises en charge spécifiques ou des populations spécifiques : suite de chirurgie ambulatoire, chimiothérapie orale, dialyse péritonéale, Insuffisants rénaux chroniques.

- **Objectif: garantir l'accessibilité**

- Développer la télé santé : télé surveillance, télé consultation, transfert d'images (traumatiser crâniens, cancers), télé expertise (addictions, psychiatrie)
- Organiser des consultations avancées en médecine, chirurgie, psychiatrie, addictologie, périnatalité
- Faciliter l'accompagnement par les aidants en les formant
- Faire connaître les modalités d'accès à l'offre aux usagers (exemple : campagne AVC, infarctus)
- Maintenir une offre en secteur 1 en chirurgie
- Organiser l'accompagnement social : PASS, équipes mobiles en psychiatrie (addictologie), appartement d'accompagnement

II.3. ÉTAT DES LIEUX/DIAGNOSTIC

II.3.1. SUR LE PLAN QUANTITATIF

L'état des lieux s'appuie sur les différentes sources statistiques disponibles et notamment sur l'Atlas de la santé en Limousin réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé.

Des requêtes statistiques ont également été faites sur les bases de données Adeli et SNIIRAM.

Trois réunions de concertation ont été organisées. Elles ont rassemblé : les conseils de l'ordre des différentes professions, les URPS, les représentants des internes et étudiants et ceux des remplaçants et jeunes installés, le Conseil régional, les Conseils généraux.

Ces rencontres ont abouti à un consensus sur l'état des lieux et le diagnostic.

Elles ont également permis de recueillir un certain nombre de propositions que l'on retrouvera dans la partie « définition du plan d'actions » du document.

Le diagnostic effectué amène à constater que l'ensemble des zones rurales de la région risque de connaître une situation préoccupante à moyen terme, 5 à 10 ans en fonction des zones, en matière d'accès à des soins de 1er recours notamment s'agissant des médecins généralistes.

Cette situation se rencontre également dans certaines villes.

En milieu rural la situation constatée concerne les médecins généralistes, les masseurs kinésithérapeutes et les chirurgiens dentistes.

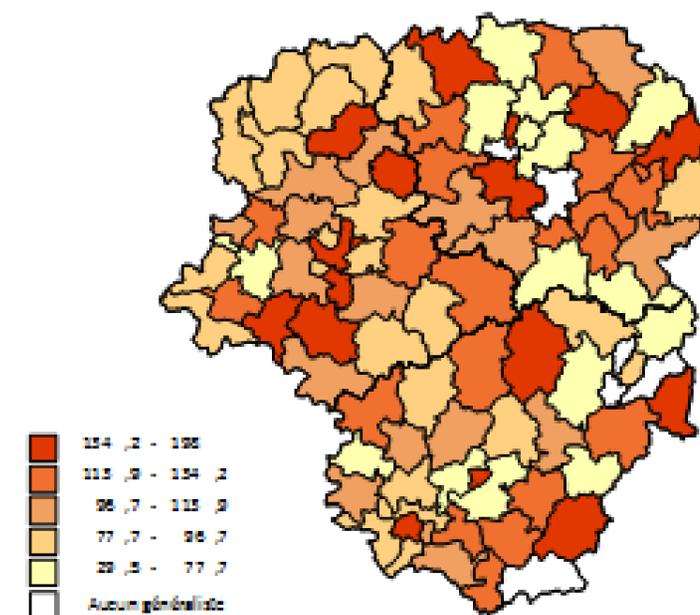
Par ailleurs dans certains quartiers urbains de Limoges l'accès aux soins n'est pas satisfaisant. Il ne s'agit pas d'un manque d'offre mais plutôt d'obstacles sociologiques et économiques.

II.3.1.1. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES :

- 44 % ont plus de 55 ans (France : 40 %)
- 25 cantons sur 26 en Creuse, 25 sur 31 en Haute-Vienne et 17 sur 35 en Corrèze comportent une forte proportion de généralistes de plus de 55 ans (50 % et plus)
- L'offre pour des villes comme Guéret, La Souterraine, Ussel et Limoges pour certains quartiers posera également très vite problème.
- La projection jusqu'en 2017 des constats faits sur la période 1990 / 2007 (source ORS) en matière d'installation donne les résultats suivants : une baisse légère des effectifs pour la région (-4 %) mais une forte baisse en Creuse (-17 %) et en Corrèze (-13 %) tandis que la Haute-Vienne verrait ses effectifs augmenter de 4 %.

Par ailleurs le nombre de médecins installés en secteur rural baisserait de 21 % et en secteur mixte de 9 % alors qu'il augmenterait de 7 % en secteur urbain.

Densité en médecins généralistes libéraux selon les cantons limousin pour 100 000 habitants, en 2009

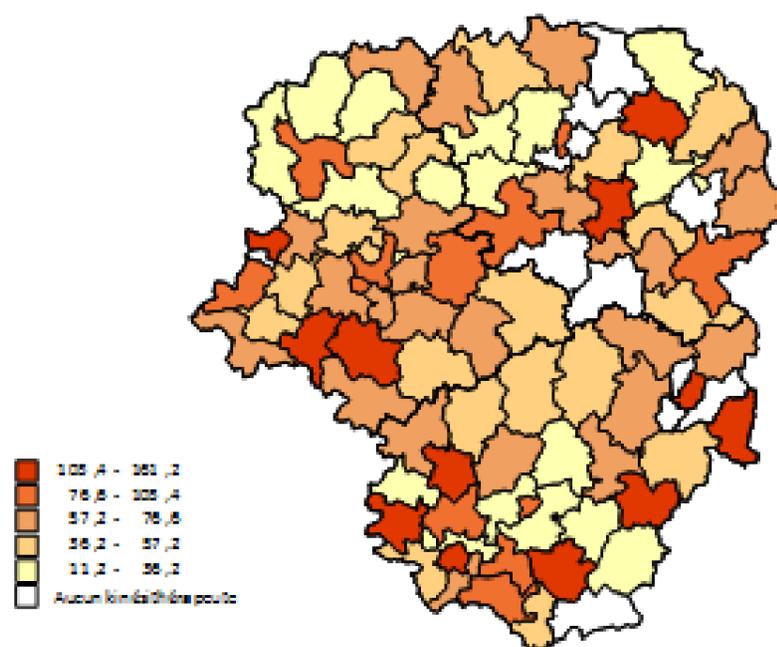


Source : ARS du Limousin, INSEE

II.3.1.2. LES MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES :

- 31 % des masseurs kinésithérapeutes ont plus de 55 ans (France: 19 %), la moyenne d'âge est de 45 ans
- La densité est de 65,3 pour 100 000 (France: 78) mais la Creuse a une densité de 48,8 alors que la Haute Vienne est proche du chiffre national
- L'implantation des masseurs kinésithérapeutes est hétérogène sur le territoire régional en défaveur du secteur rural

Densité en masseurs-kinésithérapeutes libéraux, selon les cantons limousins, pour 100 000 habitants, en 2009



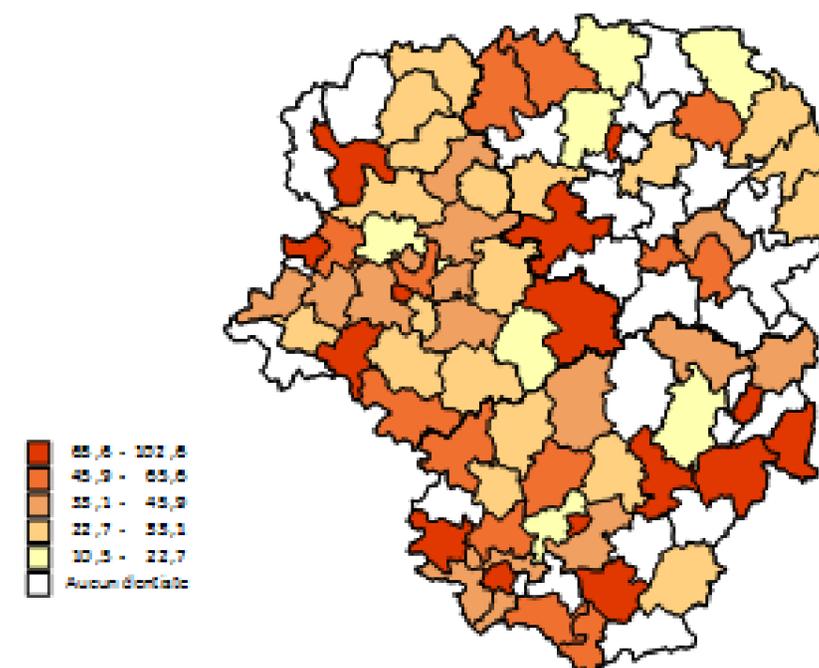
Source : ARS du Limousin, INSEE

II.3.1.3. LES DENTISTES :

- 34 % ont plus de 55 ans
- La densité pour 100 000 habitants est de 46,9 (France 60,4) mais le Creuse est à une densité de 32,5, de nombreux cantons creusois n'ont pas de dentiste.
- Des cabinets dentaires dépendant des mutuelles et des caisses d'assurance maladie sont installés principalement en milieu urbain ou dans des bourgs importants (Bellac, St Yrieix).

A noter qu'il n'en existe qu'un seul en Creuse, à Guéret.

Densité en dentistes libéraux, selon les cantons limousins pour 100 000 habitants, en 2009



Source : ARS du Limousin, INSEE

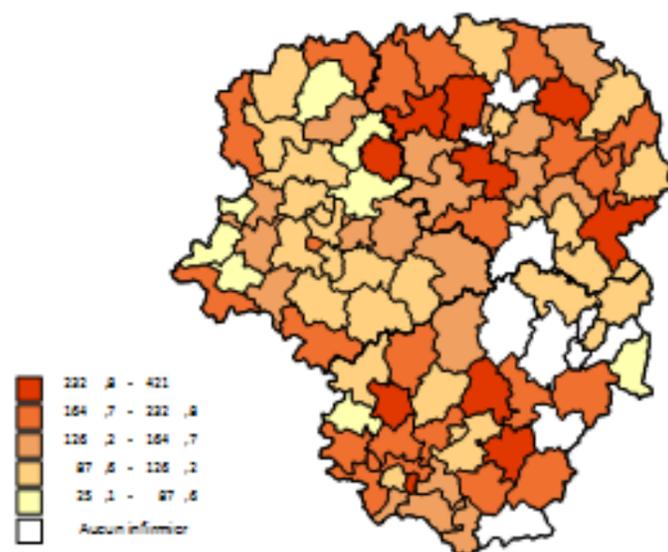
II.3.1.4. LES INFIRMIERS :

L'offre en soins infirmiers devrait rester satisfaisante compte tenu : de l'âge des professionnels, de la densité des infirmiers libéraux et de l'existence, en Corrèze et en Haute-Vienne de nombreux centres de soins infirmiers dépendants des caisses d'assurance maladie et de la Croix rouge.

Toutefois l'importance du nombre de personnes de plus de 75 ans dans la région d'une part (12,5 % / 8,2 % au niveau national) et le pourcentage de personnes de plus de 80 ans vivant à leur domicile (85 % en Creuse par exemple), le plus souvent seules d'autre part, génère un besoin très important. Il augmentera vraisemblablement compte tenu des projections démographiques sur les tranches d'âge principalement concernées.

En effet le recours aux soins infirmiers est très fortement corrélé au nombre de personnes âgées de plus de 75 ans.

Densité en infirmiers libéraux selon les cantons limousins, pour 100 000 habitants, en 2009



Sources : ARS du Limousin, INSEE

II.3.1.5. LES PHARMACIENS :

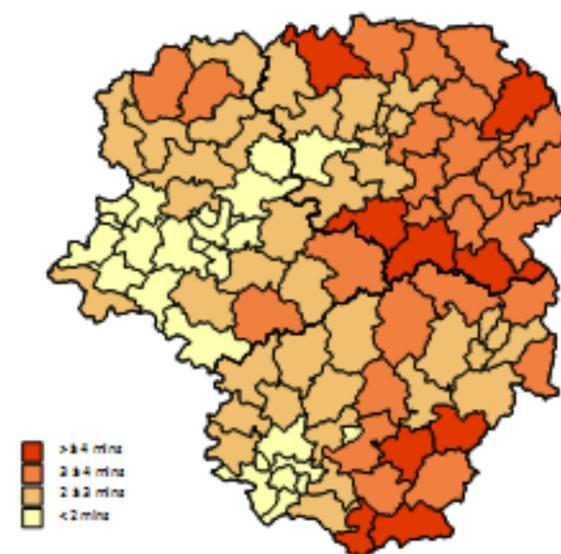
Le réseau de pharmacies est dense (48,3 pour 100 000 habitants dans la région contre 37 au niveau national).

C'est la Creuse qui a la plus forte densité : 55 pour 100 000.

Cette situation devrait demeurer pour autant que la structuration de l'offre en médecine générale n'ait pas de conséquence directe sur le maintien de ce réseau.

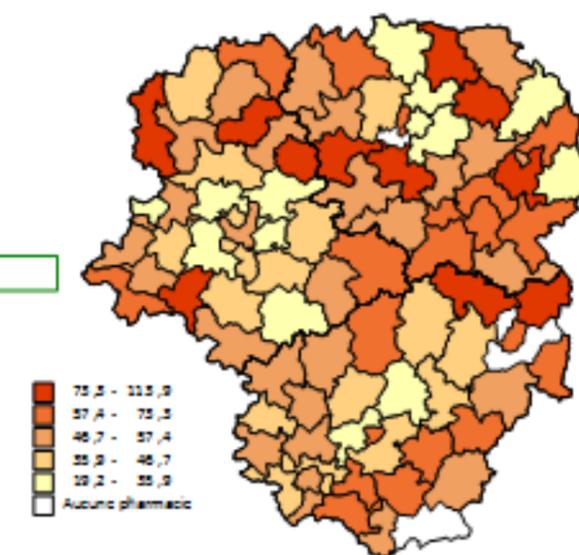
Un mouvement de regroupement pourra également être constaté compte tenu des contraintes économiques et/ou juridiques qui pèsent ou pourront peser sur la profession

Temps d'accès moyen à une pharmacie, par canton, en Limousin, 2008



Sources : DRSS, INSEE, FNDR, Odometrie 2010, INRAUMR 2041 CESAR, Dijon ; d'après Route 500® IGN

Densité en pharmacies, selon les cantons limousins pour 100 000 habitants, en 2009



Sources : ARS du Limousin, INSEE

II.3.1.6. LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE :

Dénombrement des professionnels de santé libéraux au 1er janvier 2011

source : DREES (ADELI/RPPS)

Professionnels de santé	Effectifs en Limousin	Densité Limousin	Densité France
Orthophonistes	72	10	26
Orthoptistes	21	3	4
Sages-femmes	28	4	5
Pédicures-podologues	93	13	18

On peut noter une sous densité notable en matière d'offre d'orthophonistes, la région Limousin ayant une des densités la plus faible de France.

Les trois autres professions sont relativement proches des moyennes nationales avec une différence tout de même marquée pour les pédicures podologues.

II.3.1.7. LA BIOLOGIE MÉDICALE :**Diagnostic régional succinct**

La région Limousin bénéficie d'une bonne couverture des besoins et le maillage existant en termes de lieu de prélèvement permet un accès rapide pour la population. Le maillage du territoire par les infirmières libérales diplômées d'État participe également à la couverture de ces besoins.

L'offre en biologie médicale a toutefois connu des évolutions récentes, notamment dans le secteur de la biologie médicale privée, du fait de la nécessaire restructuration inhérente à la mise en application de l'ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010. Cette recomposition partielle de l'offre régionale en matière de biologie médicale permet toutefois de maintenir la couverture des besoins, notamment en proximité.

Cette offre se répartit à quasi égalité entre secteur public et privé.

Le bilan d'activité des laboratoires de biologie médicale montre qu'une proportion conséquente d'examen pouvant être réalisés en région fait l'objet de fuites vers des laboratoires spécialisés hors région.

Les adressages d'analyses de biologie hors région se font principalement pour les raisons suivantes :

- Organisation de la biologie spécialisée: orientation du CHU de certaines analyses vers des centres spécialisés; à l'inverse le CHU reçoit des demandes d'analyses dans ses domaines d'expertise.
- Orientation volontaire d'analyses vers des laboratoires spécialisés.

Les remises pratiquées antérieurement à l'ordonnance ainsi que la mise à disposition d'une logistique performante sont des éléments complémentaires d'explication de ces fuites.

Estimation du nombre d'examens de Biologie Médicale 2010 dans le cadre de l'évaluation du besoin de la population en examens de biologie médicale sur le territoire de santé du Limousin :

Méthode: A partir des données fournies par l'enquête menée dans le cadre de la préparation du SROS le nombre total d'examens est estimé comme suit :

- On disposait de chaque cotation en B des LABM et de quelques cotations activités.
- Il a été possible d'estimer un nombre de B moyens par examen à partir des LBM ayant fourni des données complètes.
- L'hypothèse a été faite que le nombre d'examens totaux réalisés pour la population par les laboratoires correspond au nombre d'examens prélevés et réalisés sur place en nombre d'examens, auquel il faut ajouter l'activité réalisée pour le compte d'autres LBM en nombre d'examens (les entrées et les sorties d'examens du territoire sont supposées se compenser).

Au total, l'activité 2010 en nombre d'examens est de 15.692.668.

Objectifs régionaux spécifiques

L'enjeu global du SROS Biologie en Limousin peut se résumer ainsi : « Permettre à chacun d'avoir accès à une biologie médicale de qualité prouvée, payée à son juste prix... » M. Ballereau

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 devra être facilité tout en veillant 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 (article L. 6211-2 du code de la santé publique).

Veiller à la mise en place de l'accréditation complète de tous les laboratoires de biologie médicale privés ou publics sous les délais réglementaires.

Inciter les établissements de santé publics et privés à organiser, si nécessaire, le regroupement de leurs laboratoires et 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).

Plan d'action par rapport aux orientations nationales et régionales

Assurer une permanence des soins en biologie médicale en lien avec l'organisation globale de la permanence des soins.

Formaliser les coopérations publiques/privées et les coopérations publiques/publiques dans le cadre d'un dispositif juridique adapté (GCS, CHT...)

Obtenir l'accréditation de tous les LBM du Limousin dans les délais réglementaires.

Organiser à l'échelle régionale une coopération permettant de réaliser les examens, notamment spécialisés, en mettant en œuvre une organisation dédiée (logistique, mise en cohérence des systèmes d'information...)

Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

Maintenir le maillage territorial existant en termes d'implantation de sites ouverts au public.

Développer un laboratoire multi sites entre le CH de Bourgneuf et le CHU ou le CH de Guéret.

En lien avec les travaux de la CHT maintenir une activité de prélèvement sur le CH de Bourgneuf en partenariat avec le LBM du CH de Guéret ou du CHU ; poursuivre la réflexion de complémentarité entre Tulle et Brive.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

Organiser l'articulation entre l'interprétation des résultats d'analyse et la permanence des soins, notamment ambulatoire.

Création/suppression d'implantations prévues	Projets(s) de coopération entre le CH de Bourgneuf et le CHU ou le CH de Guéret
--	---

Indicateurs

Nombre de laboratoires accrédités, partiellement ou totalement.

Délai de prise en charge médicale suite à résultats d'analyse montrant la nécessité d'une prise en charge en urgence.

II.3.2. SUR LE PLAN QUALITATIF

LA FORMATION :

- Les internes en médecine générale : la faculté de Limoges forme environ 125 internes par an dont 35 internes de médecine générale.

Les tentatives nationales d'accroître ce nombre n'ont pas été couronnées de succès.

Il faut noter que tous les internes ainsi formés n'exerceront pas la médecine générale.

- Les infirmiers : six écoles dans la région forment environ 350 élèves par an.

Ceci devrait permettre le maintien d'une offre suffisante (étude DREES), même si le besoin doit croître en fonction du vieillissement de la population.

Il faudra mesurer les effets de la réforme de la formation qui pourrait conduire certains professionnels à se diriger vers un master et donc des carrières pouvant les détourner de l'exercice libéral. Il en va de même de la modification du statut des infirmières dans la fonction publique hospitalière (catégorie A).

- Les masseurs kinésithérapeutes : deux écoles dans la région. Une destinée aux mal voyants, elle forme des professionnels qui se destinent principalement à une activité salariée. La seconde (40 places) accueille des élèves reçus à un concours ouvert au plan national.

La grande majorité des élèves formés quittent la région à l'issue de leur formation pour rejoindre leur région d'origine.

- Les dentistes : il n'existe pas de formation en odontologie dans la région. Après la première année, les étudiants partent à Bordeaux et Clermont Ferrand.
- Un institut de formation aux métiers de la rééducation est en projet. Il devrait former, dans un premier temps, des ergothérapeutes et des orthophonistes ; dans un second temps des psychomotriciens et des masseurs kinésithérapeutes.

II.4. LES ENJEUX

Le PSRS prévoit, à la demande de la CRSA, de « **maintenir des point de 1er recours à 20 minutes maximum du domicile** » et de « **garantir une offre complète de 1er recours dans ces trois fonctions** » (médecin généraliste, infirmier, masseurs kinésithérapeutes).

Cet objectif signifie que chaque patient doit être à moins de 20 minutes de l'implantation d'un professionnel de santé de premier recours.

L'accès aux soins de 1er recours tel que prévu ci-dessus doit être posé comme un principe.

L'ensemble du territoire de la région répond aujourd'hui à ce critère. (Sources : Cartosanté)

L'enjeu principal consiste donc à organiser l'offre pour répondre à cet objectif dans la mesure où la situation démographique va évoluer de façon négative dans les prochaines années.

Alors que la population de la région a progressé de 0,5 % sur la période 1999-2008, cette aug-

mentation a bénéficié surtout aux zones urbaines et péri urbaines. De nombreux cantons ruraux ont continué à voir leur population diminuer.

La plupart de ceux de l'est de la Creuse et de la Corrèze ainsi que du nord-ouest de la Haute-Vienne ont une densité inférieure à 20 habitants au km² (43,9 pour la région).

Les projections démographiques réalisées par l'INSEE prévoient une légère augmentation de la population en 2015 et 2030. Elle concernera principalement les zones urbaines et péri urbaines.

Le milieu rural verra sa population diminuer et l'âge moyen de celle-ci augmenter.

Les grands axes de communication : A20, RN145, A 89 structurent l'installation de la population.

II.5. LA DÉFINITION DES ORIENTATIONS ET DES PLANS D'ACTION

La réponse à l'objectif repose sur une politique qui vise à agir dans différents domaines en ciblant les actions sur les zones les plus fragiles de la région :

II.5.1. L'ORGANISATION DE L'OFFRE :

- L'accompagnement de projets d'exercice regroupé soit sous forme de maison de santé pluri professionnelle (MSP) ou de pôles de santé, conformément aux règles fixées par le cahier des charges des maisons de santé pluriprofessionnelles annexé à la circulaire du 27 juillet 2010.
- La réorganisation de la Permanence des soins ambulatoire (PDSA) : un cahier des charges régional sera arrêté par le directeur de l'ARS. Il réorganise la PDSA dans les trois départements en respectant l'enveloppe financière allouée à la région.

Cette réorganisation vise à améliorer les conditions de travail des médecins, notamment en secteur rural, en développant la régulation des appels, en diminuant le nombre de secteurs, notamment en nuit profonde, ce qui a pour conséquence une diminution de la fréquence des astreintes.

- Le développement de projets de centres de santé (conformément aux articles L6323-1, D6323-1 et suiv. du code de la santé publique et à l'arrêté du 30 juillet 2010) dans lesquels exercent des professionnels salariés dans l'hypothèse où l'offre de soins de premier recours libéral ne serait pas suffisante.
- Le développement de la démarche de coopération entre professionnels de santé (délégation de tâches, transfert de compétences...) conformément à l'article L4011-1 du code de la santé publique.
- Les expérimentations « nouveaux modes de rémunération » (ENMR) destinés à rémunérer le temps de coordination, les programmes d'éducation thérapeutique du patient et les coopérations entre professionnels.
- Le développement de la télémédecine comme recours à l'aide au diagnostic.
- L'allègement des tâches administratives par l'expérimentation de dispositifs déjà en vigueur dans d'autres régions.
- La mise en œuvre de consultations dans des zones fragiles assurées par des professionnels installés dans les zones bien dotées.

II.5.2. L'INFORMATION DES ÉTUDIANTS ET DES PROFESSIONNELS :

- La mise en œuvre de la plate forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) : lancement au 1er juillet 2011 et montée en charge progressive jusqu'au 1er semestre 2012.
- La promotion du contrat de collaborateur libéral.
- Le développement de stages chez les médecins libéraux (information, aide à l'hébergement).
- L'accueil en stage des étudiants en odontologie de la faculté de Bordeaux dans la région : travail en cours entre l'ARS, le CHU et le Conseil régional afin d'en étudier la faisabilité.
- La diffusion de l'information sur les dispositifs existants auprès des étudiants en médecine, soins infirmiers, soins de masso-kinésithérapie par des interventions à la faculté (organisation d'un séminaire en partenariat avec les représentants des internes et des étudiants), dans les écoles paramédicales...

II.5.3. LES INCITATIONS FINANCIÈRES :

- Accords conventionnels entre l'assurance maladie et les professionnels de santé. Le zonage retenu devrait être celui fixé par l'ARS dans chaque région (voir supra).
- Les contrats d'engagement de service public : dispositif national qui prévoit l'allocation d'une bourse aux étudiants et internes en médecine qui s'engagent à exercer dans une zone fragile.
- L'allocation « fidélité santé » (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes) : ce dispositif mis en œuvre en partenariat avec le Conseil régional consiste à attribuer une allocation à des élèves qui acceptent de signer un contrat d'engagement avec un établissement de santé de la région. La durée de l'engagement est égale à celle durant laquelle la bourse a été versée.

A partir de 2011 30 allocations sont proposées aux élèves infirmiers et à titre expérimental, 5 aux élèves masseurs kinés.

Ce dispositif est offert aux élèves des écoles de la région et à partir de 2011, à titre expérimental, aux IFSI de Clermont-Ferrand, Aurillac et Périgueux.

II.6. LE CADRAGE FINANCIER

Pour ce qui concerne l'aspect économique, l'étude d'impact des engagements financiers sera retenue :

- Aide aux MSP et aux pôles de santé (FIQCS national et régional)
- Allocation fidélité santé (MIGAC)
- Évaluation de l'expérimentation « nouveaux modes de rémunération » (FIQCS pour La Celle Dunoise)
- Tout dispositif nouveau conventionnel ou réglementaire fera également l'objet d'une évaluation.

II.7. SUIVI ET ÉVALUATION DU DISPOSITIF

Le suivi et l'évaluation du dispositif pourront être assurés par la définition d'indicateurs permettant de vérifier l'atteinte des objectifs fixés :

- Nombre de CESP signés par rapport au nombre de contrats proposés
- Nombre de sites d'exercice regroupé en fonction par rapport à celui prévu
- % d'habitants du Limousin situés à moins de 20 minutes d'un point de 1er recours comportant : la médecine générale, les soins infirmiers et de kinésithérapie
- État d'avancement de la réorganisation de la PDSA dans les trois départements
- Évaluation du dispositif « allocation fidélité santé »
- Suivi des installations dans les différents secteurs : urbain, mixte, rural
- Suivi de la densité des différentes professions sur les territoires
- Alertes éventuelles émanant notamment des collectivités territoriales.

II.8. LA DÉFINITION DES ZONES FRAGILES :

La loi HPST a modifié les dispositions relatives aux 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 :

L'article L.1434-7 du code de la santé publique prévoit que les zones de mise en oeuvre 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 par l'ARS dans le schéma régional d'organisation des soins.

La définition de ces zones revêt une grande importance puisque c'est sur leurs périmètres que s'appliqueront les diverses mesures tant régionales que nationales destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de

santé et des centres de santé.

Les zones à retenir pour être ciblées comme fragiles, dans un premier temps, sont celles où se cumulent : des problèmes de démographie importants, une démarche déjà engagée qui reçoit l'aval des élus et des professionnels de santé.

En effet tout en répondant aux critères elles peuvent permettre une action de terrain pouvant déboucher sur des résultats rapides.

Toutefois il faudra également intervenir sur des zones où aucune initiative n'a pour l'instant été prise par les professionnels et les élus mais où, pourtant, des problèmes d'accès aux soins de la population sont à prévoir.

Le SROS détermine les zones de mise en oeuvre 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 et prévues notamment par :

- L'article L. 1434-8 du code de la santé publique,
- Les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale : il s'agit des mesures conventionnelles (assurance maladie) d'aides au maintien et à l'installation des professionnels de santé ;
- L'article L. 631-1-1 du code de l'éducation : il s'agit des contrats d'engagement de service public ;
- L'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales : il s'agit des aides à l'installation à destination des professionnels de santé et aux étudiants en médecine ;
- L'article 151 ter du code général des impôts : il s'agit de l'exonération de l'impôt sur le revenu des rémunérations perçues au titre de la permanence des soins.

L'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L 1434-7 du CSP fixe les principes suivants :

- **La définition des zones tient compte des priorités d'action prévues dans le SROS en matière de répartition géographique ;**
- **Les zones comprennent une part de la population régionale inférieure ou égale à 63 818 habitants pour le Limousin ; Toutefois, les zones de mise en oeuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux sont classées en 5 catégories ;**
- **Les zones sont constituées d'unités territoriales référencées par l'INSEE.**
- **L'arrêté pourra être révisé afin de tenir compte, le cas échéant, des modalités de mise en oeuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé et prévues par les conventions signées entre l'assurance maladie (UNCAM) et les représentants des professionnels de santé.**

En fonction de la part de la population régionale déterminée par l'arrêté du 21 décembre 2011 et de l'état d'avancement des projets de réorganisation de l'accès à l'offre de soin de premier recours, les zones de mise en œuvre destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé prévus à l'article L 1434-7 du CSP sont déterminées comme suit :

Les communes et cantons listés ci-dessous ont été déterminés par l'ARS autour de points d'implantations prioritaires. Ce zonage se concentre sur des zones où l'offre doit être consolidée et susceptibles d'accueillir un projet structurant pour l'organisation du premier recours.

Les zones en Creuse :

Les communes de :

- Aubusson
- Ahun
- Auzances
- Bourgneuf
- Boussac
- Chénérailles
- Crocq
- Dun le Palestel
- Evaux les bains
- Faux la Montagne
- Felletin
- La Celle Dunoise
- La Courtine
- Mérinchal
- Royère de Vassivière
- Saint-Vaury

Les zones en Corrèze :

Les communes de :

- Beaulieu sur Dordogne
- Bort-les-orgues
- Bugeat
- Egletons
- Lubersac
- Neuvic
- Chamberet
- Treignac

Le canton d'Ussel Est

Les zones en Haute-Vienne :

Les communes de :

- Bussière Poitevine
- Châlus
- Cussac
- Le Dorat
- Eymoutiers
- Oradour sur Vayres
- Magnac Laval
- Rochechouart
- Saint Laurent sur Gorre
- Saint-Mathieu

Le classement des zones différenciées en fonction de leur dotation en infirmiers libéraux pour la région LIMOUSIN tel qu'approuvé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi que par le Directeur de l'Union Nationale des Caisses d'assurance maladie figure en annexe1. Il est établi par bassin de vie et pseudo cantons et complété par la liste des communes rattachées à ces bassins de vie et pseudo cantons.

Ce zonage qui a vocation à s'appliquer jusqu'au 25 mai 2012, sert de base d'application à la mise œuvre des mesures démographiques de l'avenant n°1 à la convention nationale des infirmiers.

Un nouveau zonage, après une phase de concertation conforme à l'article L 1434-3 du CSP, sera par la suite publié au Recueil des Actes Administratifs.

En tout état de cause, la date d'entrée en vigueur du nouveau zonage infirmier sera au moins concomitante avec la date d'entrée en vigueur des dispositions tarifaires et des mesures de nomenclatures définies dans l'avenant n°3 à la convention des infirmiers, à savoir le 26 mai 2012.

Annexe 1 : Région LIMOUSIN

Décision de la mission régionale de santé portant classement des zones en fonction de leur dotation en infirmiers libéraux

A) Zones très sous dotées

BASSIN DE VIE OU PSEUDO-CANTON		Liste des communes du BASSIN DE VIE OU PSEUDO-CANTON	
Nom	numéro	Nom	numéro
ARGENTAT	19010	Albussac	19004
ARGENTAT	19010	Argentat	19010
ARGENTAT	19010	Auriac	19014
ARGENTAT	19010	Bassignac-le-Haut	19018
ARGENTAT	19010	Camps-Saint-Mathurin-Léobazel	19034
ARGENTAT	19010	Champagnac-la-Prune	19040
ARGENTAT	19010	La Chapelle-Saint-Géraud	19045
ARGENTAT	19010	Darazac	19069
ARGENTAT	19010	Forgès	19084
ARGENTAT	19010	Goullès	19086
ARGENTAT	19010	Gros-Chastang	19089
ARGENTAT	19010	Hautefage	19091
ARGENTAT	19010	Ménoire	19132
ARGENTAT	19010	Mercoeur	19133
ARGENTAT	19010	Monceaux-sur-Dordogne	19140
ARGENTAT	19010	Neuville	19149
ARGENTAT	19010	Reygade	19171
ARGENTAT	19010	La Roche-Canillac	19174
ARGENTAT	19010	Saint-Bazile-de-la-Roche	19183
ARGENTAT	19010	Saint-Bonnet-Elvert	19186
ARGENTAT	19010	Saint-Bonnet-les-Tours-de-Merle	19189
ARGENTAT	19010	Saint-Chamant	19192
ARGENTAT	19010	Saint-Cirgues-la-Loutre	19193
ARGENTAT	19010	Saint-Geniez-ô-Merle	19205
ARGENTAT	19010	Saint-Hilaire-Taurieux	19212
ARGENTAT	19010	Saint-Julien-aux-Bois	19214
ARGENTAT	19010	Saint-Julien-le-Pèlerin	19215
ARGENTAT	19010	Saint-Martial-Entraygues	19221
ARGENTAT	19010	Saint-Martin-la-Méanne	19222
ARGENTAT	19010	Saint-Privat	19237
ARGENTAT	19010	Saint-Sylvain	19245

ARGENTAT	19010	Servières-le-Château	19258
ARGENTAT	19010	Sexcles	19259
BORT-LES-ORGUES	19028	Antignac	15008
BORT-LES-ORGUES	19028	Beaulieu	15020
BORT-LES-ORGUES	19028	Champs-sur-Tarentaine-Marchal	15038
BORT-LES-ORGUES	19028	Lanobre	15092
BORT-LES-ORGUES	19028	Madic	15111
BORT-LES-ORGUES	19028	La Monselie	15128
BORT-LES-ORGUES	19028	Bort-les-Orgues	19028
BORT-LES-ORGUES	19028	Margerides	19128
BORT-LES-ORGUES	19028	Monestier-Port-Dieu	19142
BORT-LES-ORGUES	19028	Saint-Julien-près-Bort	19218
BORT-LES-ORGUES	19028	Saint-Victour	19247
BORT-LES-ORGUES	19028	Sarroux	19252
BORT-LES-ORGUES	19028	Thalamy	19266
BORT-LES-ORGUES	19028	Bagnols	63028
BORT-LES-ORGUES	19028	Cros	63129
BORT-LES-ORGUES	19028	Labessette	63183
BORT-LES-ORGUES	19028	Trémouille-Saint-Loup	63437
LUBERSAC	19121	Benayes	19022
LUBERSAC	19121	Lubersac	19121
LUBERSAC	19121	Montgibaud	19144
LUBERSAC	19121	Saint-Éloy-les-Tuileries	19198
LUBERSAC	19121	Saint-Julien-le-Vendômois	19216
LUBERSAC	19121	Saint-Martin-Sepert	19223
LUBERSAC	19121	Saint-Pardoux-Corbier	19230
LUBERSAC	19121	Ségur-le-Château	19254
TREIGNAC	19269	Affieux	19001
TREIGNAC	19269	Chamberet	19036
TREIGNAC	19269	L'Église-aux-Bois	19074
TREIGNAC	19269	Lacelle	19095
TREIGNAC	19269	Lestards	19112
TREIGNAC	19269	Le Lonzac	19118
TREIGNAC	19269	Madranges	19122
TREIGNAC	19269	Meilhards	19131
TREIGNAC	19269	Peyrissac	19165
TREIGNAC	19269	Rilhac-Treignac	19172
TREIGNAC	19269	Saint-Hilaire-les-Courbes	19209
TREIGNAC	19269	Soudaine-Lavinadière	19262
TREIGNAC	19269	Treignac	19269

TREIGNAC	19269	Veix	19281
USSEL	19275	Aix	19002
USSEL	19275	Alleyrat	19006
USSEL	19275	Bellechassagne	19021
USSEL	19275	Bonnefond	19027
USSEL	19275	Bugeat	19033
USSEL	19275	Chaveroche	19053
USSEL	19275	Chirac-Bellevue	19055
USSEL	19275	Couffy-sur-Sarsonne	19064
USSEL	19275	Courteix	19065
USSEL	19275	Eygurande	19080
USSEL	19275	Feyt	19083
USSEL	19275	Gourdon-Murat	19087
USSEL	19275	Lamazière-Haute	19103
USSEL	19275	Laroche-près-Feyt	19108
USSEL	19275	Ligniac	19113
USSEL	19275	Lignareix	19114
USSEL	19275	Merlines	19134
USSEL	19275	Mestes	19135
USSEL	19275	Monestier-Merlines	19141
USSEL	19275	Pérols-sur-Vézère	19160
USSEL	19275	Peyrelevade	19164
USSEL	19275	Confolent-Port-Dieu	19167
USSEL	19275	Pradines	19168
USSEL	19275	Roche-le-Peyroux	19175
USSEL	19275	Saint-Angel	19180
USSEL	19275	Saint-Bonnet-près-Bort	19190
USSEL	19275	Saint-Étienne-aux-Clos	19199
USSEL	19275	Saint-Étienne-la-Geneste	19200
USSEL	19275	Saint-Exupéry-les-Roches	19201
USSEL	19275	Saint-Fréjoux	19204
USSEL	19275	Saint-Germain-Lavolps	19206
USSEL	19275	Sainte-Marie-Lapanouze	19219
USSEL	19275	Saint-Merd-les-Oussines	19226
USSEL	19275	Saint-Pardoux-le-Neuf	19232
USSEL	19275	Saint-Pardoux-le-Vieux	19233
USSEL	19275	Saint-Rémy	19238
USSEL	19275	Saint-Setiers	19241
USSEL	19275	Sornac	19261
USSEL	19275	Tarnac	19265

USSEL	19275	Toy-Viam	19268
USSEL	19275	Ussel	19275
USSEL	19275	Valiergues	19277
USSEL	19275	Veyrières	19283
USSEL	19275	Viam	19284
USSEL	19275	Beissat	23019
USSEL	19275	La Courtine	23067
USSEL	19275	Malleret	23119
USSEL	19275	Le Mas-d'Artige	23125
USSEL	19275	Saint-Martial-le-Vieux	23215
USSEL	19275	Saint-Oradoux-de-Chirouze	23224
USSEL	19275	Bourg-Lastic	63048
USSEL	19275	Briffons	63053
USSEL	19275	Lastic	63191
USSEL	19275	Messeix	63225
USSEL	19275	Saint-Julien-Puy-Lavèze	63370
USSEL	19275	Saint-Sulpice	63399
USSEL	19275	Savennes	63416
UZERCHE	19276	Condat-sur-Ganaveix	19060
UZERCHE	19276	Espartignac	19076
UZERCHE	19276	Eyburie	19079
UZERCHE	19276	Lamongerie	19104
UZERCHE	19276	Masseret	19129
UZERCHE	19276	Saint-Ybard	19248
UZERCHE	19276	Salon-la-Tour	19250
UZERCHE	19276	Uzerche	19276
BENEVENT-L'ABBAYE	23021	Arrènes	23006
BENEVENT-L'ABBAYE	23021	Augères	23010
BENEVENT-L'ABBAYE	23021	Aulon	23011
BENEVENT-L'ABBAYE	23021	Bénévent-l'Abbaye	23021
BENEVENT-L'ABBAYE	23021	Ceyroux	23042
BENEVENT-L'ABBAYE	23021	Marsac	23124
BENEVENT-L'ABBAYE	23021	Mourioux-Vieilleville	23137
BENEVENT-L'ABBAYE	23021	Saint-Goussaud	23200
BOURGANEUF	23030	Auriat	23012
BOURGANEUF	23030	Bosmoreau-les-Mines	23027
BOURGANEUF	23030	Bourganeuf	23030
BOURGANEUF	23030	Châtelus-le-Marcheix	23056
BOURGANEUF	23030	Faux-Mazuras	23078
BOURGANEUF	23030	Janailat	23099

BOURGANEUF	23030	Mansat-la-Courrière	23122
BOURGANEUF	23030	Masbaraud-Mérignat	23126
BOURGANEUF	23030	Montboucher	23133
BOURGANEUF	23030	Pontarion	23155
BOURGANEUF	23030	La Pouge	23157
BOURGANEUF	23030	Royère-de-Vassivière	23165
BOURGANEUF	23030	Soubrebost	23173
BOURGANEUF	23030	Saint-Amand-Jartoudeix	23181
BOURGANEUF	23030	Saint-Dizier-Leyrenne	23189
BOURGANEUF	23030	Saint-Hilaire-le-Château	23202
BOURGANEUF	23030	Saint-Junien-la-Bregère	23205
BOURGANEUF	23030	Saint-Martin-Château	23216
BOURGANEUF	23030	Saint-Martin-Sainte-Catherine	23217
BOURGANEUF	23030	Saint-Moreil	23223
BOURGANEUF	23030	Saint-Pardoux-Mortierolles	23227
BOURGANEUF	23030	Saint-Pierre-Chérignat	23230
BOURGANEUF	23030	Saint-Pierre-Bellevue	23232
BOURGANEUF	23030	Saint-Priest-Palus	23237
BOURGANEUF	23030	Thauron	23253
BOURGANEUF	23030	Vidaillac	23260
BOUSSAC	23031	Bord-Saint-Georges	23026
BOUSSAC	23031	Boussac	23031
BOUSSAC	23031	Boussac-Bourg	23032
BOUSSAC	23031	Bussière-Saint-Georges	23038
BOUSSAC	23031	Clugnat	23064
BOUSSAC	23031	Jalesches	23098
BOUSSAC	23031	Lavaufranche	23104
BOUSSAC	23031	Leyrat	23108
BOUSSAC	23031	Malleret-Boussac	23120
BOUSSAC	23031	Nouzerines	23146
BOUSSAC	23031	Soumans	23174
BOUSSAC	23031	Saint-Marien	23213
BOUSSAC	23031	Saint-Pierre-le-Bost	23233
BOUSSAC	23031	Saint-Silvain-Bas-le-Roc	23240
BOUSSAC	23031	Tercillac	23252
BOUSSAC	23031	Toulx-Sainte-Croix	23254
CROCQ	23069	Basville	23017
CROCQ	23069	Crocq	23069
CROCQ	23069	Flayat	23081
CROCQ	23069	La Mazière-aux-Bons-Hommes	23129

CROCQ	23069	Mérinchal	23131
CROCQ	23069	Saint-Agnant-près-Crocq	23178
CROCQ	23069	Saint-Bard	23184
CROCQ	23069	Saint-Maurice-près-Crocq	23218
CROCQ	23069	Saint-Oradoux-près-Crocq	23225
CROCQ	23069	Saint-Pardoux-d'Arnet	23226
CROCQ	23069	La Villeneuve	23265
CROCQ	23069	La Villetelle	23266
FELLETIN	23079	Clairavaux	23063
FELLETIN	23079	Croze	23071
FELLETIN	23079	Felletin	23079
FELLETIN	23079	Féniers	23080
FELLETIN	23079	Gioux	23091
FELLETIN	23079	Magnat-l'Étrange	23115
FELLETIN	23079	La Nouaille	23144
FELLETIN	23079	Pontcharraud	23156
FELLETIN	23079	Poussanges	23158
FELLETIN	23079	Sainte-Feyre-la-Montagne	23194
FELLETIN	23079	Saint-Frion	23196
FELLETIN	23079	Saint-Georges-Nigremont	23198
FELLETIN	23079	Saint-Quentin-la-Chabanne	23238
LE DORAT	87059	Azat-le-Ris	87006
LE DORAT	87059	La Bazeuge	87008
LE DORAT	87059	Dinsac	87056
LE DORAT	87059	Le Dorat	87059
LE DORAT	87059	Oradour-Saint-Genest	87109
LE DORAT	87059	Saint-Sornin-la-Marche	87179
LE DORAT	87059	Tersannes	87195
LE DORAT	87059	Thiat	87196
LE DORAT	87059	Verneuil-Moustiers	87200
EYMOUTIERS	87064	Faux-la-Montagne	23077
EYMOUTIERS	87064	La Villedieu	23264
EYMOUTIERS	87064	Augne	87004
EYMOUTIERS	87064	Beaumont-du-Lac	87009
EYMOUTIERS	87064	Bujaleuf	87024
EYMOUTIERS	87064	Cheissoux	87043
EYMOUTIERS	87064	Domps	87058
EYMOUTIERS	87064	Eymoutiers	87064
EYMOUTIERS	87064	Nedde	87104
EYMOUTIERS	87064	Peyrat-le-Château	87117

EYMOUTIERS	87064	Rempnat	87123
EYMOUTIERS	87064	Saint-Amand-le-Petit	87132
EYMOUTIERS	87064	Sainte-Anne-Saint-Priest	87134
EYMOUTIERS	87064	Saint-Julien-le-Petit	87153
PIERRE-BUFFIERE	87119	Château-Chervix	87039
PIERRE-BUFFIERE	87119	Glanges	87072
PIERRE-BUFFIERE	87119	Magnac-Bourg	87088
PIERRE-BUFFIERE	87119	Meuzac	87095
PIERRE-BUFFIERE	87119	Pierre-Bufferie	87119
PIERRE-BUFFIERE	87119	La Porcherie	87120
PIERRE-BUFFIERE	87119	Saint-Bonnet-Briance	87138
PIERRE-BUFFIERE	87119	Saint-Genest-sur-Roselle	87144
PIERRE-BUFFIERE	87119	Saint-Germain-les-Belles	87146
PIERRE-BUFFIERE	87119	Saint-Hilaire-Bonneval	87148
PIERRE-BUFFIERE	87119	Saint-Jean-Ligoure	87151
PIERRE-BUFFIERE	87119	Saint-Paul	87174
PIERRE-BUFFIERE	87119	Saint-Vitte-sur-Briance	87186
PIERRE-BUFFIERE	87119	Vicq-sur-Breuilh	87203
ROCHECHOUART	87126	Champagnac-la-Rivière	87034
ROCHECHOUART	87126	Chéronnac	87044
ROCHECHOUART	87126	Cussac	87054
ROCHECHOUART	87126	Oradour-sur-Vayres	87111
ROCHECHOUART	87126	Rochechouart	87126
ROCHECHOUART	87126	Saint-Bazile	87137
ROCHECHOUART	87126	Vayres	87199
ROCHECHOUART	87126	Videix	87204
SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT	87161	Champnétery	87035
SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT	87161	Le Châtenet-en-Dognon	87042
SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT	87161	Eybouleuf	87062
SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT	87161	La Geneytouse	87070
SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT	87161	Moissannes	87099
SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT	87161	Royères	87129
SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT	87161	Saint-Denis-des-Murs	87142
SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT	87161	Saint-Léonard-de-Noblat	87161
SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT	87161	Saint-Martin-Terressus	87167
SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT	87161	Sauviat-sur-Vige	87190
SAINT-SULPICE-LES-FEUILLES	87182	Arnac-la-Poste	87003
SAINT-SULPICE-LES-FEUILLES	87182	Cromac	87053
SAINT-SULPICE-LES-FEUILLES	87182	Les Grands-Chézeaux	87074
SAINT-SULPICE-LES-FEUILLES	87182	Jouac	87080

SAINT-SULPICE-LES-FEUILLES	87182	Lussac-les-Églises	87087
SAINT-SULPICE-LES-FEUILLES	87182	Mailhac-sur-Benaize	87090
SAINT-SULPICE-LES-FEUILLES	87182	Saint-Georges-les-Landes	87145
SAINT-SULPICE-LES-FEUILLES	87182	Saint-Hilaire-la-Treille	87149
SAINT-SULPICE-LES-FEUILLES	87182	Saint-Martin-le-Mault	87165
SAINT-SULPICE-LES-FEUILLES	87182	Saint-Sulpice-les-Feuilles	87182

* pour le bassin de vie, n° INSEE de la commune la plus peuplée du bassin de vie

B) Zones sous dotées

BASSIN DE VIE OU PSEUDO-CANTON		Liste des communes du BASSIN DE VIE OU PSEUDO-CANTON	
Nom	numéro	Nom	numéro
ARNAC-POMPADOUR	19011	Arnac-Pompadour	19011
ARNAC-POMPADOUR	19011	Beysac	19024
ARNAC-POMPADOUR	19011	Beysenac	19025
ARNAC-POMPADOUR	19011	Lascaux	19109
ARNAC-POMPADOUR	19011	Saint-Sornin-Lavolps	19243
ARNAC-POMPADOUR	19011	Troche	19270
ARNAC-POMPADOUR	19011	Saint-Cyr-les-Champagnes	24397
EGLETONS	19073	Champagnac-la-Noaille	19039
EGLETONS	19073	Chapelle-Spinasse	19046
EGLETONS	19073	Darnets	19070
EGLETONS	19073	Égletons	19073
EGLETONS	19073	Eyrein	19081
EGLETONS	19073	Grandsaigne	19088
EGLETONS	19073	Le Jardin	19092
EGLETONS	19073	Lafage-sur-Sombre	19097
EGLETONS	19073	Lapleau	19106
EGLETONS	19073	Laval-sur-Luzège	19111
EGLETONS	19073	Montaignac-Saint-Hippolyte	19143
EGLETONS	19073	Moustier-Ventadour	19145
EGLETONS	19073	Péret-Bel-Air	19159
EGLETONS	19073	Rosiers-d'Égletons	19176
EGLETONS	19073	Saint-Hilaire-Foissac	19208
EGLETONS	19073	Saint-Merd-de-Lapleau	19225
EGLETONS	19073	Saint-Yrieix-le-Déjalat	19249
EGLETONS	19073	Sarran	19251
EGLETONS	19073	Soudeilles	19263

NEUVIC	19148	Lamazière-Basse	19102
NEUVIC	19148	Latronche	19110
NEUVIC	19148	Neuvic	19148
NEUVIC	19148	Palisse	19157
NEUVIC	19148	Saint-Hilaire-Luc	19210
NEUVIC	19148	Saint-Pantaléon-de-Lapleau	19228
NEUVIC	19148	Sérandon	19256
OBJAT	19153	Ayen	19015
OBJAT	19153	Chabrignac	19035
OBJAT	19153	Concèze	19059
OBJAT	19153	Juillac	19094
OBJAT	19153	Louignac	19120
OBJAT	19153	Objat	19153
OBJAT	19153	Orgnac-sur-Vézère	19154
OBJAT	19153	Perpezac-le-Blanc	19161
OBJAT	19153	Rosiers-de-Juillac	19177
OBJAT	19153	Saint-Aulaire	19182
OBJAT	19153	Saint-Bonnet-la-Rivière	19187
OBJAT	19153	Saint-Cyprien	19195
OBJAT	19153	Saint-Cyr-la-Roche	19196
OBJAT	19153	Saint-Robert	19239
OBJAT	19153	Saint-Solve	19242
OBJAT	19153	Segonzac	19253
OBJAT	19153	Vars-sur-Roseix	19279
OBJAT	19153	Vignols	19286
OBJAT	19153	Voutezac	19288
OBJAT	19153	Yssandon	19289
OBJAT	19153	Coubjours	24136
AUBUSSON	23008	Alleyrat	23003
AUBUSSON	23008	Ars	23007
AUBUSSON	23008	Aubusson	23008
AUBUSSON	23008	Banize	23016
AUBUSSON	23008	Bellegarde-en-Marche	23020
AUBUSSON	23008	Blessac	23024
AUBUSSON	23008	Bosroger	23028
AUBUSSON	23008	Champagnat	23048
AUBUSSON	23008	Le Chauchet	23058

AUBUSSON	23008	La Chaussade	23059
AUBUSSON	23008	Chavanat	23060
AUBUSSON	23008	Chénérailles	23061
AUBUSSON	23008	Gentioux-Pigerolles	23090
AUBUSSON	23008	Issoudun-Létrieux	23097
AUBUSSON	23008	Lavaveix-les-Mines	23105
AUBUSSON	23008	Le Monteil-au-Vicomte	23134
AUBUSSON	23008	Moutier-Rozeille	23140
AUBUSSON	23008	Néoux	23142
AUBUSSON	23008	Peyrat-la-Nonière	23151
AUBUSSON	23008	Puy-Malsignat	23159
AUBUSSON	23008	La Serre-Bussière-Vieille	23172
AUBUSSON	23008	Saint-Alpinien	23179
AUBUSSON	23008	Saint-Amand	23180
AUBUSSON	23008	Saint-Avit-de-Tardes	23182
AUBUSSON	23008	Saint-Avit-le-Pauvre	23183
AUBUSSON	23008	Saint-Chabrais	23185
AUBUSSON	23008	Saint-Dizier-la-Tour	23187
AUBUSSON	23008	Saint-Domet	23190
AUBUSSON	23008	Saint-Julien-le-Châtel	23204
AUBUSSON	23008	Saint-Maixant	23210
AUBUSSON	23008	Saint-Marc-à-Frongier	23211
AUBUSSON	23008	Saint-Marc-à-Loubaud	23212
AUBUSSON	23008	Saint-Martial-le-Mont	23214
AUBUSSON	23008	Saint-Médard-la-Rochette	23220
AUBUSSON	23008	Saint-Michel-de-Veisse	23222
AUBUSSON	23008	Saint-Pardoux-le-Neuf	23228
AUBUSSON	23008	Saint-Pardoux-les-Cardes	23229
AUBUSSON	23008	Saint-Silvain-Bellegarde	23241
AUBUSSON	23008	Saint-Sulpice-les-Champs	23246
AUBUSSON	23008	Saint-Yrieix-la-Montagne	23249
AUBUSSON	23008	Vallièrre	23257
AUZANCES	23013	Arfeuille-Châtain	23005
AUZANCES	23013	Auzances	23013
AUZANCES	23013	Brousse	23034
AUZANCES	23013	Bussière-Nouvelle	23037
AUZANCES	23013	Chard	23053

AUZANCES	23013	Charron	23054
AUZANCES	23013	Châtelard	23055
AUZANCES	23013	Le Compas	23066
AUZANCES	23013	Dontreix	23073
AUZANCES	23013	Lioux-les-Monges	23110
AUZANCES	23013	Lupersat	23113
AUZANCES	23013	Mainsat	23116
AUZANCES	23013	Les Mars	23123
AUZANCES	23013	Mautes	23127
AUZANCES	23013	Reterre	23160
AUZANCES	23013	Rougnat	23164
AUZANCES	23013	Sermur	23171
AUZANCES	23013	Saint-Maurice-près-Pionsat	63377
DUN-LE-PALESTEL	23075	La Celle-Dunoise	23039
DUN-LE-PALESTEL	23075	Chambon-Sainte-Croix	23044
DUN-LE-PALESTEL	23075	La Chapelle-Baloue	23050
DUN-LE-PALESTEL	23075	Colondannes	23065
DUN-LE-PALESTEL	23075	Crozant	23070
DUN-LE-PALESTEL	23075	Dun-le-Palestel	23075
DUN-LE-PALESTEL	23075	Fresselines	23087
DUN-LE-PALESTEL	23075	Lafat	23103
DUN-LE-PALESTEL	23075	Maison-Feyne	23117
DUN-LE-PALESTEL	23075	Naillat	23141
DUN-LE-PALESTEL	23075	Sagnat	23166
DUN-LE-PALESTEL	23075	Saint-Sulpice-le-Dunois	23244
DUN-LE-PALESTEL	23075	Villard	23263
EVAUX-LES-BAINS	23076	Chambonchard	23046
EVAUX-LES-BAINS	23076	Évaux-les-Bains	23076
EVAUX-LES-BAINS	23076	Fontanières	23083
EVAUX-LES-BAINS	23076	Sannat	23167
EVAUX-LES-BAINS	23076	Saint-Julien-la-Genête	23203
EVAUX-LES-BAINS	23076	Saint-Priest	23234
SOUTERRAINE	23176	Azerables	23015
SOUTERRAINE	23176	Bazelat	23018
SOUTERRAINE	23176	Lizières	23111
SOUTERRAINE	23176	Noth	23143
SOUTERRAINE	23176	La Souterraine	23176

SOUTERRAINE	23176	Saint-Agnant-de-Versillat	23177
SOUTERRAINE	23176	Saint-Étienne-de-Fursac	23192
SOUTERRAINE	23176	Saint-Germain-Beaupré	23199
SOUTERRAINE	23176	Saint-Léger-Bridereix	23207
SOUTERRAINE	23176	Saint-Maurice-la-Souterraine	23219
SOUTERRAINE	23176	Saint-Pierre-de-Fursac	23231
SOUTERRAINE	23176	Saint-Priest-la-Feuille	23235
SOUTERRAINE	23176	Saint-Sébastien	23239
SOUTERRAINE	23176	Vareilles	23258
BELLAC	87011	Bellac	87011
BELLAC	87011	Berneuil	87012
BELLAC	87011	Blanzac	87017
BELLAC	87011	Blond	87018
BELLAC	87011	Bussière-Boffy	87026
BELLAC	87011	Bussière-Poitevine	87028
BELLAC	87011	La Croix-sur-Gartempe	87052
BELLAC	87011	Darnac	87055
BELLAC	87011	Dompierre-les-Églises	87057
BELLAC	87011	Droux	87061
BELLAC	87011	Gajoubert	87069
BELLAC	87011	Magnac-Laval	87089
BELLAC	87011	Mézières-sur-Issoire	87097
BELLAC	87011	Mortemart	87101
BELLAC	87011	Nouic	87108
BELLAC	87011	Peyrat-de-Bellac	87116
BELLAC	87011	Saint-Barbant	87136
BELLAC	87011	Saint-Bonnet-de-Bellac	87139
BELLAC	87011	Saint-Junien-les-Combes	87155
BELLAC	87011	Saint-Léger-Magnazeix	87160
BELLAC	87011	Saint-Martial-sur-Isop	87163
BELLAC	87011	Saint-Ouen-sur-Gartempe	87172
BELLAC	87011	Villefavard	87206
BESSINES-SUR-GARTEMPE	87014	Bersac-sur-Rivalier	87013
BESSINES-SUR-GARTEMPE	87014	Bessines-sur-Gartempe	87014
BESSINES-SUR-GARTEMPE	87014	Folles	87067
BESSINES-SUR-GARTEMPE	87014	Fromental	87068
BESSINES-SUR-GARTEMPE	87014	Razès	87122

BESSINES-SUR-GARTEMPE	87014	Saint-Pardoux	87173
CHALUS	87032	Bussière-Galant	87027
CHALUS	87032	Les Cars	87029
CHALUS	87032	Châlus	87032
CHALUS	87032	Champsac	87036
CHALUS	87032	La Chapelle-Montbrandeix	87037
CHALUS	87032	Dournazac	87060
CHALUS	87032	Pageas	87112
CHATEAUNEUF-LA-FORET	87040	Châteauneuf-la-Forêt	87040
CHATEAUNEUF-LA-FORET	87040	La Croisille-sur-Briance	87051
CHATEAUNEUF-LA-FORET	87040	Linards	87086
CHATEAUNEUF-LA-FORET	87040	Masléon	87093
CHATEAUNEUF-LA-FORET	87040	Neuvic-Entier	87105
CHATEAUNEUF-LA-FORET	87040	Roziers-Saint-Georges	87130
CHATEAUNEUF-LA-FORET	87040	Saint-Gilles-les-Forêts	87147
CHATEAUNEUF-LA-FORET	87040	Saint-Méard	87170
CHATEAUNEUF-LA-FORET	87040	Surdoux	87193
CHATEAUNEUF-LA-FORET	87040	Sussac	87194
CHATEAUPONSAC	87041	Balledent	87007
CHATEAUPONSAC	87041	Châteauponsac	87041
CHATEAUPONSAC	87041	Rancon	87121
CHATEAUPONSAC	87041	Saint-Amand-Magnazeix	87133
CHATEAUPONSAC	87041	Saint-Sornin-Leulac	87180
SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	87187	Angoisse	24008
SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	87187	Jumilhac-le-Grand	24218
SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	87187	Lanouaille	24227
SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	87187	Payzac	24320
SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	87187	Sarlande	24519
SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	87187	Savignac-Lédrier	24526
SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	87187	Le Chalard	87031
SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	87187	Coussac-Bonneval	87049
SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	87187	Glandon	87071
SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	87187	Ladignac-le-Long	87082
SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	87187	La Roche-l'Abeille	87127
SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	87187	Saint-Yrieix-la-Perche	87187

*pour le bassin de vie, n° INSEE de la commune la plus peuplée du bassin de vie

C) Zones à dotation intermédiaire

BASSIN DE VIE OU PSEUDO-CANTON		Liste des communes du BASSIN DE VIE OU PSEUDO-CANTON	
Nom	numéro	Nom	numéro
ALLASSAC	19005	Allassac	19005
ALLASSAC	19005	Estivaux	19078
ALLASSAC	19005	Saint-Viance	19246
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Albignac	19003
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Aubazines	19013
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Beynat	19023
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Branceilles	19029
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	La Chapelle-aux-Brocs	19043
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Chartrier-Ferrière	19047
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Chasteaux	19049
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Chauffour-sur-Vell	19050
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Collonges-la-Rouge	19057
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Cosnac	19063
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Curemonte	19067
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Dampniat	19068
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Donzenac	19072
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Estivals	19077
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Jugeals-Nazareth	19093
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Lagleygeolle	19099
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Lanteuil	19105
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Ligneyrac	19115
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Lissac-sur-Couze	19117
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Lostanges	19119
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Mansac	19124
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Marcillac-la-Croze	19126
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Meysac	19138
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Nespouls	19147
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Noailhac	19150
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Noailles	19151
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Palazinges	19156
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Perpezac-le-Noir	19162
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Le Pescher	19163
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Sadroc	19178
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Saillac	19179
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Saint-Bazile-de-Meysac	19184
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Saint-Bonnet-l'Enfantier	19188

BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Saint-Cernin-de-Larche	19191
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Sainte-Féréole	19202
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Saint-Germain-les-Vergnes	19207
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Saint-Hilaire-Peyroux	19211
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Saint-Julien-Maumont	19217
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Saint-Pardoux-l'Ortigier	19234
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Sérilhac	19257
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Turenne	19273
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Varetz	19278
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Venarsal	19282
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Vigeois	19285
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Nadaillac	24301
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Baladou	46016
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Cazillac	46067
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Creysse	46084
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Cuzance	46086
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Floirac	46106
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Martel	46185
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Montvalent	46208
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Saint-Denis-lès-Martel	46265
BRIVE-LA-GAILLARDE	19031	Sarrazac	46298
MEYMAC	19136	Ambrugeat	19008
MEYMAC	19136	Chavanac	19052
MEYMAC	19136	Combressol	19058
MEYMAC	19136	Davignac	19071
MEYMAC	19136	Maussac	19130
MEYMAC	19136	Meymac	19136
MEYMAC	19136	Millevaches	19139
MEYMAC	19136	Saint-Sulpice-les-Bois	19244
LARCHE	1914	Larche	19107
LARCHE	1914	Saint-Pantaléon-de-Larche	19229
SEILHAC	19255	Beaumont	19020
SEILHAC	19255	Chamboulive	19037
SEILHAC	19255	Lagraulière	19100
SEILHAC	19255	Pierrefitte	19166
SEILHAC	19255	Saint-Clément	19194
SEILHAC	19255	Saint-Jal	19213
SEILHAC	19255	Saint-Salvador	19240
SEILHAC	19255	Seilhac	19255
TULLE	19272	Les Angles-sur-Corrèze	19009

TULLE	19272	Bar	19016
TULLE	19272	Chameyrat	19038
TULLE	19272	Chanac-les-Mines	19041
TULLE	19272	Chanteix	19042
TULLE	19272	Le Chastang	19048
TULLE	19272	Chaumeil	19051
TULLE	19272	Clergoux	19056
TULLE	19272	Cornil	19061
TULLE	19272	Corrèze	19062
TULLE	19272	Espagnac	19075
TULLE	19272	Favars	19082
TULLE	19272	Gimel-les-Cascades	19085
TULLE	19272	Gumond	19090
TULLE	19272	Ladignac-sur-Rondelles	19096
TULLE	19272	Lagarde-Enval	19098
TULLE	19272	Laguenne	19101
TULLE	19272	Marcillac-la-Croisille	19125
TULLE	19272	Marc-la-Tour	19127
TULLE	19272	Meyrignac-l'Église	19137
TULLE	19272	Naves	19146
TULLE	19272	Orliac-de-Bar	19155
TULLE	19272	Pandrignes	19158
TULLE	19272	Saint-Augustin	19181
TULLE	19272	Saint-Bonnet-Avalouze	19185
TULLE	19272	Sainte-Fortunade	19203
TULLE	19272	Saint-Martial-de-Gimel	19220
TULLE	19272	Saint-Mexant	19227
TULLE	19272	Saint-Pardoux-la-Croisille	19231
TULLE	19272	Saint-Paul	19235
TULLE	19272	Saint-Priest-de-Gimel	19236
TULLE	19272	Tulle	19272
TULLE	19272	Vitrac-sur-Montane	19287
MALEMORT-SUR-CORREZE	1934	Malemort-sur-Corrèze	19123
MALEMORT-SUR-CORREZE	1934	Ussac	19274
BRIVE-LA-GAILLARDE	1998	Brive-la-Gaillarde	19031
CHATELUS-MALVALEIX	23057	Bétête	23022
CHATELUS-MALVALEIX	23057	La Cellette	23041
CHATELUS-MALVALEIX	23057	Châtelus-Malvaleix	23057
CHATELUS-MALVALEIX	23057	Genouillac	23089
CHATELUS-MALVALEIX	23057	Saint-Dizier-les-Domaines	23188

GUERET	23096	Ahun	23001
GUERET	23096	Ajain	23002
GUERET	23096	Anzême	23004
GUERET	23096	Azat-Châtenet	23014
GUERET	23096	Blaudeix	23023
GUERET	23096	Bonnat	23025
GUERET	23096	Le Bourg-d'Hem	23029
GUERET	23096	La Brionne	23033
GUERET	23096	Bussière-Dunoise	23036
GUERET	23096	La Celle-sous-Gouzon	23040
GUERET	23096	Chamberaud	23043
GUERET	23096	Chamborand	23047
GUERET	23096	Champsanglard	23049
GUERET	23096	La Chapelle-Saint-Martial	23051
GUERET	23096	La Chapelle-Taillefert	23052
GUERET	23096	Chéniers	23062
GUERET	23096	Cressat	23068
GUERET	23096	Domeyrot	23072
GUERET	23096	Le Donzeil	23074
GUERET	23096	Fleurat	23082
GUERET	23096	Fransèches	23086
GUERET	23096	Gartempe	23088
GUERET	23096	Glénic	23092
GUERET	23096	Gouzon	23093
GUERET	23096	Le Grand-Bourg	23095
GUERET	23096	Guéret	23096
GUERET	23096	Jarnages	23100
GUERET	23096	Jouillat	23101
GUERET	23096	Ladapeyre	23102
GUERET	23096	Lépinas	23107
GUERET	23096	Linard	23109
GUERET	23096	Maisonnisses	23118
GUERET	23096	Malval	23121
GUERET	23096	Mazeirat	23128
GUERET	23096	Montaigut-le-Blanc	23132
GUERET	23096	Mortroux	23136
GUERET	23096	Moutier-d'Ahun	23138
GUERET	23096	Moutier-Malcard	23139
GUERET	23096	Parsac	23149
GUERET	23096	Peyrabout	23150

GUERET	23096	Pierrefitte	23152
GUERET	23096	Pionnat	23154
GUERET	23096	Rimondeix	23161
GUERET	23096	Roches	23162
GUERET	23096	Sardent	23168
GUERET	23096	La Saunière	23169
GUERET	23096	Savennes	23170
GUERET	23096	Sous-Parsat	23175
GUERET	23096	Saint-Christophe	23186
GUERET	23096	Saint-Éloi	23191
GUERET	23096	Sainte-Feyre	23193
GUERET	23096	Saint-Fiel	23195
GUERET	23096	Saint-Georges-la-Pouge	23197
GUERET	23096	Saint-Hilaire-la-Plaine	23201
GUERET	23096	Saint-Laurent	23206
GUERET	23096	Saint-Léger-le-Guéretois	23208
GUERET	23096	Saint-Loup	23209
GUERET	23096	Saint-Priest-la-Plaine	23236
GUERET	23096	Saint-Silvain-Montaigut	23242
GUERET	23096	Saint-Silvain-sous-Toulx	23243
GUERET	23096	Saint-Sulpice-le-Guéretois	23245
GUERET	23096	Saint-Victor-en-Marche	23248
GUERET	23096	Saint-Yrieix-les-Bois	23250
GUERET	23096	Trois-Fonds	23255
GUERET	23096	Vigeville	23262
SAINT-VAURY	23247	Saint-Vaury	23247
AIXE-SUR-VIENNE	87001	Aixe-sur-Vienne	87001
AIXE-SUR-VIENNE	87001	Beynac	87015
AIXE-SUR-VIENNE	87001	Bosmie-l'Aiguille	87021
AIXE-SUR-VIENNE	87001	Flavignac	87066
AIXE-SUR-VIENNE	87001	Saint-Martin-le-Vieux	87166
AIXE-SUR-VIENNE	87001	Saint-Priest-sous-Aixe	87177
AIXE-SUR-VIENNE	87001	Saint-Yrieix-sous-Aixe	87188
AIXE-SUR-VIENNE	87001	Séreilhac	87191
AMBAZAC	87002	Ambazac	87002
AMBAZAC	87002	Les Billanges	87016
AMBAZAC	87002	Jabreilles-les-Bordes	87076
AMBAZAC	87002	La Jonchère-Saint-Maurice	87079
AMBAZAC	87002	Laurière	87083
AMBAZAC	87002	Saint-Laurent-les-Églises	87157

AMBAZAC	87002	Saint-Léger-la-Montagne	87159
AMBAZAC	87002	Saint-Sulpice-Laurière	87181
AMBAZAC	87002	Saint-Sylvestre	87183
LIMOGES	87085	Aureil	87005
LIMOGES	87085	Boisseuil	87019
LIMOGES	87085	Bonnac-la-Côte	87020
LIMOGES	87085	Breuilaufa	87022
LIMOGES	87085	Le Buis	87023
LIMOGES	87085	Chamboret	87033
LIMOGES	87085	Chaptelat	87038
LIMOGES	87085	Compreignac	87047
LIMOGES	87085	Eyjeaux	87063
LIMOGES	87085	Nantiat	87103
LIMOGES	87085	Nieul	87107
LIMOGES	87085	Rilhac-Rancon	87125
LIMOGES	87085	Roussac	87128
LIMOGES	87085	Saint-Gence	87143
LIMOGES	87085	Saint-Jouvent	87152
LIMOGES	87085	Saint-Just-le-Martel	87156
LIMOGES	87085	Saint-Priest-Taurion	87178
LIMOGES	87085	Saint-Symphorien-sur-Couze	87184
LIMOGES	87085	Solignac	87192
LIMOGES	87085	Thouron	87197
LIMOGES	87085	Vaulry	87198
LIMOGES	87085	Verneuil-sur-Vienne	87201
LIMOGES	87085	Veyrac	87202
LIMOGES	87085	Le Vigen	87205
NEXON	87106	Burnac	87025
NEXON	87106	Janailhac	87077
NEXON	87106	Journac	87081
NEXON	87106	Lavignac	87084
NEXON	87106	Meilhac	87094
NEXON	87106	La Meyze	87096
NEXON	87106	Nexon	87106
NEXON	87106	Rilhac-Lastours	87124
NEXON	87106	Saint-Hilaire-les-Places	87150
NEXON	87106	Saint-Maurice-les-Brousses	87169
NEXON	87106	Saint-Priest-Ligoure	87176
SAINT-JUNIEN	87154	Brigueuil	16064
SAINT-JUNIEN	87154	Montrollet	16231
SAINT-JUNIEN	87154	Chaillac-sur-Vienne	87030

SAINT-JUNIEN	87154	Cieux	87045
SAINT-JUNIEN	87154	Cognac-la-Forêt	87046
SAINT-JUNIEN	87154	Gorre	87073
SAINT-JUNIEN	87154	Javerdat	87078
SAINT-JUNIEN	87154	Montrol-Sénard	87100
SAINT-JUNIEN	87154	Oradour-sur-Glane	87110
SAINT-JUNIEN	87154	Peyrilhac	87118
SAINT-JUNIEN	87154	Saillat-sur-Vienne	87131
SAINT-JUNIEN	87154	Saint-Auvent	87135
SAINT-JUNIEN	87154	Saint-Brice-sur-Vienne	87140
SAINT-JUNIEN	87154	Saint-Cyr	87141
SAINT-JUNIEN	87154	Saint-Junien	87154
SAINT-JUNIEN	87154	Saint-Laurent-sur-Gorre	87158
SAINT-JUNIEN	87154	Sainte-Marie-de-Vaux	87162
SAINT-JUNIEN	87154	Saint-Martin-de-Jussac	87164
SAINT-JUNIEN	87154	Saint-Victurnien	87185
(PARTIEL) LIMOGES-ISLE HORS LIMOGES	8731	Isle	87075
(PARTIEL) LIMOGES-COUZEIX HORS LIMOGES	8733	Couzeix	87050
(PARTIEL) LIMOGES-LE PALAIS HORS LIMOGES	8735	Le Palais-sur-Vienne	87113
(PARTIEL) LIMOGES-CONDAT HORS LIMOGES	8736	Condat-sur-Vienne	87048
(PARTIEL) LIMOGES-PANAZOL HORS LIMOGES	8737	Panazol	87114
(PARTIEL) LIMOGES-PANAZOL HORS LIMOGES	8737	Feytiat	87065
LIMOGES	8799	Limoges	87085

* pour le bassin de vie, n° INSEE de la commune la plus peuplée du bassin de vie

D) Zones très dotées

BASSIN DE VIE OU PSEUDO-CANTON		Liste des communes du BASSIN DE VIE OU PSEUDO-CANTON	
Nom	numéro	Nom	numéro

* pour le bassin de vie, n° INSEE de la commune la plus peuplée du bassin de vie

E) Zones sur dotées

BASSIN DE VIE OU PSEUDO-CANTON		Liste des communes du BASSIN DE VIE OU PSEUDO-CANTON	
Nom	numéro	Nom	numéro

* pour le bassin de vie, n° INSEE de la commune la plus peuplée du bassin de vie