



SCHEMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

Volet HOSPITALIER

Révision 2015

INTRODUCTION	3
--------------------	---

ACTIVITÉS DE SOINS

La médecine	7
La cardiologie	13
Les établissements publics de santé du Poitou-Charentes	17
La chirurgie	21
La périnatalité	29
La psychiatrie	39
Les soins de suite et de réadaptation.....	52
Les soins de longue durée	58
Les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie	61
La médecine d'urgence	68
La réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue	75
La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	86
Le traitement du cancer.....	98
L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne.....	117
L'imagerie médicale.....	122
Les soins palliatifs	131
Les soins aux détenus.....	139

THÈMES TRANSVERSAUX

L'hospitalisation à domicile.....	147
Le diabète	152
L'obésité	159
Les accidents vasculaires cérébraux (AVC).....	167
Les pathologies du vieillissement.....	167
La maladie d'Alzheimer	178
Les conduites addictives	180
La biologie médicale.....	185
La veille technologique	194
Les missions de service public.....	206
La Permanence Des Soins en Etablissements de Santé (PDSES)	212
Des indicateurs de pilotage d'activité... Pourquoi ?.....	240

ANNEXES

Introduction

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

Le SROS, élément du PRS

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

Les modalités d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ne diffèrent pas de celles du schéma régional d'organisation sanitaire en ce qu'elles sont basées sur la concertation avec les professionnels de santé. Le SROS doit donc être élaborée en cohérence voire même dans le cadre d'une approche intégrée avec les autres schémas régionaux relatifs à la prévention et l'organisation médico-sociale.

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

L'élaboration de cette partie constitue un exercice nouveau qui permettra de définir un schéma régional de soins ambulatoires de première génération.

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

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

La restructuration de l'offre de soins hospitalière régionale doit être orientée sur l'évolution des modes de prises en charge, en optimisant l'offre existante notamment par l'amélioration de la gradation des plateaux techniques et le développement des modes substitutifs à l'hospitalisation complète. Une priorité, lors de l'élaboration de la partie hospitalière, vise la maîtrise du volume d'activité des établissements. La loi HPST structure le schéma régional d'organisation des soins (SROS) en deux volets, un volet relatif à l'offre de soins ambulatoire et un volet relatif à l'offre de soins hospitalière.

La liste des activités de soins traitées dans le PRS-SROS-H

La loi HPST a supprimé la base légale de l'arrêté définissant les thèmes obligatoires du SROS. Pour autant, le PRS-SROS-H comporte l'identification des besoins et la fixation des objectifs quantifiés pour toutes les matières qui sont soumises au régime d'autorisation : activités de soins et équipements lourds énumérés aux articles R. 6122-25 et R. 6122-26 CSP.

Le SROS traite de la forme selon laquelle les activités de soins sont exercées car cela correspond à un aspect du besoin et de l'accessibilité : alternatives et Hospitalisation A Domicile (HAD). Le PRS-SROS-H traite également de la biologie pour l'application du régime d'opposition à l'ouverture de laboratoires. Cette liste ne concerne que le chapitre relatif à l'offre de soins hospitalière. Des thèmes transversaux complémentaires sont traités car ils répondent à des thèmes identifiés dans le plan stratégique régional de santé.

Les dispositions du PRS-SROS-H portant sur ces thèmes « transversaux » seront mises en œuvre

à travers l'application des dispositions sur les activités de soins correspondantes : implantation, prescription sur l'adaptation des établissements, les complémentarités et les coopérations.

Une attention particulière sera portée pour l'accessibilité aux soins des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'adaptation des structures de soins en termes d'aménagements mais aussi de facilitation de mise en œuvre en proposant des modes d'accueil, de communication, de compréhension, ajustées au handicap (sensoriel, cognitif, psychique...) Une sensibilisation des équipes médicales sera encouragée.

Le PRS-SROS-H sera révisé pour tenir compte de l'impact du projet de construction du nouvel hôpital Nord Deux-Sèvres.

La liste des activités de soins :

- Médecine,
- Chirurgie,
- Périnatalité,
- Psychiatrie,
- Soins de suite et de réadaptation,
- Soins de longue durée,
- Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie,
- Médecine d'urgence,
- Réanimation, soins intensifs et surveillance continue,
- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale,
- Traitement du cancer,
- L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne à des fins médicales,
- Imagerie médicale,
- Soins palliatifs,
- Soins aux détenus.

Les thèmes transversaux:

- L'hospitalisation à domicile,
- Le diabète,
- L'obésité,
- Les accidents vasculaires cérébraux,
- Les pathologies du vieillissement (gériatrie),
- Maladie d'Alzheimer,
- Addictions,
- Biologie médicale,
- Veille technologique.

L'analyse porte principalement sur les activités de soins mentionnées dans les textes : article D. 6121 -7 du code de la santé publique et arrêté du 8 juin 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins :

- Les activités de médecine en hospitalisation complète et à temps partiel.
- La chirurgie, y compris la chirurgie ambulatoire.

- Le traitement de l'insuffisance rénale chronique.
- La neuroradiologie interventionnelle et la cardiologie interventionnelle.
- Les soins de suite et réadaptation.
- La psychiatrie.

Concernant les activités MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et qui représentent un volume d'activité significatif, il apparaît utile de rendre compte de leur dynamique propre (en particulier le cancer). Ces activités sont :

- Le traitement du cancer en distinguant la chirurgie du cancer des activités de séance
- L'obstétrique et néonatalogie
- La chirurgie cardiaque
- L'assistance médicale à la procréation

LES ACTIVITES DE SOINS

La médecine

Domaine stratégique

L'amélioration de la qualité du système de santé

Priorité

Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la demande d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.

Objectifs généraux du PSRS

Les nouveaux processus

- Favoriser les coopérations entre établissements de santé et les professionnels de santé.
- Tenir compte des tailles critiques dans l'adaptation et l'évolution des structures du système de santé.
- Favoriser et rationaliser les regroupements en réseau et filière.
- Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins.
- Maîtriser l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).
- Maîtriser et adapter les implantations en lien avec les autorisations dans le cadre du SROS volet hospitalier.
- Améliorer les pratiques médicales.
- Adapter les plateaux techniques à l'évolution des technologies.
- Graduer les plateaux techniques avec un hôpital de proximité comprenant au moins un service d'urgence et un SMUR, un scanner, un service de médecine et une biologie.

La performance

- Améliorer l'efficience :
 - diffuser les bonnes pratiques
 - équilibrer et optimiser la productivité des équipements
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- Améliorer la qualité de vie des patients par l'adaptation des techniques ;
- Améliorer les conditions de fin de vie ;
- Articuler les soins avec la prévention et le médico-social ;
- Développer les démarches d'évaluation ;
- Accompagner les établissements en situation de déficit.

Contexte et enjeux

Si la plupart des patients peuvent être pris en charge en proximité, tant en ambulatoire qu'en hospitalisation, certaines pathologies, du fait de leur gravité ou du plateau technique requis, imposent des prises en charge sophistiquées requérant des moyens notamment humains importants. Parallèlement et quel que soit le lieu de prise en charge, une exigence de qualité nécessite la mise en œuvre de modalités minimales de fonctionnement.

Face à ces exigences, le constat d'une démographie médicale régionale globalement déficitaire et très inégalement répartie, incite à promouvoir des organisations fondées sur le partenariat permettant d'offrir à la population un niveau de qualité optimal.

Chacun des cinq territoires de santé dispose d'une autonomie permettant de prendre en charge la grande

majorité des patients. Il dispose pour cela d'au moins un établissement de recours, d'établissements de proximité et, de quelques établissements publics de santé (ex : hôpitaux locaux). Un maillage entre ces établissements et un partenariat avec la médecine de ville garantit l'accès aux diverses spécialités médicales, y compris en proximité dans le cadre de la coopération entre les acteurs.

La médecine est un thème devant figurer dans le SROS hospitalier, en sachant que :

- l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) est traitée comme un thème spécifique ;
- le volet réanimation, soins intensifs et surveillance continue a des liens étroits avec la médecine.

Mais il existe un nombre important de spécialités médicales qui ne peuvent pas être immédiatement intégrées, mais le seront ultérieurement. Des spécialités ont été priorisées :

- Cardiologie
- Diabétologie
- Accidents vasculaires cérébraux
- Obésité

L'enjeu majeur de ce volet médecine est de :

- maintenir un maillage satisfaisant permettant de prendre en charge les pathologies courantes au niveau des hôpitaux de proximité,
- accéder en 30 minutes à un hôpital de proximité comportant au moins un service d'urgence, un service de médecine, un scanner et une biologie,
- renforcer la coopération au niveau des 3 niveaux (régional, recours, proximité).

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

- Renforcer et structurer l'offre en médecine polyvalente en tenant compte de l'évolution des besoins liés au vieillissement de la population et aux situations de polypathologies :
 - offre de proximité,
 - sur les sites hospitaliers comportant une activité d'urgence.
- Structurer l'accès aux soins de médecine par une gradation des plateaux techniques de médecine, l'organisation de la permanence des soins : identifier les sites où sont réalisés des actes techniques de médecine avec anesthésie générale ou locorégionale - secteur interventionnel - : ces actes pouvant être réalisés dans des établissements de santé autorisés en médecine ou en chirurgie. Une mutualisation des plateaux techniques est à encourager lorsque l'établissement de santé est autorisé à exercer ces deux activités de soins ; le secteur interventionnel pouvant être situé auprès, au sein ou être assimilé au secteur opératoire.
- Structurer l'organisation de consultations hospitalières spécialisées avancées pour le dépistage et le diagnostic, en articulation avec le volet ambulatoire du SROS, en tenant compte de l'impact des restructurations des plateaux techniques hospitaliers.
- Structurer l'organisation graduée et coordonnée de la prise en charge des enfants et adolescents (soins de proximité et de recours hospitaliers et d'expertise) :
 - identifier les implantations des structures de pédiatrie,
 - identifier les sites d'hospitalisation en médecine pouvant accueillir des enfants dans le cadre d'une convention avec une structure de pédiatrie [réalisation d'actes techniques de médecine avec anesthésie générale ou loco-régionale ; enjeux d'exception géographique pour la prise en charge d'enfants à partir de 11 ans souffrant d'épisodes pathologiques aigus ou atteints de maladies chroniques après la phase diagnostique en

structure de pédiatrie].

- Les initiatives associatives facilitant l'accès aux soins seront encouragées. Le suivi des conditions conventionnelles d'accès aux soins sera effectué tous les ans pour veiller à l'équité de cet accès aux soins.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Favoriser la création de consultations pluridisciplinaires de prise en charge des syndromes douloureux chroniques, notamment de l'enfant et de l'adolescent.
- Identifier les établissements de santé nécessitant un accès immédiat aux produits sanguins labiles (PSL), en articulation avec le schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS).

Améliorer l'efficience

- Maintenir une offre de médecine de proximité, tout en renforçant l'efficience de l'offre hospitalière en tenant compte de la démographie médicale.
- Diversifier l'offre hospitalière en médecine : développer les prises en charge en hôpital de jour (HDJ) et engager une évolution de l'hospitalisation à domicile (HAD) vers des prises en charge nécessitant des traitements lourds, par substitution de l'hospitalisation à temps complet.
- Renforcer les coopérations entre les établissements de santé autorisés à la médecine.
- Assurer un meilleur équilibre entre prise en charge en médecine programmée et non programmée et garantir l'aval des urgences en journée et en période de permanence des soins hospitalière.
- Renforcer l'adéquation des séjours de médecine en recentrant l'hospitalisation en médecine sur les soins aigus. Veiller à une masse critique optimale des établissements de santé autorisés à la médecine, notamment s'agissant des ex-hôpitaux locaux : une unité de médecine doit permettre d'équilibrer les recettes, le coût d'une équipe paramédicale et d'une couverture médicale garantissant la continuité des soins. Tenir compte des principes fixés dans l'instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 visant à clarifier ce qui relève d'une prise en charge de médecine en hospitalisation de jour et d'une prise en charge en consultation externe.

Orientations régionales

Les missions selon les niveaux

Le niveau régional assure la totalité de la prise en charge quelle que soit la pathologie concernée, déporte des consultations spécialisées dans des établissements de référence, de proximité, selon les possibilités. Il constitue le pivot sur lequel s'articulent les diverses coopérations et réseaux. Il est également le niveau de recours pour tous les patients. Enfin, il organise les formations et diffuse les référentiels.

Le niveau de recours répond à la très grande majorité des besoins d'hospitalisation et de consultations externes, participe aux réseaux de soins, déporte également des consultations spécialisées dans des établissements de proximité, voire dans les ex-hôpitaux locaux ou assimilés, si ses effectifs le permettent. Il constitue le niveau de premier recours pour les établissements de proximité, dans la limite de ses compétences.

Le niveau de proximité prend en charge les patients en dehors des complications nécessitant un recours à un niveau plus élevé. Il s'appuie sur un plateau technique adapté à ses missions et utilise les compétences de l'établissement de référence. Il participe également aux réseaux de soins.

L'établissement de santé (ex-hôpital local) reçoit les patients relevant de l'exercice de la médecine générale dont l'état de dépendance ou l'environnement ne permettent pas le maintien à domicile. Il poursuit la prise en charge en phase aiguë d'un patient provenant d'un autre établissement si l'état

clinique le permet et si le plateau technique de l'établissement est adapté. Enfin, la prise en charge de patients en fin de vie est également possible dans des lits de soins palliatifs identifiés.

Les exigences techniques selon le niveau

Si les aspects techniques varient considérablement selon les affections médicales prises en charge, les établissements présentent les caractéristiques communes à leur niveau pour chacune des spécialités médicales étudiées : alcoologie, hépato-gastroentérologie, maladies infectieuses et infection par le virus du Sida, neurologie, pneumologie ou encore rhumatologie.

Les volets spécifiques du schéma régional traitent par ailleurs la cardiologie, la cancérologie, la dialyse, la réanimation, la surveillance continue, les soins intensifs, la diabétologie, les accidents vasculaires cérébraux et la pathologie du vieillissement. Les référentiels médicaux disponibles sont utilisés dans toutes les structures.

Les points particuliers concernant les prises en charge sont abordés par spécialité. L'établissement de niveau régional comporte toujours une offre médicale dans toutes les spécialités, tant en hospitalisation partielle ou complète qu'en consultation externe, adossée à différents plateaux techniques.

Les relations avec les diverses institutions sont établies pour assurer le suivi au décours de l'hospitalisation.

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

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

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

Structurer une offre hospitalière en matière de programmes d'éducation thérapeutique :

Mutualisation des programmes pour répondre aux situations de polyopathie (ex : insuffisance rénale chronique/ cardiologie/diabétologie) ; programmes sur la prise en charge des enfants/ ados.

Indicateurs de suivi

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

Organisation cible Médecine (non compris les ex-hôpitaux locaux)

Territoire de la Charente

La prise en charge de la médecine

Nombre d'implantations : 6

Site de recours

•Angoulême : 2

Sites de proximité

- Cognac : 1
- Ruffec : 1
- Confolens : 1
- Barbezieux : 1

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : pas de modification.

Territoire de la Charente-Maritime Nord

La prise en charge de la médecine

Nombre d'implantations : 2

Site de recours La Rochelle : 1

Sites de proximité Rochefort : 1

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : pas de modification.

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

La prise en charge de la médecine

Nombre d'implantations : 4

Site de recours

Saintes : 1

Sites de proximité

- Jonzac : 1
- Royan : 1
- Saint Jean d'Angely : 1

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : pas de modification.

Territoire des Deux-Sèvres

La prise en charge de la médecine

Nombre d'implantations : 3

Site de recours

Niort : 2

Sites de proximité

Nord Deux-Sèvres : 1

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : pas de modification.

Territoire de la Vienne

La prise en charge de la médecine

Nombre d'implantations : 6

Site de recours

Poitiers : 2

Sites de proximité

Châtelleraut : 2

Loudun : 1

Montmorillon : 1

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : pas de modification

Références

- Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).
- Courrier DHOS du 30 octobre 2006 relatif à l'intégration des « actes exploratoires à visée diagnostique ou thérapeutique » dans les autorisations.
- Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n°2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2004/04-52/a0523394.htm>.
- Guide méthodologique du 6 août 2009 relatif à l'organisation de la permanence des soins hospitalière.

La cardiologie

Les principes d'organisation de la cardiologie sont basés sur la réglementation et les «guidelines» internationales (Société Française de Cardiologie, Académie de Médecine, ESC (European Society of Cardiology), ACC/AHA (American College of Cardiology /American Heart Association).

Cette prise en charge doit être organisée autour du patient en fonction de son passage dans le système de soins. Il s'agit donc de définir une véritable filière de prise en charge qui certes prend en compte le système hospitalier dans ses différentes composantes mais aussi l'ensemble des acteurs - y compris le patient lui-même - en amont du séjour hospitalier. En matière de cardiologie aiguë et tout particulièrement à la phase aiguë de l'infarctus, l'élément essentiel réside dans la précocité de la prise en charge.

Prise en charge de la pathologie cardiologique aiguë

Nécessité d'une prise en charge extrêmement précoce.

Elle passe par une sensibilisation accrue de la population, réalisée notamment par des campagnes d'information grand public, à travers la presse radiotélévisée et écrite. Ces campagnes effectuées dans d'autres régions ont déjà montré leur efficacité. Cette sensibilisation doit être maintenue au moyen de rappels réguliers.

Ces campagnes doivent avoir pour objectifs :

- de permettre à la population de reconnaître rapidement des symptômes pouvant évoquer un syndrome coronarien aigu ;
- de promouvoir les formations aux gestes qui sauvent, organisées notamment par la Fédération Française de Cardiologie ;
- d'inciter les patients à appeler sans attendre le centre 15 sans intermédiaire, afin de raccourcir au maximum les délais d'intervention.

Médicalisation impérative du transport des malades par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

La prise en charge par le SMUR est le seul gage de la mise en œuvre du traitement le plus adéquat dans les délais les plus brefs. Il s'agit ici de souligner le rôle capital d'une part des urgentistes eux-mêmes dans la prise en charge pré hospitalière de l'infarctus du myocarde et d'autre part dans les relations urgentistes/cardiologues qui doivent élaborer des protocoles de prise en charge communs au niveau régional.

Ce sont ces protocoles qui permettront de guider au mieux les urgentistes pour la décision thérapeutique : thrombolyse pré hospitalière, angioplastie primaire ou combinaison des deux.

Par ailleurs, en dehors du choix thérapeutique le plus adéquat, le SMUR dispose en routine des compétences humaines et techniques permettant l'utilisation des méthodes de ressuscitation, en cas notamment de survenue pendant le transport de complications dont les troubles du rythme cardiaque très sévères.

Il convient également d'intensifier les prises en charge primaires par l'hélicoptère sanitaire régional, chaque fois que les circonstances permettent son utilisation, afin de raccourcir les délais d'intervention.

Intensification de la revascularisation à la phase aiguë de l'infarctus

Thrombolyse et angioplastie primaire ne sont pas des techniques opposées mais complémentaires.

On sait en particulier que la thrombolyse pré-hospitalière réalisée dans un délai de 3 heures après la survenue des symptômes fait mieux que l'angioplastie primaire.

Elle a l'immense avantage de pouvoir être réalisée par le SMUR au plus près du lieu de déroulement de l'accident cardiaque sans nécessité de transport préalable. Elle a cependant des contre-indications et certains états cliniques relèvent plutôt de l'angioplastie primaire.

Dans tous les cas, aucune de ces 2 techniques ne doit être présentée comme le seul traitement de l'infarctus du myocarde. Le principe essentiel de cette prise en charge est d'éviter toute perte de temps

préjudiciable pour le malade et d'utiliser la technique de recanalisation coronaire la plus adaptée en fonction de son état, du lieu de l'intervention et du délai de prise en charge, d'où l'intérêt de définir des protocoles de prise en charge communs que cardiologues et urgentistes devront élaborer au plus vite et qui devront être consultables dans tout véhicule SMUR.

L'organisation hospitalière

L'organisation hospitalière sera basée sur la conformité aux décrets d'avril 2002.

Les établissements devront se doter d'une organisation interne permettant à un cardiologue d'examiner sans délai les malades suspects de syndrome coronarien aigu, qu'ils soient ou non adressés par le SMUR.

Une solution parmi d'autres serait celle qui consiste à adresser directement le malade en Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC) sans passage intermédiaire par les urgences.

En tenant compte de la nouvelle réglementation, on distingue deux niveaux de prise en charge :

- les unités de soins intensifs de cardiologie ;
- les centres de soins continus.

Les unités de soins intensifs de cardiologie

Leur fonctionnement, leur organisation et leur implantation devront obéir aux impératifs du code de la santé publique mais aussi à l'ensemble des recommandations publiées par les différentes sociétés savantes (la SFC -1999- et plus récemment l'ESC -2005-).

Les conditions techniques de fonctionnement des USIC sont d'ordre réglementaire. Elles sont définies aux articles D 6124.107 à D 6124.118 du code de la santé publique. Elles s'imposent donc à tout établissement qui souhaite faire fonctionner une USIC, la date ultime de mise en conformité étant le 06/04/2007.

Même s'il n'est pas utile de développer ici les conditions réglementaires, il importe d'insister sur la notion de la présence sur place en permanence d'un cardiologue 24h/24, 365j/365. Le profil des patients qui doivent impérativement être admis en USIC a été défini par la SFC en 1999 et actualisé par l'ESC en mars 2005.

Il s'agit :

- de tout patient atteint d'infarctus du myocarde avec sus décalage de st, jusqu'à la 24^{ème} heure après le début des symptômes, tout particulièrement en cas de traitement thrombolytique ou d'angioplastie primaire ;
- des patients ayant un infarctus du myocarde aigu, vus après la 24^{ème} heure, avec des complications (insuffisance cardiaque nécessitant un traitement intra veineux, une surveillance hémodynamique ou une contre pulsion diastolique par ballon intra aortique, troubles du rythme cardiaque sévères, troubles de conduction, stimulation cardiaque temporaire) ;
- des patients en choc cardiogénique ;
- des patients avec syndromes coronaires aigus à haut risque (Douleur angineuse permanente ou itérative, insuffisance cardiaque, sous décalage diffus du segment st, modifications du segment st, augmentation des troponines) ;
- des patients instables après une angioplastie coronaire complexe, nécessitant une particulière surveillance (selon l'évaluation faite par l'opérateur) ;
- des patients avec des troubles du rythme cardiaques menaçants, qu'ils résultent d'une cardiopathie
- ischémique, d'une cardiopathie valvulaire, d'une cardiomyopathie, de désordres électrolytiques, d'effets secondaires de médicaments ou d'intoxication ;

- des patients ayant un œdème aigu pulmonaire non résolutif sous traitement initial et dépendant des conditions sous jacentes ;
- des patients ayant besoin d'un monitoring hémodynamique ;
- des patients ayant eu une transplantation cardiaque avec un problème aigu (infection, détérioration hémodynamique, déséquilibre électrolytique, suspicion de rejet aigu...) ;
- des embolies pulmonaires massives. La liste n'est pas exhaustive.

Le dispositif tel qu'il était prévu dans le SROS précédent repose sur 5 USIC dans la région, au sein des établissements sièges d'un service d'accueil des urgences (SAU).

L'ESC, dans sa publication de mars 2005 propose 2 méthodes de calcul pour apprécier les besoins en USIC, l'une basée sur la population (4 à 5 lits pour 100 000 habitants), l'autre basée sur le nombre de passages aux urgences générales (10 lits par 100 000 passages annuels), en précisant que le nombre de lits nécessaires doit être déterminé selon le chiffre calculé le plus haut.

Les calculs pour la région Poitou-Charentes sont les suivants, en sachant qu'aucun établissement ne dépasse les 100 000 passages par an aux urgences et que le chiffre le plus élevé est obtenu par la référence à la population.

Département	Territoire	Etablissement	Population *	Nombre de lits USIC	Evaluation des besoins (selon ESC)
Vienne Charente	id	CHU Poitiers	420 204	15	16 à 21
	id	CH Angoulême	358 583	12	14 à 18
Charente Maritime	Sud et	CH Saintes	269 705	8	10 à 13
Charente Maritime	Nord	CH La Rochelle	323 051	10	12 à 16
Deux Sèvres	id	CH Niort	368 237	14	14 à 18

* Population (projection) au 01/01/2008 - source inventaire carte sanitaire DRASS 31/12/2008

A l'exception des Deux-Sèvres où le CH de Niort dont le nombre de lits d'USIC se situe dans la fourchette calculée selon la méthode proposée par l'European Society of Cardiology (ESC), l'ensemble des autres territoires se situe plutôt en deçà de la fourchette. L'interrogation des responsables des services concernés ne montre pas de tension particulière dans le fonctionnement des USIC telles qu'elles sont dimensionnées actuellement.

L'article D 6124-108 du CSP prévoit qu'une USIC doit comporter au minimum 6 lits. Il n'existe aucun secteur où le déficit (par rapport au calcul théorique) atteint ce niveau, si on se réfère au haut de la fourchette.

Par ailleurs, les décrets relatifs aux activités de cardiologie interventionnelle prévoient la présence obligatoire d'un USIC sur les sites autorisés en cardiologie interventionnelle.

Les unités de surveillance continue

Les décrets de 2002 reprennent pour la définition du profil des patients globalement les recommandations de la SFC de 1999, à savoir « les cardiaques dont l'état précaire, du fait de leur maladie ou de leur traitement, nécessitent l'observation régulière et méthodique des différents paramètres dont le dérèglement peut constituer autant d'alarmes. La surveillance continue facilite la ressuscitation par des personnels entraînés, sans qu'une présence médicale continue soit indispensable ».

Le groupe de travail a, pour sa part, donné une recommandation par défaut en préconisant que ne soient pas hospitalisés en USC, sauf cas exceptionnels, les patients qui doivent en application des recommandations des sociétés savantes, être hospitalisés en USIC.

Le groupe de travail a préconisé une organisation sous la forme d'unités polyvalentes médico-chirurgicales au sein d'établissements disposant de la présence sur place en permanence 24h/24 et 365j/365 d'un médecin urgentiste ou d'un anesthésiste réanimateur et d'un cardiologue en astreinte opérationnelle, c'est-à-dire avec un délai d'intervention maximal de 20 minutes.

Le transfert entre USC et USIC ou unité de réanimation ne peut se faire qu'au moyen d'un transport médicalisé dans le cadre d'une convention conclue entre les structures (article D 6124-118 du code de la santé publique).

L'ESC préconise que soient admis en unité de soins cardiaques intermédiaires les patients suivants :

- syndromes coronariens aigus de risque intermédiaire,
- les patients aux premiers stades de récupération après infarctus du myocarde,
- les patients présentant une insuffisance cardiaque mal contrôlée, ne répondant pas à un traitement classique par voie orale, tout particulièrement ceux qui ont une comorbidité associée,
- les patients cardiaques nécessitant un réajustement de leur traitement médical ou des explorations cardiaques particulières (exploration électrophysiologique, cathétérisme cardiaque...) ou certains patients après un traitement cardiaque spécifique (implantation d'un stimulateur permanent ou d'un défibrillateur implantable).

Organisation cible : unités de soins intensifs cardiologiques

Territoire de la Charente

Nombre d'implantation : 1

Sur le site de recours

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations,

Regroupements et coopérations d'établissements : **pas de modification**

Territoire de la Charente-Maritime Nord

Nombre d'implantation : 2

Sur le site de recours

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations,

Regroupements et coopérations d'établissements : **pas de modification**

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

Nombre d'implantation : 1

Sur le site de recours

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, Regroupements et coopérations d'établissements :

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : **pas de modification**

Territoire des Deux-Sèvres

Nombre d'implantation : 1

Sur le site de recours

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, Regroupements et coopérations d'établissements : **pas de modification**

Territoire de la Vienne

Nombre d'implantation : 1

Sur le site de recours

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, Regroupements et coopérations d'établissements.

Les établissements publics de santé du Poitou-Charentes (ex : hôpitaux locaux)

Définition

Les établissements publics de santé (ex hôpitaux locaux) sont des établissements de soins référents pour un bassin de vie autour duquel doivent s'articuler les prises en charge (à travers des réseaux, ambulatoires, secteurs médico-sociaux).

Le label Etablissement public de santé signifie que la structure peut disposer des services suivants :

- Service de médecine polyvalente
- Court séjour gériatrique
- Hôpital de jour
- Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) polyvalent et/ou gériatrique
- Lits dédiés aux soins palliatifs (SSR ou Médecine, Chirurgie, Obstétrique - MCO)
- Hospitalisation à domicile
- Equipes mobiles (soins palliatifs, gériatrie)
- Consultations avancées
- Unité de Soins de Longue Durée (USLD)
- Secteur médico-social (EHPAD, accueil de jour)
- Maison médicale de garde

Une labellisation gériatrique est souhaitable pour le service SSR. Possibilité de convertir des lits de médecine en SSR.

Objectifs

Améliorer l'accès aux soins

Conforter l'offre de soins dans le bassin de vie

Resserrer les liens avec les professionnels de santé de ville

Permanence des soins : favoriser l'installation des médecins en s'appuyant sur l'hôpital local pour la création de maisons médicales ou l'installation des cabinets médicaux.

Coopération avec le réseau et les professionnels de santé libéraux (les services ambulatoires, la permanence de soins, participation à l'organisation des formations...).

Elargir la palette des services à la population

L'établissement public de santé comme lieu accueillant des soins de ville :

- Elargir les consultations avancées ;
- Maintenir la création de lits identifiés en soins palliatifs (médecine, SSR ou HAD) ;
- Faire de l'établissement public de santé le lieu de développement de la télémédecine dans la proximité ;
- Conforter et restructurer l'activité existante (MCO, SSR...).

Conforter sa place particulière dans le cadre de la filière gériatrique

Favoriser l'implantation de court séjour gériatrique. Développer l'établissement public de santé comme lieu de coordination autour de la personne âgée avec les hôpitaux de jour, les réseaux, les autres établissements médico-sociaux, SIAD, hôpitaux de proximité et de recours.

Conforter sa position dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Améliorer les rapprochements avec les structures environnantes sur des thèmes tels que qualité, gestion des risques, informatisation...

Conforter les pharmacies à usage intérieur des établissements publics de santé locaux :

- ou création d'un Groupement de Coopération Sanitaire Médico-Social dans le cadre des groupements avec les EHPAD et établissements médico-sociaux du territoire,
- ou création d'un Groupement de Coopération Sanitaire dans le cadre d'un groupement avec des établissements publics de santé du territoire.
-

Harmoniser les procédures de certification de la qualité entre le sanitaire, le médico-social, les réseaux et l'ambulatoire.

Développer les liens avec les hôpitaux de proximité et/ou de recours au niveau des différentes instances.

Améliorer l'efficience

Préparer la généralisation de la tarification à la ressource

- Moduler le rythme de passage et le niveau de la tarification à la ressource ;
- Prendre en compte la taille des établissements et leurs spécificités ;
- Accompagner la modernisation du système d'information des établissements publics de santé ;
- Systématiser la mise en place des dossiers de patient informatisé ;
- Favoriser les passerelles entre les systèmes d'information hospitaliers et les logiciels des cabinets médicaux ;
- Disposer de médecins responsables de l'information médicale.

Management de l'établissement public de santé : garantir une gestion de proximité

- Maintenir une gestion efficiente au sein des établissements publics de santé ;
- Favoriser un rapprochement avec les établissements médico-sociaux dans le bassin de vie pour leur permettre de dépasser la taille «critique» ;
- Etre acteur à l'intérieur de la Communauté Hospitalière de Territoire.

Organisation régionale

Ces établissements sont répartis de façon inégale sur le territoire de la région Poitou-Charentes. Certains possèdent un service de médecine, d'autres ont déjà converti les lits de médecine en soins de suites et de réadaptation. Pour les structures conservant des unités de médecine, celle-ci sont généralement de petite capacité et ont des taux d'occupation parfois faible.

Ces structures possèdent des conventions avec les hôpitaux de proximité et sont intégrés dans des filières de soins. La majorité des patients accueillis est âgée voire très âgée.

Actuellement, 9 structures sont issues de ces anciennes appellations, auxquelles peut être rattaché un centre hospitalier ayant un service de médecine et un moyen séjour situé dans le territoire de Charente-Maritime Sud et Est. Sur ces dix structures, 3 ne possèdent pas d'autorisation de médecine et 7 possèdent une autorisation de médecine et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Les orientations régionales

- Ces structures devront intégrer la filière gériatrique du territoire de santé ;
- Ces structures devront adapter leur activité à la population accueillie et envisager leur restructuration par rapport aux moyens financiers ;
- L'activité de SSR sera confortée sur son bassin de vie à l'intérieur de son territoire de santé et dans le cadre de filière de soins ;

- Des lits dédiés aux soins palliatifs pourront être attribués pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients ;
- Dans le cadre d'un accueil de premier recours, des maisons médicales de garde et/ou d'accueil pour les premiers soins pourront être accolées et permettre l'hospitalisation de patients ne relevant pas d'un hôpital de proximité ;
- Mettre en œuvre le rapprochement avec le secteur médico-social au travers de conventions et/ou de regroupements ;
- Articuler la mission de l'établissement public de santé avec la prévention : voir schéma régional de la prévention.

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

- Mettre en œuvre le rapprochement avec le secteur médico-social au travers de conventions et/ou de regroupements ;
- Articuler la mission de l'établissement public de santé avec la prévention : voir schéma régional de la prévention.

Indicateurs de suivi

Taux d'occupation en médecine

Nombre de journées en soins palliatifs

Tableau de bord des indicateurs obligatoires (ICALIN, IPAQS)

Organisation cible

Territoire de la Charente

Nombre d'implantations

TERRITOIRE	Médecine	Soins de suites et de réadaptation
Charente	1 implantation sur le bassin de vie (La Rochefoucault) 1 implantation sur le bassin de vie (Chateaufort)	1 implantation sur le bassin de vie (La Rochefoucault) 1 implantation sur le bassin de vie (Chateaufort)

Territoire de la Charente-Maritime Nord

Nombre d'implantations

TERRITOIRE	Médecine	Soins de suites et de réadaptation
Charente-Maritime Nord	1 implantation sur le bassin de vie (Saint Martin de Ré) 1 implantation sur le bassin de vie (Saint Pierre d'Oléron)	1 implantation sur le bassin de vie (Saint Martin de Ré) 1 implantation sur le bassin de vie (Saint Pierre d'Oléron) 1 implantation sur le bassin de vie (Marennes)

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

Nombre d'implantations

TERRITOIRE	Médecine	Soins de suites et de réadaptation
Charente-Maritime Sud et Est	1 implantation sur le bassin de vie (<u>Boscarnant</u>)	1 implantation sur le bassin de vie (<u>Boscarnant</u>)

Territoire des Deux-Sèvres

Nombre d'implantations

TERRITOIRE	Médecine	Soins de suites et de réadaptation
Deux Sèvres	1 implantation sur le bassin de vie (Melle) 1 implantation sur le bassin de vie (Saint Maixant l'Ecole)	1 implantation sur le bassin de vie (Melle) 1 implantation sur le bassin de vie (Saint Maixant l'Ecole) 1 implantation sur le bassin de vie (Mauléon)

Territoire de la Vienne

TERRITOIRE	Médecine	Soins de suites et de réadaptation
Vienne		1 implantation sur le bassin de vie (Lusignan)

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

Les établissements possédant une activité de médecine pourront solliciter la conversion en activité de soins de suites et de réadaptations.

La chirurgie

Domaine stratégique

L'amélioration de la qualité du système de santé

Priorité

Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la demande d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.

Objectifs généraux du PSRS

Les nouveaux processus

- Favoriser les coopérations entre établissements de santé et les professionnels de santé.
- Tenir compte des tailles critiques dans l'adaptation et l'évolution des structures du système de santé.
- Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins :
 - o Maîtriser l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) ;
 - o Maîtriser et adapter les implantations en lien avec les autorisations dans le cadre du SROS volet hospitalier ;
 - o Améliorer les pratiques médicales ;
 - o Adapter les plateaux techniques à l'évolution des technologies.

La performance

- Améliorer l'efficacité :
 - o diffuser les bonnes pratiques
 - o équilibrer et optimiser la productivité des équipements
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- Améliorer la qualité de vie des patients par l'adaptation des techniques ;
- Articuler les soins avec la prévention et le médico-social ;
- Développer les démarches d'évaluation.

Contexte et enjeux

Au cours du dernier SROS, une réorganisation des plateaux techniques a été programmée et a conduit à une réorganisation de la chirurgie du niveau proximité.

Dans certains cas, elle a été adaptée permettant le maintien de cette activité, dans d'autres elle a été supprimée et /ou mutualisée sur un seul site.

La gradation des plateaux techniques

La prise en charge adaptée aux différents niveaux de besoins de la population conduit à différencier les types de niveaux suivants :

- Le plateau de proximité
- Le plateau technique de base
- Le plateau technique de recours
- Le plateau régional

Le niveau régional, voire interrégional, reste le recours hospitalo-universitaire dans le domaine du soin, disposant pour ce faire, de son environnement en enseignement et recherche.

La composition d'un plateau technique varie selon le niveau.

Le centre hospitalier de proximité doit offrir obligatoirement :

- des consultations médicales avancées (médicales et chirurgicales),
- l'imagerie médicale avec scanner,
- la biologie d'urgence,
- l'accueil et l'orientation des urgences,
- au moins une unité de médecine polyvalente.

Le plateau technique chirurgical de base :

Il doit pouvoir prendre en charge l'acte chirurgical et ses complications, 24 heures/24.

Il faut donc assurer en continu :

- Chirurgie viscérale et orthopédique ;
- Imagerie : conventionnelle pour l'os ;
- Scanner pour le viscéral ;
- Echographie ;
- Biologie de routine : ionogramme, hémostase, numération, enzymes ;
- Urgences : leur traitement notamment chirurgical.

Ce niveau d'offre chirurgical de soins nécessite au minimum neuf médecins : trois pour la chirurgie viscérale, trois pour l'orthopédie, trois pour l'anesthésie. L'analyse des données d'activité en particulier lorsque l'activité sera inférieure à 1500 séjours chirurgicaux devra conduire à une adaptation de l'offre au profit d'une offre répondant à des besoins de la population dans le cadre du projet médical de territoire (regroupement des plateaux techniques). Ce plateau technique de base peut être situé dans un centre hospitalier de proximité.

Le plateau de recours :

Il comprend en plus du plateau technique de base un service de réanimation qui permet la prise en charge des cas chirurgicaux lourds.

Le plateau régional :

Il comprend en plus du plateau de recours, les spécialités chirurgicales type chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie pédiatrique ainsi que les services de réanimation chirurgicales spécialisées.

L'architecture du territoire

La région Poitou-Charentes est découpée en 5 territoires.

Au sein du territoire régional, un découpage en 3 niveaux, reposant sur une technicité croissante a été réalisée :

Niveau 1 : territoire de santé de proximité

Niveau 2 : territoire de recours

Niveau 3 : territoire régional

L'enjeu majeur de ce volet est donc l'adaptation des plateaux techniques en tenant compte des besoins, des technologies nouvelles et de la démographie médicale.

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

Réduire les inégalités d'accès aux soins chirurgicaux programmés :

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

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Prendre en compte et tracer l'évaluation et du traitement de la douleur dans les soins chirurgicaux et dans le cadre de la sortie du patient de l'établissement de santé ;
- Restructurer les sites de chirurgie réalisant une activité inférieure à 1500 séjours chirurgicaux au profit d'une offre répondant à des besoins de la population dans le cadre du projet médical de territoire (regroupement des plateaux techniques) ;
- Inscrire les sites de chirurgie au sein des filières de soins médico-chirurgicales (exemple : obésité) ;
- Regrouper la prise en charge chirurgicale des enfants de 0 à 1 an au sein d'un centre spécialisé.

Améliorer l'efficience

- Mettre en place des filières de prise en charge entre les sites de chirurgie et les soins de suite et de réadaptation ;
- Organiser la coordination des sites de chirurgie avec les professionnels de soins ambulatoires (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) ;
- Développer la modalité de prise en charge de chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des sites de chirurgie fondée sur :
 - o une activité suffisante / masse critique
 - o les référentiels nationaux- qualité et efficience
 - o une structuration des replis (convention de sécurité)
 - o une organisation interne structurée : centres ambulatoires intégrés en établissement de santé et mise en place de centres de chirurgie ambulatoire exclusive extrahospitaliers
- Mutualiser les plateaux techniques de chirurgie pour la réalisation des actes techniques de médecine (exemple : endoscopies) tout en maintenant une activité de chirurgie conséquente ;
- Optimiser la Permanence des Soins Hospitaliers (PDSH) en chirurgie entre le secteur public et le secteur privé.

Les orientations régionales

➤ **L'architecture retenue**

Premier niveau : territoire de santé de proximité

Territoires d'accès aux soins hospitaliers de proximité accessible pour les patients dans un délai de 30 minutes et disposant, au minimum, des quatre activités suivantes : médecine, médecine d'urgence, imagerie médicale (scanner), laboratoire.

Ils peuvent en outre comporter une activité de chirurgie viscérale et orthopédique ou/et une activité

d'obstétrique. Ce territoire correspond à la zone de drainage ou d'attractivité d'un établissement hospitalier. Ces sites comportent des établissements parfois en difficulté compte tenu de leur activité en chirurgie et/ou obstétrique.

Les territoires de proximité s'établissent de la façon suivante :

- Dans les Deux-Sèvres : Niort et Nord Deux-Sèvres (siège social : Parthenay)
- Dans la Vienne : Poitiers, Châtelleraud, Loudun, Montmorillon
- En Charente : Angoulême, Cognac, Ruffec, Confolens, Barbezieux
- En Charente-Maritime Nord : La Rochelle, Rochefort
- En Charente-Maritime Sud et Est : Saintes, Jonzac, Saint Jean d'Angely, Royan.

Deuxième niveau : territoire de recours

Au niveau de chacun de ces 5 territoires, le site de recours comporte un plateau technique répondant en tous points à la définition de la circulaire du 5 mars 2004, qui peut reposer sur un ou plusieurs établissements public et/ou privé.

De plus, au sein d'un même pôle, les différents établissements doivent plutôt rechercher la complémentarité que la concurrence, dans une logique de service rendu à la population.

Il comprend les établissements de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) intégrant une activité 24h/24 des disciplines suivantes : chirurgie, obstétrique, pédiatrie, anesthésie réanimation, disciplines interventionnelles, explorations fonctionnelles, imagerie et biologie...

Ce territoire correspond à la zone de drainage ou d'attractivité du territoire de santé. Le projet médical de territoire de recours intègre :

- Les établissements sanitaires
- Les EHPAD et structures médico-sociales
- Les professionnels libéraux intervenant sur le territoire.

La délimitation des territoires de santé desservis par un plateau technique de recours conduit à cinq territoires.

Les territoires de recours s'établissent de la façon suivante :

- Dans les Deux-Sèvres : Niort
- Dans la Vienne : Poitiers
- En Charente : Angoulême,
- En Charente-Maritime Nord : La Rochelle,
- En Charente-Maritime Sud et Est : Saintes.

Troisième niveau : territoire régional

Il comprend un établissement hospitalo-universitaire intégrant en outre des activités hautement spécialisées : neurochirurgie, chirurgie cardiaque, greffe.

Il est en même temps territoire de recours pour le territoire de la Vienne.

Le territoire régional s'établit de la façon suivante :

- Région Poitou-Charentes : Poitiers

➤ La chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire, chirurgie qualifiée et substitutive à la chirurgie en hospitalisation complète est une priorité pour les établissements de santé. La chirurgie ambulatoire doit être la chirurgie de première intention.

Ce mode de prise en charge, alternative à l'hospitalisation complète, représente un saut qualitatif de prise en charge pour le patient, qui peut regagner son domicile le jour même de l'intervention et un

enjeu majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle présente, en outre, des avantages en termes de sécurité des soins, d'optimisation de l'organisation et des ressources des plateaux techniques et de satisfaction du personnel.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est une priorité fixée dans le cadre du plan triennal 2015/2017 (plan ONDAM), bloc « virage ambulatoire ».

- C'est une source d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients (diminution des risques liés à l'hospitalisation).
- Il induit une transformation de l'organisation hospitalière : optimisation des capacités des établissements de santé, réorganisation basée sur la planification des interventions et la performance des Unités de Chirurgie Ambulatoire.

Les attentes sont fortes sur le développement de la chirurgie ambulatoire en région Poitou-Charentes avec une cible régionale fixée à 55.7% en 2016.

23 établissements de santé répartis sur tous les territoires de santé, pratiquent la chirurgie ambulatoire en région Poitou-Charentes.

➤ *La chirurgie pédiatrique*

La réalisation des actes chirurgicaux, hormis les spécificités éventuelles liées à l'acte lui-même, nécessite un environnement anesthésique compatible avec les caractéristiques des enfants pris en charge. A ce titre, au regard des consensus professionnels anesthésiques (recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)), il importe de tenir compte notamment du poids de l'enfant (seuil des 10 Kg) et des antécédents éventuels de prématurité.

Il semble d'autre part souhaitable, à terme, que les unités assurant l'anesthésie pédiatrique puissent développer une spécialisation de cette prise en charge, parallèlement à la réalisation d'une activité quantitative conséquente.

Compte tenu de ces éléments, l'état des lieux et les propositions d'organisation ont été réalisés au regard des tranches d'âge paraissant les plus pertinentes, du caractère programmé ou non des interventions, des pathologies telles qu'évoquées dans la circulaire DHOS/01/DGS-DGAS/2004/517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration du SROS de l'enfant et de l'adolescent.

Les prises en charge des enfants de moins de 10 kg ou présentant des antécédents de prématurité (assimilées sommairement à la notion d'un âge inférieur à 1 an) ne seront réalisées qu'en centres spécialisés disposant de chirurgiens et d'anesthésistes disposant d'une formation spécifique, et assurant un fonctionnement 24 H/24 de façon à assurer la prise en charge des urgences.

Ces centres ont pour vocation la prise en charge :

- de la chirurgie plus lourde,
- des enfants susceptibles de présenter des complications en termes de prise en charge anesthésique,
- des urgences ne pouvant être assurées dans d'autres établissements (CF. Infra).

Les centres spécialisés doivent comporter à terme :

- au moins une unité de chirurgie pédiatrique individualisée,
- l'individualisation des filières viscérales et orthopédiques,
- une équipe spécifique de médecins anesthésistes réanimateurs (M.A.R),
- la présence d'un praticien ORL à activité pédiatrique spécifique,
- et disposer d'un service de réanimation pédiatrique.

Les données épidémiologiques et démographiques plaident en faveur d'un seul centre spécialisé pour la région Poitou-Charentes, centre localisé au CHU.

Ce centre aura vocation à animer et organiser le réseau régional de chirurgie pédiatrique. Cette donnée

devra être intégrée pour la discussion sur le regroupement des moyens à l'échelon régional.

Concernant les enfants entre 1 et 3 ans, deux possibilités s'offrent en dehors des centres spécialisés, au regard de l'existence ou non d'un service de pédiatrie.

Pour les établissements dépourvus d'un service de pédiatrie :

La prise en charge d'enfants pour des actes chirurgicaux simples programmés, réalisés essentiellement en ambulatoire, sera réalisable sous réserve :

- d'un espace spécifique dédié à leur prise en charge ;
- d'un consensus interne entre opérateurs et anesthésistes quant aux actes qui pourront être réalisés et notamment au regard de l'état général des enfants. Ce consensus sera également réalisé en externe avec les référents régionaux des disciplines concernées ;
- les anesthésies ayant trait aux activités de chirurgie viscérale, orthopédique ou urologique ne seront réalisées que sur les sites disposant d'un service de pédiatrie de façon à optimiser les suites opératoires ;
- l'anesthésie en lien avec les spécialités (ORL) sera maintenue sous réserve d'une activité minimale de 50 anesthésies par an.

Dans les établissements où existe un service de pédiatrie :

- possibilité de prise en charge d'enfants pour des actes chirurgicaux simples programmés,
- possibilité de prise en charge des urgences pour des actes chirurgicaux simples, sous réserve d'un consensus interne et externe (avec les spécialistes référents régionaux dans le cadre d'un fonctionnement en réseaux) entre opérateurs et anesthésistes quant aux actes qui pourront être réalisés au regard de l'état général des enfants.

Autres dispositions complémentaires :

Si dans le cadre de l'ORL, les 2 types d'établissements pourront assurer la prise en charge d'actes simples en urgence, de type paracentèses, mise en place d'aérateurs trans-tympaniques, il n'en sera pas de même pour la prise en charge en urgences de pathologies pouvant engager le pronostic vital à moyen terme (telles les extractions d'un corps étranger non asphyxique des voies aériennes supérieures, mastoïdites...).

D'autre part la réalisation, quelle qu'en soit la finalité, d'anesthésies générales ou loco-régionales pédiatriques ne pourra être faite dans les établissements de santé que sous réserve d'une activité minimale.

Celle-ci est établie à 50 anesthésies générales et/ou loco-régionales par établissement et par an. L'évaluation de la prise en charge par la commission régionale de l'enfant et de l'adolescent pourra induire la révision de cette donnée soit par établissement, soit par praticien.

La prise en charge des enfants de plus de trois ans est réalisable dans les établissements sous réserve, hors les centres spécialisés :

- de la réalisation d'actes simples (traumato simple, ORL courant, appendicectomies, hernies inguino-scrotales, prépuces, plasties simples, brûlures inférieures à 5%...)
- d'une organisation interne définissant notamment entre intervenants (notamment MAR et Opérateurs) les modalités d'organisation, de prise en charge et de transferts éventuels.

➤ ***La chirurgie dentaire, odontologique***

Une unité d'odontologie pour la formation des étudiants en chirurgie dentaire sera positionnée au CHU de Poitiers, dans le cadre d'une collaboration entre l'UFR odontologie de Nantes et la faculté de Poitiers, en lien avec les CHU de Nantes et de Poitiers et avec le soutien de l'ordre des chirurgiens dentistes et de l'URPS Chirurgiens dentistes du Poitou-Charentes.

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

Etudier les particularités et liens nécessaires entre les établissements de santé et ces structures d'hébergement médico-social pour préparer les prises en charge chirurgicales des personnes hébergées dans ces structures. Formaliser certaines filières de soins (séquelles de poly traumatismes, etc.)

Indicateurs de suivi

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

Organisation cible

Territoire de la Charente

Nombre d'implantations : 5 implantations dont :

- 3 sur le site de recours (Angoulême)
- 2 sur des sites de proximité : Cognac, Ruffec (uniquement activité de chirurgie ambulatoire pour Ruffec).

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements.

Territoire de la Charente-Maritime Nord

Nombre d'implantations : 4 implantations dont

- 3 sur le site de recours (La Rochelle)
- 1 sur le site de proximité (Rochefort)
-

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : pas de modification

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

Nombre d'implantations : 6 implantations dont :

- 2 sur le site de recours (Saintes)
- 4 implantations sur des sites de proximité (Saint-Jean d'Angely *, Royan, Saint-Georges de Didonne, Jonzac *) * en collaboration avec le centre hospitalier de Saintonge.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : pas de modification

Territoire des Deux-Sèvres

Nombre d'implantations : 3 implantations dont :

- 2 sur le site de recours (Niort)
- 1 sur les sites de proximité (Nord Deux-Sèvres)

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : pas de modification.

Territoire de la Vienne

Nombre d'implantations : 5 implantations dont :

- 3 sur le site de recours (Poitiers)
- 2 sur les sites de proximité (Montmorillon *, Châtelleraut)
en collaboration avec le CHU.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : pas de modification

Références

- Annexe « maison chirurgicale » Article D.6124-401 à D.6124-408
- Chirurgie ambulatoire : Articles R.6121-4 et D.6124-301 à D.6124-306
- Anesthésie : Article D.6124-91 à D.6124-103
- Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
- Guide méthodologique du 06 août 2009 relatif à l'organisation de la permanence des soins hospitalière.

La périnatalité

Domaine stratégique

De la périnatalité à l'adolescence L'amélioration de la qualité du système de santé

Priorité

- La prévention chez les hommes et les femmes en âge de procréer ;
- Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la demande d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.

Objectifs généraux du PSRS

- Permettre l'accès aux techniques de procréation médicalement assistée.
- Faciliter l'accès aux moyens de contraception adaptés en respectant le choix des personnes.
- Prévenir les grossesses non désirées.
- Garantir le respect du droit d'accès à l'IVG dans un souci d'humanisation des modes et des moyens de prise en charge et développer l'accompagnement post-intervention.
- Développer les coopérations et les partenariats pour améliorer la prise en charge des IVG.

Les nouveaux processus

- Favoriser les coopérations entre établissements de santé et les professionnels de santé.
- Tenir compte des tailles critiques dans l'adaptation et l'évolution des structures du système de santé.
- Favoriser et rationaliser les regroupements en réseau et filière.
- Développer les coopérations entre professionnels de santé.

La performance

- Améliorer l'efficacité :
 - o diffuser les bonnes pratiques
 - o équilibrer et optimiser la productivité des équipements
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins.

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

Contexte et enjeux

L'actualisation de la prise en charge du champ périnatal en Poitou-Charentes s'inscrit dans la continuité des volets antérieurs, définis lors des SROS précédents. L'existence d'un réseau périnatal régional associant les professionnels œuvrant dans le champ de la périnatalité, reposant primitivement sur les établissements de santé et les services de PMI, est désormais confortée par son ouverture aux professionnels libéraux.

Le développement de réseaux de proximité (réseaux ville - hôpital - PMI) a permis d'assurer le maillage sur le territoire ; organisation d'un réseau de suivi d'aval pour les enfants vulnérables conformément au

plan de périnatalité et au cahier des charges d'un réseau expert.
Cet élément favorise la dynamique et l'efficacité des prises en charge et permet l'évaluation de la mortalité et de la morbi-mortalité périnatale régionale.

L'environnement de la naissance : bilan en Poitou-Charentes

L'environnement de la naissance s'est modifié au cours de la dernière décennie suivant une évolution globalement similaire à celle observée en France métropolitaine.

Sur le plan des indicateurs 2008 :

- Une courbe de naissances inférieure à celle observée au plan national.
- Une stabilité du taux de natalité (11 naissances pour 1000 habitants en région versus 12,8 pour 1000 en France métropolitaine) avec les taux les plus élevés en Vienne (12) et en Deux-Sèvres (12).
- Une population plus âgée qu'au plan national et une population de femmes en âge de procréer plus faible en pourcentage (22,58 % versus 24,19%).
- Un taux de fécondité qui évolue globalement de façon identique mais en demeurant inférieur au taux national (48,2 en région versus 55 naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en France).
- Une mortalité infantile inférieure à la moyenne nationale : 8,05 / 1000 en Poitou Charentes versus 11,9/1000 en France ; et une mortalité néonatale précoce de 1,2/1000 versus 1,7/1000 sur le plan national.
- Une mortalité maternelle stable (0 à 1 décès annuel).

La démographie des professionnels de santé objective les éléments suivants :

- Une amélioration depuis 1998 de l'accès aux médecins généralistes (augmentation de leur effectif et baisse du nombre de femmes de 15 à 49 ans).
- Un accroissement du nombre de sages-femmes et un élargissement de leur champ de compétences concernant le champ du suivi de la grossesse physiologique en obstétrique, en gynécologie (loi HPST) et prévention (éducation en santé et vaccination), expliquant davantage l'évolution positive, renforcée par la diminution de l'effectif des femmes de 15 à 49 ans, une augmentation de l'effectif des sages-femmes libérales (39 en 1998, 62 en 2003, 76 en 2010) situant la région dans une situation plus favorable qu'au plan national.
- La démographie médicale, mis à part les sages femmes, de la filière périnatalité est en grande difficulté avec notamment une surreprésentation des professionnels de plus de 55 ans dans les maternités de type I et II a; maternités où les effectifs médicaux sont les plus faibles.

Les maternités :

Leur nombre est désormais stable depuis le début du schéma de deuxième génération, avec la fermeture des maternités des centres hospitaliers du Sud-Charente, de Jonzac et de Loudun, transformées en centres périnataux de proximité. La région comporte 545 lits autorisés en gynécologie-obstétrique soit 154 lits pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans (1/01/2010).

L'activité est variable (2010) :

Un établissement public réalise moins de 500 accouchements par an.

Deux établissements (1 public et 1 privé) effectuent de 500 à 750 accouchements par an.

Quatre établissements (2 publics et 2 privés) effectuent de 750 à 1000 accouchements par an.

Quatre établissements (2 publics et 2 privés) réalisent de 1000 à 1500 accouchements par an.

Trois établissements (3 publics) réalisent de 1500 à 2000 accouchements par an.

Un établissement public effectue plus de 2500 accouchements par an.

En néonatalogie, les établissements effectuent des prises en charge :

- en niveau I (3 publics et 4 privés)
- en niveau IIA (2 publics et 1 privé)
- en niveau IIB (4 publics)
- en niveau III (1 public)

L'évolution des prises en charge

Le taux de césarienne en 2009 était de 17,9 %, il évolue sur un mode parallèle à l'évolution observée au plan national.

Les IVG en 2007 (sources DREES) étaient de 11,5 pour 1000 femmes un peu inférieur à la France entière 15,2, les IVG médicamenteuses représentaient 54% un peu supérieur à la France entière 48%.

L'organisation générale des établissements ainsi que les niveaux de prise en charge au sein de la région s'effectueront dans la continuité du dispositif antérieur :

une maternité de niveau III, ayant un rôle :

- d'établissement de proximité pour son aire géographique d'implantation,
- d'établissement référent sur le territoire de recours (II B),
- d'établissement référent régional pour les grossesses à très haut risque.

Elle dispose des services de réanimation adulte (médicale et chirurgicale) ainsi que du seul service régional de réanimation néonatale.

sur les autres territoires de recours, les maternités de niveau II sont couplées avec une unité de néonatalogie qui comporte :

- une prise en charge de niveau II B,
- une prise en charge de niveau II A.

Les enjeux majeurs de ce volet sont, compte tenu de la pénurie de personnels médicaux, un maintien d'une offre suffisante sur les territoires et un renforcement de la sécurité.

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

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

Les moyens permettant de renforcer cette adéquation sont notamment :

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

Réduire les inégalités sociales d'accès au suivi de la grossesse des femmes enceintes. Garantir la continuité et la permanence des soins au sein des maternités et faire évoluer les maternités qui ne

peuvent les assurer (restructurations ou coopérations).

Organiser l'accès et la prise en charge des urgences obstétricales et notamment de l'hémorragie du postpartum au moyen d'un accès à l'embolisation et des urgences gynécologiques. Réduire les inégalités d'accès à l'assistance médicale à la procréation, au diagnostic prénatal et au diagnostic pré-implantatoire (AMP-DPN-DPI) et mieux organiser les modalités d'accès à l'AMP, au DPN et DPI pour toutes les femmes.

Maintenir systématiquement l'IVG dans l'offre de soins de gynécologie-obstétrique et/ou de chirurgie notamment dans le cadre des restructurations Organiser l'offre de soins de manière à assurer les IVG entre 12 et 14 semaines au niveau des territoires de santé.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Encourager la démarche qualité de soins personnalisés au sein des maternités. Développer une offre d'entretien prénatal précoce sur tous les sites assurant le suivi et la prise en charge des femmes enceintes (intégrant les Centres de proximité de périnatalité et les établissements assurant la gynécologie obstétrique) en complément de celle proposée sur le territoire par les sages-femmes libérales et de PMI. Promouvoir les actions favorisant les relations d'attachement mère-enfant (allaitement, bien traitance) et garantir un accueil mère-enfant régional pour les troubles du lien graves identifiés.

Favoriser la diminution du nombre de césariennes.

Développer un suivi et une prise en charge organisée des grossesses à risque en particulier pour la problématique obésité et diabète gestationnel en éducation thérapeutique.

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

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

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

Améliorer l'efficience

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

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

Orientations régionales

Les maternités

- Niveau régional : Maternité de niveau III ;
- Niveau plateaux techniques de recours : Une maternité de niveau 2B sur chaque site de recours.

Les maternités de niveau II A existant actuellement seront évaluées selon l'activité, la qualité du service rendu et les moyens disponibles.

Concernant le niveau II, il apparaît fondamental, en termes de fonctionnement, de coupler les unités de niveau II avec les services de pédiatrie.

Toute nouvelle mise en œuvre de niveau II devra donc remplir cette condition.

- Les autres établissements constituent le groupe des maternités de niveau I.
- Les Centres Périnataux de Proximité (CPP)

Le rôle commun à l'ensemble des CPP consiste à assurer :

- le suivi en pré et post partum des grossesses physiologiques,
- la préparation à la naissance et à la parentalité.

Pourront s'y adjoindre, en fonction des compétences et de l'équipement matériel, une activité de rééducation périnéale et/ou d'échographie.

Compte tenu de la démographie des professionnels, il est difficile d'envisager les activités sur plusieurs sites ; il paraît cependant nécessaire de maintenir l'existence de vacations sur les sites de CPP de façon à permettre une participation concertée de certaines grossesses pathologiques, la réalisation d'échographies, l'activité de consultation en gynécologie et la prise en charge des interruptions de grossesse.

Le manque de professionnels médicaux sur le secteur de Charente-Maritime Sud et Est doit entraîner une réflexion sur le fonctionnement de la maternité de Saint Jean d'Angely qui doit dans un premier temps entrer dans une fédération inter-hospitalière avec le centre hospitalier de Saintonge et évoluer à terme vers un centre périnatal de proximité pour le territoire de proximité de Saint Jean d'Angély.

Une évaluation périodique de l'activité permettra d'apprécier la qualité du travail réalisé et les publics auxquels ils s'adressent, ainsi que les modalités de prise en charge devant y être effectuées.

L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

Le développement éventuel de l'HAD peut être envisagé dans le cadre de la pédiatrie et selon des situations et des critères bien définis (relais d'hospitalisation en médecine néonatale). L'HAD peut être également développée pour la surveillance de l'anté et post-partum pathologique dans le respect des recommandations de bonne pratique de la HAS.

L'organisation des professionnels de santé en réseaux Ville-Hôpital-PMI permet actuellement de répondre aux besoins éventuels conformément à la nomenclature existante.

Le fonctionnement en réseau :

- poursuite du développement du Réseau Périnatal Poitou-Charentes, de façon à atteindre un fonctionnement optimal entre ville, PMI et établissements, notamment, en réalisant un schéma régional d'organisation des transferts périnatals ascendants ou descendants et pour les différentes situations (in utéro et périnatal adapté au risque fœtal et obstétrical)
- guider la structuration de réseaux de proximité afin d'optimiser le maillage territorial (privilégier l'accès et la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement en amont et en aval de la naissance).
- développement et poursuite des actions réalisées au regard des objectifs fixés dans le cadre du financement des réseaux par le FIR.

L'activité de procréation médicalement assistée

Les activités de recueil des spermatozoïdes et/ou avec traitement du sperme en intra-conjugal sont réalisables sur chacun des territoires de recours.

Les activités de recueil par ponction d'ovocytes et transfert d'embryons et/ou conservation des gamètes et/ou d'embryons en intra-conjugal sont réalisables sur deux sites de la région : Poitiers et La Rochelle. Il ne semble pas nécessaire en l'état actuel de diversifier davantage les autorisations.

L'activité de diagnostic anténatal

L'activité de recours et d'avis est assurée par le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) du CHU de Poitiers selon les modalités de saisine prévue par le CSP.

L'autorisation actuelle de deux sites (Poitiers - La Rochelle) pour la réalisation d'analyses de cytogénétique et d'un site (Poitiers) pour la génétique moléculaire, la biologie foetale/ maladies infectieuses et la biochimie semble suffisante.

L'analyse de biochimie portant sur les marqueurs sériques d'origine embryonnaire ou foetale dans le sang maternel est également réalisable sur deux sites :

- La Rochelle
- Poitiers

et ne paraît pas devoir être davantage diversifiée en termes d'autorisation.

La prise en charge des IVG

Elle s'effectue actuellement sur un mode globalement satisfaisant au plan régional, sans survenue de délais conséquents en termes de prise en charge. Si la réalisation d'IVG en médecine de ville connaît un développement très relatif auprès de médecins spécialistes (gynécologues-obstétriciens), il n'en va pas de même auprès des médecins généralistes.

La collaboration médico-psychologique en périnatalité

Hormis la facilitation de la prise en charge de la dyade mère-enfant au sein des unités Kangourou qu'il conviendra de développer :

La collaboration entre les secteurs de psychiatrie et les sites de périnatalité au sein des établissements de santé devra être établie par convention, de façon à pouvoir conforter le dépistage précoce des troubles et pathologies du lien mère-enfant effectué par les sages-femmes et d'assurer la prise en charge à la sortie de la maternité, notamment lors du retour à domicile.

Il faut noter à ce propos qu'une « unité mère-bébé » existe sur le site de Poitiers, fruit de la collaboration entre le Centre hospitalier Laborit et le CHU. De plus, en cas de moyens spécifiques alloués aux maternités, le financement permettrait la rétribution de moyens mis à disposition par le secteur de psychiatrie, favorisant le maintien du travail en commun des psychologues avec l'équipe de celui-ci.

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

Favoriser une coordination de tous les professionnels de santé concernés autour et avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au postnatal dans une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé.

« Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par un entretien prénatal précoce (EPP), une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) structurée, dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés ». Conforter les missions du secteur médico-social selon les situations : «... la mise en place de dispositifs précoces et leur poursuite, en particulier pour les femmes vulnérables, implique une continuité de la démarche de soins et une coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice » (Recommandations HAS 2005).

Assurer l'articulation des établissements pratiquant des IVG avec les centres d'éducation et de planification familiale du conseil général en prévention des grossesses non désirées (contraception). Renforcer les coordinations entre les professionnels de santé libéraux et les établissements pratiquant des IVG dans le domaine de la prévention et de l'orientation des femmes en amont et en aval d'une IVG.

Indicateurs de suivi

Grossesse-accouchement

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

IVG

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

AMP

- Délais moyens de prise en charge clinique et biologique.

DPN

- Délai de retour de l'information (avis donnés en réunion multidisciplinaire de CPDPN) ;
- Taux de complication des gestes invasifs ;
- Pourcentage d'issues de grossesse connu.

Organisation cible

Territoire de la Charente

L'obstétrique

Nombre d'implantations : 3 maternités :

- 2 implantations sur le site de recours : 1 de niveau II et 1 de niveau I
- 1 implantation sur le site de proximité, de niveau I

2 centres périnataux de proximité : Ruffec et Barbezieux.

La néonatalogie

Nombre d'implantations :

Sur le site de recours: 1 établissement de niveau II B, référent pour la néonatalogie du territoire.

L'activité de procréation médicalement assistée

Les activités de recueil des spermatozoïdes et/ou avec traitement du sperme en intra conjugal sont effectuées sur le territoire de recours.

L'activité de diagnostic anténatal

Les activités cliniques, échographiques, et les prélèvements sont assurés dans les différents établissements pour les situations les plus courantes, et l'activité de recours est disponible au Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) du CHU avec si besoin l'usage de la visioconférence (Angoulême).

Les autorisations d'activité biologique existantes sur les sites de Poitiers et de La Rochelle permettent de satisfaire les besoins de la région.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements - pas de modification.

Territoire de la Charente-Maritime Nord

L'obstétrique

Nombre d'implantations : 3 maternités :

- 2 implantations sur le site de recours : 1 de niveau II et 1 de niveau I ;
- 1 implantation sur le site de proximité, de niveau I

La néonatalogie

Nombre d'implantations : 2 implantations :

- Sur le site de recours: un établissement de niveau II B, référent pour la néonatalogie du territoire
- Sur le site de proximité : un établissement de niveau II A.

L'activité de procréation médicalement assistée

Les activités de recueil des spermatozoïdes et/ou avec traitement du sperme en intra conjugal sont effectuées sur le territoire de recours, ainsi que la FIV avec micro manipulations.

Les activités de recueil par ponction d'ovocytes et transfert d'embryons et/ou conservation des gamètes et/ou d'embryons en intraconjugal sont effectuées sur le territoire de recours (La Rochelle).

L'activité de diagnostic anténatal

Les activités cliniques, échographiques, et les prélèvements sont assurés dans les différents établissements pour les situations les plus courantes, et l'activité de recours est disponible au CPDPN du CHU avec si besoin l'usage de la visioconférence (La Rochelle, Rochefort).

Les autorisations d'activité biologique existantes sur les sites de Poitiers et de La Rochelle permettent de satisfaire les besoins de la région.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

L'obstétrique

Nombre d'implantations : 3 maternités :

- 1 implantation sur le site de recours : 1 de niveau II;
- 2 implantations sur les sites de proximité, de niveau I à Royan et à Saint Jean d'Angely
- 2 centres périnataux de proximité.

La néonatalogie

Nombre d'implantations : Sur le site de recours: un établissement de niveau II B, référent pour la néonatalogie du territoire.

L'activité de procréation médicalement assistée

Les activités de recueil des spermatozoïdes et/ou avec traitement du sperme en intra conjugal sont effectuées sur le territoire de recours.

L'activité de diagnostic anténatal

Les activités cliniques, échographiques, et les prélèvements sont assurés dans les différents établissements pour les situations les plus courantes, et l'activité de recours est disponible au CPDPN du CHU avec si besoin l'usage de la visioconférence (Saintes).

Les autorisations d'activité biologique existantes sur les sites de Poitiers et de La Rochelle permettent de satisfaire les besoins de la région.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : pas de modification

Concernant l'activité d'obstétrique : maintien de la maternité de Saint Jean d'Angely dans le-cadre de la coopération inter hospitalière avec le centre hospitalier de Saintonge.

Territoire des Deux-Sèvres

L'obstétrique

Nombre d'implantations : 3 maternités :

- 2 implantations sur le site de recours : 1 de niveau II B et 1 de niveau I;
- 1 implantation sur le site de proximité de Nord Deux Sèvres, de niveau II A
- 2 centres périnataux de proximité : Parthenay et Thouars

La néonatalogie

Nombre d'implantations : sur le site de recours: un établissement de niveau II B, référent pour la néonatalogie du territoire.

L'activité de procréation médicalement assistée

Les activités de recueil des spermatozoïdes et/ou avec traitement du sperme en intra conjugal sont effectuées sur le territoire de recours.

L'activité de diagnostic anténatal

Les activités cliniques, échographiques, et les prélèvements sont assurés dans les différents établissements pour les situations les plus courantes, et l'activité de recours est disponible au CPDPN du CHU avec si besoin l'usage de la visioconférence (Niort, Bressuire).

Les autorisations d'activité biologique existantes sur les sites de Poitiers et de La Rochelle permettent de satisfaire les besoins de la région.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements - pas de modification.

Territoire de la Vienne

L'obstétrique

Nombre d'implantations : 3 maternités :

- 2 implantations sur le site de recours : 1 de niveau II et 1 de niveau III ;
- 1 implantation sur le site de proximité, de niveau I
- 2 centres périnataux de proximité : Loudun et Montmorillon (à mettre en place)

La néonatalogie

Nombre d'implantations : Sur le site régional :

- un établissement de niveau III, avec réanimation néonatale, SMUR néonatal et régulation régionale des transferts inter établissements. Établissement de référence pour la région,
- un établissement de niveau II A
- Sur le site de proximité : un niveau I

L'activité de procréation médicalement assistée

Les activités de recueil des spermatozoïdes et/ou avec traitement du sperme en intra conjugal sont effectuées sur le territoire de recours, ainsi que la FIV avec micro manipulations. Les activités de recueil par ponction d'ovocytes et transfert d'embryons et/ou conservation des gamètes et/ou d'embryons en intraconjugal sont effectuées sur le territoire de recours (Poitiers).

L'activité de diagnostic anténatal

Les activités cliniques, échographiques, et les prélèvements sont assurés dans les différents établissements pour les situations les plus courantes, et l'activité de recours est disponible au CPDPN du CHU avec si besoin l'usage de la visioconférence (Châtelleraut).

Les activités de biologie (cytogénétique, génétique moléculaire, biologie fœtale, maladies infectieuses, et biochimie portant sur les marqueurs sériques d'origine embryonnaire ou fœtale dans le sang maternel) sont réparties entre les deux sites (Poitiers - La Rochelle) selon les autorisations actuelles, qui sont suffisantes pour assurer les besoins de la région.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements - pas de modification.

Références

- Gynécologie-obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale : article R.6123- 39 à R.6123-53 (conditions d'implantation) et articles D.6124-35 à D.6124-63 (conditions techniques de fonctionnement)
- AMP : L.2141-2 à L.2142-4 et R.2142-1 à R.2142-5
- DPN : L.2131-1 à L.2131-5 et R.2131-1 à R.2131-22
- IVG : L.2212-1 à L.2212-13-3 et R.2212-4 à R.2212-2213-6
- Plan périnatalité 2004-2007

La psychiatrie

Domaine stratégique du programme régional de santé

Tous - Aide aux aidants

Santé mentale

Priorité

Pathologies mentales

Objectifs généraux du PSRS

Développer la connaissance des pathologies et des handicaps pour les aidants en intégrant les recommandations de la HAS.

Dispenser aux aidants familiaux, aux associations et aux professionnels des formations adaptées

Santé mentale

- Améliorer l'accès aux soins et assurer la continuité des prises en charges ;
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- Développer l'articulation avec le médico-social et les acteurs du premier recours
- Gérer et prévenir les conséquences psychologiques chez les acteurs impliqués lors de crises graves et notamment améliorer la prise en charge des pathologies mentales en urgences ;
- Créer, adapter la prise en charge des personnes handicapées psychiques vieillissantes et améliorer celles des personnes présentant un handicap psychique.

Contexte enjeux

Redécoupage sectoriel et réorganisation de l'hospitalisation

La psychiatrie en région Poitou-Charentes s'organise autour de 20 secteurs de psychiatrie adulte et de 9 intersecteurs de pédopsychiatrie. Ce cadre territorial permet d'atteindre l'ensemble de la population régionale.

En concertation avec les CH de Saintes et de La Rochelle, les conditions d'organisation et de moyens doivent permettre de faire coïncider le découpage sectoriel de psychiatrie (adolescent et pédopsychiatrie) avec le découpage territorial.

A l'issue des rencontres entre l'ARS et les Centres Hospitaliers de NIORT et du Nord Deux-Sèvres, il a été acté que le secteur de Parthenay restait géré par l'établissement niortais.

L'ARS étudie en concertation avec les établissements de Saintes et de la Rochelle, les conditions d'organisation et de moyens permettant de faire coïncider le découpage sectoriel de psychiatrie avec le découpage territorial notamment sur la partie pédopsychiatrie.

Les trois établissements privés de psychiatrie continuent à fonctionner dans un contexte régional.

Dispositif extrahospitalier et psychiatrie générale

Suite au SROS III et aux états généraux de la psychiatrie et de la santé mentale, de nombreux Centres Médico-Psychologiques (CMP) ont élargis leurs plages horaires au-delà de 17h et le samedi matin. Par ailleurs, le plan national psychiatrie santé mentale a permis le financement de plusieurs équipes mobiles : psychiatrie précarité, psycho gériatrique.

Les urgences

Le SROS III a permis de mettre en place un dispositif d'accès 24h/24 (équipes dédiées aux urgences, accueil téléphonique 24h sur 24) à un avis psychiatrique pour l'ensemble des services d'urgence des établissements de santé. Ce dispositif devra être suivi en fonction de l'évolution des services des urgences (regroupement de services d'urgences, ouverture du nouvel établissement au Nord Deux-Sèvres).

L'évaluation du fonctionnement de l'Unité d'Accueil et d'Orientation Centre de Crise du centre hospitalier spécialisé Camille Claudel d'Angoulême (16) est positive. L'UAOCC a permis de diminuer les hospitalisations (50% des patients qui s'y présentent ressortent), l'existence de lits de crise évite également des hospitalisations. Ce dispositif est cependant à adapter selon les établissements. Il est intéressant pour les établissements les plus importants éloignés des urgences polyvalentes.

Plusieurs points à améliorer ont été soulignés par les professionnels de santé et les établissements :

- La prise en charge des patients en hospitalisation sous contrainte qui reste hétérogène dans la région, ex : des établissements vont chercher les patients sous hospitalisation d'office et les patients hospitalisés à la demande d'un tiers à domicile ;
- La population des patients hospitalisés sous contraintes fera l'objet d'un indicateur de suivi
- La gestion des appels, l'articulation entre le centre 15/régularisation libérale et l'astreinte de psychiatrie ;
- Une approche spécifique envers les adolescents se présentant aux urgences polyvalentes, notamment les « récidivistes » ;
- La prise en charge des adolescents autistes en période de décompensation ;
- La prise en charge des personnes souffrant de troubles de la dépression avec, éventuellement, la création d'unités d'hospitalisation de courte durée.

La prise en charge des adolescents

Le dispositif régional a été complété par l'ouverture de l'Etablissement Thérapeutique à Pons (17) – ETAP de 15 places.

L'unité pour adolescents s'est ouverte au centre hospitalier de Niort en 2007. Ce dispositif régional pour adolescents nécessite d'être renforcé, notamment sur le territoire sud de la Charente-Maritime. Par ailleurs, dans le cadre du premier plan national psychiatrie et santé mentale, une maison pour adolescents s'est ouverte à la Rochelle en 2008. Ce dispositif devrait être complété dans les départements de la région. Notamment au sud de la Charente-Maritime sur les territoires de Saintes et Jonzac, un projet devra être développé en partenariat en les établissements de Jonzac et de Saintes pour renforcer le dispositif existant.

Patients hospitalisés au long cours

La région a progressé sur ce point : ouverture d'une structure pour patients psychotiques déficitaires adultes au centre hospitalier Nord Deux-Sèvres (20 places d'hospitalisation, 5 places temporaires, 5 places d'HDJ), le dispositif Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) se développe (cf.- schéma d'organisation médico-social), ouverture d'une maison d'accueil spécialisée au centre hospitalier Camille Claudel d'Angoulême (16). Cependant, elle doit continuer de progresser notamment en développant les places de FAM Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ont

été un élément important de l'intégration des patients dans le milieu ordinaire. Cette population fera l'objet d'un indicateur de suivi.

Personnes âgées

La prise en charge de personnes âgées par les équipes de psychiatrie est devenue un axe important des projets de soins. La psycho-gériatrie doit continuer son développement vers la filière hospitalière gériatrique, les établissements médico-sociaux (EHPAD) et les réseaux gérontologiques.

La petite enfance

L'évaluation de l'activité du CRA a mis en évidence le rôle important qu'il avait pour l'expertise pédiatrique. Elle a aussi permis d'identifier que l'expertise adulte était au sein du Centre d'Expertise Autisme adulte du CH de Niort. Ce centre de ressources autisme régional disposera donc d'une antenne Adulte avec le CEAA du CH NIORT. Une convention entre le Centre Hospitalier de NIORT et le Centre Hospitalier Henri Laborit régira les relations entre le CRA Poitou-Charentes et le CEAA, antenne adulte du CRA.

Le dispositif de pédo-psychiatrie, selon des modalités diverses dans la région, devrait s'orienter vers des prises en charge des enfants en fonction de leurs âges.

Prise en charge des personnes autistes

Un centre de ressources autisme régional assure la prise en charge des personnes autistes. Il comporte 2 sites :

- le CH Laborit pour les enfants
- le CH de Niort pour les adultes (CEEAA)

Une évaluation du fonctionnement du centre régional autisme devra être effectuée avant l'élaboration du prochain PRS :

- notamment dans son articulation avec les équipes de pédopsychiatrie pour les enfants autistes
- pour la coordination entre ces deux sites.

Voir Plan Régional Autisme 2014 – 2017 en annexe

Evolution de la démographie des psychiatres

La problématique de la démographie médicale reste une question « de fond » ce qui tempère les ambitions sur les territoires. La coopération entre professionnels de santé pourrait améliorer la situation de la demande des patients.

La pluridisciplinarité et le renforcement de la psychiatrie de liaison et/ou des équipes de CMP peut permettre d'organiser une réponse non médicale de première intention.

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

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

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

Assurer la continuité des prises en charge

Assurer une répartition équilibrée sur le territoire de santé, des différentes modalités de prise en charge à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire ;

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

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

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

- les personnes âgées
- les adolescents
- les personnes en situation de précarité
- les personnes détenues ou sous surveillance par bracelets électronique
- les patients autistes et souffrants de troubles envahissants du développement

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Réserver l'hospitalisation aux personnes qui relèvent de cette prise en charge en développant les coopérations avec les acteurs susceptibles d'assurer le logement des personnes ; des études sur les inadéquations seront menées sur la base du cahier des charges national de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM), paru en juin 2011.

Depuis la MNASM a été dissoute. Cependant, l'ANAP dans le cadre des parcours de personnes optimisées a lancé 3 appels à projet sur la thématique de la santé mentale et la psychiatrie :

1. Retour d'expériences sur l'intervention psychiatrique à domicile avec un appel à projet ;
2. Retour d'expériences sur la création de structures médico-sociales par reconversion sanitaire psychiatrique ou à l'initiative d'opérateurs médico-sociaux œuvrant dans le champ du handicap psychique avec un appel à contribution
3. Développer des outils de diagnostic territorial des parcours en santé mentale et psychiatrie.

En région, développer le parcours patient en santé mentale et psychologique à l'initiative de ce qui est conduit dans le cadre de la fédération picto-charentaise de prise en charge des troubles de l'humeur et bipolaires.

Améliorer l'efficience

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

Lutter contre les images négatives véhiculées par la psychiatrie

Les institutions sont invitées à encourager l'évolution des mentalités en augmentant la culture générale liée à la psychiatrie, en développant des programmes de communication destinés aux grand

public, en s'appuyant sur des dispositifs tels que les conseils locaux de santé mentale ,les ateliers santé –ville.

Les institutions devront garantir des conditions d'hospitalisation, respectant la dignité des personnes et leur intimité .L'équipement des chambres devra être amélioré pour permettre des conditions d'hospitalisation décentes qui tendent vers les attentes des patients en terme de confort minimal : chambre individuelle ou à deux lits ; salle de bain pour chaque chambre, possibilité de laisser ces affaires personnelles sous clef.

Orientations régionales

Les grandes orientations

Les principes fondamentaux en psychiatrie restent la diversité des dispositifs, la proximité, la continuité des soins notamment avec les autres champs (médico-social, social, les professionnels libéraux), la couverture du territoire, la sécurité des patients et des personnels.

Le principe du maintien des capacités d'hospitalisation complète en psychiatrie est réaffirmé. Une augmentation de celles-ci pourrait être envisagée pour des projets spécifiques répondant à des besoins non pris en compte à ce jour.

L'accès aux soins doit aussi être un accès physique des structures de santé mentale aux personnes à mobilité réduite.

Améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques

Harmoniser les orientations des personnes s'adressant à la régulation libérale et/ou au centre 15 pour un problème de santé mentale :

Il s'agit de mieux réguler les demandes des patients et de leurs familles en créant une liaison entre la régulation des appels et l'astreinte de psychiatrie (accueil téléphonique 24H/24 en psychiatrie). Des procédures et des protocoles seront à mettre en place. Une procédure de réponse par anticipation, comme celle proposée en Vienne (Poitiers et Châtellerauld) semble recueillir l'adhésion des représentants d'usagers.

Par ailleurs les accueils d'urgences doivent pouvoir proposer rapidement un avis spécialisé sur la thématique. La présence d'un psychiatre de liaison est une mesure à généraliser.

Harmoniser au niveau régional les modalités de prise en charge des patients mis en hospitalisation sous contrainte :

Un bilan des pratiques devra être fait durant la période du schéma.

Dans un contexte sociétal privilégiant la sécurité, les hôpitaux doivent être en mesure d'organiser une prise en charge spécifique par le biais de création d'unités sécurisées de soins.

Assurer l'accueil des personnes en situation de crise par territoire de santé :

Une réflexion devra être menée au centre hospitalier spécialisé Henri Laborit de Poitiers (86) entre l'organisation d'accueil de prise en charge des urgences par secteur et l'intérêt d'une unité d'accueil et de crise. Le centre hospitalier de La Rochelle mettra en place un dispositif d'accueil téléphonique spécialisé. Il est nécessaire également de mieux articuler le basculement des appels téléphoniques des CMP en dehors des heures d'ouverture vers le dispositif d'accueil téléphonique 24H sur 24.

Assurer l'accueil et l'évaluation des adolescents aux urgences générales :

Certains adolescents se présentent aux urgences générales pour des difficultés de santé ; la nature

de ces difficultés, les demandes récidivantes doivent amener les soignants à globaliser la prise en charge. Il s'agit de sensibiliser les équipes soignantes des urgences à la prise en charge de ces adolescents à l'aide par exemple d'un protocole ou d'indicateurs d'alerte.

Améliorer l'accueil des adolescents et des adultes autistes en situation de crise :

Chaque territoire de santé devra mettre en place une organisation spécifique pour accueillir ces adolescents en période de décompensation. Des organisations existent sur les territoires de Charente, Deux-Sèvres, Charente-Maritime Nord et de la Vienne. Elles sont à améliorer en lien avec le secteur médico-social. Le dispositif de pédopsychiatrie du territoire sud Charente-Maritime ne permet pas ce type de prise en charge. Il devra être soutenu dans ce sens. Un dispositif de soins existe au Centre d'Expertise Autisme pour Adultes (CEAA) de Niort.

Améliorer la coopération avec les médecins généralistes

Les médecins généralistes sont souvent les premiers interlocuteurs des malades et des familles. Le partenariat entre les médecins généralistes et les CMP est à renforcer par une organisation en réseau. Il est également nécessaire de favoriser les projets communs dans des structures d'exercice regroupé, ex : intervention des équipes de psychiatrie dans ces structures. Au regard des recommandations du plan santé mentale, cette coopération doit aboutir à un accès facilité aux soins spécialisés, offrant ainsi une alternative à la prescription de psychotropes.

Renforcer les prises en charge ambulatoires au sein des CMP et diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète

Les centres médico-psychologiques (CMP) sont le pivot de l'organisation sectorielle. Chaque bassin de population doit pouvoir bénéficier de l'implantation d'un CMP comportant une équipe pluridisciplinaire qui se déplace au sein d'antennes. Les horaires doivent être compatibles avec l'utilisation faite par les usagers (ouverture au-delà de 17 heures), ce qui implique également une ouverture le samedi matin. Dans les 5 années à venir, il sera nécessaire d'évaluer le fonctionnement des CMP. De même, un point devra être fait sur l'articulation entre des équipes mobiles spécifiques (pédopsychiatrie, psychiatrie précarité, psycho-gériatrie) et les dispositifs extrahospitaliers.

Renforcer la prise en charge de populations spécifiques

Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale

CF : SROMS personnes handicapées

Il est nécessaire de mieux articuler la filière gériatrique avec les secteurs de psychiatrie. La prise en charge des patients psychotiques vieillissant est une priorité dans l'amélioration de cette articulation. Un travail de liaison entre les réseaux personnes âgées (FICQS) doit être également entrepris.

Quelques actions sont prioritaires :

- Créer par territoire de santé une équipe mobile destinée à la prise en charge des personnes âgées ayant des troubles psychiatriques (demande des états généraux de la santé mentale) ;
- Créer des partenariats entre les EHPAD et les secteurs de psychiatrie ;
- Engager une réflexion régionale sur la prise en charge des adultes handicapés psychiques vieillissant pour mieux articuler les champs sanitaire et médico-social.

Répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents

Les projets de dépistage des troubles précoces du développement dans la petite enfance entre 18 mois et 4 ans doivent être encouragés. Ce travail doit être engagé avec les parents et les médecins généralistes.

Par ailleurs, il est nécessaire de trouver des modalités de coordination avec les acteurs institutionnels locaux, notamment avec les services de la protection maternelle et infantile et la caisse d'allocation familiale. Un travail de suivi autour du certificat des 24 mois serait à entreprendre.

Les enfants au-delà de 4 ans et jusqu'à l'adolescence présentant des difficultés seront suivis, (exemple : les « dys »).

Généraliser les Maisons Des Adolescents (MDA) par département. Les projets de ces maisons pour adolescents doivent intégrer l'ensemble du territoire départemental (ex : sud Charente-Maritime pour la MDA implantée à La Rochelle), **en s'appuyant notamment sur les dispositifs « lieux-dits, lieux d'écoute » tel qu'il est développé sur les Pays de Vals de Saintonge et de Saintonge Romane.**

Une MDA des Deux-Sèvres a été officiellement créée en octobre 2012 en partenariat avec les Centre Hospitaliers de NIORT et du Nord Deux-Sèvres et le Conseil Général avec la mise en place de lieux d'écoute sur tout le territoire des Deux-Sèvres.

Créer par territoire de santé un internat scolaire (collège) renforcé ;

Généraliser les groupes ressources « petite enfance » par département ;

Mettre en place des actions d'aide à la parentalité.

Faciliter la prise en charge orthophonique sur l'ensemble de tout le territoire (déficit d'accès aux soins)

Répondre aux besoins de prise en charge des personnes détenues

Harmoniser la répartition des équipes intervenant chez les détenus : il s'agit de développer sur le territoire régional l'offre de soins de proximité en psychiatrie auprès des personnes détenues à type de prise en charge à temps partiel : atelier thérapeutique, CATTP...

Développer la prise en charge spécifique des auteurs d'infraction à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires ;

Développer la prise en charge spécifique des personnes détenues souhaitant un changement de genre ou de sexe par l'équipe hyperspécialisée du CHU de Bordeaux

Mettre en œuvre une concertation santé justice par département et au niveau régional, notamment pour organiser les parcours de soins aux sorties des incarcérations.

Répondre aux besoins de prise en charge des personnes en situation de précarité

Quatre équipes mobiles psychiatriques spécialisées ont été créées dans la région Poitou-Charentes.

Cependant ce chiffre semble insuffisant et pourra être adapté sur les 5 années à venir à l'aune d'une évaluation du fonctionnement et de l'activité de ces équipes.

Plus largement, il est nécessaire de mener une réflexion sur les PASS, lits halte soins santé dont la saturation est déjà observée.

Répondre au besoins spécifiques des personnes atteintes de trouble de l'humeur résistant aux traitements de première et deuxième intention par la mise en œuvre d'une fédération picto-charentaise des troubles résistants de l'humeur et des troubles bipolaires. Il s'agit de créer un parcours de soins d'expertise, reconnu au plan national pour ces patients. En parallèle des actions de recherche fondamentale et appliquée pourraient être mises en œuvre.

La qualité et la sécurité des soins

Mieux accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques persistants et leurs aidants

Pour les patients présentant un état chronique, l'hospitalisation complète ne devrait concerner que les périodes de crise. Elle s'inscrit dans un processus d'allers et retours avec l'ensemble des structures alternatives à l'hospitalisation complète et avec les partenaires sociaux et médico-sociaux

Néanmoins, en application du plan santé psychiatrie santé mentale, des lits identifiés « répit des aidants » pourront être mis en place au sein des 5 territoires de santé de la région soit dans le sanitaire soit dans le médico-social. Le séjour dit de « répit pour l'aidant » sera réservé aux patients porteurs de pathologies chroniques lourdes comme l'autisme déficitaire ou la schizophrénie. Si le séjour de répit est initié en milieu sanitaire, une articulation vers une prise en charge médico-sociale doit pouvoir être envisagée. Cet item fera l'objet d'un indicateur de suivi.

Un groupe de travail a été mis en place pour définir le cahier des charges de ces séjours en articulation avec le 3^{ème} plan autisme.

Favoriser les alternatives à l'hospitalisation complète en psychiatrie :

Il sera nécessaire de poursuivre l'accueil des patients psychotiques stabilisés à travers l'ouverture de structures type MAS, FAM, foyers occupationnels avec hébergement, résidences d'accueil, des maisons relais.

Les créations de places de SAMSAH et de foyers de vie pour adultes handicapés psychiques vieillissant doivent être encouragées.

Un système de « veille » pourra être mis en place par les associations et les services de soins en santé mentale qui visera à identifier certains patients susceptibles de renoncer à des soins en raison d'une absence de demande de leur part.

Renforcer une prise en charge individualisée et bientraitante pour les patients souffrant de troubles psychiques persistants :

Les établissements de santé doivent développer et accompagner les projets individuels de prise en charge. L'évaluation des compétences des patients, le soutien des équipes chargées de l'accompagnement au quotidien, des formations communes des équipes sanitaires et médico-sociales doivent se mettre en place dans les projets des établissements.

Améliorer la sécurité des soins à travers le fil conducteur de la bientraitance

Accompagner les établissements dans leur démarche de sécurisation, notamment, si besoin, par la création d'unités sécurisées de soins, en vue de concilier la sécurité nécessaire et le respect des libertés au sein des établissements.

Accompagner les établissements dans la mise en œuvre d'un management des risques liés aux soins, dédiés à la psychiatrie.

La contrainte du soin en psychiatrie est un acte fort qui majore les risques de situation de violence. Au delà des dispositifs de sécurité indispensables pour prévenir les passages à l'acte, une réflexion autour des pratiques collectives donnant un cadre cohérent à certaines règles est de nature à favoriser une prise en charge mieux adaptée à cette spécificité de l'activité psychiatrique.

A cet effet, le recueil des événements indésirables graves doit être adapté à l'activité de psychiatrie et aller au delà du simple signalement de fugues.

L'efficience

Redécoupage sectoriel et réorganisation de l'hospitalisation :

Mener une étude démographique des populations par territoire de santé et des moyens attachés à chacun des secteurs et inter secteurs : le secteur reste le cadre territorial de l'organisation des services de psychiatrie, aire fonctionnelle d'intervention des équipes soignantes.

En concertation avec les CH de Saintes et de La Rochelle, les conditions d'organisation et de moyens doivent permettre de faire coïncider le découpage sectoriel de psychiatrie (adolescent et pédopsychiatrie) avec le découpage territorial de la Charente Maritime Sud et Est.

Organiser la coordination des acteurs institutionnels au niveau du territoire de santé.

Assurer l'information et la bonne orientation des nouveaux patients et de leurs familles dans le cadre de la plateforme télésanté. Etablir un annuaire des professionnels :

Il existe des circuits d'informations dans notre région, ex : le dispositif Handispo 79 permettant de connaître les disponibilités en place des établissements médico-sociaux. En partenariat avec des représentants des patients et des familles, un bilan de ces circuits pourrait être fait et proposer un dispositif d'informations avec les partenaires de l'ARS.

Dans le cadre d'une mise en œuvre efficiente du SROS PRS, un comité technique régional en psychiatrie et santé mentale est maintenu pendant la durée du schéma .Il se réunira de manière pluriannuelle sur des thématiques en rapport avec la mise en œuvre graduée et coordonnée du SROS PRS.

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

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

Articuler l'offre de places en MAS et en FAM avec les besoins des files actives en développant ces dernières.

Effectuer la même démarche avec les EHPAD.

Développer les relations formalisées avec les collectivités territoriales (municipalité/ conseil général/conseil régional - exemple des transports) pour qu'elles intègrent les besoins des patients de la psychiatrie dans la définition des politiques mises en œuvre. Dans cette même perspective de développer les relations avec l'éducation nationale pour les enfants et adolescents.

La promotion des outils de coopération sous ses différentes formes juridiques sont de nature à développer entre les secteurs de la psychiatrie et le médico-social.

Développer le dépistage des troubles précoces du développement dans la petite enfance entre 18 mois et 4 ans.

Poursuivre la formation de l'ensemble des intervenants dans les établissements pénitentiaires au repérage de la crise suicidaire ainsi que celles des agents intervenant dans la surveillance des personnes avec bracelet électronique ;

Formaliser les outils de repérage à la crise suicidaire, au suivi des personnes détenues ou sous surveillance par bracelet électronique.

Former les personnes malades et les aidants familiaux :

L'éducation thérapeutique des personnes malades, notamment pour favoriser l'observance aux traitements doit être développée dans notre région. Les aidants familiaux doivent également pouvoir bénéficier de formations dispensées par des associations spécialisées et expérimentées, tels que les ateliers prospect pour l'UNAFAM , effectuées avec le concours des équipes de professionnels de santé. Des équipes de psychiatrie devraient pouvoir être labellisées sur la formation des aidants.

Consolider et développer les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) dans toute la région

Une évaluation des GEM devra être réalisée rapidement pour déterminer, notamment les zones géographiques où les besoins sont les plus importants.

Développement des compétences des professionnels

Renforcer la formation des personnels soignant et favoriser l'évolution des métiers

Mettre en place un dispositif de compagnonnage des nouveaux infirmiers hospitaliers et libéraux

Promouvoir la diffusion des savoirs et des pratiques des équipes pluridisciplinaires de psychiatrie

Augmenter le nombre de psychiatres formés en Poitou-Charentes et le nombre de lieux de stage.

Au-delà du nombre, il serait nécessaire de revoir la répartition des internes dans la région qui se concentrent au centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers.

Définir et formaliser les compétences et les rôles de chaque professionnel au sein de l'équipe de psychiatrie

Face à la pénurie de psychiatres, il devient nécessaire de mieux définir le rôle de chaque professionnel dans la prise en charge de patients et cela dans une organisation commune. Une équipe en psychiatrie est constituée de professionnels divers (psychiatre, infirmier, psychologue, éducateur, diététicienne, assistante sociale...) en excluant pas une réflexion sur les nouveaux métiers.

Dans ce cadre et en adéquation avec la nouvelle gouvernance hospitalière, le rôle du chef de pôle, soutenu par sa direction, est fondamental, pour imposer un fonctionnement pluridisciplinaire, une organisation des soins et une répartition des tâches.

Indicateurs de suivi

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

Evolution du taux d'hospitalisation en soins sans consentement par territoire de santé.

Nombre de lits « répit des aidants » identifiés par territoire de santé et taux d'occupation de ces lits. Situation sociale et en terme d'état de santé somatique et psychique, un an après la sortie d'une longue hospitalisation (supérieur à 3 mois).

Organisation cible

➤ Psychiatrie adulte

Territoire de la Charente

Nombre d'implantations :

- Hospitalisation complète : 1 + 1*
- Hospitalisation de jour 7 Hospitalisation de nuit : 1
- Placement familial thérapeutique : 1
- Appartement thérapeutique : 1
- Centre de crise : 1
- Centre de post cure : 1

*privé

Création :

Un Centre Médico-Psychologique (CMP) médico-judiciaire (contractualisation)
Projet de création d'une unité sécurisée de soins (contractualisation)

Territoire de la Charente-Maritime Nord

Nombre d'implantations :

- Hospitalisation complète : 1
- Hospitalisation de jour 3
- Hospitalisation de nuit : 0
- Placement familial thérapeutique : 1
- Appartement thérapeutique : 2
- Centre de crise : 1
- Centre de post cure : 0

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

Nombre d'implantations :

- Hospitalisation complète : 2 + 2*
- Hospitalisation de jour 5
- Hospitalisation de nuit : 1
- Placement familial thérapeutique : 2
- Appartement thérapeutique : 1
- Centre de crise : 1
- Centre de post cure : 0

*privé

Création :

Création d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) - CH Jonzac (17)

Territoire des Deux-Sèvres

Nombre d'implantations :

- Hospitalisation complète : 2
- Hospitalisation de jour 6
- Hospitalisation de nuit : 2
- Placement familial thérapeutique : 2
- Appartement thérapeutique : 3
- Centre de crise : 1
- Centre de post cure : 0

Territoire de la Vienne

Nombre d'implantations :

- Hospitalisation complète : 1
- Hospitalisation de jour 4
- Hospitalisation de nuit : 1
- Placement familial thérapeutique : 1
- Appartement thérapeutique : 0
- Centre de crise : 1 ;
- Centre de post cure : 1

➤ Psychiatrie infanto-juvénile

Territoire de la Charente

Nombre d'implantations :

- Hospitalisation complète : 1
- Hospitalisation de jour 8
- Hospitalisation de nuit : 0
- Placement familial thérapeutique : 1
- Appartement thérapeutique : 0
- Centre de crise : 0
- Centre de post cure : 0

Territoire de la Charente-Maritime Nord

Nombre d'implantations :

- Hospitalisation complète : 1
- Hospitalisation de jour 2
- Hospitalisation de nuit : 0
- Placement familial thérapeutique : 1
- Appartement thérapeutique : 0
- Centre de crise : 0
- Centre de post cure : 0

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

Nombre d'implantations :

- Hospitalisation complète : 2
- Hospitalisation de jour : 6*
- Hospitalisation de nuit : 0
- Placement familial thérapeutique : 2
- Appartement thérapeutique : 0
- Centre de crise : 0
- Centre de post cure : 0

* dont 1 création, soit par redéploiement de crédits, soit par une enveloppe nationale "Dotation Annuelle de Financement" dédiée au développement de l'activité

Territoire des Deux-Sèvres

Nombre d'implantations

- Hospitalisation complète : 1
- Hospitalisation de jour 5
- Hospitalisation de nuit : 0
- Placement familial thérapeutique : 1
- Appartement thérapeutique : 0
- Centre de crise : 1
- Centre de post cure : 0

Territoire de la Vienne

Nombre d'implantations

- Hospitalisation complète : 1
- Hospitalisation de jour 6
- Hospitalisation de nuit : 1
- Placement familial thérapeutique : 1
- Appartement thérapeutique : 0
- Centre de crise : 0
- Centre de post cure : 0

Création

Création d'une PASS (contractualisation)

Les soins de suite et de réadaptation

Domaine stratégique

L'amélioration de la qualité du système de santé

Priorités

Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la demande d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.

Objectifs généraux du PSRS

Les nouveaux processus

- Favoriser les coopérations entre établissements de santé et les professionnels de santé.
- Tenir compte des tailles critiques dans l'adaptation et l'évolution des structures du système de santé.
- Favoriser et rationaliser les regroupements en réseau et filière.

La performance

- Améliorer l'efficience :
 - o diffuser les bonnes pratiques
 - o équilibrer et optimiser la productivité des équipements
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- Améliorer la qualité de vie des patients par l'adaptation des techniques.

Contexte et enjeux

Les enjeux majeurs sont :

- installer, en fonction du taux d'évolution de l'ONDAM, les 290 lits et 85 places autorisées lors du précédent schéma régional,
- s'assurer de l'utilisation de l'outil « Trajectoire » (système d'information régional de gestion des lits et places).

Les SSR ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales, des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

La mise en œuvre du nouveau dispositif d'autorisation en SSR, telle que prévue par les décrets du 17 avril 2008 repose sur une autorisation unique pour tous les établissements exerçant une activité de SSR qui équivaut, en base, aux soins de suite polyvalents et qui peut-être complété par la reconnaissance de labellisations spécialisées complémentaires.

La circulaire du 3 octobre 2008 détaille pour chacune des spécialisations prévues, les critères d'orientation, les types de patients et de pathologies correspondantes, les compétences nécessaires en termes de ressources humaines et les moyens matériels requis au titre d'un plateau technique spécialisé.

Trois facteurs impactent l'évolution des structures de SSR :

- des besoins croissants liés aux maladies chroniques et aux handicaps,
- le vieillissement de la population,
- la diminution des durées de séjours dans le secteur MCO.

Pour répondre à cette demande, 290 lits nouveaux et 85 places nouvelles ont été autorisées. Par ailleurs il pourra être envisagé le redéploiement de services aigus vers des structures SSR.

L'organisation régionale nécessite d'articuler les exigences de proximité et d'expertise, elle repose donc sur 3 niveaux selon les spécialités. En outre, une réflexion sera entreprise pour augmenter de manière significative l'offre SSR en particulier sur le sud de la région.

Niveau régional

Compte tenu de l'exigence de forte spécialisation des moyens humains et techniques requis, il revient de conforter les structures de SSR spécialisés dans les affections suivantes :

- affections cardio-vasculaires,
- affections respiratoires,
- affections digestives et endocriniennes,
- Prise en charge des grands brûlés
- conduites addictives,
- affections dermatologiques,
- déficients visuels et auditifs,
- prises en charge des enfants et adolescents.

Niveau du territoire de santé

L'exigence de compétences et de plateaux techniques spécifiques amène à appréhender au niveau du territoire de recours l'organisation des SSR spécialisés dans les affections de l'appareil locomoteur d'une part et du système nerveux d'autre part.

Niveau de proximité

Compte tenu du vieillissement de la population régionale, chaque territoire de proximité devra disposer d'au moins une structure de SSR bénéficiant de la reconnaissance d'une activité spécifique en gériatrie.

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

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

Favoriser le passage entre structures de médecine, chirurgie et obstétrique et la prise en charge en SSR, par des accords de coopération et des outils favorisant l'orientation des patients et la connaissance de l'offre de soins.

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

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Conforter la qualité des soins en fiabilisant le bilan initial de l'état du patient par une meilleure précision

une exhaustivité des informations qui y sont portées, en lien avec le prescripteur de l'hospitalisation. Améliorer de la même manière le bilan de sortie du patient.

Améliorer l'efficience

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

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

- l'Hospitalisation A Domicile (HAD), les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) et les structures d'hébergement pour faciliter le retour à domicile
- les structures médico-sociales (MDPH, CLIC et structures d'hébergement), permettant d'accueillir plus précocement les patients qui en relèvent.

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

Dans le contexte de la prochaine réforme de financement, veillera harmoniser les tarifs des établissements sous Objectifs Qualifiés Nationaux (OQN), au regard de la lourdeur des prises en charge des patients accueillis. Dans cette même perspective, favoriser une harmonisation des taux d'encadrement des personnels médicaux et non médicaux dans tous les types d'établissements à activité comparable.

Orientations régionales

- Installer les lits et places autorisées en fonction de la délégation des moyens et du respect de l'évolution de l'ONDAM.
- Développer la coordination régionale
- Poursuivre la mise en œuvre du système d'information régional de gestion des lits et places de SSR « Trajectoire ».
- Définir les principes transversaux d'organisation des filières.
- Impliquer les équipes de court séjour dans l'organisation et le suivi des filières.
- Associer les établissements partenaires offreurs de SSR dans la définition et l'application des règles d'organisation.
- Renforcer la coopération avec les structures médico-sociales en aval des soins de suite et réadaptation.
- Mise en place de conventions avec EHPAD, SSIAD, SAD.
- Optimiser les structures installées
- Effectuer régulièrement en aléatoire des coupes dans les établissements.
- Coder en Z 751 les personnes en attente de placement.
- Accompagner les établissements dans le passage à la tarification à l'activité.
- Développer les filières spécialisées au regard des besoins identifiés dans le SIOS 2013/2018 :
 - o Au niveau des places grands brûlés
 - o Au niveau des places en cardiologie post-interventionnelle
- Créer une équipe mobile SSR régionale avec une expertise « domotique, orthèse, prothèse, ergothérapie », sous réserve d'une évolution favorable de l'enveloppe DAF

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

Favoriser la communication et la coordination entre les structures SSR et les professionnels de ville (médecins généralistes, spécialistes, masseurs-kiné, IDE libérales), ou structures médico sociales (SSIAD, établissements pour personnes handicapées, établissements pour personnes âgées) pour développer les pratiques préventives et éviter les ré-hospitalisations pour cause de sortie trop rapide engendrant des décompensations.

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

Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours en SSR dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour AVC (ind. CPOM) ;
- Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico-sociaux (Établissements d'hébergement, SSIAD) ;
- Nombre de conventions de coopération passées avec des structures de soins (HAD, MCO) ;
- Part des séjours inférieurs à 3 mois ;
- Nombre de personnes codées en Z 751 (personnes en attente de placement).

Organisation cible

Territoire de santé de la Charente

- Activités relevant du territoire de recours :
 - 2 unités de prise en charge des affections de l'appareil locomoteur : Roullet-Saint-Estèphe, Barbezieux ;
 - 2 unités de prise en charge des affections du système nerveux : Roullet-Saint Estèphe, Angoulême ;
 - 1 unité cognitivo-comportementale à Angoulême ;
 - 1 unité de prise en charge des enfants et des adolescents à Roullet-Saint Estèphe ;
 - 2 unités pour personnes en état végétatif chronique : La Rochefoucauld, Roullet St Estèphe.
 - 1 unité de prise en charge des troubles de la vision et de l'audition à Angoulême *

*sous réserve de l'évaluation des besoins et des possibilités de financement **actuellement trop contraintes**

- Activités relevant du territoire de proximité :
 - 5 unités de SSR gériatriques : Angoulême, Cognac, Barbezieux, Confolens, Ruffec.
- Unités polyvalentes : aux sites indiqués précédemment s'ajoutent Châteauneuf, La Rochefoucauld, Jarnac, Roullet-Saint Estèphe.

Territoire de santé de la Charente-Maritime Nord

- Activités relevant du territoire régional :
 - 1 unité de prise en charge des affections respiratoires à La Rochelle
 - 1 unité de prise en charge des affections cardio-vasculaires à Puilboreau
 - 1 unité de prise en charge des enfants et adolescents à Saint-Trojan les Bains

- Activités relevant du territoire de recours :
 - 2 unités de prise en charge des affections de l'appareil locomoteur : La Rochelle;
 - 2 unités de prise en charge des affections du système nerveux à La Rochelle ;
 - 1 unité cognitivo-comportementale à Jonzac ;
 - 1 unité pour personnes en état végétatif chronique à Rochefort.
- Activités relevant du territoire de proximité
 - 4 unités de SSR gériatriques à La Rochelle, Rochefort, Chambon, Clavette.
- Unités polyvalentes : aux sites sur lesquels sera effectués du SSR gériatrique s'ajoutent les sites de Marennes, d'Oléron, Saint-Martin de Ré, St Trojan les bains.

Territoire de santé de la Charente-Maritime Sud et Est

- Activité relevant du territoire régional
 - 1 unité de prise en charge des affections liées aux conduites addictives à Royan
- Activités relevant du territoire de recours
 - 1 unité de prise en charge des affections de l'appareil locomoteur Saint Jean d'Angély* et Saintes*;
 - 1 unité de prise en charge des affections du système nerveux à Saintes* et Saint Jean d'Angély* ;
 - 1 unité de prise en charge des enfants et adolescents à Saintes ;
 - 1 unité de prise en charge des affections cardio-vasculaires en hôpital de jour à Saint Jean d'Angély ;
 - 1 unité pour personnes en état végétatif chronique à Saint Jean d'Angély.

* dans le cadre de la fédération inter hospitalière

- Activités relevant du territoire de proximité

4 unités de SSR gériatriques à Saintes, Saint Jean d'Angély, Jonzac, Royan

- Unités polyvalentes : aux sites sur lesquels est effectués du SSR gériatrique auxquels s'ajoutent Boscarnant, Saint Pierre de l'Isle, Saint Georges de Didonne.

Territoire de santé des Deux-Sèvres.

- Activités relevant du territoire régional :
 - 1 unité de prise en charge des affections liées aux conduites addictives à Thouars ;
 - 1 unité de prise en charge de l'obésité des enfants à Niort 1 unité de prise en charge de l'obésité des adultes à Cherveux ;
 - 1 unité de prise en charge des affections des brûlés à Niort.
- Activités relevant du territoire de recours :
 - 1 unité de prise en charge des affections de l'appareil locomoteur à Niort ;
 - 2 unités de prise en charge des affections du système nerveux à Niort ;
 - 1 unité cognitivo-comportementale à Parthenay ;
 - 1 unité de prise en charge des enfants et des adolescents à Niort ;
 - 2 unités pour personnes en état végétatif chronique : Cherveux, Melle.

- Activités relevant du territoire de proximité :
 - 4 unités de SSR gériatriques : Niort, Parthenay, Mauléon, Saint Maixent ;
- Unités polyvalentes : aux sites sur lesquels est effectués du SSR gériatrique auxquels s'ajoutent Melle, Brieuil sur Chizé, Cherveux

Territoire de santé de la Vienne

- Activités relevant du territoire régional
 - 1 unité de prise en charge des affections liées aux conduites addictives à Payroux ;
 - 1 unité de prise en charge des affections cardio-vasculaires à Nieul l'Espoir ;
 - 1 unité de prise en charge des affections respiratoires en hôpital de jour à Nieul l'Espoir ;
 - 1 unité de prise en charge des troubles de la vision et de l'audition à Poitiers ;
 - 1 unité de prise en charge dermatologique à La Roche Posay ;
 - 1 unité cognitivo-comportementale à Poitiers ;
 - 1 unité pour personnes en état végétatif chronique à Lusignan.
- Activités relevant du territoire de recours :
 - 2 unités de prise en charge des affections de l'appareil locomoteur à Poitiers ;
 - 1 unité de prise en charge des affections du système nerveux à Poitiers.
- Activités relevant du territoire de proximité :
 - 4 unités de SSR gériatriques Poitiers, Châtelleraut, Civray
- Unités polyvalentes : sites sur lesquels est effectué du SSR gériatrique, auxquels s'ajoutent La Roche Posay, Lusignan, Montmorillon, Loudun.

Modalités de suivi

Réunion trimestrielle avec le groupe projet « Trajectoire »

Références

- Décret n°2008-377 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de SSR
- Décret n°2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de SSR
- Circulaire du 3 octobre 2008 relative aux décrets réglementant l'activité de SSR
- Rapport IGAS sur l'évaluation des SROS SSR (février 2010)
- Instruction aux DG ARS du 19 mai 2010 relative à la mise en œuvre du SROS SSR
- Instruction aux ARS du 22 décembre 2010 sur l'application de l'instruction DGOS du 19 mai 2010 relative à la mise en œuvre du SROS SSR-Mise à disposition de l'outil de remontée des projets tarifaires au sein du secteur sous OQN.

Les soins de longue durée

Domaines stratégiques

- Vieillesse
- Amélioration du système de santé

Priorité

Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la demande d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.

Objectifs généraux du PSRS

- Favoriser les coopérations entre établissements de santé et professionnels de santé ;
- Tenir compte des tailles critiques dans l'adaptation et l'évolution des structures du système de santé ;
- Favoriser et rationaliser les regroupements en réseaux et filières ;
- Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins.

Contexte et enjeux

Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) prennent en charge des « résidents-patients » :

- présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active ou au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.
- requérant un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Ainsi les USLD s'inscrivent dans les filières gériatriques par l'expertise qu'elles apportent sur les pathologies lourdes affectant les personnes âgées, à la sortie de MCO, d'un SSR gériatrique voire du domicile.

L'équipement de chaque territoire de santé en unités de soins de longue durée découle des évolutions législatives et réglementaires. Il apparaît que si les territoires de santé de Charente, Des Deux-Sèvres et de la Vienne ont un taux d'équipement égal ou supérieur à la moyenne nationale (6 lits pour 1 000 hab de + de 75 ans), les territoires de Charente Nord et encore plus le territoire de Charente-Maritime Sud et Est ont des taux d'équipement très inférieurs à la moyenne nationale, respectivement 4 et 3 lits pour 1 000 habitants de plus de 75 ans.

Les principaux enjeux sont de terminer le maillage territorial, identifier les structures pour accueillir les moins de 60 ans, poursuivre l'articulation avec les EHPAD et les services de SSR.

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

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

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

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

Améliorer l'efficience

Fluidifier les filières de prise en charge sanitaires.

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

Réduire les inadéquations au sein des établissements de santé (médecine/SSR en particulier). Travailler la complémentarité des prises en charge en USLD et en établissement médico-social.

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

Orientations régionales

Améliorer la couverture géographique permettant d'une part aux USLD de remplir leur rôle d'aval, au sein de la filière gériatrique et d'autre part aux territoires de Charente et de Charente-Maritime Sud et Est de se rapprocher du taux d'équipement régional.

Rééquilibrer l'équipement territorial en créant une unité de 30 lits sur chacun des centres hospitaliers de Saint-Jean d'Angély et de Jonzac en fonction des délégations de crédits.

Réduire les inégalités territoriales

Action : augmenter les capacités des sites du territoire de la Charente-Maritime Nord pour atteindre le niveau d'équipement régional (en fonction des délégations de crédits).

Identifier sur chaque territoire de santé au sein d'une USLD préexistante, une unité spécifique pour accueillir les moins de 60 ans.

Centrer l'accueil vers les patients dont l'état est instable ou/et nécessite des soins médico-techniques importants :

- Définir les critères d'admission pour chaque USLD
- Utiliser les résultats des coupes « Pathos », pour réduire les inadéquations ;

Faciliter les demandes d'inscription :

- Utiliser une fiche d'admission unique à partir de l'outil « Trajectoire » ;
- En fonction du développement de l'outil « Trajectoire » avoir une traçabilité et une harmonisation des demandes d'admission.

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

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

- les établissements médico-sociaux,
- les services de prises en charge adaptés en cas de transfert de domicile.

Mettre en œuvre les politiques de prévention spécifiques (dénutrition, dépistage démences, escarres...). Evaluer les organisations de lieux de répit auxquels participent les acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux (personnes âgées, soins palliatifs...).

Indicateurs de suivi

- Résultat des coupes Pathos effectuées dans les USLD pour personnes âgées en 2011
- Nombre d'admission
- DMS
- Répartition des modes d'entrée
- Répartition des modes de sortie
- PMP
- GMP

Calibrage financier

La création brute de 60 lits d'USLD est évaluée à 1 750 K€, ce montant peut être réduit de 600 K€ s'il y a conversion de lits d'EHPAD en lits d'USLD.

Organisation cible

Territoire de la Charente

- Nombre d'implantations : 7 implantations dont 6 installées : Angoulême, Cognac, Barbezieux, Confolens, La Rochefoucault et Châteauneuf ;
- Unités d'Hébergement renforcé : 2 implantations à Barbezieux et Châteauneuf

Territoire de la Charente-Maritime Nord

Nombre d'implantations : 2 implantations dont La Rochelle, Rochefort.

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

Nombre d'implantations : 4 implantations : Saintes, Royan ;
Créations : Saint Jean d'Angély, Jonzac.

Territoire des Deux-Sèvres

- Nombre d'implantations : 6 implantations : Niort, Nord Deux-Sèvres (sites Thouars, Parthenay, Bressuire), Saint-Maixent, Mauléon ;
- Unité d'Hébergement renforcé : 1 implantation à Niort.

Territoire de la Vienne

- Nombre d'implantations : 5 implantations : Poitiers, Châtellerauld, Montmorillon, Loudun, Lusignan ;
- Unités d'Hébergement renforcé : 2 implantations à Châtellerauld et Poitiers.

Références

- Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée
- Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n° 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée
- Plan Solidarité Grand Age 2007-2012

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Domaine stratégique

Cancers, maladies chroniques et maladies rares

Priorité

Les maladies cardio-vasculaires

Objectif général du PSRS

Diminuer la mortalité induite par :

- le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale chez l'homme entre 60 et 65 ans,
- la prévention de la mort subite du sportif,
- l'organisation de la filière de prise en charge des syndromes coronariens aigus par territoire de santé.

Contexte et enjeux

L'organisation de la cardiologie dans la région

Les orientations en matière de cardiologie du SROS 2006-2011 sont organisées autour de 3 axes :

- ***La prise en charge de la pathologie cardiologique aiguë, avec au 1^{er} rang les syndromes coronaires aigus.***

L'accent a été mis sur :

- la nécessité d'une prise en charge la plus précoce possible, passant notamment par des campagnes d'information de la population ;
- une médicalisation impérative du transport des patients par le SMUR, avec la nécessité d'une collaboration étroite des urgentistes et des cardiologues et de l'élaboration de protocoles communs de prise en charge ;
- une intensification de la revascularisation à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde par angioplastie primaire ou thrombolyse pré hospitalière à mettre en œuvre dans les délais les plus courts possibles.

- ***L'organisation hospitalière.***

L'accent a également été mis sur l'optimisation de l'organisation interne des établissements, avec en particulier la nécessité d'adressage direct enUSIC des patients sans passage par les urgences de l'établissement, source de perte de temps.

Deux niveaux de prise en charge ont été définis :

- Les unités de soins intensifs de cardiologie (USIC) localisées dans les centres hospitaliers de recours de chaque territoire ;
- Les unités de soins continus (USC) polyvalentes situées dans des centres hospitaliers dits de proximité ou des établissements privés.

La région comprend actuellement 5 USIC et 21 USC.

➤ **La cardiologie interventionnelle Cardiologie interventionnelle pédiatrique**

Les requêtes sur les bases PMSI 2007 et 2008, à partir des actes caractérisant cette activité, montrent qu'elle n'est quasiment pas pratiquée dans la région, excepté 2 actes :

- les ablations de corps étranger intra cardiaque ou intra vasculaire, par voie vasculaire transcutanée (12 procédures en 2007, 10 en 2008),
- les poses d'endoprothèse couverte dans l'aorte thoracique, par voie artérielle transcutanée (3 actes en 2007, 7 en 2008) exclusivement au CHU de Poitiers.

Les autres actes recensés au bénéfice des habitants de la région Poitou-Charentes sont effectués en totalité dans des établissements hors région. Il s'agit de toute façon d'une activité réduite en volume : 89 actes en 2007, 98 en 2008 (y compris les actes précédemment évoqués réalisés dans les établissements de la région).

Les malades sont adressés préférentiellement dans les établissements suivants :

- Les établissements de Bordeaux (public et privé) en priorité : 36% de l'activité en 2007, pratiquement 42% en 2008.
- Les établissements de Tours (public et privé) : 22,5% de l'activité en 2007, un peu plus de 10% en 2008.
- Le CHU de Nantes : 4,5% en 2007 et 13,3% en 2008.
- Les établissements de la région parisienne : 12,3% en 2007, 8,2% en 2008.

A noter quelques interventions de dilatation des orifices aortique, pulmonaire ou atrio-ventriculaire gauche effectuées au CHU de Rouen. On constate donc que l'immense majorité (environ les 2/3) des interventions réalisées au profit des picto-charentais, se fait dans des régions qui jouxtent immédiatement le Poitou-Charentes : l'Aquitaine au Sud, les Pays de Loire au Nord et la région Centre à l'Est.

Cette activité n'est pas développée en région Poitou-Charentes et aucune équipe ne souhaite s'y investir, les solutions proposées par des équipes compétentes hors région donnent actuellement satisfaction et le volume d'activité ne plaide pas en faveur d'une offre régionale.

Cardiologie interventionnelle coronarienne

Le dispositif régional actuel comporte 5 centres de cardiologie selon le schéma suivant :

Territoire de santé	Lieu	Cardiologie interventionnelle	USIC	Chirurgie cardiaque
Charente	CH Angoulême	oui	oui	non
Charente-Maritime Nord	CH La Rochelle	oui	oui	non
Charente-Maritime Sud et Est	CH Saintes	non	oui	non
Deux-Sèvres	CH Niort	oui	oui	non
Vienne	CHU Poitiers	oui	oui	oui
Vienne	Polyclinique *	oui	non	non

Un seul des centres de la région a une activité inférieure à l'activité seuil fixée à 350 procédures annuelles. Ce centre est aussi celui qui ne dispose pas d'un USIC mais seulement d'une Unité de Soins Continus.

On constate le parallélisme entre la chute d'activité du CHU de Poitiers et la montée en charge des 2 centres les plus récemment ouverts, et tout particulièrement celui d'Angoulême. Le recrutement des différents centres correspond en majorité à la population du département dans lequel ils sont implantés. A noter un recrutement sur la Vendée (~ 17% de l'activité) pour le CH de Niort et un

recrutement sur les Deux-Sèvres, (~ 11%) sur l'Indre et l'Indre et Loire, (~ 5-6%) pour les 2 centres de Poitiers.

Les habitants de Poitou-Charentes réalisent leur angioplastie coronaire à plus de 82% dans un des centres de la région en 2008, à comparer aux 50% en 2001, lorsque n'existaient dans la région que 2 centres d'angioplastie coronaire, situés à Poitiers.

En fait la fuite extra régionale varie selon les départements :

- 16,4% en Charente ;
- 25,9% en Charente-Maritime (avec une fuite dans ces 2 départements essentiellement orientée vers la Gironde) ;
- 8,5% en Deux-Sèvres (avec une fuite très diversifiée vers la Gironde, l'Indre et Loire, le Maine et Loire et la Loire Atlantique) ;
- 8,9% pour la Vienne au profit essentiellement de l'Indre et Loire.

Le solde pour la région est cependant encore déficitaire car en 2008, si 407 actes d'angioplastie ont bénéficié à des patients habitant hors région, 761 actes ont été pratiqués pour les picto charentais dans des établissements hors région. Les taux de recours à une angioplastie coronaire varient dans une proportion très significative selon les 4 départements de la région.

	16	17	79	86	Région
Population en milliers d'habitants	348	604	362	421	1735
Nombre d'actes d'angioplastie réalisés pour les habitants du territoire	1018	1749	883	730	4380
Taux de réalisation par le ou les centres du territoire	81,2%	69,4%	72%	90,2%	-
Taux de recrutement extra départemental du ou des centres du territoire	8,2% (n:901)	11,4% (n: 1371)	22% (n:815)	23,1% (n: 856)	-
Taux brut de recours à un acte d'angioplastie / Million d'habitants	2925	2895	2439	1734	2524
Taux de recours à un acte d'angioplastie coronaire standardisé sur l'âge de la population française / Million d'habitants	2495	2376	2140	1634	-

Compte tenu du taux de recours du territoire à l'angioplastie coronaire, et du niveau d'activité cumulé des 2 centres de Poitiers, le développement de cette activité est à favoriser. Du fait de l'engagement des structures et équipes existantes, et de l'intérêt que présente une mutualisation des équipes et des équipements pour la population comme pour la collectivité, ce développement comme l'activité actuelle sont à inscrire dans le cadre de la mise en œuvre d'une coopération équilibrée entre les 2 structures.

Rythmologie interventionnelle

Les données d'activité (source bases PMSI 2007 et 2008) sont les suivantes (en nombre d'actes CCAM (1) (2) (3) *)

Stimulateur Triple Chambre (STC)

	2007	2008
CH Angoulême	2	1
CH la Rochelle	18	18
CH Saintes	8	7
CH Niort	3	
Polyclinique Inkermann	4	5
CHU Poitiers	15	10

Défibrillateur Cardiaque Implantable (DCI)

	2007	2008
CH Angoulême	36	33
CH La Rochelle	38	77
CH U Poitiers	67	52

Procédures ablatives

	2007	2008
CH Angoulême	17	74
CH La Rochelle	105	176
CH U Poitiers	179	191

* (1) Codes CCAM
(2) Codes CCAM
(3) Codes CCAM
DELF001, 015, 902
DELF013, 014, 016, 020 ; DEKA002
DENF001, 002, 003 ; DEPF002, 003

Pour l'activité de stimulation multi-sites, les chiffres sont relativement faibles, ce qui correspond à une tendance nationale qui est à l'augmentation des implantations de DCI avec fonction de resynchronisation au détriment des simples stimulateurs triple chambre (sans fonction de défibrillation associée).

Le recours à ces techniques est inhomogène dans la région en fonction des territoires de santé. De même, le taux de réalisation dans un établissement l'est également.

Les fuites se font :

- pour la Charente essentiellement vers les établissements bordelais et un peu moins vers le CHU de Limoges ;
- pour la Charente-Maritime Nord, très peu de façon générale et vers le CHU de Nantes et les établissements bordelais ;
- pour la Charente-Maritime Sud et Est, la fuite est très clairement orientée vers les établissements bordelais, ce qui n'est pas surprenant compte tenu de la proximité ;
- pour les Deux-Sèvres, la fuite se répartit entre les établissements bordelais, nantais et parisiens ;
- pour la Vienne, la fuite est très faible et se fait essentiellement vers les établissements de Tours.

Ceci étant, les centres de la région assurent entre les 2/3 et les 3/4 des actes de rythmologie interventionnelle pratiqués au profit des picto-charentais. De plus certaines fuites peuvent être volontaires, car adressées par un centre de la région vers un centre doté d'une expérience particulière dans un domaine spécifique (ex : les procédures ablatives).

L'activité de rythmologie tend à se développer et si on prend comme base l'objectif de la HAS de 220 défibrillateurs par million d'habitants, la région Poitou-Charentes avec 118 / million d'habitants est encore assez éloignée de cet objectif.

Par ailleurs, si les centres qui pratiquent les techniques ablatives (CH Angoulême, La Rochelle et CHU Poitiers) ont une activité largement supérieure aux 50 actes pris comme référence dans l'arrêté seuil, il faut également noter que seuls 2 centres sur les 3 ont une activité d'implantation de défibrillateurs supérieure à 50 /an.

L'enjeu majeur de ce volet est le regroupement de l'activité d'angiocoronarographie et d'angiocoronaroplastie sur un seul site au niveau du territoire de la Vienne afin d'améliorer la qualité et sécurité des patients.

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

Optimiser la qualité et la rapidité de la prise en charge notamment en amont et en aval des syndromes coronariens aigus. Constituer des filières de soins articulées autour des réseaux de prise en charge des urgences, évaluer leur fonctionnement et leur impact sur la qualité des prises en charge.

Faciliter l'accès direct « au plateau technique hautement spécialisé », plateau spécialisé adapté à l'état du patient. Organiser une permanence des soins sur le site où s'effectue l'activité de cardiologie interventionnelle.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

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

Améliorer l'efficience

Regrouper les activités d'angiocoronarographie et d'angiocoronaroplastie sur un même site afin d'optimiser la gestion des ressources médicales et d'éviter l'irradiation et la double ponction artérielle. Prévenir les risques de ré-hospitalisation liés à l'insuffisance cardiaque chronique.

Les orientations régionales

En cardiologie interventionnelle pédiatrique

Le dispositif actuel qui repose sur un dispositif de prise en charge en grande partie extra régional dans les régions Aquitaine, Centre et Pays de Loire essentiellement, donne satisfaction. Le potentiel de la région Poitou-Charentes n'est pas suffisant pour justifier d'un centre dans cette spécialité, d'autant qu'aucune équipe régionale n'y a développé de compétence spécifique. Il convient donc de conserver le dispositif de prise en charge actuel dans une logique inter régionale.

En angioplastie coronaire

Le dispositif actuel devra évoluer, de manière à ce que les implantations autorisées répondent au seuil d'activité minimale (arrêté du 14 avril 2009) ainsi qu'aux conditions de fonctionnement définies par les décrets, notamment :

- l'appartenance obligatoire au réseau régional des urgences matérialisée par une convention avec les autres acteurs de la prise en charge (SAMU, urgences, réanimation, chirurgie cardiaque, SSR...) qui devra contenir les différents points prévus à l'annexe 2 de la circulaire,
- les modalités pour assurer la continuité des soins et la permanence des soins, en soulignant que la permanence sur place en USIC par un cardiologue senior doit être distincte de l'astreinte opérationnelle à domicile pour l'angioplastie,
- la rédaction de protocoles décisionnels, spécialement pour la prise en charge des syndromes coronariens aigus,
- l'organisation d'une filière extra et intra hospitalière évitant les pertes de temps avec un dispositif d'accès direct au plateau technique spécialisé.

En rythmologie interventionnelle

Les centres autorisés pour cette activité ont vocation à exercer l'ensemble des activités de rythmologie interventionnelle.

Chaque centre devra veiller, au moment du dépôt des dossiers d'autorisation, à disposer d'au minimum 2 rythmologues confirmés afin d'avoir les moyens d'organiser l'astreinte de sécurité en rythmologie, indispensable pour tout centre qui réalise des implantations de défibrillateurs. L'ensemble des procédures (ablation, DCI, STC) devra alimenter un registre régional.

Les implantations devront respecter les volumes d'activité tant pour les ablations que pour les stimulateurs et les défibrillateurs :

- 50 actes pour les procédures d'ablation endo cavitaire (hors jonction),
- 50 DCI,
- 100 stimulateurs, tous types confondus.

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

La continuité des soins et la fluidification des parcours de soins constituent une priorité, notamment pour la prise en charge des infarctus du myocarde. L'existence de conventions doit permettre de formaliser et de sécuriser les liens entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'amont jusqu'à l'aval.

Indicateurs de suivi

Mise en place d'un registre de prise en charge des syndromes coronariens aigus en vue de l'évaluation de protocole et / ou algorithme décisionnel concernant les stratégies de reperfusion en urgence. Taux de mortalité hospitalière liée à ces activités interventionnelles

Organisation cible

Territoire de la Charente

Nombre d'implantations

Modalités Territoire	Angioplastie coronaire	Rythmologie interventionnelle
Charente	1 implantation sur le site de recours (Angoulême)	1 implantation sur le site de recours (Angoulême)

Territoire de la Charente Maritime Nord

Nombre d'implantations

Modalités Territoire	Angioplastie coronaire	Rythmologie interventionnelle
Charente Maritime Nord	1 implantation sur le site de recours (La Rochelle)	1 implantation sur le site de recours (La Rochelle)

Territoire de la Charente Maritime Sud

Nombre d'implantations

Modalités Territoire	Angioplastie coronaire	Rythmologie interventionnelle
Charente Maritime Sud et Est	1 implantation sur le site de recours (Saintes)	1 implantation sur le site de recours (Saintes)

Territoire des Deux Sèvres

Modalités Territoire	Angioplastie coronaire	Rythmologie interventionnelle
Deux-Sèvres	1 implantation sur le site de recours (Niort)	1 implantation sur le site de recours (Niort)

Territoire de la Vienne

Nombre d'implantations

Modalités Territoire	Angioplastie coronaire	Rythmologie interventionnelle
Vienne	1 implantation sur le site de recours (Poitiers)	1 implantation sur le site de recours (Poitiers)

Références

- Décret n° 2009-409 du 14 avril 2009 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en cardiologie.
- Décret n° 2009- 410 du 14 avril 2009 relatif aux conditions techniques de fonctionnement.
- Arrêté du 14 avril 2009 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133 du code de la santé publique.
- Circulaire n°DHOS 04 /2009/ 279 du 12 août 2009.

La médecine d'urgence

Domaine stratégique

L'amélioration de la qualité du système de santé

Priorité

Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la demande d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.

Objectifs généraux du PSRS

Les nouveaux processus

- Favoriser les coopérations entre établissements de santé et les professionnels de santé.
- Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins :
 - o Maîtriser l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM)
 - o Maîtriser et adapter les implantations en lien avec les autorisations dans le cadre du SROS volet hospitalier
 - o Améliorer les pratiques médicales
 - o Adapter les plateaux techniques à l'évolution des technologies
 - o Graduer les plateaux techniques avec un hôpital de proximité comprenant au moins un service d'urgence et SMUR, un scanner, un service de médecine et une biologie.

La performance

- Améliorer l'efficacité :
 - o diffuser les bonnes pratiques
 - o équilibrer et optimiser la productivité des équipements
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Contexte et enjeux

Organisation actuelle

A l'heure actuelle, 20 établissements sont autorisés au titre de l'activité d'accueil et de traitement des urgences : 18 établissements publics, 2 établissements privés, et un CGS « urgences du pays Royannais ».

La répartition territoriale des services a été fixée conformément aux orientations du précédent schéma :

- 5 services d'accueil et de traitement des urgences (1 dans chaque pôle de recours des territoires de santé) ;
- 13 services d'accueil et de traitement des urgences (1 dans chaque établissement de proximité) ;
- 1 CGS « urgences du pays Royannais » associant le centre hospitalier de Royan et les deux cliniques ;
- 2 services d'accueil et de traitement des urgences privés (Poitiers et Niort).

La répartition territoriale des services mobiles :

- 21 unités SMUR sont réparties sur l'ensemble des territoires.

- La mise à disposition d'un hélicoptère sanitaire régional améliore l'accessibilité des usagers aux soins urgents.
- 2 antennes saisonnières de SMUR fonctionnent à partir des SMUR de Rochefort et de La Rochelle.
- L'ensemble de ces moyens mobiles sont régulés par les 4 SAMU.

Les points forts :

- L'accessibilité à un service d'accueil et de traitement des urgences en 30 minutes est la règle sur l'ensemble du territoire.
- Une organisation de l'ensemble des SMUR rationnelle et fonctionnelle.
- Des SAMU départementaux qui ont su globalement absorber de façon efficiente la charge liée à la PDSA.

Les points faibles

- Absence d'une coordination régionale
- Activités très inégales des SMUR (ceci est lié directement à la population desservie).
- Absence d'informatisation des SMUR (utilisation de tablettes informatiques permettant la saisie numérique des dossiers SMUR).
- Difficultés de fonctionnement des SMUR saisonniers liées au recrutement des personnels.
- Absence de liaison régionale entre les professionnels libéraux dans le cadre de la permanence des soins (secteurs non homogènes d'un département à l'autre).
- Délai d'attente long dans certains services d'accueil et de traitement des urgences.
- Absence de mise en place du répertoire opérationnel des ressources (ROR).
- Difficulté d'accès aux soins pour les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes.

L'enjeu majeur de ce volet est le maintien de l'ensemble des services d'urgences et des SMUR actuellement en place.

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

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

- Assurer **l'accès aux soins**, pour l'ensemble des besoins de soins non programmés et urgents (urgences et urgences vitales), par un maillage pertinent du territoire, en prenant en compte les SAMU-Centres 15, les structures de médecine d'urgence, les SMUR.

La couverture du territoire par les SMUR est garante de l'accès à des filières de soins spécialisés. Les implantations de structures des urgences répondent d'abord à un besoin de proximité. Elles peuvent également permettre une orientation vers des filières de soins spécialisées. La régulation par le SAMU et l'emploi du SMUR doivent être privilégiés pour l'accès direct des urgences vitales à des filières spécialisées.

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

- Affirmer et garantir le rôle des centres de réception et de régulation des appels (CRRA) au sein des SAMU-Centres 15, comme pivot de la régulation médicale permettant d'assurer une réponse adaptée et une couverture de l'ensemble du territoire de santé par un numéro d'appel national et unique (15).

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Améliorer l'organisation des services d'urgence pour augmenter le nombre de passages aux urgences de moins de 4 heures entre l'arrivée et la sortie du service des urgences.

Améliorer l'efficacité

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

Une attention particulière sera portée aux rares zones situées à plus de 30 minutes d'une structure d'urgence ou d'un SMUR. Le cas échéant, il conviendra de prendre en compte les organisations alternatives mises en place : réponses apportées par le premier recours (maisons de santé pluri-professionnelles, organisations de points fixes de garde dans le cadre de la permanence des soins), convention avec les services départementaux d'incendie et de secours, médecins correspondants de SAMU, etc. Pour identifier les zones concernées, des cartographies régionales (novembre 2007) des temps d'accès par les SMUR terrestres vitesse rapide, par les SMUR terrestres vitesse standard, par les hélicoptères et des temps d'accès aux urgences à vitesse standard sont disponibles sur le serveur.

- S'assurer de la cohérence du SROS et du SDACR (schéma départemental d'analyse et de couverture des risques), afin d'éviter les doublons et en application de la circulaire du 31 décembre 2007.
- Organiser l'orientation des patients vers les structures sanitaires ou médico-sociales disposant des compétences et/ou des capacités d'hospitalisation nécessaires. Promouvoir les conventions avec les structures des urgences de proximité et mettre en place des filières de prise en charge en urgence en particulier vers les plateaux techniques adéquats en particulier lorsque le pronostic vital et/ou fonctionnel est engagé (ex : syndrome coronaire aigu (SCA), AVC).
- S'assurer de la répartition et de la coordination des missions assurées par chaque SAMU départemental sur le territoire régional. La modernisation des SAMU doit viser à améliorer la qualité et l'efficacité de leur réponse, et permettre une bonne articulation entre SAMU.
- Etudier la faisabilité et les conditions de mise en place d'une interconnexion des centres 15 des 4 départements.

Les SAMU sont un pivot du système d'urgence et de permanence des soins.

Leurs moyens doivent être renforcés pour permettre une coordination encore plus efficace entre la ville et les services d'urgences hospitaliers.

Outre le renforcement de leurs moyens, l'organisation des SAMU doit être complétée par un renforcement des liens entre les SAMU eux-mêmes.

- Mettre en place un observatoire régional des urgences (ORU).

Le but de cet observatoire est d'améliorer la connaissance quantitative et qualitative des activités d'urgence de la région Poitou-Charentes, notamment en recueillant et en analysant l'ensemble des données épidémiologiques disponibles concernant les urgences de la région.

Les autres missions de l'ORU sont de transmettre les données recueillies à l'ARS, d'évaluer la qualité de ces données, d'assurer la diffusion des informations ainsi exploitées tout en favorisant le développement de la recherche épidémiologique.

Cet observatoire a également pour but d'instaurer une veille sanitaire.

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

Orientations régionales

Les principes

- Principe de sécurité : garantir l'accès aux soins dans un service adapté à la pathologie et aux situations sociales.
- Principe d'efficience : fédérer les moyens disponibles sur un territoire de santé en particulier les équipes SAMU, SMUR, Accueil urgences, HTCD au niveau du site de recours.
- Principe d'organisation : infléchir la trajectoire d'accès à la demande de soins non programmés tout en garantissant la prise en charge des urgences vitales, mise en place de filière courte pour certains patients ciblés.
- Principe de concertation : mettre en commun les informations utiles à la prise en charge du patient
- Principe d'évaluation : évaluer les répercussions sociales, économiques et médicales de la mise en place du dispositif régional.

Des prises en charge adaptées aux typologies des patients

La prise en charge des adultes :

La priorité devra être donnée à la réduction des délais d'attente. La mise en place d'une filière courte, l'augmentation des unités d'hospitalisation de très courte durée (HTCD) et l'optimisation de la gestion des lits d'aval sont des solutions.

La prise en charge des enfants et des adolescents :

La spécificité de cette prise en charge doit conduire au développement d'une filière spécifique d'entrée, d'orientation et de traitement.

La prise en charge des personnes âgées fragiles :

Pour cette catégorie de population, les délais d'attente demeurent une difficulté importante. Le SAMU et les services d'urgences doivent être associés à la mise en place de filières de soins gériatriques associant en particulier les médecins généralistes et les médecins d'EHPAD pour prévenir le passage aux urgences des personnes âgées fragiles.

Pour ces patients présents aux urgences, il est souhaitable de mettre en place des protocoles permettant aux médecins urgentistes de recueillir des avis gériatriques, de favoriser les admissions directes dans les Unités de Gériatrie Aiguë ou d'organiser des reconvoctions précoces en consultation externe de Gériatrie.

Les niveaux de prise en charge

La prise en charge des urgences comporte trois niveaux, qui correspondent globalement aux trois niveaux de territoire de santé déjà défini dans ce schéma, ainsi qu'au trois niveaux de plateaux techniques.

Le niveau 1 : correspond au niveau de proximité

Il comporte un service d'urgence ouvert 24h/24, comprenant une ligne de garde SAU et un SMUR primaire. La mutualisation de la ligne de garde SAU et SMUR en nuit profonde (avec une astreinte en cas de départ du SMUR) ne peut être envisagée qu'en tenant compte, outre de l'activité du SAU et du SMUR, de l'état de la permanence des soins hospitalière existante sur le site et de l'état de la permanence des soins ambulatoires existante sur le(s) secteur(s) concerné(s).

Le nombre de lits de HTCD est en fonction du nombre de passages. Un scanner est installé avec un manipulateur de radiologie en astreinte. La biologie doit pouvoir être assurée.

La télé médecine doit devenir un outil répandu pour ce niveau et apportera une aide indispensable tout en améliorant la sécurité.

Le niveau 2 : correspond au plateau technique de recours

Au niveau de ces services d'urgences, les moyens doivent être adaptés à l'activité et aux spécialités développées.

Au moins deux équipes SMUR sont nécessaires en garde : primaire et secondaire.

Un SAMU départemental comprenant une ligne de garde.

Le niveau 3 : représente le niveau régional

L'hélicoptère sanitaire est rattaché à ce niveau.

Le « trauma center » sera organisé et sera le référent pour l'accueil des polytraumatisés. Le SMUR pédiatrique devra être mis en place rapidement.

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

Articuler avec la permanence des soins libéraux.

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

Etablir des liens avec les maisons médicales de garde et les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Tenir compte de la possibilité de devoir faire face à des urgences collectives dans le dimensionnement des activités de médecine d'urgence.

Indicateurs de suivi

Dans le cadre de la mise en place de l'observatoire régional des urgences :

- Taux de recours aux urgences hospitalières (nombre de passages pour 10 000 habitants) (ind.CPOM)
- Pourcentage de passages aux urgences en moins de 4 heures
- Proportion des appels reçus au SAMU décrochés en moins d'une minute et taux d'appels perdus
- Pourcentage de journées d'hospitalisation en UHCD au delà des 24 premières heures
- Pourcentage de primo-secondaire de chaque SMUR

Organisation cible

Territoire de la Charente

Nombre d'implantations

5 implantations dont :

- 1 sur le site de recours (Angoulême) : SAMU-Centre 15 départemental, SMUR primaire et secondaire, SAU ;
- 4 sur des sites de proximité (Barbezieux, Ruffec, Confolens, Cognac) : SAU, SMUR primaire.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

Territoire de la Charente-Maritime Nord

Nombre d'implantations

2 implantations dont :

- 1 sur le site de recours (La Rochelle) : SAMU-Centre 15 départemental, SMUR primaire et secondaire, SAU, SMUR Maritime ;
- 1 sur le site de proximité (Rochefort) : SAU, SMUR primaire.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements.

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

Nombre d'implantations

4 implantations dont :

- 1 sur le site de recours (Saintes) : SAU, SMUR primaire et secondaire ;
- 3 implantations sur des sites de proximité (Saint Jean d'Angely, Royan, Jonzac) : SAU, SMUR primaire.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements - pas de modification

Territoire des Deux-Sèvres

Nombre d'implantations

5 implantations dont :

- 2 sur le site de recours (Niort)
 - 1 public SAMU-Centre 15 départemental : SMUR primaire et secondaire, SAU ;
 - 1 privé : SAU
- 3 sur les sites de proximité (Nord Deux-Sèvres)
 - Bressuire : SAU, SMUR primaire
 - Parthenay : SAU, SMUR primaire
 - Thouars : SAU, SMUR primaire

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements - pas de modification

Territoire de la Vienne

Nombre d'implantations

5 implantations dont :

- 2 sur le site de recours (Poitiers) :
 - o 1 public : SAMU-Centre 15 départemental, SMUR primaire et secondaire, SAU, SMUR néonatal et pédiatrique régional, HéliSMUR régional
 - o 1 privé : SAU
- 3 sur des sites de proximité (Loudun, Montmorillon, Châtelleraut) : SAU, SMUR primaire

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements - pas de modification

Références

- Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence :
- Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence.

La réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue

Domaine stratégique

L'amélioration de la qualité du système de santé

Priorité

Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la demande d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.

Les nouveaux processus

- Favoriser les coopérations entre établissements de santé et les professionnels de santé.
- Tenir compte des tailles critiques dans l'adaptation et l'évolution des structures du système de santé.
- Favoriser et rationaliser les regroupements en réseau et filière.

La performance

- Améliorer l'efficacité :
 - o diffuser les bonnes pratiques
 - o équilibrer et optimiser la productivité des équipements
- • Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Définitions

Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance (Art.R.6123-33). L'activité de soins de réanimation est exercée dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées à cette fin, pouvant assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale à la disposition exclusive de l'unité (Art. R. 6123-35).

Les soins intensifs sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance (Art. D 6124-104).

La surveillance continue est pratiquée dans les établissements de santé comprenant une ou exceptionnellement plusieurs unités, si la taille de l'établissement le justifie, organisées pour prendre en charge des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique (Art. D.6124-117).

Contexte et enjeux

Organisation régionale actuelle

La réanimation adulte

La prise en compte de ces différents paramètres (locaux, personnels, équipement des unités et des plateaux techniques) a conduit au cours du SROS III, à une restructuration des prises en charge de réanimation sur un nombre limité d'unités de façon à favoriser l'efficacité, la qualité et la pérennité des prises en charge.

L'appréciation des besoins au niveau de la région a permis une amélioration de la capacité préexistante au sein des 5 établissements publics actuellement référents sanitaires de secteur de la région (108 lits au 31/12/2010).

Le regroupement de patients relevant de réanimation est actuellement réalisé dans un nombre limité d'unités autorisées au niveau des centres hospitaliers de recours. Les durées de séjour dans les services de réanimation devront continuer à diminuer compte tenu des transferts en interne vers les unités de surveillance continue adjacentes ou en externe, vers celles reconnues dans d'autres établissements. Cependant, la capacité de ces services de réanimation devra être adaptée pour faire face aux besoins, plus particulièrement au niveau du site régional.

La réanimation enfant

- **L'unité de réanimation néonatale**

La réanimation néonatale a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux (Article R6123-42). Compte tenu des besoins existants, une seule réanimation néonatale apparaît suffisante au niveau de la région.

La réanimation néonatale a vocation à desservir l'ensemble de la région, elle est située au CHU (14 lits au 31/12/2010). L'ensemble des établissements possédant un service de maternité et de pédiatrie doivent avoir établi des protocoles de prise en charge et de transfert dans le cadre du fonctionnement en réseau inter-établissements.

- **L'unité de réanimation pédiatrique**

La réanimation pédiatrique a pour mission le traitement des détresses vitales les plus fréquentes des nourrissons, enfants et adolescents. Elle assure également la réanimation postopératoire de la chirurgie pédiatrique et néonatale (art.R.6123-38-3 du CSP). Compte tenu des besoins existants, une seule réanimation pédiatrique apparaît suffisante au niveau de la région (4 lits installés au 31/12/2010, 6 autorisés).

La réanimation pédiatrique a vocation à desservir l'ensemble de la région. Cette réanimation est maintenue au CHU avec développement de lits de surveillance continue permettant si nécessaire l'équilibration du patient avant retour sur les services de pédiatrie des plateaux techniques des territoires. L'ensemble des établissements possédant un service de pédiatrie doit avoir établi des protocoles de prise en charge et de transfert dans le cadre du fonctionnement en réseau inter-établissements.

Les soins intensifs

La définition des soins intensifs a induit de facto la disparition des soins intensifs (SI) polyvalents préexistants qui ont été transformés, suivant l'activité antérieure et la mise en place d'un réseau structuré de prise en charge, en réanimation ou en surveillance continue.

Le fonctionnement d'une unité de soins intensifs doit être organisé de façon à ce qu'elle soit en mesure d'assurer la mise en oeuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24, tous les jours de l'année (Art. D. 6124-105).

L'unité de soins intensifs doit pouvoir assurer le transfert des patients visés à l'article D. 6124-104 vers une unité de surveillance continue ou une unité d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet, ou dans une unité de réanimation si leur état le nécessite. L'unité de soins intensifs ne peut fonctionner qu'au sein d'un établissement disposant, selon la nature de la spécialité concernée, d'installations de médecine ou de chirurgie en hospitalisation complète (Art. D. 6124-106).

De façon à harmoniser les différentes prises en charge et activités réalisées au sein des soins intensifs, les moyens nécessaires à mettre en œuvre de façon à assurer qualité et sécurité des soins au sein de ces unités, services, départements ou fédération seront similaires à ceux exigés pour les soins intensifs cardiologiques.

Les implantations des unités de soins intensifs seront abordées au niveau des disciplines médicales.

La surveillance continue adulte

Elle constitue le 2^{ème} niveau de prise en charge, parallèlement à la réanimation. Son existence a été officialisée dans deux circonstances :

- au sein d'établissements disposant d'un ou plusieurs services ou unités de réanimation ;
- au sein d'établissements publics ou privés de santé dépourvus de ceux-ci mais liés avec eux par convention.

La reconnaissance des capacités de prise en charge a été réalisée dans le cadre de la contractualisation avec les établissements publics et privés de santé et de leur financement selon la tarification à l'activité. Si les unités de réanimation sont organisées de façon à pouvoir assurer de façon prolongée des techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale spécifique à l'unité (art D 6123-34), les unités de surveillance continue ont vocation à accueillir des patients nécessitant une observation clinique et biologique répétée et méthodique (art D 6124-117 du CSP).

Les unités de surveillance continue ne peuvent en aucun cas prendre en charge de façon prolongée des patients traités par assistance ventilatoire. La présence d'un médecin qualifié (médecine d'urgence, anesthésie, réanimation) de permanence sur place dans l'établissement est rendue nécessaire afin d'assurer la sécurité des patients admis dans ces unités.

Enfin, « Le regroupement des lits de surveillance continue dans une unité individualisée est toujours préférable à l'existence de lits non regroupés dédiés à cette activité. Ce regroupement aide grandement, en les justifiant, les efforts de mutualisation » (circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003).

La surveillance continue pédiatrique

La surveillance continue pédiatrique a pour mission de prendre en charge les nourrissons, enfants et adolescents qui nécessitent une surveillance rapprochée ou continue, en raison d'un risque de défaillance d'un ou de plusieurs organes ne nécessitant pas la mise en œuvre de méthodes de suppléance. Elle a également pour mission d'assurer la continuité des soins et la préparation à un éventuel transfert en réanimation pédiatrique. (art.R.6123-38-7).

L'unité de surveillance continue est associée à l'unité de réanimation pédiatrique lorsque l'établissement en dispose. Dans le cas contraire, l'établissement doit conclure une convention de transfert des patients avec un (ou des) établissement(s) autorisé(s) pour l'activité de réanimation pédiatrique. La capacité de l'unité de surveillance continue ne doit pas être inférieure à 4 lits. Des protocoles de prise en charge et de transfert seront établis dans le cadre du fonctionnement en réseau avec la réanimation pédiatrique.

Relations fonctionnelles

Le fonctionnement ne pourra être facilité et optimisé que par l'écriture de conventions inter établissements (par ailleurs obligation réglementaire édictée à l'article R.6123-34) qui préciseront les obligations réciproques des contractants institutionnels (cf. modèle à la fin du chapitre).

Une « charte médicale de fonctionnement » annexée à la convention permettra :

- d'établir les règles et procédures à respecter entre praticiens des établissements, notamment en termes de transfert puis de retour des patients.
- d'évaluer les prises en charge et les transferts tant sur les aspects quantitatifs que qualitatifs en précisant les indicateurs à recueillir, tout en permettant une plus grande facilité d'adaptation de la prise en charge médicale sans remise en cause de la convention.

L'enjeu majeur de ce volet au cours des années à venir est d'adapter les capacités des services de réanimation aux besoins de la région de manière à satisfaire les demandes et permettre une fluidité entre les services de réanimation et de surveillance continue adultes.

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

- Confirmer et adapter les activités de réanimation sur des sites pivots par territoire de santé, dans des agglomérations disposant d'un potentiel d'activité suffisant pour garantir une utilisation effective et pérenne des lits de réanimation, dotés des ressources médicales requises et d'un plateau technique significatif.
- Définir le maillage territorial de prise en charge des patients nécessitant d'une part une assistance respiratoire extracorporelle (AREC) permettant l'accès aux soins sur l'ensemble de la région, d'autre part une assistance cardio-circulatoire extracorporelle en lien avec la couverture d'intervention des unités mobiles d'assistance circulatoire (UMAC) et le schéma interrégional d'organisation de soins de la chirurgie cardiaque.

- **Concernant les adultes**

- Structurer une organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins par territoire de santé, dans le cadre d'un travail en réseau formalisé par convention inter-établissements en lien notamment avec le SAMU et les structures des urgences :
 - o par territoire de santé, un niveau de proximité peut se doter, en fonction de l'activité constatée de surveillance continue et compte tenu de l'éloignement géographique, d'unité(s) de surveillance continue ; un niveau de recours « site pivot » dispose d'au moins une unité de réanimation et d'une unité de soins intensifs en cardiologie.
 - o le niveau régional dispose de plusieurs unités de réanimation, de surveillance continue et de soins intensifs destinées notamment à la prise en charge de patients dans le cadre des cinq activités spécialisées relevant d'un schéma interrégional d'organisation sanitaire.
- Distinguer les unités de surveillance continue des établissements disposant d'unités de réanimation, des unités de surveillance continue des établissements n'en disposant pas, ces dernières n'étant pas soumises à autorisation et devant faire l'objet d'une reconnaissance contractuelle.
- Identifier la spécialité d'organe de chaque unité de soins intensifs (adulte).

- **Concernant les enfants**

- Identifier les unités de réanimation néonatale, distinctes des unités de réanimation pédiatrique.
- Identifier les unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée.
- Utiliser un dispositif régional de régulation des disponibilités en lits de réanimation à l'appui d'un système d'information partagé par tous les établissements concernés ; coordonner au plan régional les fermetures temporaires de lits de réanimation
- Définir le maillage territorial de prise en charge des patients nécessitant une assistance respiratoire extracorporelle (AREC) permettant l'accès aux soins sur l'ensemble de la région, en lien avec la couverture d'intervention des unités mobiles d'assistance circulatoire (UMAC) et le schéma interrégional d'organisation de soins de la chirurgie cardiaque.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Adapter les moyens en personnels, développer la formation et le soutien psychologique des soignants notamment dans la prise en charge de la douleur, des soins de fin de vie et de l'accès aux soins palliatifs.
- Développer la prise en charge psychologique des patients notamment dans la prise en charge de la douleur, des soins de fin de vie, des proches des patients hospitalisés en réanimation en adaptant les moyens en personnels. Faciliter les liens avec les unités de soins palliatifs. Intégrer l'aide psychologique aux soignants dans les situations particulièrement difficiles.

- Poursuivre la lutte contre les infections nosocomiales par la formation des personnels et l'utilisation de protocoles en hygiène, par le renforcement de la surveillance des infections nosocomiales et leur traitement, par une amélioration de l'organisation architecturale et des locaux.
- Poursuivre et intensifier les efforts réalisés en matière de prélèvements d'organes et de tissus par l'inscription systématique des équipes de réanimation et de surveillance continue dans les réseaux de prélèvement et de greffe mis en place par l'Agence de la biomédecine.

Améliorer l'efficience

- Poursuivre l'effort de recomposition territoriale des unités de réanimation adulte et pédiatrique afin de mutualiser les équipes et de répondre au mieux aux conditions techniques de fonctionnement, en tenant compte d'une analyse régionale sur les dispersions en matière d'activité et de fonctionnement des unités de réanimation pour adulte, des unités de réanimation pédiatrique et des unités de réanimation pédiatrique spécialisée.
- Optimiser la gestion des ressources médicales et paramédicales par le regroupement physique sur chaque site des activités de réanimation et de surveillance continue, privilégier les capacités des unités de réanimation de 10 à 12 lits au minimum, notamment par la fusion d'unités de petite taille existant dans un même établissement, afin d'optimiser l'organisation de la permanence médicale.
- Faciliter la filière des patients de réanimation par la formalisation de liens avec les services d'amont et d'aval habituels et notamment les structures SSR qui ont vocation à prendre en charge des polytraumatisés, des patients en coma prolongé, patients présentant des séquelles de polytraumatisme ou des lésions cérébrales sévères.
- Améliorer l'organisation de la permanence des soins pour l'accueil des patients en réanimation en lien avec les urgences.
- Réduire les durées moyennes de séjour des malades en réanimation et USC par une politique de contractualisation formalisée avec les services d'aval, notamment les structures SSR afin de réduire les délais de transfert des polytraumatisés, des patients en coma prolongé, patients présentant des séquelles de polytraumatisme ou des lésions cérébrales sévères, patients gériatriques.

Recommandations concernant :

➤ La réanimation

Fonctionnement général

Il importe de rappeler que la mise en œuvre du volet réanimation du SROS III est effective. La restructuration des services de réanimation a nécessité :

- d'une part leur mise aux normes réglementaires,
- d'autre part la mise en place effective des lits de surveillance continue qui leur permet d'absorber l'activité transférée par les autres établissements.

Il appartient donc, dans le cadre d'un fonctionnement en réseau, d'anticiper les transferts d'activité par la mise en place des modalités de leurs prises en charge. La structuration des prises en charge exige la continuité du service public qui ne pourra donc souffrir la fermeture totale ou partielle de certaines unités de prise en charge sauf impérieuses nécessités (réalisation de travaux ou raison de force majeure tel un problème infectieux majeur et/ou de sécurité).

Les fermetures pour travaux devront être anticipées et faire l'objet d'un protocole de suppléance adaptée, en relation avec les autres services de réanimation et les SAMU de la région.

Conventions entre établissements

Tous les établissements ont conclu des conventions régissant les relations entre activités de réanimation et de surveillance continue.

Elles ont été établies préférentiellement entre établissements du même ressort géographique, prévoyant en cas de difficultés le recours aux moyens de la région. Le recours aux moyens des régions voisines ne s'effectuera qu'en deuxième intention ou dans le cadre d'une demande motivée des patients ou de la famille.

Modalités de transfert et fiche de transfert de patients

Le « retransfert » précoce vers l'établissement « adresseur » du patient dès que son état de santé (et sa stabilisation) l'autorise constitue un élément primordial pour l'optimisation de la prise en charge. Les modalités sont établies par les professionnels afin d'assurer la transmission des éléments nécessaires à la prise en charge des patients, et de permettre la mise en œuvre de l'évaluation.

Les paramètres à enregistrer pour chaque patient admis en unités de surveillance continue (SC) et/ou réanimation sont systématiquement enregistrés pour chaque patient admis dans ces unités. Seuls les services de réanimation conformes à la réglementation pourront solliciter une augmentation de capacité si les besoins le justifient et dans le cadre du respect de l'ONDAM.

➤ La surveillance continue

La circulaire DHOS/SDO/N° 2003/413 du 27 août 2003 préconise que le nombre de lits de surveillance continue soit au moins égal à la moitié de la capacité en lits de réanimation. Si le retour précoce sur l'établissement « adresseur » atténue ce besoin, le service de réanimation devra disposer d'un nombre de lits de surveillance continue suffisant, d'une part pour assurer la prise en charge optimale des patients relevant de son aire géographique en tant qu'établissement de proximité et d'autre part, de ceux nécessaires pour confirmer la stabilité du patient avant de le retransférer.

Les unités de surveillance continue (USC) ont vocation à prendre en charge «des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique» (Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002).

En pratique, il s'agit de «situations où l'état ou le traitement du malade fait craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorées ou dont l'état, au sortir d'une ou plusieurs défaillances vitales, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation classique» (Circulaire DHOS/SDO/n°2003/413 du 27 août 2003).

Niveau intermédiaire entre les unités de réanimation et les unités de soins classiques, elles ne doivent pas prendre en charge plus de quelques heures les patients nécessitant une suppléance d'organe en rapport avec une défaillance viscérale aiguë (ventilation assistée, épuration extra rénale, traitement d'une insuffisance circulatoire aiguë...). Ceux-ci doivent être transférés dans l'unité de réanimation de l'établissement ou, en son absence, dans l'unité d'un autre établissement, voire, le cas échéant, dans l'unité de soins intensifs appropriée lorsqu'elle existe. Dans tous les cas, les transferts s'effectueront au regard de conventions pré-établies, et de chartes médicales de fonctionnement qui en préciseront les critères et modalités.

➤ Individualisation des USC

L'USC doit être une unité géographiquement individualisée. L'USC doit, dans toute la mesure du possible, être à proximité immédiate de l'unité de réanimation lorsqu'elle existe dans l'établissement. En cas de reconstruction, le projet architectural de réanimation devra prendre en compte cette nécessité. En l'absence d'unité de réanimation, l'USC devrait être à proximité de l'unité d'accueil des urgences ou du bloc opératoire.

L'USC doit être une unité administrativement individualisée, et ce hormis l'aspect d'évaluation de l'activité pratiquée, du fait de la réforme de la tarification liée à l'outil PMSI. Dans les établissements publics de santé, elle sera une unité fonctionnelle isolée ou rattachée à un service, sous la responsabilité d'un praticien hospitalier.

➤ Regroupement et polyvalence des USC

Compte tenu de l'évolution des pratiques médicales, de la démographie des praticiens dans les différentes spécialités et des nécessités de service (notamment gardes et astreintes), le regroupement géographique et fonctionnel des USC deviendra un élément majeur des restructurations hospitalières.

La polyvalence sera à privilégier, contrairement aux unités de soins intensifs, spécifique de défaillances d'organes.

➤ **Responsabilité médicale de l'USC**

Lorsque l'USC coexiste avec une unité de réanimation au sein d'un même établissement, il est souhaitable que les réanimateurs en assurent le fonctionnement. Diverses modalités d'organisation peuvent être proposées :

- L'USC peut être une unité fonctionnelle d'un service ou département de réanimation ; il est alors souhaitable que la médicalisation de l'USC s'effectue sur un mode suffisamment stable pour assurer un fonctionnement cohérent et suivi.
- L'USC peut aussi fonctionner dans un cadre propre à accueillir des patients de diverses spécialités.

Dans ce cas, chaque spécialiste assume la responsabilité des actes relevant de sa compétence au sein de l'unité; la sécurité des malades est assurée 24h/24 par l'équipe de réanimation, une garde junior est systématiquement associée à la garde senior lorsque réanimation et USC sont adossées. Dans cette situation, il est logique que l'organisation générale des soins soit sous la responsabilité d'un médecin réanimateur ; les modalités d'admission et de sortie des malades ainsi que les rôles respectifs des spécialistes et de l'équipe de réanimation doivent faire l'objet d'accords écrits.

Lorsque l'USC ne coexiste pas avec une unité de réanimation au sein d'un établissement de soins, elle peut être placée sous l'autorité de différents spécialistes (anesthésistes réanimateurs ou urgentistes de préférence). Le responsable doit en être désigné, le fonctionnement précisé par écrit et la prise en charge des situations d'urgence établie en accord avec les anesthésistes réanimateurs, et/ou réanimateurs médicaux et/ou médecins urgentistes.

Quel que soit l'environnement hospitalier des USC, des moyens spécifiques à ces unités doivent être objectivés en termes de temps médical et de personnel non médical. La permanence médicale des soins n'est pas obligatoirement exclusive à l'unité, mais doit être assurée soit par un médecin urgentiste assurant la garde du service accueil d'urgence soit par un médecin ayant la qualification, la compétence ou l'expérience attestée par l'article D 712-108 de décret n°2002-466 du 5 avril 2002. Il sera de préférence de garde sur place pour d'autres activités ou, à défaut, en astreinte opérationnelle. Toutefois, la présence dans l'USC d'un malade bénéficiant d'une technique de suppléance impose sur place la présence d'un médecin défini plus haut. Pour le personnel paramédical, il apparaît souhaitable qu'il y ait une infirmière et une aide soignant pour 6 patients présents.

➤ **Suppléances transitoires d'organes**

La présence d'un médecin sur le site, compétent dans la prise en charge de la suppléance d'organe concernée, est néanmoins rendue nécessaire afin d'assurer la sécurité des patients. Une procédure écrite (et jointe à la convention) précisera les modalités de fonctionnement des unités dans ces éventualités, tant en termes de personnels médical et non médical que de matériels et de locaux. Au regard de celles-ci, les possibilités de prise en charge (et notamment leurs durées) seront précisées dans le lien conventionnel inter-établissements.

➤ **Les rapports entre la réanimation et les unités de médecine et de chirurgie**

Nécessité de fluidifier les filières d'amont et d'aval autour de la réanimation :

- *En interne à l'établissement*

La prise en charge des patients admis en urgence dans l'établissement ou relevant de l'activité de chirurgie lourde programmée devra faire l'objet d'une procédure préalable, et être programmée pour la seconde en accord avec les réanimateurs. Il est primordial d'organiser les relations entre les services de réanimation et les USC / USI mais également avec l'ensemble des autres services d'hospitalisation, de façon à optimiser les sorties du service.

Les liens notamment avec les services de cardiologie, de pneumologie, de gastro-entérologie et les unités neurovasculaires seront privilégiés, de même qu'avec les unités d'HAD et les associations assurant les ventilations à domicile pour les insuffisants respiratoires chroniques.

- Entre établissements

En cas de transport effectués par les SMUR, les admissions des patients nécessitant d'emblée une prise en charge en réanimation doivent être réalisées en évitant les transits par les services d'urgence.

Indicateurs de suivi

Pour la réanimation adulte et la réanimation pédiatrique

- Taux d'occupation, durée moyenne de séjour, origine géographique des patients ;
- Pourcentage des patients ventilés ;
- Les Actes marqueurs de la CCAM, si tel est le cas ;
- Le nombre et type d'actions engagées dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Suivi des CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) lits SI/SC hors autorisation de réanimation : nb de séjours hospitaliers MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) concernés.

Pour la surveillance continue

- Les modes d'entrée et de sortie ;
- La durée de l'hospitalisation ;
- L'IGS II en réanimation ;
- L'existence d'une assistance ventilatoire éventuelle (type et durée) ;
- Les Actes marqueurs de la CCAM, si tel est le cas.

Organisation cible

Réanimation - Surveillance continue - Adultes

Territoire de la Charente

Modalité / Territoire	Réanimation	Surveillance continue
Charente	1 implantation sur le site de recours CH Angoulême	6 implantations dont : 3 sur le site de recours : CH d'Angoulême, clinique Saint Joseph, Polyclinique 5 sur les sites de proximité : CH Barbezieux, Confolens, Ruffec, Cognac, clinique de Cognac

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements.

Le fonctionnement des établissements en réseau s'appuiera sur le Centre hospitalier d'ANGOULEME, référent du territoire de recours.

Création d'une unité de surveillance continue à la Clinique de Cognac.

Territoire de Charente-Maritime Nord

Modalité / Territoire	Réanimation	Surveillance continue
Charente Maritime Nord	1 implantation sur le site de recours CH La Rochelle	3 implantations dont : 2 sur le site de recours : CH La Rochelle, clinique du Mail 1 sur le site de proximité : CH Rochefort

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements.

Le fonctionnement des établissements en réseau s'appuiera sur le Centre hospitalier de LA ROCHELLE, référent du territoire de recours.

Territoire de Charente-Maritime Sud et Est

Modalité / Territoire	Réanimation	Surveillance continue
Charente Maritime Sud et Est	1 implantation sur le site de recours CH Saintonge	5 implantations dont : 1 sur le site de recours : CH Saintonge 4 sur les sites de proximité : CH Royan, Jonzac, Saint Jean d'Angely, Clinique Pasteur

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements.

Le fonctionnement des établissements en réseau s'appuiera sur le Centre hospitalier de SAINTES, référent du territoire de recours.

Territoire des Deux-Sèvres

Modalité / Territoire	Réanimation	Surveillance continue
Deux Sèvres	1 implantation sur le site de recours CH Niort	3 implantations dont : 2 sur le site de recours : CH de Niort, clinique Inkerman 1 sur le site de proximité : CH Nord Deux Sèvres

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements.

Le fonctionnement des établissements en réseau s'appuiera sur le Centre hospitalier de NIORT, référent du territoire de recours.

Territoire de la Vienne

Modalité / Territoire	Réanimation	Surveillance continue
Vienne	1 implantation sur le site de recours CHU	5 implantations dont : 2 sur le site de recours : CHU, polyclinique 3 sur les sites de proximité : CH Châtelleraut, Montmorillon, Loudun

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements.

Pour ce qui concerne l'activité de surveillance continue, elle sera définie dans le cadre de la contractualisation de ces établissements.

Le fonctionnement des établissements en réseau s'appuiera sur le CHU, référent du territoire de recours et du territoire régional.

Réanimation - Surveillance continue – Enfants

Modalité / Territoire	Réanimation pédiatrique	Réanimation néonatale	Surveillance continue
Vienne	1 implantation sur le site de recours CHU	1 implantation sur le site de recours CHU	1 implantation dont : 1 sur le site de recours CHU

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements.

Les capacités seront adaptées aux besoins. Cet accroissement devra être compatible avec les ressources humaines qui pourront être disponibles.

Le fonctionnement des établissements en réseau s'appuiera sur le CHU, référent du territoire de recours et régional.

Soins intensifs adultes – Néonatalogie

Territoire de la Charente

Modalité / Territoire	SI Adultes	SI Néonatalogie
Charente	1 implantation : - Cardiologie - UNV sur le site de recours	1 implantation : - 2 A sur le site de recours

Territoire de Charente-Maritime Nord

Modalité / Territoire	SI Adultes	SI Néonatalogie
Charente Maritime Nord	1 implantation : - Cardiologie - UNV sur le site de recours	1 implantation : - 2 A sur le site de recours

Territoire de Charente-Maritime Sud et Est

Modalité / Territoire	SI Adultes	SI Néonatalogie
Charente Maritime Sud et Est	1 implantation : - Cardiologie - UNV sur le site de recours	1 implantation : - 2 A sur le site de recours

Territoire des Deux-Sèvres

Modalité / Territoire	SI Adultes	SI Néonatalogie
Deux Sèvres	1 implantation : - Cardiologie - UNV sur le site de recours	1 implantation : - 2 A sur le site de recours

Territoire de la Vienne

Modalité / Territoire	SI Adultes	SI Néonatalogie
Vienne	1 implantation : - Hématologie - Hépato-gastro-entérologie - UNV - Cardiologie - Post greffe Sur le site de recours CHU	1 implantation : - 2 A - 2 B sur le site de recours CHU

Références

- Décrets n°2002-465 et n°2002-466 du 5 avril 2002 dont réanimation (CSP art D.6124-27 à 33), soins intensifs (CSP art D.6124-104 à 116), surveillance continue (CSP D.6124-117 à 120)
- Décret n°2006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006 relatifs à la réanimation pédiatrique (modifié le décret n°2002-465 du 5 avril 2002)
- Circulaire n°DHOS/SDO/2003/413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue
- Circulaire n°DHOS/O/2006/396 du 8 septembre 2006 relative à l'application des décrets n°2006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006 relatifs à la réanimation pédiatrique
- Arrêté du 23 août 2003 : fixant les conditions permettant de justifier expérience attestée en réanimation

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Domaine stratégique

Cancers, maladies chroniques et maladies rares

Priorité

Les maladies du métabolisme et de la nutrition (y compris diabète et obésité)

Objectifs généraux du PSRS

- Organiser un accès territorial de prise en charge des maladies chroniques ;
- Développer la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique hors centre lourd et notamment développer la dialyse péritonéale.

Rappel des modalités de traitement de l'insuffisance rénale terminale

L'insuffisance rénale chronique terminale correspond au stade ultime de la maladie et nécessite pour assurer la survie du patient, un traitement de suppléance :

- o soit par les différentes méthodes d'épuration extrarénale (ou dialyse),
- o soit par la transplantation rénale (ou greffe).

L'ensemble de ces méthodes sont complémentaires. Elles peuvent être, au long cours, utilisées de façon séquentielle chez un même patient.

Les techniques

L'épuration extra-rénale (ou dialyse)

La dialyse correspond à différentes méthodes de suppléance de la fonction rénale soit par circulation extracorporelle (hémodialyse), soit par le filtre naturel que forme le péritoine (dialyse péritonéale).

Hémodialyse

Méthode la plus utilisée, elle repose sur un principe d'échanges, à travers une membrane semi-perméable, entre le sang et un liquide appelé dialysat. Selon l'importance relative des mécanismes de transfert mis en jeu, les modalités techniques de l'hémodialyse peuvent différer et sont dépendantes de la perméabilité des membranes d'échanges (membranes à haute et basse perméabilité). On distingue l'hémodialyse conventionnelle et ses dérivés plus récents (hémofiltration, hémofiltration, biofiltration). L'hémodialyse conventionnelle reste la méthode la plus utilisée : chaque patient est traité en moyenne par séance de 4 heures, trois fois par semaine. Il convient de préciser qu'une prise en charge est également possible par une hémodialyse quotidienne d'environ deux heures, six jours sur sept.

Dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale est une méthode d'épuration extrarénale qui utilise la membrane péritonéale comme membrane d'échange des déchets azotés entre les vaisseaux du péritoine et un liquide (dialysat) renouvelé régulièrement (= cycle) pendant un temps déterminé.

Selon la technique de distribution du dialysat, on distingue :

- des techniques manuelles avec poches,
- des techniques automatisées (D.P.A.) avec machine (cycleur),
- des techniques mixtes.

Les techniques les plus utilisées sont la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) et la dialyse péritonéale continue cyclique (D.P.C.C.) qui s'effectuent à domicile, de façon quotidienne (les échanges ayant lieu le jour et/ou la nuit, selon les techniques).

Les lieux de prise en charge

Le décret du 23 septembre 2002 prévoit que l'activité de traitement de l'IRC par la pratique de l'épuration extra-rénale est exercée selon les quatre modalités suivantes :

- hémodialyse en centre,
- hémodialyse en unité de dialyse médicalisée,
- hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée,
- à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale.

La transplantation rénale (ou greffe)

Elle permet à l'insuffisant rénal de retrouver une fonction rénale efficace, sans nécessité de recours à une technique d'épuration extrarénale. Cet acte médico-chirurgical ne peut être réalisé que dans les établissements de santé autorisés pour la transplantation rénale.

Le greffon rénal transplanté peut être issu soit d'un donneur vivant apparenté, soit d'un donneur décédé. Dans ce dernier cas, le prélèvement est réalisé dans les établissements autorisés à l'activité de prélèvements multi-organes (PMO).

L'Agence de la Biomédecine et les Services de Régulation et d'Appui des inter-régions ont pour mission la gestion de la liste nationale des patients en attente de greffe, les règles d'attribution des greffons et l'évaluation des activités de greffes et prélèvements d'organes.

Le contexte et enjeux

La population

Au 1^{er} janvier 2010, la population de Poitou-Charentes est estimée à 1 774 000 habitants. Depuis le 1^{er} janvier 1999, la population a augmenté de 134 000 habitants, ce qui représente un peu plus de 10 000 nouveaux habitants chaque année. L'augmentation annuelle moyenne de 0,72% est supérieure à l'évolution métropolitaine (0,65%). Le nombre de naissances compense tout juste le nombre de décès et l'augmentation de population est due à l'afflux de nouveaux arrivants (en particulier les retraités migrants). Les personnes de 60 ans et plus représentent 26,3% de la population de Poitou-Charentes, une part légèrement plus élevée qu'en 1999 (25,9%).

Le département le plus âgé de la région est la Charente-Maritime, la Vienne est le département le plus jeune.

Les besoins en Poitou-Charentes

Des besoins accrus en matière de dialyse liés au vieillissement de la population. En juin 2003, 627 patients étaient traités par dialyse en Poitou-Charentes dont 20 patients domiciliés hors de Poitou-Charentes (essentiellement en Vendée). Par ailleurs, 44 résidents de Poitou-Charentes soit 7% de la file active régionale, étaient dialysés dans les départements limitrophes (essentiellement la Haute-Vienne, la Gironde et le Maine-et-Loire).

L'âge moyen des patients dialysés est de 66,2 ans, un tiers des patients a plus de 75 ans. Entre 2000 et 2003, la moyenne d'âge des dialyses s'est légèrement modifiée avec une tendance au vieillissement. En 2008, la moyenne d'âge est de 67,3 ans ; 42 % des patients ont plus de 75 ans (moyenne nationale : 38 %).

En décembre 2010, 760 patients sont traités par dialyse en Poitou-Charentes ; soit une prévalence de 428 patients / million d'habitants et une progression moyenne du nombre de patients de 3,05 % / an sur les 10 dernières années. L'incidence de l'IRC dialysée (ancienneté de dialyse supérieure à 3 mois) est estimée en 2003 à 176 nouveaux cas par an, soit 10,7 pour 100 000 habitants. Le taux de croissance de l'incidence est estimé à 2 % par an, par comparaison aux données de l'année 2000.

En 2008, l'incidence est estimée à 210 nouveaux cas soit un taux de 121 par million d'habitants (pmh) (taux brut) et 105 en taux standardisé.

Des besoins accrus en matière de greffe rénale

L'activité de greffe est pratiquée sur le CHU de Poitiers, seul établissement autorisé de la Région. Au 31/12/2008, 118 malades étaient inscrits en attente de greffe rénale (CRISTAL), le nombre de malades greffés étaient de 65. En 2007, 2008, 2009 et 2010, 250 patients ont été greffés c'est-à-dire 62 en moyenne par an sur les 4 dernières années soit 35/ million d'habitants /an.

L'offre de soins en Poitou-Charentes

- Un dispositif de transplantation rénale

La greffe rénale est réalisée sur le CHU de Poitiers, seul autorisé dans la région Poitou-Charentes. Il convient également de souligner la proximité d'autres CHU extra-régionaux, en particulier ceux de Bordeaux, de Tours et de Nantes qui disposent d'équipes de transplantation rénale.

Cinq centres hospitaliers sont autorisés pour l'activité de prélèvement d'organes : le CHU de Poitiers, les centres hospitaliers de Niort, de La Rochelle, d'Angoulême et de Saintes.

Le taux d'équivalent temps plein de la région dédié à l'activité de prélèvement pour 1000 décès de court séjour reste un des plus faibles en France. Le renforcement des équipes de coordination du prélèvement est donc nécessaire. En 2010 le CHU n'a consacré que 2 ETP IDE et 0,5 ETP médical à l'activité de recensement et de prélèvements d'organes.

La valorisation de l'activité de recensement des donneurs potentiels et de prélèvement par la tarification à l'activité doit permettre à l'avenir de renforcer les moyens humains dédiés à cette activité.

Cinq centres hospitaliers disposant de service de néphrologie et de centre d'hémodialyse.

Les cinq centres hospitaliers, sites de référence de chaque territoire de santé, disposent d'un service de néphrologie-hémodialyse : CHU de Poitiers, Centres hospitaliers de Niort, Angoulême, Saintes, La Rochelle. Ils desservent dans un délai d'accès de 45 minutes, 90,4% de la population de Poitou-Charentes.

Actuellement, ils offrent :

- une activité d'hospitalisation complète en néphrologie ;
- des possibilités d'hospitalisation de jour en néphrologie-hémodialyse, plus ou moins formalisées selon les établissements ;
- un secteur d'hémodialyse et un secteur de formation aux techniques de dialyse ;
- des possibilités de repli pour tous les patients hors centre.

En 2010, l'équipement de ces centres est de 86 postes d'hémodialyse (traitement, repli, entraînement) auxquels s'ajoutent des générateurs de secours.

L'analyse de la situation des équipements et des personnels soignants et non soignants par rapport aux conditions techniques définies par les nouvelles dispositions réglementaires montre une conformité satisfaisante sur la plupart des critères hormis le secteur de formation et les postes disponibles pour les replis des patients hors centre.

L'activité d'hémodialyse développée sur ces 5 centres représente 51 % de l'activité régionale de dialyse ; soit entre 42 et 61 % selon les territoires. En décembre 2010, 399 patients sont pris en charge en dialyse dans ces cinq centres, soit une progression moyenne de 1,78 %/an depuis l'année 2000.

- Un dispositif hors centre

Il repose sur les deux Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) que sont l'Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel Poitou-Charentes (AURA PC) et l'Association pour le Développement de l'Autodialyse de la Charente-Maritime (ADA 17).

Ces établissements assurent différentes modalités de traitement :

- Hémodialyse en unité de dialyse

Depuis la mise en œuvre du volet « Insuffisance Rénale Chronique » du SROS II en 2001, l'ouverture des unités de dialyse médicalisée (UDM) est une des principales réalisations : actuellement, sept des huit UDM autorisées sont en fonctionnement dans des locaux conjoints aux unités d'autodialyse.

La région dispose de 14 unités d'autodialyse (UAD) ; ce qui constitue un bon maillage du territoire. Leur organisation est extrêmement variable : une ouverture entre six jours par semaine (à raison d'une à deux séances par jour) versus trois demi-journées hebdomadaires ; un accueil entre 4 et 24 patients selon les unités. Celles d'Angoulême, La Rochelle et Poitiers offrent des possibilités de séances semi-nocturnes. L'ensemble des équipements des structures hors centre s'élève à 145 postes installés auxquels s'ajoutent des générateurs de secours.

L'effectif en personnel soignant de ces unités est à priori conforme aux nouvelles dispositions réglementaires. Actuellement, la formation et le repli des patients sont organisés uniquement sur les centres d'hémodialyse. Les UDM ne réalisent pas, pour l'heure, le repli des patients traités en autodialyse ou en hémodialyse à domicile.

L'activité d'hémodialyse hors centre représente 40 % de l'activité régionale de dialyse (41 % des patients). En décembre 2010, 311 patients sont ainsi pris en charge, soit une progression moyenne de 6,11 % / an depuis 10 ans et une augmentation relative de 33 à 40 % de l'activité régionale de dialyse.

- Dialyse à domicile

Avec 8 % de l'activité régionale, la dialyse à domicile n'est plus représentée en décembre 2010 que par la dialyse péritonéale ; la technique par hémodialyse n'ayant cessé de régresser ces dix dernières années. La pratique de la dialyse péritonéale a elle-même régressé de 10 à 8 % au cours des dix dernières années ; avec des différences significatives (de 4 % à La Rochelle à 15 % à Saintes) selon les territoires de santé.

- Particularité de la région : l'accueil des vacanciers

Par son attractivité côtière et touristique, la région Poitou-Charentes, accueille un nombre conséquent de patients dialysés pour des séjours de vacances, environ 630 patients par an selon les données de 2003 (4% de l'activité globale régionale de dialyse).

Cet accueil s'effectue essentiellement dans les unités d'autodialyse, et maintenant les UDM, en particulier celles du département de la Charente-Maritime (La Rochelle, Royan, Rochefort, Saint Pierre d'Oléron). A l'exception du CH de La Rochelle qui organise une unité saisonnière, les centres lourds restent peu ouverts à cet accueil mais interviennent pour prendre en charge les replis des patients accueillis en hémodialyse hors centre.

- **Fonctionnement médical des structures**

Le fonctionnement médical de l'ensemble des structures de dialyse (centres et hors centre) repose sur les praticiens des cinq services de néphrologie-hémodialyse qui interviennent hors centre principalement dans le cadre de leur activité d'intérêt général et sur les médecins salariés des associations ; celles-ci pouvant par ailleurs participer au financement de postes hospitaliers.

Actuellement la région dispose de 24,5 praticiens en néphrologie-hémodialyse ce qui la place en dessous de la moyenne nationale (1.40 néphrologue/100 000 habitants versus 1.8 néphrologue/100 000 habitants en national). Un tiers d'entre eux a plus de cinquante ans.

Le recrutement de néphrologues est à envisager dans les années à venir au regard de la médicalisation accrue des structures de dialyse en particulier hors centre, d'une démographie médicale faible dans cette spécialité et du départ en retraite probable d'un tiers des néphrologues d'ici cinq ans. Pour faire face à ces départs, l'objectif est de former trois néphrologues par an pendant cinq ans.

- **Coopérations et partenariat**

Les conventions de coopération sont rendues nécessaires par l'article R.6123-55 du code de la santé publique qui s'impose aux établissements de santé qui ne disposent pas en propre des trois modalités de traitement que sont l'hémodialyse en centre, l'hémodialyse en unité d'autodialyse et la dialyse à domicile. Le partenariat entre les établissements s'établit également par des conventions concernant généralement la mise à disposition de personnel, de locaux, la formation et le repli.

Des consultations avancées de néphrologie fonctionnent depuis plusieurs années sur les centres hospitaliers de Cognac, Saint Jean d'Angély, Jonzac et Royan ainsi que Rochefort.

Les conditions de repli des patients, y compris ceux accueillis lors de séjours de vacances, doivent être prévues par ces conventions ; ainsi que les modalités d'organisation des astreintes médicales et paramédicales. Les enjeux majeurs de ce volet sont le maintien de l'activité de greffe rénale au moins au niveau actuel et le développement de la dialyse hors centre en particulier de la dialyse péritonéale.

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

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

- Rééquilibrer l'offre par territoire de santé.
- Diversifier et renforcer l'offre de soins de proximité.
- Réduire le temps d'attente d'inscription à la «liste nationale des malades en attente de greffe d'organe» pour les patients pouvant en bénéficier.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Renforcer la qualité et la sécurité des soins des personnes dialysées.
- Prévenir ou retarder la survenue de l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT) - (cf recommandations ANAES 2004).

Améliorer l'efficience

- Contribuer à la réduction des dépenses liées à la prise en charge des personnes dialysées (coût des séances et des transports).
- Développer la dialyse hors centre en tenant compte des besoins de la population.
- Promouvoir le développement des stratégies de traitement coût - efficacité.

Orientations régionales

Développement de la greffe rénale

La transplantation rénale constitue une priorité thérapeutique pour les patients lorsqu'elle est médicalement indiquée. Plusieurs facteurs contribuent actuellement à l'amélioration des résultats :

- l'état clinique du receveur notamment sur le plan cardio-vasculaire (importance du suivi précoce des insuffisants rénaux, qualité et précocité de la dialyse, correction des facteurs de risques, etc)
- la qualité hémodynamique du greffon,
- la qualité du suivi post-greffe,
- la qualité de l'immuno-suppression, l'arsenal thérapeutique s'est enrichi et une amélioration à long terme peut être espérée.

La politique d'inscription en liste d'attente et les pratiques d'allocation des greffons sont en constante évolution pour améliorer l'efficacité de la répartition des organes et pour réduire les inégalités d'accès à la greffe entre malades. Parallèlement, le nombre de malades greffés une année donnée est nettement inférieur à celui des malades en attente, confirmant la pénurie d'organes. Les leviers de lutte contre la pénurie d'organes sont connus et doivent être développés. La promotion de la greffe et du prélèvement pour maintenir le délai d'attente faible dans la région Poitou-Charentes doit être consolidée.

Pour couvrir les besoins régionaux en matière de greffe rénale, deux objectifs sont définis :

Poursuivre la dynamique du prélèvement d'organes

Le taux de donneurs prélevés en 2009 au niveau de la région Poitou-Charentes était de 35,7 pmh contre 24,2 au niveau national. L'optimisation de l'activité de recensement des donneurs potentiels et de prélèvement multi-organes en région Poitou Charentes a permis à la région de se classer en 2^{ème} position en 2009 et en 1^{ère} en 2010.

Chacun des établissements actuellement autorisés doit renforcer son activité de prélèvement multi-organes. Au niveau du CHU de Poitiers, une plage prioritaire sera mise en place en cas de greffe rénale inopinée.

Le centre hospitalier de Saintes, centre de référence du secteur sanitaire récemment autorisé, a vocation à développer cette activité. La mise en œuvre nécessite des équipes de coordination sur

chaque site autorisé et des conventions d'objectifs avec l'Agence de Biomédecine.

Les centres hospitaliers autorisés organisent, si possible, l'activité de prélèvement d'organes en favorisant le prélèvement sur place en raison de :

- la préservation de l'hémodynamique du donneur favorisant la qualité du greffon ;
- une meilleure acceptation du prélèvement par la famille du fait du non transfert du donneur.

Le réseau de prélèvement sur la région Poitou-Charentes peut être optimisé en structurant mieux la coordination entre le CHU, les établissements préleveurs et les autres établissements dans le cadre du recensement et des transferts de donneurs potentiels. Ce réseau a également pour objectif de contribuer à la mise en commun des expériences et des compétences.

L'organisation de ce réseau dans la région Poitou-Charentes doit s'articuler autour des centres hospitaliers préleveurs. Dans le cadre de la révision de la loi Bioéthique 2004, les centres hospitaliers non préleveurs doivent participer à l'activité de prélèvements d'organes et de tissus en passant convention avec les établissements de santé autorisés de proximité (ex : Rochefort et La Rochelle). Les centres hospitaliers préleveurs s'articulent avec le CHU de Poitiers.

Pour optimiser cette activité de recensement et de prélèvement, chaque établissement autorisé doit bénéficier des moyens prévus par la T2A. L'augmentation du prélèvement en Poitou-Charentes passe par le développement des prélèvements chez les donneurs vivants et chez les sujets décédés en arrêt cardiaque en même temps que par le maintien de l'activité de prélèvement élevée chez les sujets en mort encéphalique. Les machines à perfuser les organes doivent être utilisées largement pour les donneurs à critères étendus.

Poursuivre la dynamique de greffe rénale

L'augmentation du nombre de greffons rénaux disponibles sur la région doit permettre d'accroître le nombre de patients greffés en Poitou-Charentes : l'affectation du greffon à la région où il est prélevé, est un des critères prioritaires d'attribution par l'Agence de Biomédecine, après le respect des priorités nationales. Le CHU de Poitiers est le site de référence autorisé pour la région en matière de transplantation. Elle est réalisée par la collaboration entre les équipes de Néphrologie et de Chirurgie Urologique du CHU.

Une coopération entre les différents néphrologues de la région et l'équipe du CHU est déjà instaurée notamment pour la préparation des patients et la surveillance alternée en post-greffe. Ce fonctionnement en réseau doit être poursuivi et renforcé pour favoriser le développement de la greffe rénale en région. L'activité de suivi de greffe est en augmentation et consomme du temps de néphrologue sur le CHU mais également sur tous les services de néphrologie qui suivent en alternance les patients. Un renforcement de temps de néphrologue, en particulier sur le service du CHU, sera nécessaire pour accompagner la réalisation de cet objectif. Dans le cadre du renforcement de cette activité prélèvement-greffe rénale, l'aide au fonctionnement en réseau sera favorisé par le développement des technologies de communication (télémédecine, dossier médical commun informatisé).

Le développement de l'activité du service de Néphrologie et Transplantation Rénale du CHU de Poitiers est actuellement freiné par des capacités d'hospitalisation traditionnelle et d'hospitalisation de jour trop limitées. En effet, le service ne dispose que de 4 lits de soins intensifs pour la réalisation des greffes et de seulement 8 lits d'hospitalisation traditionnelle. Ces capacités sont insuffisantes pour assurer le repli des malades greffés et dialysés, assurer la mission de recours régional du CHU (voire national car le service de néphrologie est labellisé centre national de référence maladies rares pour l'amylose AL). L'extension de la néphrologie sera étudiée dans le cadre de l'organisation interne du CHU.

Adaptation des modalités de traitement par dialyse

La réponse aux besoins de la population impose différentes orientations :

Promouvoir la dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale est faiblement utilisée en France comparativement à d'autres pays dans le monde, notamment la plupart des pays européens : 7,2% contre 15% pour les autres pays de l'OCDE (rapport REIN 2008). Toutefois après une pleine évolution, la tendance est à la baisse dans l'utilisation de cette technique même dans les pays industrialisés qui en ont fait un usage important.

Depuis quelques années, l'amélioration des techniques de dialyse péritonéale (dialysat biocompatible, progrès dans la connectologie, systèmes d'aide à la manipulation, etc.) plaide dans le sens de son développement (meilleure maîtrise des complications, qualité de vie du patient, préservation du capital veineux, conservation de la diurèse résiduelle).

En dehors des contre-indications absolues et relatives, les indications sont importantes : elle est notamment indiquée en première intention chez les sujets jeunes en attente de greffe rénale, et peut être également proposée chez les personnes âgées. La DPCA est une technique de moyen terme, envisageable pour une durée de 2 à 4 ans environ (rarement prolongée au-delà de 5 ans). Elle s'inscrit donc dans une démarche thérapeutique qui devra envisager ultérieurement soit la greffe rénale, soit un transfert en hémodialyse.

Le recours à la dialyse péritonéale correspond à 8 % de l'activité régionale de dialyse, avec des différences selon les territoires de santé. Une des raisons en est la population âgée. En effet, qu'elle soit manuelle ou automatisée, cette technique de dialyse doit être pratiquée par le patient lui-même avec ou sans l'aide d'une tierce-personne.

Il faut souligner la lourdeur de cette méthode de dialyse pour ceux qui en ont la charge. Dans le cadre de ce schéma, l'effort engagé sera poursuivi pour atteindre dans chaque territoire de santé, un objectif de 15 % des nouveaux dialysés pris en charge en dialyse péritonéale en 2013. Il est particulièrement souhaitable que cette technique puisse se développer au bénéfice des personnes âgées dans les EHPAD et à domicile avec le concours des infirmiers libéraux.

Sur le site du CHU de Poitiers, la création d'une structure dédiée à la DPCA, accolée à l'hospitalisation de jour de néphrologie est demandée depuis longtemps pour permettre le développement de la DPCA et l'éducation des malades.

Maintenir l'hémodialyse à domicile

Cette méthode d'hémodialyse permet la meilleure qualité de traitement par l'augmentation de la durée, voire de la fréquence des séances. Elle présente des contraintes significatives : elle nécessite une autonomie absolue du patient moyennant l'aide d'une tierce personne et implique une grande motivation de la part du patient.

Elle doit continuer à être encouragée par tous les moyens utiles et innovants, compte tenu de ses nombreux avantages. Dans cet objectif, la région Poitou-Charentes doit maintenir des centres de compétences pour la formation des patients à cette technique.

Poursuivre l'adaptation des unités d'autodialyse (UAD) et le développement des unités de dialyse médicalisée

La prise en charge en UAD (le plus souvent sur le mode assistée) est bien développée en Poitou-Charentes dans un objectif de proximité. Le vieillissement de la population des dialysés, l'aggravation des co-morbidités nécessitent de plus en plus des prises en charge médicalisées.

Les unités de dialyse médicalisée autorisées en référence au précédent schéma sont encore insuffisantes pour répondre à ce besoin et d'autres implantations doivent être envisagées. Le rapprochement des unités de dialyse médicalisée d'un établissement de santé disposant d'un centre d'hémodialyse ou plutôt d'un service médical d'urgence (SMUR) doit être recherché afin de faciliter le partenariat entre les équipes de néphrologues et permettre de répondre au délai d'intervention compatible avec l'impératif de sécurité ; la proximité d'un établissement de santé permettant par ailleurs d'améliorer la prise en charge des patients en facilitant la coopération avec les médecins exerçant dans cet établissement.

Ces unités ont vocation à développer la formation aux techniques de dialyse et à assurer des possibilités de séances de repli des patients traités en autodialyse ou hémodialyse à domicile dont l'état ne justifie pas une hospitalisation. L'évolution liée aux besoins des patients, aux normes de fonctionnement et à la qualité impliquera :

- un regroupement de certaines structures, et dans ce cadre, un rapprochement avec les établissements de santé de proximité pourra être recherché ;
- des locaux dimensionnés au nombre de patients accueillis en permanence et/ou lors de séjour vacances, et répondant à des contraintes de qualité, d'accessibilité et de sécurité ;
- des possibilités de proposer et favoriser une autodialyse dite simple, et des séances nocturnes.

Conforter les missions des centres d'hémodialyse

Les centres d'hémodialyse ont vocation à répondre principalement aux besoins des patients les plus dépendants, présentant des co-morbidités sévères et/ou instables sur le plan hémodynamique.

Ils sont implantés au sein d'un établissement de santé disposant de l'environnement technique et des capacités d'hospitalisation en référence aux dispositions réglementaires prévues pour cette modalité de traitement.

Les indicateurs de prise en charge des patients en dialyse montrent une grande diversité des pratiques d'une région à l'autre, fruit des habitudes des écoles et de l'historique de l'offre de soins (REIN 2008).

Le bénéfice individuel attendu (survie, qualité de vie, insertion sociale) est le premier critère de décision. A bénéfice individuel attendu identique, le moindre coût doit être recherché.

Une bonne organisation régionale avec développement de la dialyse hors centre (dialyse péritonéale et hémodialyse en unité de dialyse), devant représenter au moins 55 % de l'activité de dialyse, permet la graduation des prises en charge en réservant le centre comme site référent des patients les plus lourds.

Les capacités d'accueil des malades en centre lourd dans la Vienne sont insuffisantes. A plusieurs reprises, des malades ont été transférés du CHU de Poitiers vers d'autres hôpitaux de la région faute de place locale pour assurer les séances d'hémodialyse. Ces malades ne relevaient pas d'une prise en charge hors centre. L'augmentation de la capacité d'accueil en centre lourd est donc à considérer de façon urgente dans le département.

Le réseau épidémiologie et information en néphrologie «REIN»

L'inscription de la région Poitou-Charentes dans le réseau épidémiologie et information en néphrologie «REIN» est réalisée. Elle contribue à l'instar d'autres régions, à ce système national d'informations pour la santé publique et la recherche. Régionalement, ce système continu de recueil de données relatives aux patients bénéficiant de traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique informe sur les évolutions des populations traitées et des modalités de prise en charge.

Il constitue un élément important du suivi du schéma, et permet de moduler si nécessaire les orientations préconisées et en particulier, celles fondées sur des projections de population.

Organisation interrégionale de la dialyse pédiatrique

Compte tenu de la très grande spécialisation de la prise en charge des enfants insuffisants rénaux et au regard de la faiblesse du nombre d'enfants concernés en Poitou-Charentes, l'organisation de la dialyse pédiatrique demeure du niveau inter-régional.

Sur la région Centre, le CHU de Tours (Service de Néphrologie-Hémodialyse) qui assure actuellement la majorité des prises en charge des enfants picto-charentais (dialyse et greffe), est le principal site de référence du Poitou-Charentes.

Deux autres régions offrent des possibilités de dialyse pédiatrique :

- l'Aquitaine, avec le Service de Néphrologie-Hémodialyse du CHU Pellegrin de Bordeaux,
- les Pays de Loire, avec le Service de Pédiatrie du CHU d'Angers et le Service de Pédiatrie du CHU de Nantes.

Ces trois structures pourront être également sollicitées si nécessaire en fonction des besoins des patients résidant sur les départements limitrophes.

Renforcement de la sécurité et de la qualité de la dialyse

La sécurité de la dialyse passe par le respect des bonnes pratiques et l'application des règles établies en matière de sécurité sanitaire notamment dans les domaines suivants :

- la qualité de l'eau de dialyse et la gestion des filières de traitement,
- la gestion des risques :
 - o lutte contre le risque infectieux et prévention des infections nosocomiales,
 - o matériovigilance,
 - o pharmacovigilance,
 - o gestion des déchets à risques.

Outre les démarches de qualité engagées dans les établissements de santé et les structures associatives dans le cadre de l'accréditation, l'amélioration de la qualité sera particulièrement recherchée pour :

- les pratiques soignantes,
- la formation des professionnels,

- l'évaluation des soins,
- l'information des patients.

Cette information du patient est particulièrement importante, en particulier au stade de pré-dialyse afin de lui permettre un choix éclairé sur l'ensemble des modalités thérapeutiques existantes. D'ores et déjà, plusieurs structures de prise en charge de l'IRC ont mis en place des méthodes et des outils de communication et d'information en région. Leur développement doit être poursuivi et un partenariat avec les associations de malades sera recherché auprès de leurs bénévoles formés, dans le respect du secret médical et du libre choix du patient.

Les recommandations en faveur de l'amélioration de la prévention de l'insuffisance rénale chronique terminale

Renforcer le dépistage des populations à risque spécifique, en particulier les patients diabétiques et atteints de pathologies vasculaires ;

Renforcer la qualité de la prise en charge du diabète type 2 ;

Améliorer la collaboration entre néphrologues et médecins généralistes pour une prise en charge spécialisée accrue des patients et une adaptation de leur suivi ;

Développer la prévention primaire pour réduire les risques néphrotoxiques liés à l'utilisation de certains médicaments ou à l'exposition à des substances toxiques.

Pour ce faire, il est proposé :

- La promotion de la mise en place de cohortes en amont du stade terminal pour suivre et évaluer l'évolution des pratiques de prise en charge de la maladie rénale chronique ainsi que la diffusion des données épidémiologiques doivent être développées.
- Le renforcement de la formation et l'information sur les bonnes pratiques pour la surveillance et la prise en charge thérapeutique en direction des médecins généralistes (formation médicale continue, utilisation de « reminders », développement des outils informatiques, etc.) ; une évaluation des pratiques professionnelles actuelles pourrait être conduite pour amener à des propositions adéquates en terme de formation.
- Le développement du partenariat entre les médecins généralistes et les spécialistes sera favorisé afin de renforcer la prévention, le dépistage, la coordination et le suivi des patients porteurs d'une maladie rénale. Un réseau de soins formalisé pourra constituer le support de cette collaboration et bénéficier d'un éventuel soutien financier dans le cadre des dispositifs actuels (fonds d'aide à la qualité des soins de ville ou FIQSV, dotation régionale de développement des réseaux ou DRDR).
- La mise en place de consultations avancées de néphrologie dans les centres hospitaliers ne disposant pas de cette spécialité pour favoriser en proximité le recours au conseil spécialisé ; en particulier pour les établissements de Châtellerauld, Loudun, Ruffec, Barbezieux ; la « réactivation » des consultations spécialisées sur le Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres.
- Le développement de la structure d'hospitalisation de jour et d'éducation thérapeutique dans le service de néphrologie du CHU de Poitiers.
- Le renforcement du rôle des laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM) dans le dépistage de l'IRC qui prévoit en particulier :
 - o le calcul de la clairance de la créatinine selon la formule MDRD (Modification of the Diet in the Renal Disease),
 - o la mention des résultats sur les comptes rendus d'analyses,
 - o la sensibilisation et l'information des médecins si les résultats sont anormaux.

La diffusion de recommandations médicales relatives au dépistage et à la prévention de l'IRC seront diffusées auprès de certains assurés à risque spécifique ciblés par l'Assurance Maladie.

L'ensemble de ces propositions ne peut se concrétiser qu'avec la collaboration entre la médecine ambulatoire et les structures hospitalières référentes.

Le territoire de santé, base de l'organisation

Il doit pouvoir :

- offrir des possibilités de consultations et d'hospitalisations en Néphrologie ;
- disposer des quatre modalités de traitement par épuration extra-rénale (hémodialyse en centre, en unité de dialyse médicalisée, en unité d'autodialyse et dialyse à domicile) ;
- être doté d'un établissement de santé autorisé à l'activité de prélèvements multi-organes.

Cette organisation doit permettre la coordination et la graduation des prises en charge au sein d'un territoire. Les conventions de coopération et une organisation en réseau devront créer les liens nécessaires entre les différents établissements et professionnels concourant à la prise en charge de l'IRCT, y compris ceux de la médecine ambulatoire.

Ce découpage assure ainsi pour 90% de la population picto-charentaise, un accès à moins de quarante-cinq minutes aux services de néphrologie-hémodialyse et plus rapide aux unités de dialyse.

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

L'objectif est de :

- Favoriser la coopération ville-hôpital, plus précisément avec les infirmiers en exercice libéral ;
- Favoriser les liens avec la médecine générale, la cardiologie et l'endocrinologie ; le cas échéant, par des liens avec le schéma régional de prévention pour le diabète, l'hypertension artérielle... ;
- Contribuer à développer les liens entre les structures autorisées en dialyse péritonéale et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- Dépister et mieux prendre en charge les patients à risque d'insuffisance rénale chronique : diabète HTA, maladie athéromateuse, néphropathies familiales ;
- Prévenir de l'iatrogénie médicamenteuse en ciblant particulièrement les personnes âgées ;
- Développer l'éducation thérapeutique mutualisée (IRC-cardiologie-diabète).

Indicateurs de suivi

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

Organisation cible

Territoire de la Charente

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Nombre d'implantations

Modalités / Territoire	Hémodialyse en centre	Unité de dialyse médicalisée	Unité d'autodialyse simple / assistée
Charente	1 implantation sur le site de recours (Angoulême)	2 implantations dont : - 1 sur le site de recours (Angoulême) - 1 sur le site de proximité de Châteaubernard	2 implantations dont : - 1 sur le site de recours - 1 sur le site de proximité de Cognac

Territoire de la Charente-Maritime Nord

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Modalités / Territoire	Hémodialyse en centre	Unité de dialyse médicalisée	Unité d'autodialyse simple / assistée
Charente Maritime Nord	1 implantation sur le site de recours (La Rochelle)	2 implantations dont : - 1 sur le site de recours (La Rochelle) - 1 sur le site de proximité de Rochefort	- 3 implantations dont : - 1 sur le site de recours - 2 sur des sites de proximité

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : pas de modification.

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Nombre d'implantations

Modalités / Territoire	Hémodialyse en centre	Unité de dialyse médicalisée	Unité d'autodialyse simple / assistée
Charente Maritime Sud et Est	1 implantation sur le site de recours (Saintes)	2 implantations dont : 1 sur le site de recours 1 sur le site de proximité Royan	3 implantations dont : - 1 sur le site de recours - 2 sur des sites de proximité Royan, Saint Jean d'Angely

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : pas de modification.

Territoire des Deux-Sèvres

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Nombre d'implantations

Modalités / Territoire	Hémodialyse en centre	Unité de dialyse médicalisée	Unité d'autodialyse simple / assistée
Deux Sèvres	1 implantation sur le site de recours (Niort)	1 implantation sur le site de recours (Niort) 1 implantation sur le site de proximité (Parthenay)	3 implantations dont : - 1 sur le site de recours (Niort) - 2 sur des sites de proximité (Nord Deux-Sèvres)

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : pas de modification

L'unité UDA de Bressuire pourra être transférée à Faye L'Abbesse à l'ouverture du nouvel hôpital.

Territoire de la Vienne

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Modalités / Territoire	Hémodialyse en centre	Unité de dialyse médicalisée	Unité d'autodialyse simple / assistée
Vienne	2 implantations dont : - 1 sur le site de recours (Poitiers) - 1 sur le site de proximité (Châtelleraut) *	2 implantations dont : - 1 sur le site de recours (Poitiers) - 1 sur le site de proximité (Châtelleraut)	2 implantations dont : - 1 sur le site de recours (Poitiers) - 1 sur le site de proximité (Châtelleraut)

* dans le cadre d'une fédération inter service avec le CHU de Poitiers

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : pas de modification

Références

- Décret n°2002-1197 du 23 septembre 2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique.
- Décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique.
- Circulaire DHOS/SDO n° 2003-228 du 15 mai 2003 relative à l'application des décrets n° 2002-1197 et 2002-1198 du 23 septembre 2002 (BOMSS 28 juin 2003 n° 2003/2004, p. 105).
- Lettre DHOS du 13 avril 2004, éléments méthodologiques relatifs à l'élaboration des volets des SROS relatifs au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale.
- Circulaire DHOS/O1 n° 2005-205 du 25 avril 2005 relative aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale (BO Santé 15 juillet 2005, n° 5, p. 20).
- Circulaire DHOS/E4/AFSSAPS/DGS n° 2007-52 du 30 janvier 2007 relative aux spécifications techniques et à la sécurité sanitaire de la pratique de l'hémodiafiltration et de l'hémodiafiltration en ligne dans les établissements de santé (BO Santé n° 2007/3 du 15 avril 2007, p. 51).
- Directive aux ARS relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010.

Le traitement du cancer

Domaine stratégique

Cancers, maladies chroniques et maladies rares

Priorité

Les cancers

Objectifs généraux du PSRS

- Développer le dispositif d'annonce, les programmes personnalisés de soins de support.
- Respecter le choix du patient dans les méthodes de traitement de sa pathologie.
- Développer la mise en réseau des acteurs de la prise en charge du niveau interrégional (cancéropôle grand-ouest), régional (réseau onco-poitou-charentes) et local (coopération entre les établissements autorisés, les établissements associés et le secteur ambulatoire) pour organiser un accès territorial de prise en charge pour tous les malades dans des délais acceptables.
- Renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge.
- Développer les programmes d'accompagnement d'éducation thérapeutique et réduire les inégalités territoriales.
- Prévenir la dénutrition par une alimentation adaptée.
- Favoriser la pratique d'activité physique en prévention de la maladie et de la récurrence (sein, colon).
- Participer aux actions de recherche.

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

L'accès à la filière de soins se traduit sur différents axes, compte tenu de l'évolution de la prise en charge médicale : phase du diagnostic puis du bilan d'extension de la maladie et enfin phase de traitement en lien avec les prises en charge spécialisées (Chirurgie, Oncologie médicale, Radiothérapie).

• **L'accès aux soins** repose sur les médecins généralistes et spécialistes des secteurs public et privé, s'appuyant sur les plateaux techniques du territoire, qu'ils soient en ambulatoire ou en établissements de santé.

L'établissement de liens entre les différents acteurs concernés conditionne la rapidité d'élaboration du diagnostic et du bilan d'extension, préalable nécessaire à l'élaboration d'un projet personnalisé de soins.

• **L'organisation territoriale** des acteurs et structures actuelles semble de nature à répondre dès à présent à la quasi-totalité des besoins, ainsi que de la majorité des prises en charge en soins spécialisés (Cf. Situation actuelle).

L'optimisation des délais d'accès aux plateaux techniques, notamment scanner et IRM, favorisera la réalisation des phases initiales et donc la possibilité de mise en œuvre plus précoce de la phase thérapeutique.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Le premier schéma a eu pour objectif principal d'optimiser qualité et sécurité des soins en privilégiant l'abord technique de la prise en charge (notion de seuil d'activité et d'environnement technique conditionnant le régime d'autorisation).

De façon à atteindre cet objectif, il a été mis en place :

- *Une procédure d'autorisation*

L'activité de soins traitement du cancer : chirurgie, radiothérapie externe, curiethérapie ou utilisation de radioéléments en sources non scellées ou traitement médical du cancer est soumise à autorisation. Les conditions d'autorisation sont définies par des dispositions réglementaires qui prennent en compte des seuils d'activité, la participation obligatoire au Réseau Régional de Cancérologie, la mise en place du dispositif d'annonce, du Programme Personnalisé de Soins, de la multidisciplinarité, le respect des référentiels, l'accès aux soins complémentaires (de support) et l'accès aux essais cliniques et à l'innovation.

- *Des Centres de Coordination en Cancérologie (3C)*

Les 3C ont un rôle majeur dans la coordination des soins et sont définis comme de véritables cellules « qualité » opérationnelles au sein des établissements autorisés en cancérologie.

Ils visent 4 objectifs :

- Engager les structures de soins dans une démarche d'assurance qualité en cancérologie, pour assurer à tous les patients la qualité et la sécurité des actes réalisés. Cette mesure garantit en particulier le fonctionnement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) ;
- Rendre plus lisible l'organisation interne de la cancérologie au sein des établissements et faciliter la coordination de la prise en charge des patients ;
- Mettre en place une traçabilité des pratiques ;
- Permettre un suivi plus individualisé pour chaque patient.

Leurs missions sont :

- de mettre à disposition des médecins et soignants les référentiels validés et actualisés par le réseau régional, en organisant l'audit interne de leur utilisation ;
- de s'assurer de la mise en œuvre de la multidisciplinarité (en organisant et fédérant les RCP), de la mise en place du dispositif d'annonce et de la remise à chaque patient du Programme Personnalisé de Soins (PPS) ;
- d'informer et orienter les patients, de coordonner leur parcours de soins ;
- de produire des informations sur les activités cancérologiques des établissements.

Le précédent schéma prévoyait la création d'un 3C par territoire sanitaire à l'horizon 2010, regroupant l'ensemble des établissements (publics et privés) autorisés sur ce territoire. Pour tenir compte de l'existant (Unités de Concertation Pluridisciplinaire en Oncologie), il a été proposé que ces 3C comprennent :

- un comité médical, chargé de gérer et de coordonner les RCP organisées sur le territoire ;
- un comité qualité, soit mutualisé au niveau territorial, soit coordonnant les comités qualité de chaque établissement.

De façon générale, ce second schéma a pour objectif de poursuivre l'objectif de qualité et de sécurité de la prise en charge, en recentrant le patient au sein du dispositif, et en optimisant l'humanisation des prises en charge.

Améliorer l'efficience

- En optimisant le maillage des prises en charge, au regard notamment des différentes étapes thérapeutiques et notamment en ce qui concerne les lieux de mise en œuvre du dispositif d'annonce, des traitements d'oncologie et des soins de supports, en lien si nécessaire avec le dispositif de lutte contre la douleur et les soins palliatifs.

Il importe notamment de prendre en compte le vieillissement de la population, et donc la prise en charge du cancer chez les sujets âgés. Parfois les protocoles seront allégés, voire les traitements limités compte tenu de leur agressivité au regard de l'évolution plus lente de la maladie à cet âge de la vie. Enfin il pourra s'agir, dans certains cas, de protocoles compassionnels.

Les lieux de prise en charge des soins de support doivent être accessibles en périphérie, à proximité du domicile, tant en raison de la limitation du nombre des transports sanitaires itératifs que de la prise en compte de la fatigue pour des patients maintenus ainsi en proximité de leurs liens socio-familiaux et de leur lieu de résidence. Cet aspect nécessite également de tenir compte des caractéristiques des milieux urbains et ruraux, y compris en termes de transports sanitaires.

- En choisissant, en cas de projets de soins à effet thérapeutique et sécurité équivalents, ceux limitant les déplacements en milieux spécialisés lorsque les conditions de mise en œuvre technique l'autorisent, qu'il s'agisse de séances de soins, d'hospitalisations de jour ou complètes.

A ce titre, la prise en charge en hospitalisation de jour devra être appréciée au regard des besoins réels du patient, y compris dans le cadre des soins de support et compte tenu notamment de l'absence de tarification de certaines prises en charge qui doivent néanmoins faire l'objet d'une valorisation financière et face aux coûts de transports itératifs en consultation.

De même, le programme personnalisé de soins sera adapté au regard de l'évolution de l'état de santé du patient, et les protocoles adaptés au regard des objectifs thérapeutiques définis en lien avec le patient, sa famille et/ou la personne de confiance qu'il aura désignée.

Le maintien de la prise en charge de proximité exigera d'inclure les prises en charge des soins de support des patients présentant un cancer au sein d'un dispositif plus large, assurant l'offre de soins pour des pathologies diverses (notion de compétences des acteurs et de prestations de prises en charge diversifiées offertes en un même lieu, permettant un service programmé suivant les besoins du patient et non pas au regard de sa pathologie).

Certains intervenants pourront assurer leurs prestations un même jour consécutivement pour des patients présentant des pathologies variées, tels par exemple les diététiciens, les psychologues, les orthophonistes pour des patients cancéreux, des personnes âgées, des patients présentant des maladies myéloprolifératives. Une telle organisation serait garante d'une activité suffisante pour assurer le maintien de la prestation en périphérie. L'unicité de lieu au sein de la structure permettrait de prendre en charge certains patients, en fonction de leurs besoins, soit en consultations uniques ou multiples, soit en hôpital de jour (HDJ).

Compte tenu des contraintes démographiques des professionnels de santé, il conviendra d'optimiser les missions confiées aux impératifs de technicité des différentes phases de prise en charge (élaboration du protocole thérapeutique, du programme personnalisé de soins (PPS), du suivi du traitement, mise en œuvre des soins de support) au regard des compétences et formations spécifiques des intervenants.

A ce titre, et au vu des prises en charge parfois complexes en inter-établissements faisant intervenir différents spécialistes, la mise en place de temps médicaux et paramédicaux de coordination et de référence d'établissement libérerait les médecins spécialistes de certaines fonctions déléguables par exemple à des médecins généralistes ayant bénéficié si nécessaire de formations complémentaires (par exemple de type DU ou DIU...) et faciliterait bien entendu les coordinations inter-établissement et ville - hôpital.

Assurer la pérennisation de l'organisation

En permettant un juste équilibre des différents intérêts entre des aspects parfois contradictoires, tel que coûts immédiats des prises en charge, économies de santé à court mais aussi moyen terme et répartition équilibrée des missions/interventions des différents acteurs au sein des territoires pour la satisfaction des patients. Le rôle de l'évaluation y prend alors tout son sens.

Organisation régionale actuelle

Le régime des autorisations s'exerce sur trois types majeurs de prises en charge

- La chirurgie,
- la radiothérapie,
- et l'oncologie médicale.

Les autorisations allouées au quatrième trimestre 2009 au regard des dossiers déposés par les promoteurs devront faire l'objet d'une validation de la conformité des moyens mis en œuvre tant directement sur le plan technique qu'en termes d'environnement des prises en charge (tels le dispositif d'annonce, le PPS, les soins de support) dans le délai des 18 mois alloués réglementairement à cet effet.

La répartition territoriale des autorisations lors du précédent schéma était la suivante :

En chirurgie

type de chirurgie	Territoires territoire 16	territoire 17 N	territoire 17 SE	territoire 79	territoire 86
digestive	3+1	2+1	4+2	2+1	2+2
gynécologique	2+0	2+1	1+1	2+0	2+0
mammaire	3+1	3+1	2+2	2+1	3+1
urologique	3+0	2+0	2+1	2+1	2+2
orl, max fac et thyr	2+0	3+0	1+1	2+0	2+0
thoracique	1+0	1+0	0+1	1+0	1+0

Légende : nombre d'autorisations en Territoire de Recours + Territoire Intermédiaire

Légende : nombre d'autorisations en Territoire de Recours + Territoire Intermédiaire

Légende : nombre d'autorisations en Territoire de Recours + Territoire Intermédiaire

Les points forts

- Un régime d'autorisation qui repose désormais sur des seuils minimaux d'activité d'établissements.
- La structuration fonctionnelle des 3C sur la majorité des territoires, suite à la suppression des UCPO.
- Une mise en place des RCP au sein des territoires et dans les différentes disciplines.
- Une structuration des organisations internes en vue d'assurer une prise en charge conforme aux conditions d'autorisation, compte tenu du délai de mise en conformité.

Les points faibles

- Des moyens en professionnels de santé pas toujours compatibles en l'état actuel avec l'organisation cible (Cf. Démographie des professionnels).
- Une difficile insertion des médecins généralistes actuellement dans le dispositif au regard de la technicité des prises en charge, de la grande variété des disciplines médicales concernées, du faible nombre de leurs patients au sein de chacune d'elles, de contraintes de formations lourdes peu compatibles avec leur charge de travail, de difficultés pratiques à pouvoir participer aux RCP (diverses disciplines, disponibilité).
- Un « échappement » du patient depuis le médecin généraliste vers le pôle spécialisé, qui devient

parfois en pratique également le référent médical poly-disciplinaire du patient en lieu et place de l'omnipraticien.

- • Des moyens financiers relatifs face aux charges induites (mise en place du dispositif d'annonce, tenue des RCP, structuration des soins de support).
- Une officialisation des conventions entre centres référents, de recours et associés à effectuer, avec nécessité de la réalisation d'un document-type régional établissant les aspects devant y figurer.
- Une informatisation des établissements parfois encore insuffisante, a fortiori pour la mise en réseau des structures de prise en charge du cancer (liens inter-établissement et ville-établissements).
- Une synergie entre acteurs à parfaire (notamment entre Réseau Régional de Cancérologie, Ormedims dont la sous-commission cancérologie, les 3C et les structures de prise en charge des patients) afin d'en améliorer l'efficacité, notamment au regard des CPOM contractualisés avec l'ARS.
- Une difficulté réelle pour la mise en place d'une activité en HAD, notamment au regard des contraintes suivantes :
 - o Démographie des oncologues avec une charge de travail majeure permettant difficilement de s'inscrire dans un exercice en lien avec l'HAD, compte tenu de la charge induite supplémentaire et des aspects de sécurité que cela soulève potentiellement sur le plan médical en cas de complication éventuelle d'une séance de chimiothérapie
 - o Des contraintes liées au circuit des visites patients au regard des délais de livraison et de stabilité des produits reconstitués...

Les orientations régionales

Les principes généraux

- Principe de qualité et de sécurité : garantir l'accès aux soins dans une structure et un service adaptés à la pathologie présentée, au protocole thérapeutique prévu et à l'état de santé du patient.
- Principe d'efficacité : mettre en adéquation besoins du patient et moyens mis en œuvre en proximité du lieu de résidence. Favoriser la prise en charge d'aval dès qu'elle s'avère possible pour permettre l'accès aux soins des nouveaux patients.
- Principe d'organisation : mettre en lien les différents intervenants assurant la prise en charge du patient.
- Principe de concertation : mettre en commun les informations utiles à la prise en charge du patient.
- Principe d'évaluation : évaluer les répercussions sociales, économiques et médicales de la mise en place du dispositif régional.

L'organisation territoriale

L'évolution de la réglementation

La planification du traitement des cancers a débuté avec la circulaire du 24 mars 1998 préconisant une organisation en trois niveaux :

- Un site de référence (qui correspond au CHU).
- Des sites orientés (qui sont les actuels plateaux techniques de recours).
- Et des sites de proximité.

Le SROS de troisième génération a produit un volet cancer qui propose une organisation répondant à la circulaire.

Une véritable politique de santé publique est développée par le plan cancer, intégrant tous les aspects de la maladie : préventif, curatif, palliatif, mais également recherche et prise en compte de la charge psychologique que représente une telle pathologie. Mais l'aboutissement de cette prise en charge se trouve bien dans les décrets du 22 mars 2007 qui font passer la prise en charge des cancers dans le régime des autorisations.

Ils fixent les conditions de l'autorisation et les conditions techniques de fonctionnement, complétés par l'arrêté du 29 mars 2007 qui détermine les seuils d'activité minimale pour chaque type de traitement.

Une organisation coordonnée des soins

La parution des décrets portant autorisation conduit à une organisation du territoire en un maillage gradué des établissements selon deux niveaux de soins :

- l'établissement autorisé,
- l'établissement associé.

Les établissements autorisés pour l'une ou l'autre des modalités de traitement sont en lien étroit entre eux par :

- leur adhésion obligatoire au réseau ;
 - la participation aux RCP qui doivent rassembler au minimum un chirurgien, un oncologue et un représentant d'une autre spécialité ;
 - le conventionnement obligé entre titulaires des différentes autorisations de manière à garantir la continuité des soins.

Les établissements associés n'ont pas d'autorisation de traiter les cancers mais peuvent participer à la prise en charge des patients porteurs d'un cancer en tant qu'établissements de proximité sous certaines conditions définies par le biais de conventions entre les établissements (ou les sites) autorisés et les établissements associés de façon à ce que la qualité et la sécurité de la prise en charge soient garanties aux patients.

Des conventions type sont proposées, afin d'objectiver les aspects devant y figurer. Cette prise en charge peut concerner certaines chimiothérapies et les soins de support. L'établissement de proximité qui sera associé à cette prise en charge devra mettre en place au minimum des ressources humaines médicales et paramédicales formées, avec un médecin référent. Les modalités de traitement sont définies et initiées par le plateau technique de recours.

La convention qui lie les deux établissements doit préciser en détail l'ensemble des modalités organisationnelles et fonctionnelles et les protocoler de manière à garantir au patient la qualité et la continuité des soins. Pour ce qui est de la prise en charge de la chimiothérapie de proximité, celle-ci ne peut être réalisée qu'en établissement associé avec l'accord du patient et en coordination avec l'équipe de l'établissement autorisé référent du patient. Cette prise en charge se fera selon des modalités strictes établies entre les deux établissements et précisant dans le cadre du PPS le rôle de chacun, tant en termes de dispositif d'annonce que de prise en charge, de suivi et de gestions d'éventuelles complications.

Les soins de support ou soins complémentaires se définissent comme une organisation coordonnée de compétences conjointement avec les soins spécifiques anticancéreux et en complément de ceux-ci. Il s'agit principalement de la prise en compte de la douleur, de la fatigue, des problèmes nutritionnels, des difficultés sociales, de la souffrance psychique et de l'accompagnement de fin de vie.

La prise en charge en **HAD** paraît envisageable, face aux difficultés exprimées ci-dessus (Cf. points faibles), sous réserve d'une montée en charge progressive au regard des moyens spécialisés disponibles et du respect de protocoles l'autorisant (stabilité des produits, dangerosité des protocoles, gestion des complications) et en respectant les recommandations de l'INCA. La prise en charge thérapeutique sur un mode per os n'est pas de nature à en justifier la mise en œuvre, sauf à prendre en compte la spécificité du patient et de ses besoins en accompagnement complémentaire. Certains cas de handicap lourd, pris en charge à domicile et potentiellement déstabilisés par une hospitalisation conventionnelle pourraient utilement en bénéficier.

Concernant les soins de suite et de réadaptation, leur intégration au dispositif semble légitime à certaines phases de la prise en charge, notamment pour la délivrance de soins de supports et de prise en charge transitoire en alternative au retour à domicile, lorsque l'état du patient ne le permet pas. L'effectivité de cette prise en charge sera conditionnée en pratique par la mise en place puis l'adaptation au fil de l'eau de la liste des molécules onéreuses facturables en sus dans le cadre de la tarification PMSI SSR.

La cohésion du territoire

L'organisation au niveau des territoires doit permettre d'assurer aux patients une prise en charge de qualité, ainsi qu'une coordination et une continuité des soins. Elle s'appuiera sur les établissements

et/ou sites autorisés, les établissements associés, les réseaux ville-hôpital. Les temps médicaux et paramédicaux de référence-coordination y prendront tout leur sens, y compris sur les aspects de prise en charge de la douleur, des soins palliatifs et des soins de support.

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)

Jusqu'en 2009, la multidisciplinarité (organisation des RCP) était gérée par les Unités de Concertation Pluridisciplinaire en Oncologie (UCPO), mises en place par le SROS 2 sur chaque territoire (Charente, Charente-Maritime Nord, Charente-Maritime Sud et Est, Deux-Sèvres et Vienne). Depuis 2010, pour la plupart, elles ont été remplacées par des 3C territoriaux, qui intègrent également des missions qualité, et associent dans l'organisation territoriale les établissements publics et privés, la médecine libérale, les soignants et les représentants de patients. La création des 3C devra être systématisée en 2011 et leur installation fonctionnelle effective dans leurs différents champs d'activité, gage du bon fonctionnement des RCP.

La relation Ville-Hôpital devra être basée sur un réseau territorial et/ou sur des réseaux de santé existants et pourra s'appuyer sur le 3C territorial. Les soins de support devront être organisés et accessibles jusqu'au niveau du domicile, de même que certaines chimiothérapies dans des conditions très précises à définir et dans le cadre de l'HAD (Cf. supra)

Le médecin traitant devrait être remis au centre de la prise en charge. Le développement de son insertion dans le cadre du suivi alterné doit être poursuivi. Elle passe nécessairement par un dossier médical partagé et une meilleure information des médecins traitants via une transmission rapide et efficace des données concernant leurs patients ainsi qu'un accès plus facile aux RCP (conférence téléphonique ou vidéo conférence depuis son cabinet).

L'organisation régionale

Le Pôle Régional de Cancérologie (PRC)

Il est constitué par le ou les établissements de santé qui exercent en plus de leurs activités de soins standards des missions régionales hautement spécialisées de recours, d'expertise, de recherche clinique et d'innovation. L'objectif est de garantir l'équité d'accès de tous les patients qui en ont besoin, quel que soit le lieu de leur prise en charge initiale, aux ressources de recours.

Les missions du Pôle Régional de Cancérologie relèvent en premier lieu des soins. Il doit réunir des compétences d'expertise, de recherche clinique et d'innovation identifiées (avec pour certaines d'entre elles la possibilité d'un recours inter régional) mais également celles d'enseignement et de recherche. Son organisation coordonnée et formalisée au niveau régional doit permettre un accès tant à la fonction de recours qu'à la recherche clinique, ainsi facilitée pour l'ensemble des équipes régionales. En Poitou-Charentes, le CHU de Poitiers assure le rôle de PRC.

Les prises en charge spécifiques L'onco-hématologie

L'article D.6124-134 donne la mesure de la spécificité de l'onco-hématologie : « Lorsque le traitement concerne une hémopathie maligne, cette décision (i.e de mise en œuvre d'un traitement) est prise dans les mêmes conditions par un médecin titulaire du Diplôme d'Etudes Spécialisées en hématologie ou titulaire du Diplôme d'Etudes Spécialisées en onco-hématologie, ou par un médecin qualifié spécialiste en hématologie, ou qualifié compétent en maladies du sang ». *L'organisation des soins en onco-hématologie : préconisations de l'INCa et de la Société Française d'Hématologie*

Les traitements comportant pour les malades des risques aigus immédiats ou à terme différé (notamment certaines chimiothérapies ou immunosuppresseurs), doivent être réalisés dans des structures de soins de référence (CHU) ou orientées en hématologie organisant leur prise en charge. Des établissements de proximité ou d'autres structures peuvent participer à la prise en charge y compris le médecin généraliste et les soins à domicile. Ces structures sont de niveau technique différencié, manifestant une complémentarité et une gradation qui détermineront la formation de réseaux.

Les critères de gradation reposent sur la spécialisation exclusive en hématologie, l'enseignement et la recherche, la présence permanente ou non de spécialistes en hématologie ou de médecins compétents en maladies du sang, le plateau technique, l'existence de service ou d'unité d'hématologie clinique,

l'existence des différents laboratoires indispensables au diagnostic et à la gestion des complications, le flux de patients traités et suivis par année, la mise en pratique de règles de bon usage, de procédures, de recommandations scientifiques faisant l'objet de consensus validés, la participation à une évaluation régulière.

L'organisation en Poitou-Charentes : le réseau « hématlantique »

Ce réseau de professionnels de santé, intégré au réseau Onco-Poitou-Charentes et piloté par le service d'onco-hématologie du CHU de Poitiers (site de référence), organise la prise en charge des hémopathies malignes par :

- l'écriture, la diffusion et l'appropriation de référentiels métiers et des protocoles de soins ;
- la mise en place des réunions de R.C.P. avec le (ou les) plateau(x) technique(s) de recours qui peuvent assurer le suivi du traitement ;
- la gestion de consultations avancées sur les plateaux techniques de recours ;
- le suivi de l'épidémiologie de ces pathologies par l'implémentation d'un registre ;
- la mise à niveau des connaissances par la participation aux staffs et la mise à jour des protocoles de soins.

Ainsi, les conditions de fonctionnement qui sont exigées pour la prise en charge des cancers s'appliquent également à l'onco-hématologie : annonce, programme personnalisé de soins, amélioration de la qualité au sein d'un 3C ; appartenance au Réseau Régional, avec des liens privilégiés ; échanges au niveau interrégional.

La cancérologie pédiatrique

Son organisation se fonde sur les préconisations édictées par la circulaire DHOS 161 du 29 mars 2004.

➤ Le Centre régional de référence

Au niveau de la région, un centre régional de cancérologie pédiatrique (au CHU de POITIERS) assure et coordonne la prise en charge avec les plateaux techniques de recours intra régionaux et le centre référent inter régional.

Le Centre de référence

- enregistre tous les nouveaux patients de moins de 18 ans atteints d'une hémopathie maligne ou d'une tumeur et recueille les données au long cours (organisation du suivi, évaluations des séquelles...)
- valide le diagnostic et organise les relectures par les différents panels de spécialistes nationaux (radiologues, pathologistes...)
- met en place le traitement selon les protocoles en vigueur après validation en réunion de concertations (RCP) interrégionales.

Le Centre de référence est reconnu par les structures nationales Société Française des Cancers de l'Enfant (SFCE) auxquelles il participe de façon active. Tous les patients sont inclus dans les protocoles coopératifs nationaux et internationaux.

Le Centre de référence est garant de la qualité des soins (chimiothérapies et autres traitements) dispensés dans les centres correspondants qui prennent en charge les enfants atteints de leucémies et de cancers selon les protocoles définis. Il veille à la qualité des liaisons tant pour la communication du dossier du patient et du protocole que pour le traitement des urgences.

Le CHU de Poitiers assure pour les patients de moins de 18 ans atteints d'une hémopathie maligne ou d'une tumeur :

- Les chimiothérapies nécessitant une hospitalisation conventionnelle, en raison de leur complexité d'administration ou de leur surveillance.
- Les chirurgies réglées dans le cadre du diagnostic ou du traitement des tumeurs malignes permettant ainsi la réalisation d'investigations spécialisées et/ou de recherche (en cytogénétique, en biologie moléculaire...).
- Les traitements de radiothérapie.

Il transmet au centre de soins correspondant l'ensemble des informations nécessaires au traitement et au suivi du patient dans le cadre de la délégation de sa prise en charge.

Missions d'enseignement et de recherche :

Les pédiatres oncologues du centre de référence participent à un enseignement local, régional et national dans le cadre de formations médicales ou paramédicales (stages pour le personnel soignant). Le centre de référence coordonne les activités de recherche, soit au niveau régional, soit avec d'autres équipes : épidémiologie, recherche clinique et biologique, fondamentale et appliquée.

Les Centres correspondants

- prennent en charge des enfants avec un niveau de soins lié aux possibilités locales : soit des chimiothérapies, soit des traitements complémentaires divers (transfusions, aplasies fébriles, gestion de la douleur et des mucites, soins palliatifs, héparinisation de cathéter centraux...).
- assurent une surveillance conjointe, clinique et paraclinique, des traitements et de la maladie pendant la durée des traitements et après ces derniers, en signalant au centre de référence tous les événements particuliers.
- communiquent au centre de référence toutes les données concernant les soins administrés dans leur enceinte (ex. : les doses des antimitotiques, traçabilité transfusionnelle).
- Les centres participent à la formation des étudiants, internes et aux formations paramédicales. Ils participent à diverses réunions locales, régionales et nationales et collaborent à la recherche régionale et nationale.

➤ **Le réseau cancérologique pédiatrique**

Selon les recommandations de la circulaire ministérielle (n°161 DHOS/O/2004) relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique, le centre de cancérologie pédiatrique régional organise et anime le réseau régional de cancérologie pédiatrique. Sa reconnaissance s'effectue au regard des critères (8) définis dans la circulaire N°161 DHOS/O/2004 du 29 Mars 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique.

Un maillage régional entre le centre de cancérologie pédiatrique du CHU de Poitiers, les services de pédiatrie des centres hospitaliers généraux et la médecine de ville est le garant d'une prise en charge globale des enfants atteints d'un cancer et de la continuité des soins. Le centre de cancérologie pédiatrique, en concertation avec les familles, a la responsabilité d'organiser cette continuité des soins en lien avec les services de pédiatrie des hôpitaux de la région Poitou-Charentes et les médecins traitants.

Objectifs du réseau de cancérologie pédiatrique du Poitou-Charentes

La coordination entre le centre de cancérologie pédiatrique du CHU de Poitiers, les services de pédiatrie des centres hospitaliers et la médecine libérale a pour but :

- de faciliter les diagnostics de façon précoce,
- d'assurer la continuité des soins lors du traitement initial, en inter cure, et en accompagnement de fin de vie,
- de favoriser les soins au plus près du domicile des enfants.

Le réseau régional permet l'organisation d'un partenariat entre les différents acteurs, établissements de soins, médecins (généralistes et pédiatres) et paramédicaux libéraux intervenant dans la prise en charge des enfants atteints d'un cancer. Ce partenariat est formalisé et s'appuie sur des réunions régulières des membres du réseau.

La traçabilité de la coordination, entre les différents partenaires soignants et entre les équipes soignantes et les parents lors des retours à domicile, est assurée au minimum par l'usage d'un cahier de liaison remis aux parents.

Organisation du réseau de cancérologie pédiatrique

Le réseau de cancérologie pédiatrique s'intègre dans le réseau régional de cancérologie, dont il constitue une entité spécifique qui témoigne de l'organisation des filières de soins mises en place pour la prise

en charge des cancers de l'enfant.

Ce réseau doit regrouper les différentes filières de soins, permettre leur coordination et la formalisation de procédures communes en terme de protocoles et d'évaluation.

Au sein du réseau, la prise en charge graduée et coordonnée des enfants est réalisée dans le respect des principes suivants :

- la continuité et la permanence des soins : l'équipe soignante et un oncopédiatre du centre de cancérologie sont joignables 24h /24 ;
- la sécurité de la prise en charge : elle doit être garantie par l'adéquation précise des soins réalisés dans chaque structure hospitalière avec les moyens et les compétences dont elle dispose ;
- l'organisation des soins palliatifs de l'enfant doit tenir compte des réseaux existants et de la spécificité pédiatrique ; ce travail de réseau permet l'accompagnement de fin de vie, que ce soit à l'hôpital ou à domicile, selon les choix de la famille. Il revient au centre de cancérologie pédiatrique d'organiser les relais de prise en charge en concertation avec la famille qui ne doit pas être laissée seule et sans solution organisée dans ces circonstances. Si l'enfant vit ses derniers moments au domicile, l'équipe hospitalière doit être joignable en permanence et apporter un soutien continu au médecin traitant. L'accompagnement ne s'arrête pas avec le décès de l'enfant. Un suivi sera proposé aux parents, à la fratrie et aux soignants.

Des temps d'accueil organisés pour les équipes hospitalières et libérales dans le centre de cancérologie pédiatrique du CHU, et pour l'équipe du CHU dans les services de pédiatrie des centres hospitaliers, favorisent les échanges concernant les pratiques et contribuent à la prise en charge optimale des patients.

Le réseau de cancérologie pédiatrique intégré au réseau régional, bénéficie de l'ensemble des organisations que celui-ci mettra en place notamment pour l'évaluation de son fonctionnement, ainsi que pour le suivi de l'évolution de la morbidité et mortalité au plan régional.

Place des services de pédiatrie des centres hospitaliers de la Région Poitou-Charentes

Ces services sont acteurs du réseau régional de cancérologie pédiatrique et s'engagent :

- à disposer de personnel référent, formé en cancérologie pédiatrique, d'une préparation centralisée des cytostatiques en pharmacie ainsi que de protocoles de prise en charge de la douleur, adaptés en particulier aux gestes thérapeutiques invasifs ;
- à participer à l'accompagnement des enfants et de leur famille ainsi qu'aux soins de support, en concertation avec les demandes des parents.

Ce partenariat est formalisé :

- par la définition des missions de chaque structure,
- par la définition de stratégies diagnostiques et thérapeutiques communes en fonction d'un état des lieux recensant les compétences et les moyens des équipes. Il est en particulier très important que les équipes pédiatriques se concertent pour définir ce qui peut être réalisé au plus près du domicile en précisant les modalités concrètes de la coordination et du suivi des enfants et de leurs familles, en particulier en cas d'hospitalisation en urgence,
- par la participation à des formations communes permettant d'améliorer les compétences individuelles et collectives des équipes partenaires du réseau.

Des réunions de synthèse seront organisées avec le centre de cancérologie pédiatrique, qui s'engage à apporter une disponibilité médicale 24h /24. L'efficacité de cette prise en charge coordonnée est régulièrement évaluée, en tenant compte de l'avis des associations de parents et des familles.

Ces engagements seront officialisés par le passage de conventions inter-établissements et de chartes médicales de fonctionnement établies entre professionnels du réseau, qui leur seront annexées (et facilement révisables au regard des évolutions des moyens des services et des protocoles de prises en charges).

L'hospitalisation à domicile (HAD) en cancérologie pédiatrique

L'HAD est un des volets de la continuité des soins et s'intègre dans le dispositif de prise en charge. L'hospitalisation à domicile doit :

- être mobilisable 24h/ 24,
- disposer de soignants formés en pédiatrie et à la cancérologie,
- pouvoir assurer les soins de support,
- être en mesure de communiquer simplement et rapidement avec le centre afin de rendre fluide le passage de l'hospitalisation conventionnelle à l'hospitalisation à domicile.

Les chimiothérapies ne peuvent être réalisées au domicile de l'enfant que dans des conditions strictes de sécurité, ceci incluant la prescription, la préparation, le stockage et le transport, l'administration, la surveillance et l'élimination des produits reconstitués.

Appartenance au réseau et structuration des soins de support (CF. circulaire N°161 DHOS/O/2004)

Les soins de support associent le soutien psychologique, le soulagement de la douleur liée à la maladie cancéreuse, les soins palliatifs et le traitement des autres symptômes non spécifiques, incluant la dimension nutritionnelle, la rééducation et les effets secondaires des médicaments.

Ils font partie intégrante de l'offre de soins en cancérologie pédiatrique et relèvent de personnels soit dédiés au centre de cancérologie pédiatrique soit mutualisés avec d'autres services ou d'autres structures (HAD - SSIAD - centres hospitaliers).

Le soutien psycho - oncologique :

Un pédopsychiatre et des psychologues, participent au soutien psychologique des enfants et de leur famille et au suivi à toutes les étapes de la prise en charge. Ce soutien est proposé, mais non imposé, dès que le diagnostic est posé et annoncé, puis tout au long de la maladie, y compris pendant les périodes de rémission, lors des retours à domicile, dans le cadre de soins palliatifs et après la fin du traitement. L'accompagnement du deuil fait partie, si les familles le souhaitent, de la mission des équipes médicales et soignantes.

La coordination avec les structures de lutte contre la douleur, à savoir l'unité pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur ou la consultation spécialisée, est nécessaire. La formalisation des protocoles est validée en concertation avec cette unité ou le comité de lutte contre la douleur. Les professionnels, médecins et paramédicaux, sont formés à l'évaluation et au traitement de la douleur.

L'accès aux soins palliatifs

Les soins palliatifs en cancérologie pédiatrique interviennent en complément et en continuité des autres soins de support réalisés depuis le diagnostic et qui vont s'amplifier dans la période terminale, lorsque les traitements spécifiques anti-tumoraux ont échoué.

L'organisation de soins palliatifs en cancérologie pédiatrique doit permettre :

- de prendre en charge les douleurs rebelles et les autres symptômes de fin de vie,
- d'apporter un soutien psychologique à l'enfant, aux parents et à la fratrie,
- d'éviter le plus possible aux familles les contraintes logistiques et administratives imposées par l'admission dans un service de soins,
- de faciliter le passage entre les lieux et les différents intervenants de la prise en charge palliative, y compris au domicile, et permettre aux familles la réversibilité de leur choix,
- de favoriser par tous les moyens les échanges et la communication entre l'enfant qui va mourir et son entourage, et tenir compte, en particulier, des éventuels besoins de soutien spirituel, moral, voire religieux.

La mise en œuvre de ces objectifs nécessite une coordination souple et modulable entre les différentes personnes qui seront directement concernées par la mort prochaine de l'enfant. Cette coordination, qui implique une culture commune de prise en charge des symptômes de fin de vie, doit apporter une réponse rapide et adaptée à un maximum d'événements médicaux, sociaux, psychoaffectifs et spirituels pouvant survenir du fait de l'enfant ou de ses proches durant la période qui précède la séparation. Elle doit également permettre la formation et le soutien psychologique des soignants confrontés à la mort. La prise en charge des cancers pédiatriques en Poitou-Charentes s'inscrit dans un réseau avec les centres d'expertise et de recours interrégionaux, voire nationaux, destinés à mettre en œuvre certaines techniques ou initier la prise en charge de certaines pathologies.

Le niveau d'expertise et de recours

- Le centre de référence de la région est en lien avec le centre d'expertise de Nantes pour la réalisation des allogreffes de cellules souches hématopoïétiques.
- Le niveau interrégional d'expertise et de recours est défini au niveau du SIOS.

Il est en lien avec le CHU de Tours pour le traitement des tumeurs osseuses.

L'oncogénétique

L'équipe régionale, constituée d'un praticien de Niort (à l'origine de la mise en place) et d'un professeur du CHU de Poitiers, effectue des consultations régulières sur quatre sites : La Rochelle, Niort, Poitiers et Angoulême. Ces consultations devront être étendues à Saintes.

Une RCP d'oncologie génétique est mise en place à visée régionale en intersites. L'activité de biologie devra être coordonnée. L'association en recherche clinique aux protocoles de recherches régionaux ou nationaux justifierait l'octroi de temps d'Attaché de Recherche Clinique, en lien avec l'INCA.

La tumorothèque du CHU de Poitiers

La tumorothèque de Poitiers a été labellisée par la DHOS le 9 juillet 2004. Elle assure la cryopréservation et l'annotation de tissus cancéreux prélevés lors des gestes opératoires et fait partie du réseau des Tumorothèques du Grand Ouest (RTGO). Cette plate-forme à la disposition de l'ensemble des établissements autorisés de la région Poitou-Charentes, contribuant ainsi à améliorer l'égalité d'accès à des soins de qualité.

La tumorothèque présente une double mission sanitaire et de recherche. Sur le plan sanitaire le service rendu au patient se traduit par une meilleure prise en charge du diagnostic et du traitement. Au plan de la recherche, la tumorothèque répond au besoin d'études rétrospectives et prospectives des processus cancéreux en liaison avec les plates-formes de biologie moléculaire et d'études in situ. La tumorothèque a permis la réalisation de plusieurs études réalisées au CHU de Poitiers et publiées dans des revues internationales (notamment sur les tumeurs gliales, tumeurs thyroïdiennes et cancer de la prostate). D'autres recherches de haut niveau scientifique sont en cours dans le cadre d'équipes labellisées ou de projets nationaux.

Le Réseau Régional de Cancérologie (RRC)

Le Réseau Régional de Cancérologie s'inscrit dans une logique de coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale et d'amélioration continue des pratiques en cancérologie.

Il n'est pas un réseau de prise en charge des patients.

Le RRC a un rôle de coordination de l'ensemble des acteurs, d'amélioration des pratiques et doit favoriser le partage d'expérience et de promotion de la communication des données du patient. Il assure en particulier la promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie en diffusant les protocoles nationaux, en participant à l'élaboration et la diffusion référentiels régionaux en l'absence de protocoles nationaux, en diffusant l'information relative aux protocoles expérimentaux.

Il veille ensuite à leur actualisation. Il exerce également la promotion d'outils de communication au sein de la région (dossier communicant de cancérologie, visioconférence), l'aide à la formation continue, l'information des professionnels et des patients (divers médias dont un site internet), le recueil et l'analyse des données régionales d'activité (3C) et l'évaluation de la qualité des pratiques. En Poitou-Charentes, le Réseau Onco-Poitou-Charentes a été créé en mai 2006. Il est reconnu par l'INCa comme réseau régional de cancérologie depuis juillet 2010, dans le cadre de la procédure de reconnaissance des RRC lancée en janvier 2010.

Les Référentiels

Les référentiels constituent le fondement de la qualité des décisions thérapeutiques en cancérologie. Le RRC est chargé non seulement de leur élaboration mais également de leur validation et du suivi de leur mise en œuvre par les professionnels de santé.

Les référentiels sont des outils 'qualité' des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Le

RRC, par l'intermédiaire des Groupes thématiques régionaux, définit et adapte si nécessaire la composition multidisciplinaire attendue dans chaque RCP (quorum) et le type de dossiers qui, correspondant aux standards, relèvent d'un simple enregistrement après présentation et ceux qui relèvent d'un enregistrement et d'une réelle discussion.

Les Groupes Thématiques Régionaux (GTR) réunissent, par localisation cancéreuse, les différents spécialistes régionaux concernés. Ils ont écrit les référentiels de la plupart des localisations cancéreuses qui sont consultables sur le site internet du RCC et qui sont actualisés au moins une fois tous les deux ans et plus souvent si nécessaire (avancée thérapeutique ou diagnostique importante, évolution du contexte scientifique,...).

La promotion d'outils de communication communs au sein de la région.

Le partage et la transmission d'informations médicales entre les professionnels de santé sont indispensables pour améliorer la coordination et la continuité de la prise en charge du patient. Le réseau régional de cancérologie propose les actions à mettre en œuvre pour organiser et développer la diffusion et l'utilisation des outils communs de communication.

Le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) est l'outil métier de partage des informations médicales entre les professionnels de santé dont le médecin traitant. Le RRC se réfère aux recommandations publiées par l'INCa et l'ASIP Santé. Le DCC doit s'articuler avec le Dossier Médical Personnel (DMP). La maîtrise d'ouvrage régionale est assurée par le RRC qui veille à mettre en place une méthodologie spécifique afin d'organiser les coopérations entre acteurs, d'accompagner les établissements de santé publics et privés, les cabinets libéraux et les plateaux techniques et de définir un contrôle de qualité. Le RRC coordonne le déploiement, l'administration et l'exploitation du DCC en concertation avec l'Agence Régionale de Santé et le GCS Esanté, reconnu comme maîtrise d'ouvrage régionale pour mettre en œuvre la stratégie régionale des systèmes d'information partagés de santé.

Le site internet a pour mission d'apporter aux professionnels, aux patients et à leur famille ainsi qu'au grand public toutes les informations nécessaires à un bon fonctionnement en réseau, à une bonne prise en charge du patient, à une bonne compréhension de la maladie, des filières et des différents intervenants.

Un **système de visioconférence** relie d'ores et déjà entre eux la plupart des centres de la région.

Aide à la formation continue des professionnels de santé

Le réseau participe à l'amélioration et à la réactualisation des connaissances et des pratiques professionnelles. Il fait connaître les programmes de formation proposés et contribue lui-même à la mise en place de programmes de FMC ; il peut également jouer un rôle dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Le réseau organise des rencontres régionales multidisciplinaires autour de thématiques communes. Cette aide à la formation continue ne peut s'envisager sans une étroite coopération avec la Faculté de Médecine et de Pharmacie et le CHU de Poitiers.

Le RRC a un rôle à jouer dans le développement de la recherche clinique régionale qui doit être au centre des collaborations entre délégations régionales et interrégionales à la recherche clinique et le cancéropôle. Il doit se doter, avec l'aide de l'INCA, d'une équipe mobile régionale d'attachés de recherche clinique.

Recueil des données et évaluation des pratiques

Le RRC se donne les moyens de centraliser et actualiser les informations en matière de cancérologie de la région, en lien avec le Registre Régional des Cancers qui apporte son expertise épidémiologique et statistique. Le réseau mesure et analyse l'impact des actions menées dans le domaine de la qualité des soins en cancérologie. Pour ce faire, il est destinataire des données issues du DCC et des 3C. Le RRC mène l'évaluation des pratiques et en rend compte en toute transparence.

Coordination régionale

Le RRC assure un service de support, de boîte à outils et de relais d'information aux centres de coordination en cancérologie (3C), aux réseaux territoriaux et aux établissements inscrits dans le réseau régional.

• **Articulation avec les 3C** : travail de collaboration et d'échanges : diffusion et utilisation des référentiels, organisation et fonctionnement des RCP, information des professionnels et des patients, échanges de données et DCC, informations sur les activités carcinologiques. Les 3C sont les interlocuteurs privilégiés

du RRC pour les domaines touchant à la qualité et celui-ci a aussi un rôle d'animation et d'évaluation des 3C par le biais d'audits de qualité et de liens entre les différents 3C de la région.

Les missions des 3C ne peuvent être menées qu'en partenariat et en cohérence avec le RRC. Celui-ci doit établir des liens avec les réseaux de territoire déjà existants : gériatrie, douleur, soins palliatifs et autres réseaux de proximité.

Articulation avec le Pôle Régional de Cancérologie : le RRC rend lisible aux patients l'accès aux soins de recours, aux techniques innovantes et à la recherche clinique. Il participe à l'organisation du niveau de recours et d'expertise, en lien avec le (ou les établissements) qui constitue(nt) le PRC par la mise en place de RCP régionales ou interrégionales dans certaines spécialités.

Le RCC est impliqué dans l'évaluation de la mise en œuvre et du suivi du SROS de Cancérologie. Il tient compte, pour ce faire, du cahier des charges national, qu'il peut enrichir de critères régionaux.

Le Registre Régional des Cancers

Initié il y a quelques années, et localisé à la Faculté de Médecine, il constitue le seul partenaire en mesure d'apprécier l'évolution de la file active des patients et son évolution par type de cancers. Son activité, en lien avec l'ensemble des établissements assurant la prise en charge des patients mérite d'être confortée dans son existence et son activité et sa démarche de qualification par le comité national des registres des cancers doit être soutenu.

Articulation avec la prévention et le médico-social

L'organisation des coopérations hôpital/ville pendant et après le traitement du cancer est exprimée ci-dessus, notamment au chapitre 3-2-3.

Les liens avec les établissements médico-sociaux semblent limités dans le cadre de la prise en charge aiguë, mais prennent leur sens dans leur rôle de substitut du domicile. À ce titre cependant, une difficulté liée au coût de certains médicaments en accompagnement du traitement du cancer risque de soulever des difficultés de prise en charge dans le cadre de la forfaitisation de la médicalisation. Il conviendrait d'en tenir compte (Cf. liste en sus envisagée dans le cadre du PMSI SSR).

Indicateurs de suivi

- Examen des conventions
 - Entre établissements autorisés
 - Entre établissements autorisés et établissements associés
- Existence d'un « 3C » par territoire de santé, organisé et fonctionnel en 2011.
- Part des séjours de médecine en cancérologie en hospitalisation de jour.
- Part des séjours en cancérologie en HAD pour des traitements curatifs du cancer (au-delà de l'offre en soins palliatifs).
- Nombre de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements dits associés.
- Nombre de dossiers adressés en RCP.
- Patients ayant un Plan Particulier de Soins (PPS).
- File actives des patients en PC (données du registre régional du cancer).
- Nombre de fiches RCP présentes dans le DCC.
- Nombre de médecins connectés au DCC.

Organisation cible d'implantations

Territoire de la Charente

N.B. : La notion de site fait référence à un territoire géographique ; la notion d'implantation se rapporte à un établissement.

Chirurgie carcinologique

Type de pathologies	Site de recours Nb d'implantations	Site intermédiaire Nb d'implantations
Digestives	3	1
Gynécologiques	2	
Mammaires	2	1
Urologiques	2	
ORL, maxilo-faciale et thyro	2	
Thoraciques	1	

Radiothérapie

Une implantation sur le Site de recours, dans le cadre de la constitution d'un Groupement de Coopération Sanitaire.

Chimiothérapie

Deux implantations sur le Site de recours.

Les établissements autorisés s'engageront à s'organiser fonctionnellement de façon à pouvoir assurer le principe de subsidiarité dans le cadre de la continuité des soins, et donc notamment à harmoniser les protocoles thérapeutiques mis en œuvre à optimiser les capacités d'inter communicabilité permettant de répondre à cet objectif.

Une implantation sur le site de proximité (CH COGNAC).

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

Des conventions devront être signées :

- Entre les établissements autorisés afin de garantir la continuité des soins aux patients traités dans chaque établissement (art. D6124-132).
- Entre établissements autorisés et établissements associés, afin de garantir, dans ces derniers, une prise en charge de qualité en proximité.

Participation obligatoire des établissements autorisés :

- Au Réseau régional
- Aux RCP
- A la mise en place d'un 3 C.
- A la tumorothèque de la région Poitou-Charentes pour les patients pris en charge en région

Participation obligatoire des établissements associés :

- Au Réseau régional

Territoire de la Charente-Maritime Nord

N.B. : La notion de site fait référence à un territoire géographique ; la notion d'implantation se rapporte à un établissement

Chirurgie carcinologique

Type de pathologies	Site de recours Nb d'implantations	Site intermédiaire Nb d'implantations
Digestives	2	1
Gynécologiques	2	
Mammaires	2	1
Urologiques	2	
ORL, maxilo-faciale et thy	3	
Thoraciques	1	

Radiothérapie

Une implantation sur le Site de recours

Chimiothérapie

Une implantation sur le Site de recours

Une implantation sur le site de proximité (Rochefort)

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements.

Des conventions devront être signées :

- Entre les établissements autorisés afin de garantir la continuité des soins aux patients traités dans chaque établissement (art. D6124-132).
- Entre établissements autorisés et établissements associés, afin de garantir, dans ces derniers, une prise en charge de qualité en proximité.

Participation obligatoire des établissements autorisés :

- Au Réseau régional
- Aux RCP
- A la mise en place d'un 3 C.
- A la tumorothèque de la région Poitou-Charentes pour les patients pris en charge en région

Participation obligatoire des établissements associés :

- Au Réseau régional

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

N.B. : La notion de site fait référence à un territoire géographique ; la notion d'implantation se rapporte à un établissement.

Chirurgie carcinologique

Type de pathologies	Site de recours Nb d'implantations	Site intermédiaire Nb d'implantations
Digestives	4**	2
Gynécologiques	1	1
Mammaires	1	2
Urologiques	2	1
ORL, maxilo-faciale et thy	1	1
Thoraciques		1

NB : Royan est dit « intermédiaire » du fait de son bassin de population et du niveau du plateau technique.

(**) 4 implantations en chirurgie carcinologique digestive sur le site de recours dans le cadre de la constitution d'un Groupement de Coopération Sanitaire avec les hôpitaux de proximité.

Radiothérapie

Une implantation sur le Site de recours

Chimiothérapie

Une implantation sur le Site de recours

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

Des conventions devront être signées :

- Entre les établissements autorisés afin de garantir la continuité des soins aux patients traités dans chaque établissement (art. D6124-132).
- Entre établissements autorisés et établissements associés, afin de garantir, dans ces derniers, une prise en charge de qualité en proximité.

Participation obligatoire des établissements autorisés :

- Au Réseau régional
- Aux RCP
- A la mise en place d'un 3 C.
- A la tumorotheque de la région Poitou-Charentes pour les patients pris en charge en région

Participation obligatoire des établissements associés :

- Au Réseau régional

Territoire des Deux-Sèvres

N.B. : La notion de site fait référence à un territoire géographique ; la notion d'implantation se rapporte à un établissement.

Chirurgie carcinologique

Type de pathologies	Site de recours Nb d'implantations	Site intermédiaire Nb d'implantations
Digestives	2	1
Gynécologiques	2	1
Mammaires	2	1
Urologiques	2	1
ORL, maxilo-faciale et thy	2	
Thoraciques	1	

Radiothérapie

Une implantation sur le Site de recours

Chimiothérapie

Une implantation sur le Site de recours

Une implantation sur le site de proximité (Nord Deux Sèvres)

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

Des conventions devront être signées :

- Entre les établissements autorisés afin de garantir la continuité des soins aux patients traités dans chaque établissement (art. D6124-132).
- Entre établissements autorisés et établissements associés, afin de garantir, dans ces derniers, une prise en charge de qualité en proximité.

Participation obligatoire des établissements autorisés :

- Au Réseau régional
- Aux RCP

- A la mise en place d'un 3 C.
- A la tumorothèque de la région Poitou-Charentes pour les patients pris en charge en région

Participation obligatoire des établissements associés :

- Au Réseau régional

Territoire de la Vienne

N.B. : La notion de site fait référence à un territoire géographique ; la notion d'implantation se rapporte à un établissement.

Chirurgie carcinologique

Type de pathologies	Site de recours Nb d'implantations	Site intermédiaire Nb d'implantations
Digestives	2	2
Gynécologiques	3	
Mammaires	2	1
Urologiques	2	2
ORL, maxilo-faciale et thyr	2	
Thoraciques	1	

Radiothérapie

Une implantation sur le Site de recours

Chimiothérapie

Une implantation sur le Site de recours (CHU de Poitiers)

Une implantation sur le site de proximité (Châtelleraut)

Une étude de l'organisation des prises en charges à Poitiers (notamment les délais) sera réalisée courant 2014.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

Des conventions devront être signées :

- Entre les établissements autorisés afin de garantir la continuité des soins aux patients traités dans chaque établissement (art. D6124-132).
- Entre établissements autorisés et établissements associés, afin de garantir, dans ces derniers, une prise en charge de qualité en proximité.

Participation obligatoire des établissements autorisés :

- Au Réseau régional
- Aux RCP
- A la mise en place d'un 3 C.
- A la tumorothèque de la région Poitou-Charentes pour les patients pris en charge en région

Participation obligatoire des établissements associés :

- Au Réseau régional

Autres prises en charge spécifique

Les prises en charge spécifiques dans le domaine de la cancérologie relèvent d'une planification régionale, voire interrégionale (oncologie pédiatrique).

L'Onco-hématologie doit demeurer au Centre Hospitalier Universitaire ; le réseau doit permettre les échanges entre plateaux techniques de recours, de manière à diriger vers l'établissement régional, les patients dont la pathologie relève de ce domaine. Les plateaux techniques de recours peuvent prendre en charge ce type de patients sous réserve d'une RCP d'onco-hématologie placée sous l'autorité de l'onco-hématologie du Centre Hospitalier Universitaire.

Celui-ci doit en revanche, offrir des consultations avancées dans ces établissements.

L'Oncologie pédiatrique fait partie intégrante d'une organisation interrégionale où Nantes est le centre d'expertise et de recours pour la prise en charge « lourde » des enfants, comprenant notamment les greffes de cellules souches hématopoïétiques.

Le Centre référent régional de Poitiers assure une prise en charge des jeunes patients, en lien étroit avec le centre d'expertise et de recours de Nantes.

L'Oncogénétique - Initiée et développée par un radiothérapeute du Centre Hospitalier de Niort, elle a été étendue aux plateaux techniques de recours de la région, avec l'association d'un PU-PH du Centre Hospitalier Universitaire.

Les consultations avancées devront être étendues à l'ensemble des plateaux techniques de recours.

La Tumorothèque - Il est nécessaire que l'ensemble des plateaux techniques de la région autorisés à une modalité de prise en charge des cancers s'engagent à alimenter la tumorothèque régionale située au Centre Hospitalier Universitaire, afin d'apporter la documentation nécessaire à la recherche et à la formation, et favoriser une amélioration de la qualité des soins.

Références

- Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie
- Décrets n°2007-388 et n°2007-389 du 21 mars 2007
- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000275848>
- Arrêté du 29 mars 2007 : www.e-cancer.fr:81/component/docman/doc.../1714-arrete290307pdf
- Circulaire du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie :
- Critères d'agrément de l'INCA pour les pratiques de chimiothérapie, de chirurgie du cancer, de radiothérapie et pour la pratique du traitement du cancer des enfants et des adolescents.
- Plan cancer 2009-2013 lancé le 2 novembre 2009 dans la continuité du Plan cancer 2003-2007
- http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

Domaine stratégique

L'amélioration de la qualité du système de santé

Priorités du PSRS

Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la démarche d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.

Objectifs généraux du PSRS

Développer les coopérations entre acteurs de santé et favoriser l'émergence de communauté de travail sur les territoires, dans le respect de la logique des parcours patient.

Définition

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal.

Cette analyse a pour objet :

- Soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- Soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- Soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

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. **La réalisation de ces examens nécessite au préalable une consultation médicale adaptée à l'affection recherchée.**

Le cadre des autorisations 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). Les autorisations délivrées peuvent être ou non limitées à une seule catégorie d'analyse.

En amont, l'activité clinique de consultation de génétique est essentielle à prendre en compte, même si celle-ci n'est pas concernée par les autorisations à délivrer. En effet, la consultation de génétique permet, à partir d'une approche clinique, d'établir une juste prescription d'analyse évitant les examens inutiles, une interprétation pertinente des résultats, un diagnostic précis, une information encadrée et (si besoin), une orientation de prise en charge des personnes concernées et leur famille. La structuration de cette offre de soins, en articulation étroite avec celle des laboratoires de biologie médicale, est donc à conduire, notamment en définissant des critères pertinents de sélection des établissements bénéficiaires des financements y afférents (crédits MIG « consultations hospitalières de génétique »).

L'activité de génétique constitutionnelle post-natale fait l'objet pour la première fois d'un schéma régional d'organisation sanitaire intégré dans le PRS.

L'organisation de la génétique post-natale

Les consultations

Les consultations sont réalisées par des praticiens notamment généticiens (cliniciens et biologistes) dans ces centres le plus souvent adossés aux laboratoires. Ils peuvent être secondés par les conseillers en génétique qui exercent sous leur responsabilité. Les prescripteurs des tests de génétique post-natale peuvent être aussi des médecins libéraux, situés à plus ou moins grande distance du laboratoire, à qui le résultat est rendu. Se pose alors le problème du conseil génétique au patient. Le conseil génétique se pose tout autant lorsque le prélèvement est adressé, en sous-traitance, par un laboratoire non autorisé auquel le patient s'adresse. Les centres de consultation peuvent avoir été qualifiés centres de compétence ou de référence selon les critères et la labellisation faite par le « plan Maladies rares ».

Les laboratoires de biologie

Les analyses de génétique post-natale sont réalisées dans des laboratoires d'analyses tant en secteur public et que privé lesquels sont autorisés par l'Agence régionale de santé pour une durée de 5 ans renouvelable. Les activités et les rendus de résultats sont placés sous la responsabilité de praticiens agréés par l'Agence de la Biomédecine pour 5 ans. Les analyses portent sur les domaines suivants :

- la cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
- la génétique moléculaire (dont les analyses HLA -hors greffe et dont du sang ou groupage sanguin-, la pharmacogénétique et l'oncogénétique constitutionnelle qui est la recherche de prédispositions génétiques à l'origine de certains cancers héréditaires) ;
- toute autre analyse prescrite dans l'intention d'obtenir des informations pour la détermination des caractéristiques d'une personne - ces analyses devaient être récapitulées dans un arrêté du ministre chargé de la santé qui n'est pas paru.

Organisation régionale

- 1 centre de génétique clinique et biologique - CHU Poitiers.

Pour la région Poitou-Charentes, le centre de génétique regroupe une unité biologique réalisant les examens de cytogénétique conventionnelle, cytogénétique moléculaire (Puces ADN) et biologie moléculaire, sous la responsabilité du Pr. Alain KITZIS et une unité de génétique clinique, sous la responsabilité du Pr. Brigitte GILBERT-DUSSARDIER.

L'unité de biologie moléculaire travaille avec plusieurs réseaux nationaux, pour la mucoviscidose et analyse chromosomique de puces à ADN (ACPA).

L'unité de Génétique est Centre de Référence pour les Anomalies du Développement de la Région Ouest (CLAD-Ouest), Centre de Compétence pour la Maladie de rendu-Osler et Centre de Compétence pour la Maladie de Von Hippel Lindau et les tumeurs rénales rares.

L'Unité remplit toutes les conditions requises plus haut dans le document, sauf la présence de 2 ETP généticiens. Pour la génétique clinique, le seul praticien assurant une consultation de génétique est le Pr. Brigitte GILBERT-DUSSARDIER pour toute la région Poitou-Charentes, avec des délais de consultations actuels de 5 mois. Pour remédier à ce problème, il est prévu qu'une interne, DES de génétique, ayant encore une année de formation en DES, puisse avoir un post-internat, sous forme de Chef de Clinique-Assistant puis de Praticien Hospitalier, sous réserve que la Direction du CHU et le Doyen de la Faculté de médecine acceptent cette demande de poste pour le 1er novembre 2012. A l'heure actuelle, en l'absence du Pr. GILBERT-DUSSARDIER, il n'y a pas de possibilité de consultation de génétique au CHU de Poitiers. Une psychologue est présente dans l'unité, mais il n'y a pas de conseiller en génétique qui pourrait aussi soulager le travail de consultation et permettre de diminuer les délais.

L'activité de recherche concerne les anomalies du développement, dont spécifiquement le syndrome CHARGE, avec des publications en rapport, et l'obtention d'un PHRC national dont le Pr. Brigitte GILBERT-DUSSARDIER est coordonnatrice.

- 1 laboratoire d'analyse de cytogénétique y compris les analyses de cyto-génétique moléculaire. Cette dernière concerne les analyses par FISH (cf. plus haut) mais non les analyses par puces à ADN – La Rochelle.

Les objectifs

Améliorer l'accès aux soins

Organiser, au sein de filières structurées, **les moyens de diagnostic et de prise en charge des personnes** (et de leur famille) concernées par des problématiques de génétique constitutionnelle post-natale qui relèvent, le plus souvent, de maladies rares, par l'identification de « centres de génétique cliniques » à vocation régionale ou interrégionale, couvrant un bassin de population de 2 à 6 millions d'habitants, regroupant l'ensemble des compétences. Ces centres, au besoin multi sites, assurant un maillage territorial, sont articulés avec les laboratoires de génétique et des unités de recherche. Cette organisation vise à renforcer l'expertise, à mutualiser les compétences et à limiter les prescriptions d'analyse non pertinentes.

Le centre de génétique doit pouvoir assurer :

- une continuité de la prise en charge avec un panel complet de compétences de génétique, se déclinant en deux niveaux de consultation (généraliste et spécialisée : oncogénétique, cardiogénétique, neurogénétique...) ; les centres de référence et les centres de compétences « maladies rares » d'origine génétique, reconnus et localisés dans la région ou l'inter-région relèvent du niveau de consultation spécialisé du centre de génétique,
- une offre de soins large et lisible pour les professionnels de santé adresseurs et les usagers,
- la présence au minimum de deux ETP généticiens pour assurer la continuité des soins,
- une optimisation de l'accès aux soins prenant en compte à la fois la distance et le temps d'accès,
- une prise en charge globale incluant les aspects médico-sociaux, c'est-à-dire regroupant médecins généticiens, conseillers en génétique, psychologues et travailleurs sociaux,
- des liens organisés avec les consultations dites « avancées » (convention inter établissements entre le centre et le site de la consultation avancée),
- une activité de recherche, en lien avec les unités de recherche.

Le développement des centres de prélèvement, couplés à une organisation mutualisée du ramassage et du transport de prélèvements, permettant une offre de proximité pour la phase pré-analytique ; les phases analytique et post-analytique qui peuvent, se concevoir, le plus souvent, à distance du lieu du prélèvement, nécessitent, elles, une expertise mutualisée (coopération entre les laboratoires).

Rendre lisible l'offre disponible pour les professionnels de santé et les usagers.

Améliorer l'efficacité et la qualité.

Mettre en place une offre graduée comprenant :

- Les analyses de cytogénétique, ayant, actuellement, une couverture homogène et adaptée aux besoins de proximité ; toutefois, le nombre de caryotypes et de FISH (Fluorescent In Situ Hybridization) devrait diminuer dans les années à venir de 15 pour cent avec le développement de l'usage, de 1e intention, de l'analyse chromosomique sur puce à ADN (APCA) dans certaines indications ;
- Les analyses de biologie moléculaire qui comportent deux niveaux de complexité :
- Les analyses courantes de niveau 1, souvent inscrites à la nomenclature, relevant de l'offre de proximité ;

- Les analyses de niveau 2, hyperspécialisées dont le niveau de recours peut être, selon la rareté des pathologies en cause et la complexité du diagnostic et de la prise en charge : régional, interrégional, voire national ou international ;

Les analyses chromosomiques par puce à ADN, pouvant être réalisées soit par des laboratoires de cytogénétique, soit par des laboratoires de biologie moléculaire, sont appelées à tripler dans les prochaines années, avec, en corollaire, la baisse d'indication des caryotypes, compte tenu des nouvelles recommandations internationales dans le diagnostic des syndromes malformatifs et troubles du développement. Toutefois, cette activité nécessite une expertise clinique et biologique importante, compte tenu de la complexité de son interprétation, justifiant son développement à l'échelon interrégional ou régional, dans le cadre d'un réseau national, adossés aux centres de génétique clinique et aux CHU, en lien étroit avec les laboratoires de cytogénétique ou de biologie moléculaire existants.

Structurer l'offre entre les laboratoires et les liens avec les filières de prise en charge en :

- favorisant la coopération entre les laboratoires, au sein de « réseaux organisés de laboratoires », adossés aux CHU,
- garantissant la mise en oeuvre d'un lien étroit avec les « centres de génétique cliniques » (concertation clinico-biologique entre les praticiens),
- veillant à l'articulation de l'activité avec les filières de prise en charge des maladies rares (filières thématiques de centres de références et centres de compétences dont les périmètres vont être précisés dans le cadre du plan national maladies rares 2011-2014), les filières cancer dont les cancers rares pour l'oncogénétique,
- préservant l'activité de certains laboratoires qui sont seuls (ou éventuellement deux) au niveau national à réaliser un examen rare indispensable au diagnostic d'une maladie,
- prévoyant, l'intégration, selon les cas, de ces laboratoires dans les « plates-formes nationales de diagnostic approfondi des maladies rares » qui seront mises en place dans le « plan national maladies rares 2011-2014 ». DGOS version 2.1 70.

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

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

Dans ce contexte, il est souhaitable de mener une concertation interrégionale pouvant, le cas échéant, se formaliser par l'élaboration d'un SIOS en application de l'article L. 1434-10 du CSP et la délivrance d'autorisations dans un cadre interrégional.

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

- Articulation de l'offre relevant des centres de génétiques cliniques avec celle des structures médicosociales (MDPH, CAMPS, CESAP...) ;
- Articulation avec les associations de patients (Alliance maladies rares, fédération d'associations de patients).

Indicateurs de suivi

- Présence, au niveau régional ou inter-régional, d'un centre de génétique clinique structuré, répondant à ses missions.
- Nombre et liste de laboratoires organisés en réseaux à l'échelle régionale ou inter-régionale.
- Nombre et liste de laboratoires de la région ayant initié une démarche de certification.

Organisation cible

Territoire régional :

- 1 centre de génétique clinique et biologique - CHU Poitiers.
- 1 laboratoire d'analyse de génétique moléculaire limité au typage HLA.
- 1 laboratoire d'analyse de cytogénétique, y compris les analyses de cyto-génétique moléculaire.

Références

- Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;
- Arrêté du 27 novembre 2008 fixant la liste des équipements des laboratoires d'analyses de biologie médicale nécessaires à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales ;
- Ordonnance n° **2010-49** du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

L'imagerie médicale

Domaine stratégique

L'amélioration de la qualité du système de santé

Priorité

- Favoriser le développement des systèmes d'information induit par les technologies de l'information et de la communication, et les ressources de la télémédecine.
- Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la démarche d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.

1 - LES ENJEUX PRINCIPAUX

Ils sont :

- de réduire les délais d'attente trop longs en IRM, de mettre en place une organisation pour l'astreinte IRM dans tous les territoires.
- d'inverser la prédominance nette des scanners au sein des examens d'imagerie en coupe pour le crâne et la colonne vertébrale (référentiel de bon usage des examens d'imagerie) ;
- d'adapter le nombre d'appareils TEP (évolution des indications, prévalence des cancers).
- de mettre en place une interopérabilité des équipements d'imagerie en coupes entre eux.
- d'implanter un cyclotron sur le site régional

2 - LES PRINCIPES D'ORGANISATION RETENUS

➤ **Accessibilité :**

- Rendre accessible l'exploitation par IRM sur tout le territoire régional dans des délais < à 12 jours.
- Positionner les nouveaux appareils d'IRM en priorité là où les délais d'attente actuels sont les plus longs, auprès des établissements ayant une activité prépondérante en cancérologie et/ou affections neurovasculaires et cardiologiques.
- Ouvrir l'accès à l'IRM 24/24 pour tous les AVC récents en mettant en place la permanence H24 sur les sites de recours possédant une Unité Neuvo-Vasculaire et en déployant un réseau de télé-imagerie qui sera étendu à d'autres situations cliniques afin de répondre à l'enjeu de la permanence des soins.

➤ **Performance :**

- Diversifier le parc d'IRM par l'implantation d'IRM spécialisées (ostéoarticulaires pour les examens hanche, épaule, rachis sans injection) auprès d'IRM polyvalentes ayant une activité ostéoarticulaire suffisante (4500 examens annuels) ou d'IRM dédiées (examens ostéoarticulaires des membres auprès d'IRM polyvalentes ayant une activité ostéoarticulaire suffisante (2600 examens annuels).

- Compléter le parc des scanographes auprès des structures d'urgence et en particulier s'assurer de la possibilité pérenne d'exploitation d'un scanner auprès des structures d'urgence.
- Doubler le scanner sur les sites ayant plus de 40 000 passages aux urgences et/ou 20 000 entrées en fonction du plateau technique et du case mix des actes d'imagerie en coupe.
- Planter une IRM sur les sites ayant plus de 40 000 passages aux urgences
- Mettre en place un observatoire des délais d'attente IRM portant sur 2 actes ciblés (crâne et colonne vertébrale), les délais d'attente pour la cancérologie étant suivis par des enquêtes nationales annuelles (INCa et Imagerie et Santé Avenir).

➤ **Qualité – pertinence :**

- Résorber les délais d'attente pour la cancérologie et permettre l'accès à l'imagerie en coupe non irradiante en particulier des enfants et des pathologies cardiaques.
- Assurer la substitution des examens du crâne et son contenu vers l'IRM dans le respect des recommandations de bon usage des examens d'imagerie.
- Favoriser le remplacement des scanographes après 7 ans d'exploitation.
- Adapter le nombre de TEP pour mieux prendre en charge les cancers dans le respect des Standards Options Recommandations et expérimenter la TEP IRM moins irradiante.
- Diffuser le guide de recommandations de bon usage des examens d'imagerie auprès du grand public, des prescripteurs, des réalisateurs d'examens.
- Engager tous les établissements concernés dans le recueil annuel de l'indicateur IPAQSS : conformité des demandes d'examens d'imagerie.

➤ **Principes d'organisation :**

Le parcours de santé en imagerie médicale suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

a – Prévention :

- Limiter l'exposition aux rayonnements ionisants, en réalisant à indication égale un examen IRM au lieu d'un examen scannographique, et particulièrement chez l'enfant.
- Ne pas réaliser d'examens non justifiés (Guide de bonnes pratiques, exemple radiographies crâne, abdomen ou thorax).

b - Premiers recours et médico-social : faciliter l'accès des patients à l'imagerie en coupe

c - Faciliter l'orientation du patient (inter-hospitalier) : Améliorer l'accès des patients hospitalisés aux examens IRM par l'implantation d'appareils spécialisés ou dédiés auprès des équipements déjà existants

3 – OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Mettre en œuvre les nouvelles IRM spécialisées ou dédiées
- Garantir un accès 24 h/24 pour AVC récents à l'IRM sur les sites de recours.
- Reporter les examens d'imagerie en coupe du crâne et son contenu du scanner vers l'IRM en respect des recommandations de bon usage des examens d'imagerie.

- Mettre en place un observatoire des délais d'attente pour actes ciblés en IRM. A partir des données relatives aux délais d'attente et aux typologies des examens, un accroissement du parc d'appareil d'imagerie en coupes sera effectué chaque année après la publication de l'étude.
- Conforter le pôle régional de cancérologie en attribuant des appareils d'imagerie en coupes afin de diminuer les délais d'attente du diagnostic, de la mise en traitement et du suivi de l'évolution de la pathologie cancéreuse.
- Coupler les autorisations de structure d'urgence avec celle d'un scanner 24h/24 dans le même établissement.
- Diversifier au maximum le parc d'IRM.
- Diminuer les délais d'attente pour les examens d'IRM en particulier pour les pathologies cancéreuses.
- Adapter le parc TEP en fonction des besoins et de l'évolution des indications.
- Mettre en place un réseau de téléradiologie en obligeant l'interopérabilité des appareils d'imagerie en coupes, permettant un réel partage de l'information, un accès assuré aux images et un développement harmonisé entre l'ensemble des acteurs des PACS.
- Engager les établissements dans le recueil annuel de l'indicateur IPAQSS : conformité des demandes d'examens en imagerie et en analyser les résultats.
- Faire un état des lieux de l'accessibilité aux examens d'imagerie pour les personnes handicapées.

4 – LA DIVERSIFICATION DU PARC D'IMAGERIE EN COUPE

La stratégie de diversification au profit d'appareils à vocation ostéoarticulaire est destinée à améliorer l'efficacité du recours à l'IRM et l'accessibilité de ces examens, en permettant notamment la libération de plages sur les équipements polyvalents, pour mieux répondre aux priorités de santé publique.

➤ Définition de la notion d'adossement des appareils IRM dédiés ou spécialisés

L'adossement géographique des équipements IRM à vocation ostéoarticulaire à au moins un appareil IRM polyvalent, a pour double objectif de favoriser la complémentarité des appareils en fonction de leurs indications (répartition des actes) et la mutualisation des compétences. Cet adossement « géographique » s'entend donc comme l'implantation de ces appareils à vocation ostéoarticulaire sur le même plateau technique qu'un appareil polyvalent. Toutefois, si un promoteur présente un projet d'appareil IRM ostéoarticulaire en adossement « fonctionnel », c'est-à-dire avec une implantation sur un site différent dans la même commune, l'ARS appréciera, au-delà de la nécessaire complémentarité des appareils en fonction de leurs indications et de la mutualisation des compétences, l'opportunité d'une telle autorisation, les engagements du promoteur en matière d'accessibilité et de régulation des examens entre les différents appareils IRM (structure de gestion commune de la programmation des examens, organisation des plages horaires des radiologues).

➤ Appareil IRM dit « dédié aux examens ostéoarticulaires des membres »

Les appareils IRM « dédiés aux examens ostéoarticulaires des membres » sont des appareils IRM d'une puissance d'aimant de 1,5 tesla dont les caractéristiques nécessaires et suffisantes (aimant circulaire extrêmement performant) permettent uniquement la réalisation d'examens ostéoarticulaires des membres inférieurs et supérieurs, hors hanche et épaule.

Cette classe d'appareils IRM dits « dédiés » en ostéoarticulaire des membres apporte une qualité diagnostique suffisante permettant d'éviter la réalisation de ces examens sur une IRM dite « polyvalente ».

Seul un constructeur propose actuellement ce type d'appareil IRM. Les 6 antennes émettrices réceptrices incluses sont dédiées aux seuls examens des régions anatomiques suivantes :

- antennes genou, cheville, pied ;
- antennes de surface dédiées aux articulations distales : main, doigts, poignet, coude.

➤ **Appareil IRM dit « spécialisé en ostéoarticulaire »**

Les appareils IRM « spécialisés en ostéoarticulaire » sont des appareils IRM fermés ayant les mêmes caractéristiques (aimant 1,5 tesla, gradient, tunnel, bobines...) que les IRM de haut champ actuelles, dites « polyvalentes » avec une utilisation réservée aux examens ostéoarticulaire, au regard de leurs caractéristiques techniques.

Les caractéristiques techniques des IRM spécialisées ostéoarticulaire doivent porter :

- sur les caractéristiques de l'aimant principal et des bobines de gradient ;
- sur les caractéristiques des antennes, et en particulier des antennes réceptrices (1).

Ces IRM « spécialisées » apportent une qualité diagnostique comparable à l'IRM dite « dédiée » pour les articulations distales (aimant circulaire extrêmement performant). Elles permettent d'éviter de refaire un examen sur une IRM polyvalente.

Leur équipement en termes d'antennes réceptrices est limité aux seuls examens des régions anatomiques suivantes :

- antenne genou, cheville, pied ;
- antenne rachis ;
- antennes de surfaces dédiées aux articulations : coude, poignet, main ;
- antenne cervicale ;
- antenne épaule ;
- antenne hanche.

Le type de machine IRM dédiée/spécialisée est déterminé à partir des activités transférables des scanners et des IRM 1,5T ou 3T.

4 – Organisation cible

Territoire de la Charente

Type d'EML	Implantations	Schéma cible SROSPRS	création
Scanners	2 implantations sur le site de recours	3	
	4 implantations sur les sites de proximité	4	
IRM	2 implantations sur le site de recours	4	
	1 implantation sur les sites de proximité	1	
IRM Spécialisée	1 implantation sur le site de recours		+ 1*
	1 implantation sur le site de proximité	1	
Caméras	1 implantation sur le site de recours	2	
T E P	1 implantation sur le site de recours	1	
* : dans le cadre d'un plateau d'imagerie médicale mutualisée			

Territoire de la Charente Maritime Sud et Est

Type d'EML	Implantations	Schéma cible SROSPRS	création
Scanners	2 implantations sur le site de recours	2	
	4 implantations sur les sites de proximité	4	
IRM	1 implantation sur le site de recours	1	
	1 implantation sur les sites de proximité	1	
IRM dédiée / spécialisée	1 implantation sur le site de recours	1	
	1 implantation sur le site de proximité	1	

Territoire de la Charente Maritime Nord

Type d'EML	Implantations	Schéma cible SROSPRS	création
Scanners	3 implantations sur le site de recours	4	+ 1*
	1 implantation sur les sites de proximité	1	+1*
IRM	2 implantations sur le site de recours	3	+ 1*
	1 implantation sur les sites de proximité	1	
IRM dédiée	1 implantation sur le site de recours	1	
IRM spécialisée	1 implantation sur le site de proximité	1	
Caméras	1 implantation sur le site de recours	2	
T E P	1 implantation sur le site de recours	1	
* : dans le cadre d'un plateau d'imagerie médicale mutualisée			

Territoire des Deux Sèvres

Type d'EML	Implantations	Schéma cible SROSPRS	création
Scanners	2 implantations sur le site de recours	3	+ 1*
	2 implantations sur les sites de proximité	2	
IRM	2 implantations sur le site de recours	3	+ 1*
	1 implantation sur le site de proximité **	1	
IRM Spécialisée	1 implantation sur le site de recours	1	
Caméras	1 implantation sur le site de recours	2	
T E P	1 implantation sur le site de recours	1	
* : dans le cadre d'un plateau d'imagerie médicale mutualisée ** NDS IRM mobile + nord Vienne			

Territoire de la Vienne

	Implantations	Schéma cible SROSPRS	création
Scanners	2 implantations sur le site de recours	6	
	3 implantations sur les sites de proximité	3	
IRM	2 implantations sur le site de recours	4	
	1 implantation sur les sites de proximité	1	
IRM 1,5 T	1 implantation sur le site de recours	1	
IRM 3 T	1 implantation sur le site de recours	1	
IRM dédiée	1 implantation sur le site de recours	1	
IRM spécialisée	1 implantation sur le site de proximité	1	
Caméras	2 implantations sur le site de recours	5	
T E P	1 implantation sur le site de recours	2	

Les soins palliatifs

Domaine stratégique

Cancers, maladies chroniques et maladies rares

Priorité

Soins palliatifs

Objectifs généraux du PSRS

- Améliorer la qualité de prise en charge palliative dans l'ensemble des services de soins.
- Améliorer l'accès à des prises en charge spécialisées pour des patients requérant des soins palliatifs particulièrement complexes.
- Améliorer l'efficacité des moyens de prise en charge.
- Développer une coordination régionale efficace.

Contexte et enjeux

➤ *Données démographiques et épidémiologiques*

La région Poitou-Charentes compte quatre départements : 79 Deux-Sèvres (Niort) ; 86 Vienne (Poitiers) ; 17 Charente - Maritime (La Rochelle); 16 Charente (Angoulême) soit 1 774 000 habitants (au 1^{er} janvier 2010). Elle se distingue par une densité de population relativement faible, notamment en Charente (58 hab/km²).

Le taux de mortalité y est plus élevé que la moyenne nationale. L'indice de vieillissement, (nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans), est nettement supérieur à la moyenne nationale. Avec une proportion de personnes âgées dans la population totale égale à 10,7%, la région Poitou-Charentes se situe au-delà de la moyenne nationale (8,3%).

➤ *L'offre de soins et médico-sociale*

5 territoires de santé et 17 territoires de proximité

Les territoires de santé ont été définis : pour 3 départements, 1 seul territoire de santé (Vienne, Charente, Deux-Sèvres), pour la Charente Maritime, 2 territoires de santé (Nord : La Rochelle ; Sud et Est : Saintes).

➤ *L'offre au plan des établissements de santé*

Un centre hospitalier universitaire de Poitiers et 28 centres hospitaliers (Angoulême, La Rochelle, Niort, Rochefort, etc.), dont 10 anciennement « hôpitaux locaux » (Châtellerauld, Cognac, Confolens, Loudun, etc.).

➤ *L'offre à domicile*

La densité de médecins généralistes est très comparable à la moyenne nationale (112 médecins pour 100 000 habitants). Toutefois, si la Charente-Maritime dispose d'une plus forte densité de MG (=124), le département des Deux-Sèvres apparaît en retrait (=95). Sur 1 935 médecins généralistes libéraux, 668 ont plus de 55 ans (=35%). Seul le département de la Charente-Maritime dispose d'une densité de professionnels paramédicaux libéraux comparable à la moyenne nationale (=114/100 000 hab.), la Vienne, la Charente et les Deux-Sèvres ne disposant pour leur part respectivement que de 77, 80 et 83 IDE libéraux pour 100 000 habitants.

➤ **Au plan médicosocial**

Les établissements médicosociaux se répartissent de la façon suivante : 423 établissements d'accueil pour personnes âgées, dont 276 Etablissements Hébergement pour des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) (18 000 lits), 31 Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) (3000 places), 13 Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) et 15 Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) en 2008, soit 850 places destinées à la prise en charge médicalisée (avec hébergement) des adultes en situation de handicap.

➤ **L'offre de soin en soins palliatifs Unité de Soins Palliatifs (USP)**

		Nb de lits	Composition des équipes en ETP en ETP
Poitiers	CHU ouverture le 19 octobre 2009	10	Med (2,5), cadre (0,5), IDE (8,8), AS (8), ASH (0), psycho (0,8), Kine (0,5), Ass soc (0,2), secret (0,5)

161 Lits Identifiés Soins Palliatifs CLIPS) installés

		MCO	SSR
Deux-Sèvres (79)	CH Melle		4
	CH Nord Deux-Sèvres : 3 sites (PARTHENAY, BRESSUIRE, THOUARS) avec 2 LISP/site + 6 LISP anciennement USP	12	
	CH Niort	10	
	CH St Maixent l'école		5
	Clinique Inkerman	4	
	CH Mauléon		3
Vienne (86)	Poitiers CHU	17	
	Poitiers Clinique St Charles	5	
	Poitiers Polyclinique	4	
	CH Châtelleraut	6	
	CH Loudun	5	
	CH Montmorillon	2	
	CH Lusignan		3
Charente-Maritime Nord (17)	CH La Rochelle	10	
	CH Rochefort	5	
	CVS de Marlonges		9
Charente-Maritime Sud et Est (17)	CH Saintes	6	
	CH Royan	4	
	CH St Jean d'Angély	4	
	CH Jonzac	2	
Charente (16)	Centre Clinical Soyaux	4	
	Ruffec	3	
	Cognac CH sud Charente	6	
	CH Confolens	2	
	CH Angoulême	6	1
	CH Châteauneuf	6	
	CH La Rochefoucauld	6	
	CH Sud Charente	3	

Equipes mobiles de soins palliatifs (MSP)

Deux-Sèvres (79)	EMSP Nord 79 Parthenay ((intra et extra hosp.)	ETP med (0,50) cadre (0,25) IDE (2 occupés à 1,8) Psy (0,50) secret (0,75)
	EMSP Sud 79 Niort (intra et inter hosp.)	ETP med (1,6) cadre (0,8) IDE(1,6) Psy (2) Secret (1)
Vienne (86)	Châtelleraut (Intra et extra hosp.)	ETP med (0,5) cadre (0) IDE(1,5) Psy (1,5) Secret (0)
	CHU Poitiers (Interhosp.)	med (1,5) cadre (0,5) IDE(1,8) Psy (1) Secret (1)
Charente-Maritime Sud et Est (17)	EMSP Saintes-Saint Jean d'Angely (inter hosp.)	ETP med (2) cadre (0,3) IDE(4) Psy (2 dont 1 est attribué) Secret (1) + Ass. Soc (0,7) + Kiné (0,5)
	EMSP Saintes Boscarnant-Jonzac-Royan (inter hosp.)	
Charente-Maritime Nord (17)	CH La Rochelle (intra et inter hosp.) équipe mixte (douleur et SP)	Med (0,85) cadre (0,25) IDE (3) psy (0,5) Kiné (0,3) Secret (0,75) + Ass. Soc (0,3) + Kiné (0,3) Fusion de la MSP et de l'équipe prise en charge de la douleur
	EMSP Rochefort	Med (0,3) IDE (1)
Charente (16)	EMSP Nord Charente. Ruffec (intra et inter et extra hosp.)	ETP med (0,7 à 0,8) cadre (0) IDE(2) Psy (0,75) Secret (0,5) Assist soc (0,5)
	EMSP Châteauneuf/Angoulême (intra et inter et extra hosp.)	ETP med (1) cadre (0) IDE(1,8) Psy (1) Secret (0,5) + Ass. Soc (0,5)
	EMSP des Hôpitaux Sud Charente (intra et inter et extra hosp.)	ETP med (1) cadre (0,1) IDE(1,8) Psy (0) Secret (0,4)

A noter que dans certains hôpitaux appelés anciennement hôpitaux locaux, sont financés des référents soins palliatifs formés (DIU) à hauteur d'un ETP IDE.

Domicile

Hospitalisation à domicile : couverture complète progressive du territoire régional.

Réseaux

	Composition équipe de coordination
Deux Sèvres	ETP med (0,6) cadre (0), IDE(1,8) Psy(0,7) Secret (0,8) Ass. Soc.(0)

A noter un projet de plateforme pluri thématique territoriale pour la Charente.

Pédiatrie

Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) interviennent en pédiatrie d'une façon générale. Il existe un lit identifié soins palliatifs en pédiatrie au centre hospitalier d'Angoulême. Le centre Hélimarin pour enfants lourdement handicapés à l'île d'Oléron possède une équipe formée en soins palliatifs (convention en cours de rédaction avec CH La Rochelle : UMDSP).

Il existe une « Coordination Régionale de Soins Palliatifs SPIRALE Poitou-Charentes »

Créée en 2001 SPIRALE est un espace de rencontres des soignants pour améliorer la connaissance et la coordination des équipes entre elles. Elle travaille en Collèges (médecins, IDE et psychologues) et en pluridisciplinarité avec 3 réunions de rencontres et formations continues/an.

Une journée régionale annuelle de Soins Palliatif est organisée au niveau régional avec souvent une conférence grand public. Cette journée alterne sur différents territoires de santé. Elle participe au

Réseau Onco-Poitou-Charentes. Elle est en lien avec la Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs (la SFAP).

Associations d'accompagnement :

Il existe au moins une association dans chaque département : ASP 17, ASP 16, ASP 79, JALMAV 86.

Interface douleur soins palliatifs : elle fonctionne sans problème à Niort, La Rochelle (même équipe).

Au CHU de Poitiers, l'interface est à construire. En Charente, il existe un partenariat de SOS Douleur (réseau FICQS) et les 3 EMSP sur l'ensemble du département. Une convention est en cours de signature entre SOS douleur et l'équipe de Châteauneuf.

Formation universitaire et recherche médicale :

Référents Universitaire : Pr. Jacques Ariès.

Formation initiale médicale :

Module 6 : 6h (2 X 3h douleur/soins palliatifs en DCEM4).

4 internes (3 DES médecine générale, 1DESC) sont en formation au CHU de Poitiers (2 à l'EMSP 2 à l'USP). Trois services ont un agrément pour accueillir un interne en DES Médecine Générale (Poitiers Niort, La Rochelle).

2 étudiants DESC médecine palliative, médecine de la douleur. 3 services ont un agrément pour les internes DESC (Niort, Poitiers, Châteauneuf).

Le CHU de Poitiers a un assistant DESC SP. Un agrément pour un poste post-internat DESC soins palliatifs est en cours au CH de Niort.

Un poste de professeur associé pourrait être envisagé dans le cadre du programme de développement des soins palliatifs.

Il existe un espace éthique depuis 2009 (présidé par le Pr Roger Gil)

Un groupe de réflexion sur l'éthique a été créé au CH de Niort en 2009 et organise régulièrement des « café-éthique » ouvert à tous les employés de l'établissement.

EN CONCLUSION

La région Poitou-Charentes bénéficie d'une offre en soins palliatifs diversifiée mais avec des moyens limités et une répartition inégale.

Des points d'amélioration sont nécessaires :

- Au plan de l'offre de soins
- Des unités en soins palliatifs insuffisantes (USP)

Il n'existe qu'une seule USP pour la région (CHU Poitiers).

Les moyens médicaux dont dispose cette équipe (3 médecins pour l'EMSP et l'USP) sont en deçà des références de la circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. Ils ne permettent pas d'assumer les missions cliniques, et les missions de formation et de recherche. Le programme de développement des soins palliatifs 2008 - 2012 prévoit 1 USP dans un établissement comptant plus de 600 décès par an. 4 établissements publics ont plus de 600 décès/an dans notre région et sont susceptibles d'avoir une USP : La Rochelle (17) et Saintes (17), Niort (79) et Châteauneuf/Angoulême (16).

Lits identifiés Soins Palliatifs (LISP)

D'une façon générale, il est nécessaire d'améliorer la visibilité de l'activité palliative réelle dans un certain nombre de LISP de la région.

Réseaux

Le réseau ALISPAD (79) intervient sur le sud des Deux-Sèvres, le réseau SPAD-RVH (17) sur La Rochelle et Saintes avec deux équipes. Une réflexion régionale devra être menée sur la couverture régionale des besoins avec notamment la possibilité d'intervention aux domiciles des patients. L'organisation proposée reposera sur la complémentarité des services de soins (HAD, EMSP, SSIAD, réseaux, professionnels libéraux). Le département de la Vienne et le Nord Deux-Sèvres sont des zones de moindre couverture.

Formation et recherche

Globalement, il existe des difficultés de recrutement de médecins qualifiés en Soins Palliatifs dans la région Poitou-Charentes. Un point positif est l'existence d'un diplôme interuniversitaire (DIU) de soins palliatifs.

Objectifs opérationnels

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

- Intégrer la démarche palliative dans la pratique soignante pour assurer une prise en charge adaptée à l'ensemble des patients dont l'état de santé le requiert.
- Organiser la diffusion de la culture palliative auprès de l'ensemble des professionnels de santé (professionnels libéraux, établissements médicosociaux (ESMS), différentes unités des établissements de santé...), en particulier par l'intervention des équipes mobiles.
- Favoriser le maintien à domicile (résidentiel ou ESMS) des patients requérant des soins palliatifs, (hospitalisation à domicile, équipe mobile de soins palliatifs, coopérations formalisées intégrant les médecins généralistes, les SSIAD...).

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

- Assurer l'existence d'une offre de soins graduée dans l'ensemble des régions et l'accessibilité effective au sein de chaque territoire de santé à une USP. Chaque établissement de santé doit donc formaliser des liens avec un établissement de santé disposant d'une USP.
- Structurer, au sein des territoires de santé, les coopérations entre l'ensemble des professionnels qui concourent à la prise en charge des patients en fin de vie (réseaux, conventions).

Améliorer l'efficience des moyens de prise en charge

- Eviter les transferts de patients en favorisant l'accès aux compétences, à domicile comme au sein même des différents pôles des établissements de santé, notamment en renforçant l'effectivité de l'intervention des EMSP dans l'ensemble des services de soins et des EHPAD.
- Renforcer la mutualisation des moyens spécifiques de prise en charge (unité de soins palliatifs, équipe mobile de soins palliatifs) entre établissements de santé (dans le cadre des communautés hospitalières de territoire et des groupements de coopération sanitaire notamment).

Orientations régionales

Créer une USP dans les établissements ayant plus de 600 décès / an

Le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 préconise de créer des unités de soins palliatifs dans les établissements où sont comptabilisés au moins 600 décès annuels dans les disciplines de court séjour. Les centres hospitaliers de Niort, Angoulême, La Rochelle, Saintes sont dans ce cas. Ces unités ne doivent pas avoir une capacité inférieure à 10 lits (circulaire DHOS du 25 mars 2008). Une étude prospective devra être menée pour déterminer la proportion de patients relevant de soins palliatifs complexes. Un projet devra être élaboré par ces établissements et validé par l'Agence Régionale de Santé. Des conventions devront être signées avec les établissements de santé

non pourvus d'USP.

Renforcer les moyens sur le département de la Vienne

Le dispositif « soins palliatifs » du département de la Vienne est constitué d'une équipe USP/EMSP au CHU de Poitiers et d'une équipe au centre hospitalier de Châtellerauld. Il n'existe pas de réseau organisé sur ce département. Les interventions en dehors des services hospitaliers sont limitées. Ces équipes devront être renforcées pour pouvoir intervenir sur l'ensemble du territoire départemental y compris à domicile. L'équipe du CHU doit pouvoir également développer ses missions régionales : formation, enseignement, recherche.

Poursuivre la mise en conformité des LISP (circulaire DHOS du 25 mars 2008)

Un inventaire des LISP de la région autorisés sera à effectuer : localisation précise des LISP autorisés par établissement (service, pôle), intégration du projet « soins palliatifs » au projet de service ou de pôle, modalités de fonctionnement (mise en place des référents soins palliatifs, staffs pluridisciplinaires...), formation des équipes qui y interviennent, modalités de financement... Le Professeur Aubry, coordonnateur du programme national de développement des soins palliatifs préconise d'évaluer si l'investissement dans le GHS LISP produit ce qu'il doit produire et contribue à la diffusion de la culture palliative.

Cette évaluation pourrait s'appuyer sur le référentiel élaboré dans le cadre du comité de suivi du programme de développement des soins palliatifs par un groupe de travail SFAP/CNAM. Ce référentiel d'évaluation des LISP concerne la pertinence du codage des séjours et l'adéquation des activités dans le cadre du GHS LISP avec le référentiel DHOS (annexes de la circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relatives à l'organisation des soins palliatifs). Il conviendrait d'évaluer également la réelle mobilisation des crédits générés par le GHS LISP et sa traduction en termes de renfort en personnels et en actions de formation.

Mener une réflexion sur une logique de coordination territoriale de proximité à partir de l'expérience des réseaux existants et d'un dispositif pivot HAD/EMSP

Le territoire régional n'est pas couvert par l'ensemble du dispositif cible de l'offre de soins palliatifs. Par ailleurs, il est actuellement difficile de quantifier le besoin de la population picto-charentaise en soins palliatifs. L'objectif étant de permettre l'accès aux soins palliatifs pour toutes personnes en ayant la nécessité sur tout le territoire régional, il sera nécessaire :

- de mener une étude de besoins,
- d'engager une réflexion à partir des besoins sur l'articulation de 3 dispositifs : les réseaux, l'hospitalisation à domicile et l'intervention des EMSP,
- de renforcer le dispositif EMSP/réseaux pour permettre un accès à tous aux soins palliatifs conformément à la circulaire DHOS du 25 mars 2008.

Cette organisation devra être une ressource pour les professionnels de santé libéraux.

Mener une démarche projet pour une politique de développement de la culture palliative dans les associations et établissements médicosociaux

Cela nécessite de :

- Connaître la nature et la répartition des établissements médico-sociaux (personnes âgées et personnes handicapées) dans la région ; connaître la réalité des liens entre ces établissements et les services d'HAD, les EMSP, les réseaux ; connaître les liens avec les associations de bénévoles d'accompagnement.
- Evaluer les besoins de ces établissements et leur capacité à bénéficier d'actions de formation – appui - accompagnement (S'appuyer éventuellement sur les coupes PATHOS (patients en M1 OU M2) pour évaluer les besoins).
- Etudier les projets d'établissement, analyse de la mise en œuvre des actions de formation

(MOBIQUAL...).

- Auditer les équipes chez qui le besoin a été identifié pour déterminer la nature spécifique de la collaboration à mettre en œuvre.
- Créer du lien avec l'action menée sous égide de l'ANESM : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant «L'éthique dans les établissements et services sociaux et médicosociaux».

C'est sur la base des résultats de ce travail que des actions de développement de la culture palliative dans les associations et les établissements médico-sociaux pourront être mises en place.

Reconnaître le temps des soignants utilisé à la coordination régionale

Avec l'Agence Régionale de Santé, cette coordination permettra d'animer la politique régionale en soins palliatifs en déclinant les orientations nationales et les axes du schéma régional.

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

- Rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
- Favoriser le maintien au sein des établissements médico-sociaux des résidents en fin de vie et éviter les hospitalisations en urgence non justifiées ;
- Favoriser la participation des professionnels de santé libéraux au parcours de soins des patients en soins palliatifs.

Indicateurs de suivi

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

Organisation cible

Territoire de la Charente

Une USP de 10 lits, implantée au Centre hospitalier de Châteauneuf, dans une coopération construite avec le centre hospitalier d'Angoulême détenteur de l'autorisation d'activité, et le GCS des hôpitaux de Charente.

Territoire de la Charente-Maritime Nord

Une USP au centre hospitalier de La Rochelle.

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

Une USP au centre hospitalier de Saintes.

Territoire des Deux-Sèvres

Une USP au centre hospitalier de Niort.

D'une façon générale, pour chaque territoire de santé, les équipes mobiles de soins palliatifs devront

être renforcées pour atteindre les objectifs de la circulaire DHOS du 25 mars 2008 en fonction de leurs files actives.

Territoire de la Vienne

Renforcer les moyens de l'USP/EMSP du CHU de Poitiers.

Cadrage Financier

- Crédits des missions d'intérêt général (EMSP)
- Tarification à l'activité (USP)
- Crédits FICQS (réseaux)

Références

- Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
- Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs
Circulaire
N°DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs
- Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 : Programme 2008-2012

Les soins aux détenus

Domaine stratégique

L'amélioration de la qualité du système de santé

Priorité

- Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la démarche d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.
- Favoriser le développement des systèmes d'information induit par les technologies de l'information et de la communication, et les ressources de la télémédecine.

Objectifs généraux du PSRS

- Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins ;
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- Développer les systèmes d'information partagés et inter opérables ;

Définitions

Les missions des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) :

- Références :
 - Loi N° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
 - Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi HPST
 - Loi N° 2002-1138 du 9 septembre d'orientation et de programmation pour la justice
 - Loi N° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire
 - décret n°94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

L'établissement de santé chargé des soins somatiques apporte une réponse d'ensemble aux besoins de santé des personnes détenues dans le centre de détention avec lequel il a conclu un protocole. Ce protocole détermine les conditions de fonctionnement des UCSA et les obligations respectives de l'établissement de santé et de l'établissement pénitentiaire.

L'établissement de santé est chargé de dispenser les soins aux personnes détenues, dont l'état de santé ne nécessite ni hospitalisation, ni consultations ou examen en milieu hospitalier.

Il convient de souligner que sauf urgence, les soins dispensés aux enfants laissés auprès de leur mère détenue ne relèvent pas du dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues assuré par le service public hospitalier ; les enfants bénéficient du dispositif de soins de droit commun (circulaire JUSE 9940062C du 16 août 1999 relative aux conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée).

Les prestations fournies dépassent le cadre de l'établissement pénitentiaire et concernent l'accueil hospitalier en consultation ou en hospitalisation, ainsi que la préparation au suivi après la libération. Elles se situent tant sur le plan des soins que sur celui de la prévention.

Il revient à l'établissement de santé d'assurer sur place l'ensemble des prestations relevant de la médecine générale, des soins dentaires, des consultations spécialisées et d'organiser la réponse médicale aux urgences.

L'établissement de santé de rattachement coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire. Il élabore à ce titre un programme en accord avec l'établissement pénitentiaire. Lorsque l'établissement pénitentiaire est le siège d'un service médico-psychologique régional (SMPR), l'établissement assure les soins en psychiatrie.

Les missions du Service Médico Psychologique Régional (SMPR) :

➤ Références

- Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.
- -Arrêté du 10 mai 1995 modifiant l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux
- **Prévention des affections mentales** en milieu pénitentiaire notamment par le repérage précoce des troubles psychiques des entrants en établissement pénitentiaire.
- **Mise en œuvre des traitements psychiatriques** nécessaires aux personnes détenues, prévenues ou condamnées, à l'exception de ceux relevant des dispositions des articles L. 342 à L.0349 du code de santé publique et du D. 398 du code de procédure pénale.
- Eventuellement, et conformément à la mission du secteur, **le suivi psychiatrique de la population post pénale** en coordination avec les équipes des secteurs de psychiatrie générale ou de psychiatrie infanto-juvénile.
- Une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies en milieu pénitentiaire.
- Une mission de coordination régionale impliquant une coopération avec l'ensemble des acteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile intervenant en milieu pénitentiaire.
- Le SMPR doit diminuer sa Durée Moyenne de Séjour (3 mois environ) et offrir la même palette de soins psychiatriques que le CH Henri Laborit. En tenant compte des contraintes liées à la détention.

Contexte et enjeux

Organisation des soins

- Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (Unité de soins niveau 1), rattachée à un service de l'hôpital de rattachement. L'UCSA dispense des soins somatiques et psychiatriques.
- Le centre pénitentiaire de Poitiers-Vivonne est le siège du service médico-psychologique régional SMPR destiné aux personnes détenues en Poitou-Charentes et en Limousin. Le SMPR dispose de 12 cellules d'hospitalisation à temps complet sans permanence soignant la nuit.
- L'unité hospitalière interrégionale sécurisée (UHSI) de rattachement pour tous les établissements de la région est à Bordeaux.
- La région ne dispose pas encore d'unité hospitalière spécialement aménagée de rattachement (UHSA) destinée à recevoir les personnes détenues hospitalisées en psychiatrie avec ou sans

consentement. A son ouverture l'UHSA de Cadillac assurera la prise en charge des patients de la région jusqu'à l'ouverture de l'UHSA de Poitiers, prévue dans la deuxième tranche d'implantation.

- Des chambres sécurisées, destinées à l'hospitalisation d'urgence et à l'hospitalisation programmée de moins de 48 heures des personnes détenues, sont implantées dans chaque établissement hospitalier de rattachement chargé des soins somatiques. L'aménagement des chambres doit être validé selon la procédure définie par la circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGPN du 13 mars 2006, qui définit en outre le nombre de chambres sécurisées en fonction du nombre de personnes détenues.
- L'organisation régionale des soins pour les personnes auteurs d'infraction à caractère sexuel, dans les établissements spécialisés de la région fait appel à un appui des équipes en psychiatrie du CH de Niort pour les personnes détenues à Saint-Martin-de-Ré, et du CHS Camille Claudel de La Couronne pour les personnes détenues à Bédénac.

Ce chapitre pourra faire l'objet d'une révision en fonction de l'évolution des structures pénitentiaires.

Besoins spécifiques en soins

- Les établissements d'Angoulême, de Saintes et de Poitiers-Vivonne doivent disposer d'une offre de soins pour les femmes.
- Tous les quartiers femmes sont susceptibles d'accueillir des mineures.
- L'établissement d'Angoulême doit disposer d'une offre de soins pour les personnes mineures.
- L'administration pénitentiaire doit organiser la prise en charge des enfants de moins de 18 mois, qui vivent avec leur mère détenue.
- Compte tenu de l'évolution de la population pénitentiaire, notamment pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS), une offre tenant compte des besoins de santé liés à l'âge doit être développée (pathologies chroniques, dépendance, etc.).
- L'ensemble des établissements doit développer une offre de soins pour les personnes en situation de handicap.

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

- Assurer une offre de soins graduée en psychiatrie en développant des prises en charge de groupe dans certains établissements pénitentiaires non dotés de SMPR.
- Mettre en œuvre des projets spécifiques pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel.
- Articuler avec l'UHSA de Bordeaux la prise en charge des détenus souhaitant un changement de sexe et de genre
- Organiser, en partenariat avec le SAMU et les professionnels du premier recours, l'accès aux soins dans les situations d'urgence et notamment la nuit et le week end.
- Organiser le partenariat entre le SSR le Grand Feu à Niort, l'unité de soins et le centre de détention de Bédénac afin d'apporter une expertise en domotique, ergothérapie, en réalisation d'orthèse et de prothèse, pour les personnes détenues qui le nécessiteraient. Ces personnes sont accueillies dans des cellules spécialement aménagées par l'administration pénitentiaire au centre de détention de Bédénac.(sous réserve d'une évolution favorable de la DAF).
- Compléter le dispositif de chambres sécurisées.
- Organiser les liens entre les UCSA et les UHSA de rattachement, et en psychiatrie, entre les acteurs des soins psychiatriques ambulatoires et à temps partiel et les UHSA, UMD de rattachement.
- Favoriser l'accès aux soins des personnes sortant de prison pour éviter les ruptures de prise en charge des soins.

Améliorer l'efficience

- Favoriser le développement de la télémédecine : les trois établissements prioritairement identifiés sont les Unités de soins de Bédénac, Saint Martin de Ré et Vivonne.
- Favoriser le développement des réseaux informatiques au service des soins en milieu pénitentiaire.

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

- Améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins à l'arrivée en détention, dans le cadre des transferts et à la sortie ;
- Améliorer le repérage de la crise suicidaire en détention, plus particulièrement en maison d'arrêt.
- Améliorer la prévention du suicide en détention ;
- Rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues.

Thèmes transversaux pour organiser le parcours de soins en intra établissement mais également avec la ville et le médico-social

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

Orientations régionales

- ***Le plan d'action stratégique 2010-2014 ; politique de santé pour les personnes placées sous main de justice***

Fin 2010 est paru le plan d'action stratégique pour la santé des personnes placées sous main de justice, élaboré conjointement par le ministère chargé de la santé et le ministère de la justice.

Les raisons d'un plan national destiné à améliorer la santé des personnes détenues ont été objectivées par l'état de santé des personnes détenues :

- une prévalence élevée de certaines maladies (infection par le VIH, hépatite C, tuberculose), du handicap, de la mortalité par suicide, et de la consommation de substances psychoactives, et de troubles mentaux (dépression, schizophrénie) par rapport à la population générale,
- des besoins de santé liés aux caractéristiques sociodémographiques des personnes détenues (surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau d'éducation est le moins élevé),
- des besoins de santé en lien avec l'incarcération qui peut provoquer l'aggravation ou la réactivation de certaines affections du fait de la promiscuité, des conditions d'hygiène, de l'isolement affectif, des conditions d'hébergement, de l'inactivité.
- des besoins de santé croissants compte tenu de l'évolution démographique (augmentation des maladies chroniques, de la dépendance).

Les 3 principes retenus sont :

- les personnes détenues doivent bénéficier de la même qualité et continuité des soins que la population générale,
- les plans et les programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu pénitentiaire,
- la prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de santé.

Ces principes ont été déclinés en 6 axes (connaissance de l'état de santé ; prévention et promotion de la santé ; accès aux soins ; dispositif de protection sociale ; formation ; hygiène, sécurité et salubrité des établissements pénitentiaires) mettant l'accent prioritairement sur 5 mesures phares qui concernent :

- le renforcement d'une politique de prévention du suicide concertée entre les différents intervenants,
- le développement d'actions d'éducation et de promotion de la santé en articulation avec l'INPES,
- l'accessibilité des personnes détenues à des soins en santé mentale adaptés à leur état de santé,
- l'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi des structures sanitaires,
- la définition des modalités d'accès aux droits des personnes détenues en aménagement de peine.

Il est rappelé que l'affiliation au régime d'assurance maladie général prend effet à la date d'incarcération.

Les propositions du schéma régional d'organisation des soins devront s'articuler avec les priorités du plan stratégique national.

➤ **Plan d'action régional**

Améliorer l'accès aux soins

Permettre, notamment à partir de l'observatoire des structures de santé des personnes détenues, une meilleure connaissance et un meilleur suivi de l'état de santé des personnes détenues de la région.

Améliorer l'accès à la consultation dentaire et développer la réalisation d'un bilan dentaire d'entrée pour toute personne détenue.

Garantir, pour toutes les activités réalisées à l'UCSA (dont les soins dentaires) et au SMPR, les mêmes procédures et protocoles de prévention des risques infectieux liés aux soins qu'à l'hôpital de rattachement, en lien avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

Améliorer le recours aux soins d'urgence pour les personnes détenues en généralisant, en partenariat avec l'administration pénitentiaire, l'accès direct de la personne détenue au centre de réception et de régulation des appels du SAMU, et en optimisant le temps d'accès du SMUR au patient à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire, et en développant la télémedecine.

Assurer pour les femmes détenues, un accès aux consultations de gynécologie afin de bénéficier d'un suivi et de dépistages réguliers.

Développer, en collaboration avec les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) intervenant en milieu pénitentiaire, une prise en charge coordonnée des addictions, et notamment des traitements de substitutions aux opiacés sur la base de protocoles.

En complément des activités de consultation, développer une offre de soins de proximité en psychiatrie dans tous les établissements pénitentiaires, à type de prise en charge à temps partiel de type atelier thérapeutique, groupe de parole voire hydrothérapie, similaires autant que de possible, à l'offre de soins des autres services de psychiatrie.

(Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel ou CATTP) en tenant compte des contraintes liées aux locaux, au type de population accueillie, et aux professionnels de santé disponibles.

Développer une prise en charge spécifique des auteurs d'infraction à caractère sexuel dans les établissements pour peine spécialisés de la région.

Améliorer l'accès à l'affection longue durée en psychiatrie pour les personnes détenues qui en relèvent.

Compléter le dispositif de chambres sécurisées, par la mise en conformité de l'ensemble des chambres installées avec la circulaire interministérielle du 31 mars 2006.

Formaliser, au niveau régional, les liens entre les Unités de soins et l'UHSI de rattachement, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques et des cancers (critères et conditions d'admission, suivi, échanges d'information avec le centre hospitalier de référence, etc.).

Systématiser, en collaboration avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), l'organisation du suivi médical et du parcours de soins des personnes à leur sortie de l'incarcération, tant pour les soins somatiques que pour les soins psychiatriques (proposition concrète et adaptée de prise en charge sanitaire, médico-sociale voire sociale, accès et ouverture des droits, consultation médicale de sortie somatique et psychiatrique, recours aux PASS - permanence d'accès aux soins en santé spécialisée -, etc.).

Contribuer à permettre le suivi des maladies chroniques, somatiques et psychiatriques, à la sortie de détention.

Améliorer les conditions de prise en charge au centre pénitentiaire de Saint Martin de Ré en lien avec le centre hospitalier de La Rochelle et l'administration pénitentiaire.

- Accompagner la définition des besoins de santé, et la mise en place de l'UCSA du nouvel établissement pénitentiaire de Charente-Maritime, notamment par un travail concerté avec l'administration pénitentiaire sur l'implantation des locaux de l'UCSA.
- Accompagner la fermeture des UCSA lors de la fermeture des établissements pénitentiaires.
- Accompagner la création d'une UHSA à Poitiers.
- Formaliser au niveau régional une instance de concertation technique (COTER santé des détenus) visant à favoriser l'échange de pratiques professionnelles au niveau de la région.

Améliorer l'efficience

Favoriser le développement de la télémédecine dans tous les établissements pénitentiaires et prioritairement dans ceux de Poitiers-Vivonne, Angoulême, Bédenac et le futur établissement en Charente-Maritime en fonction des orientations nationales du programme de télémédecine (notamment en dermatologie, anesthésie, la téléconsultation, la téléassistance médicale et la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale).

Informatiser l'ensemble des dossiers médicaux des UCSA.

Organiser l'articulation entre les établissements pénitentiaires, la CPAM et les établissements de santé de rattachement, afin d'assurer l'accès aux droits, et l'effectivité du maintien des droits à la sortie de détention et le remboursement des actes de consultations au CH de rattachement pendant la détention.

Points d'articulation avec le Schéma régional médico-social

- Développer et systématiser, en collaboration avec les conseils généraux l'accès des personnes détenues âgées de plus de 60 ans dépendantes et des personnes détenues en situation de handicap l'accès aux dispositifs de droit commun (allocation personnalisée d'autonomie, accès aux prestations délivrées sur décisions de la maison départementale des personnes handicapées).
- Travailler, en articulation avec l'administration pénitentiaire, au conventionnement avec des services d'aide à la vie quotidienne pour l'intervention auprès des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap.

Organisation cible

	CH et CHS de rattachement	UCSA	SMPR	Chambres sécurisées dans le CH de rattachement	Offre de soins de proximité en psychiatrie	Offre de soins dans les établissements pour peine spécialisés pour les AICS*
Maison d'arrêt d'Angoulême	CH Angoulême CHS Camille Claudel	OUI		2	OUI	offre de soins existante, établissement non spécialisé
Maison d'arrêt de Niort	CH Niort	OUI		2	OUI	offre de soins existante, établissement non spécialisé
Maison d'arrêt de Rochefort	CH Rochefort	OUI		1	OUI	offre de soins existante, établissement non spécialisé
Maison d'arrêt de Saintes	CH Saintes	OUI		1	OUI	offre de soins existante, établissement non spécialisé
Maison centrale de Saint Martin de Ré	CH La Rochelle	OUI		2	OUI	OUI appui CH Niort
Centre de détention de Bédénac	CH Jonzac	OUI		2	OUI	OUI appui CHS Camille Claudel
Centre pénitentiaire de Poitiers-Vivonne	CHU Poitiers CHS Henri Laborit	OUI	OUI	3	OUI	OUI

*AICS : auteurs d'infraction à caractère sexuel

Références

- Décret n°94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.
- Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS version 2.
- Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues -septembre 2004.
- Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires.
- Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.
- Arrêté du 10 mai 1995 modifiant l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.
- Circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées.
- Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine

LES THEMES TRANSVERSAUX

L'hospitalisation à domicile

Domaine stratégique

L'amélioration de la qualité du système de santé

Priorités

- Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la démarche d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.
- Favoriser le développement des systèmes d'information induit par les technologies de l'information et de la communication, et les ressources de la télémédecine.

Objectifs généraux du PSRS

Les nouveaux processus

- Décloisonner les différents processus de prise en charge et d'accompagnement ambulatoire, hospitalier et médico-social, gérer les interfaces et transmettre l'information au médecin traitant dans l'attente de la généralisation du DMP.
- Développer les coopérations entre professionnels de santé.
- Développer l'Hospitalisation A Domicile (HAD) de toutes les façons envisageables.

La performance

Améliorer l'efficience

- diffuser les bonnes pratiques
- équilibrer et optimiser la productivité des équipements

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Développer les systèmes d'information partagés et inter opérables

Définition :

L'HAD concerne des malades de tous âges, atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissements de santé.

La loi HPST du 21 juillet 2009 vise à rendre plus visible l'HAD dans le paysage sanitaire français à travers deux orientations majeures :

- faire reconnaître l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière et non comme une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle,
- préciser la notion de domicile qui peut être soit le lieu de résidence ordinaire du patient, soit un établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles.

Depuis 2012 les lieux d'intervention de l'HAD se sont diversifiés avec la possibilité de prendre en charge des personnes accueillies en établissement social ou médico-social afin d'améliorer leur qualité de vie (circulaire du 18 mars 2013)

Cette extension du champ d'intervention de l'HAD à l'ensemble des personnes accueillies en

établissement d'hébergement social ou médico-social doit permettre aux patients concernés par cette offre de soins de bénéficier d'un parcours de soins sans rupture d'accompagnement.

Pour ce faire, les prescripteurs d'HAD (médecins libéraux ou hospitaliers), les établissements d'HAD et les établissements sociaux et médico-sociaux veilleront à développer ce mode d'hospitalisation pour atteindre un taux comparable à celui constaté nationalement.

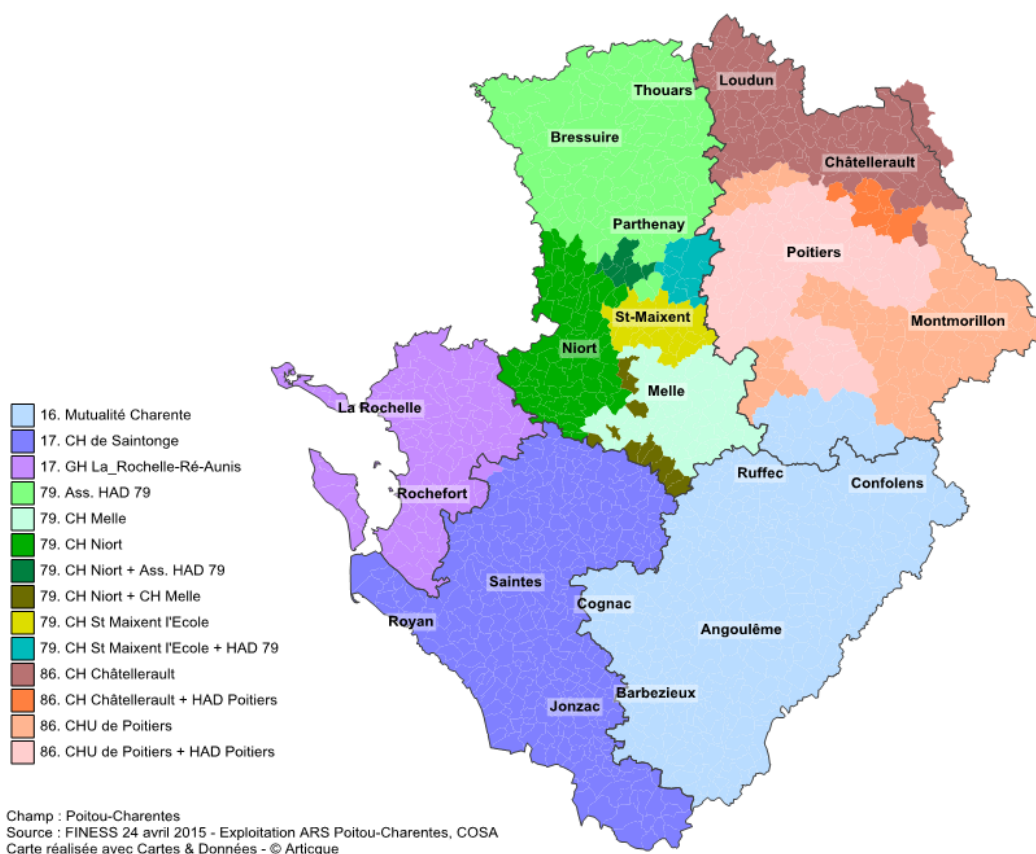
Contexte et enjeux

L'hospitalisation à domicile a connu un développement très important ces dernières années. Elle s'est progressivement installée dans le paysage hospitalier pour couvrir l'ensemble de la région Poitou-Charentes.

Les structures sont de tailles hétérogènes, avec une forte proportion de petites unités. L'activité y est peu diversifiée, centrée sur les soins palliatifs et les pansements complexes.

DEPT	ETABLISSEMENT
16	SANTE SERVICE CHARENTE (SOYAUX)
17	CH LA ROCHELLE
	CH SAINTONGE (SAINTES)
	CH NIORT
	CH MELLE
79	CHSTMAIXENT
	H.A.D. 79 (PARTHENAY)
	CH CHATELLERAULT
86	CHU POITIERS
	S.A.S HAD POITIERS
REGION	TOTAL

Aires d'intervention des HAD en Poitou-Charentes



Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

- Assurer une couverture géographique de l'HAD à l'ensemble des 5 territoires,
- Développer l'accès direct à l'HAD sans passage préalable par un établissement de santé,
- Améliorer l'information des médecins traitants sur l'HAD.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Décloisonner les différents types de prise en charge (hospitalier, médico-social et ambulatoire) ; Encourager le développement de la Télémédecine selon 2 axes : celui de la télésurveillance pour permettre un suivi rapproché de certaines pathologies chroniques et celui de la téléconsultation pour favoriser le développement de l'HAD dans les territoires à faible densité de professionnels soignants ;
- Mettre en place des systèmes d'information avec inter-opérabilités entre HAD ; établissements hospitaliers, ambulatoire et susceptible de documenter le DMP ;
- Assurer la permanence et la continuité des soins 24H/24 et 7J /7. Le SAMU et les services d'urgences n'ont pas vocation à suppléer l'HAD.

Améliorer l'efficience

- Clarifier les missions de l'HAD par rapport aux soins coordonnés ambulatoires (notamment dans le domaine des soins aux personnes âgées, du suivi de certaines pathologies chroniques, de certaines prises en charge en soins palliatifs et du post-partum physiologique) ;
- Positionner l'activité des prestataires de matériel à domicile par rapport à l'activité d'hospitalisation à domicile ;
- Organiser de façon suffisamment précoce le relais d'une hospitalisation complète pour justifier réellement d'une HAD ;
- S'assurer que la continuité des soins soit suffisamment dense pour répondre à l'intensité de la prise en charge en HAD ;
- Garantir la viabilité économique de la structure par un seuil minimal d'activité ;
- Mettre en œuvre des substitutions d'activité dans un cadre général de maintien global de l'activité à son niveau actuel ; le développement de l' HAD ne devant être envisagé que dans un contexte de réelle substitution aux activités d'hospitalisation avec hébergement.

Orientations régionales

Généralités

- Favoriser le développement d'antennes à partir des établissements déjà autorisés afin d'en assurer la viabilité économique,
- Etendre l'HAD à d'autres domaines (cancérologie, périnatalité, pédiatrie, maladie chronique, soins de suite et rééducation...).

Médecine

- Engager une évolution de l'HAD vers des prises en charge nécessitant des traitements lourds,
- Développer la prise en charge de la personne âgée en HAD,
- Favoriser l'accès direct en HAD pour des patients souffrant de pathologies chroniques et déjà connus des services d'HAD.

Cancérologie

- Développer l'HAD pour des traitements curatifs du cancer (chimiothérapies) en fonction des recommandations de l'INCA.

Pédiatrie

- Développer la prise en charge médicale et post-chirurgicale des enfants en HAD.

Périnatalité

- Développer l'HAD pour la surveillance des grossesses pathologiques et les suites du post-partum pathologique.

Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

- Développer l'HAD SSR en favorisant les liens entre HAD et SSR.

Articulation avec la prévention et le médico-social

Prévention

- Promouvoir l'éducation thérapeutique au décours d'une HAD ;
- Prévenir et prendre en charge les rechutes pour éviter les retours vers l'hospitalisation à temps complet pour les patients déjà connus des services d'HAD, en privilégiant les professionnels de premier recours.

Médico-social

- Faciliter la complémentarité entre HAD, SSIAD et équipes sanitaires mobiles de soins palliatifs ;
- Garantir la fluidité des prises en charge en anticipant l'aval de l'HAD vers les établissements médico-sociaux,
- Développer l'HAD dans les structures d'accueil pour personnes âgées ou handicapées
- Développer la concertation avec les équipes APA et MDPH.

Indicateurs de suivi

- Taux de recours standardisé en HAD pour 100 000 habitants (ind. CPOM)
- Nombre d'entrée en HAD :
 - sans passage préalable par un établissement de santé,
 - en provenance d'un établissement de santé,
- Taux de refus de prise en charge en HAD par le patient ou son entourage
- Taux de refus de prise en charge par l'HAD
- Part des prises en charge de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux dans l'activité globale d'HAD.

Organisation cible

- Implantations HAD Médecine et Soins de Suite et de Réadaptation

Territoire de la Charente

Nombre d'implantations :

- 1 implantation incluant les trois cantons de la Vienne : Charroux, Civray, Availles Limouzine.
- Le titulaire de l'autorisation et le secteur public hospitalier sont invités à une réflexion commune pour coopérer au développement de cette activité.

Territoire de la Charente-Maritime Nord

Nombre d'implantations :

- 1 implantation

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

Nombre d'implantations :

- 1 implantation

Territoire des Deux-Sèvres

Nombre d'implantations :

- 3 implantations

Territoire de la Vienne

Nombre d'implantations :

- 3 implantations

- Implantations HAD pour les traitements curatifs du cancer par chimiothérapie

Territoire de la Charente-Maritime Nord

Nombre d'implantations :

- 1 implantation (La Rochelle)

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

Nombre d'implantations :

- 1 implantation (Saintes)

Territoire des Deux-Sèvres

Nombre d'implantations :

- 1 implantation (Niort)

Territoire de la Vienne

Nombre d'implantations :

- 2 implantations (Poitiers, Châtelleraut)

Les 4 établissements HAD (Soyaux, Parthenay, Melle/St Maixent, Poitiers) non rattachés à un établissement de santé autorisé pour l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie peuvent exercer une activité de chimiothérapie sous condition de signature d'une convention en tant qu' "établissements associés", tels que définis dans le volet traitement du cancer (p.103).

Le diabète

Domaine stratégique

Cancers maladies chroniques et maladies rares

Priorité

Maladies du métabolisme et de la nutrition (y compris diabète et obésité)

Objectifs généraux du PSRS

- Organiser un accès territorial de prise en charge des maladies chroniques ;
- Favoriser la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire et en hospitalier pour les maladies cardio-métaboliques ;
- Informer et prévenir les complications.

Contexte et enjeux

Données épidémiologiques (bulletin ORS Poitou-Charentes nov. 2010)

Les chiffres-clés en Poitou-Charentes

L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Poitou-Charentes a publié en novembre 2010 un bulletin sur le diabète en Poitou-Charentes qui présente les principales caractéristiques de la région concernant le diabète, en terme de situation épidémique, dépistage, prise en charge, qualité de vie et ressources régionales.

Prévalence : 64 000 Picto-charentais traités pour un diabète en 2007. Il existe un lien étroit entre l'augmentation de la prévalence du diabète et celle de l'obésité.

Incidence : 5825 nouvelles admissions en ALD pour diabète.

Complications :

Plus de 6400 séjours hospitaliers pour diabète en 2008 dont 534 hospitalisations pour plaie du pied et 276 pour amputation d'un membre inférieur.

27% des Picto-charentais dialysés en 2009 sont diabétiques.

Mortalité liée au diabète : au cours de la période 2005-2007, 991 décès liés au diabète ont été enregistrés en moyenne par an dans la région, dont 10 % avant l'âge de 65 ans.

Surveillance du diabète

Le suivi et le traitement des patients diabétiques de type 2 sont orientés par les recommandations officielles de la HAS. Ces recommandations reposent sur plusieurs points de suivi minimal annuel concernant le suivi médical et le suivi biologique. Le tableau suivant présente les taux d'atteinte de ces objectifs en 2009 chez les patients du régime général de la région Poitou-Charentes.

Taux d'atteinte d'objectifs recommandés en matière de suivi des patients diabétiques en 2009 - Régime général (%)

	Charente	Charente maritime	Deux Sèvres	Vienne	Poitou-Charentes
Suivi médical	%	%	%	%	%
• 4 visites chez un généraliste et/ou un endocrinologue	90	90	89	89	90
• 1 visite chez l'ophtalmologiste	45	45	50	48	47
• 1 visite chez le chirurgien-dentiste	33	35	32	33	34
• 1 visite chez le cardiologue	30	32	31	29	31
• Suivi biologique	%	%	%	%	%
• 4 dosages d'HbA1c	16	19	22	18	19
• 1 bilan lipidique	65	68	68	68	67
• 1 dosage de créatinémie	78	83	83	82	82
• 1 dosage de micro-albuminémie	18	19	26	24	22

Note de lecture : 90 % des patients diabétiques ont effectué au moins quatre visites chez un généraliste et/ou endocrinologue.
Source : Direction régionale du service médical de la région Limousin - Poitou-Charentes Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Ces résultats tiennent uniquement compte des actes effectués en libéral et excluent ceux réalisés en milieu hospitalier, mais ils montrent toutefois que la qualité de suivi des personnes diabétiques reste insuffisante.

L'organisation de la prise en charge du diabète

L'organisation de la prise en charge du diabète dans la région repose actuellement sur :

Une offre de soins de proximité reposant essentiellement sur les professionnels de santé libéraux

Le médecin généraliste est souvent la porte d'entrée et le coordonnateur du parcours de soins du diabétique. Ce parcours nécessite une grande coordination compte tenu de la multidisciplinarité des intervenants : infirmiers, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, podologues, diététiciennes. Les endocrinologues libéraux sont rares et inégalement répartis dans la région : cette spécialité n'existe pas en libéral en Deux-Sèvres.

La région Poitou-Charentes est moins bien dotée en médecins spécialistes que l'ensemble de la France métropolitaine avec une disparité régionale et une densité la plus faible en Deux-Sèvres. La situation est similaire pour les professionnels de santé non médecins : leurs densités se révèlent inférieures à celles de la France métropolitaine pour l'ensemble de ces professions. Les différences les plus marquées se retrouvent notamment pour les chirurgiens-dentistes (-40% / à la France). A l'échelle de la région, les plus faibles densités sont retrouvées majoritairement en 79, les plus fortes en 17. Même si cette situation ne peut permettre de juger de l'adéquation entre offre et demande, il apparaît toutefois que des délais de rendez-vous longs peuvent nuire à la qualité des suivis.

En Charente-Maritime, le réseau de soins « Atlantique diabète » a dans ce cadre toute sa place pour une meilleure prise en charge des patients sur son territoire d'intervention. En effet, ce réseau propose des actions telles que des évaluations diététiques, une aide à la mise sous insuline, du dépistage, de l'accompagnement ou de l'éducation thérapeutique ou encore des formations des professionnels. Le réseau a obtenu une autorisation pour la réalisation de son programme d'éducation thérapeutique en Charente Maritime, visant les personnes atteintes d'un diabète, pour une durée de 4 ans et qui sera évalué annuellement.

Dans les Deux-Sèvres, le dispositif ASALEE (Action de SANTé Libérale En Equipe) permet depuis 2004 d'améliorer la qualité des soins par une coopération entre médecins généralistes et infirmiers. Les infirmiers dans le cadre d'une délégation de tâches encadrée assurent la mise à jour du dossier du patient diabétique, ce qui permet d'améliorer le suivi, et assurent également des consultations d'éducation à la santé.

Des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ont été introduits par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale 2008. Ils devraient favoriser dans notre région le développement d'actions de coordination pluri professionnelle, permettant un meilleur suivi des diabétiques, et d'actions d'éducation thérapeutique.

Une offre hospitalière

La circulaire de 1999 précise les prestations que doivent offrir les sites orientés vers la diabétologie :

- une consultation clinique assurée par un médecin spécialiste ou titulaire d'une compétence en endocrinologie et maladies métaboliques,
- réalisation d'examens complémentaires (biologie, électrocardiogrammes),
- accès à un programme d'éducation thérapeutique.

Elle précise également le rôle du pôle régional fonctionnel de référence qui en plus de ses missions de site orienté doit assurer des missions de recherche clinique et d'enseignement.

Dans chaque territoire de recours, un site orienté a une mission de coordination de l'organisation de consultations avancées, des soins et de l'éducation du patient.

Dans la région, les services de pédiatrie prennent en charge les enfants diabétiques.

Le traitement par pompe à insuline est initié dans un centre initiateur conformément à des recommandations professionnelles de bonnes pratiques qui précisent les indications, contre-indications et conditions nécessaires. Au 1^{er} décembre 2010, 702 patients bénéficiaient d'un traitement par pompe en Poitou-Charentes initiés dans un des 5 centres initiateurs de la région.

L'application de l'insulinothérapie fonctionnelle, méthode permettant de déterminer finement les doses d'insuline nécessaires en fonction de la glycémie du moment, de la quantité de glucide du repas et de l'activité physique prévue, nécessite un apprentissage auprès de professionnels de santé formés à cette technique. 4 centres assurent cet apprentissage sur la région.

Parmi les complications graves du diabète, les complications cardio-vasculaires sont responsables, entre autre, d'amputations majeures des membres inférieurs.

La diminution du nombre d'amputations passe par une prise en charge multi disciplinaire du pied diabétique. Une consultation de ce type comprenant différents spécialistes : diabétologues, angiologues, chirurgiens vasculaires etc., a été mise en place dans 2 centres de la région.

Etablissements	Centre initiateur de pompe à insuline	Insulinothérapie fonctionnelle	Centre pied	Education thérapeutique	
				Adultes	Enfants
CHU	OUI*	OUI	OUI	En projet**	Autorisé
CH CHATELLERAULT				Autorisé	
CH ANGOULEME	OUI			En cours	
CH COGNAC				Autorisé	
CH CONFOLENS				Autorisé	
CH LA ROCHELLE	OUI*	OUI	OUI	Autorisé	Autorisé
CH SAINTES					
CH SAINT JEAN D'ANGELY	OUI	OUI		En cours	
CH JONZAC				Autorisé	
CH ROYAN				Autorisé	
CH NIORT	OUI*	OUI		Autorisé	Autorisé
CH NORD DEUX SEVRES				Autorisé	

Etat des lieux mars 2011

* établissement répondant aux critères liste et produits et des prestations des centres initiateurs

** le CHU ne prévoit pas un dépôt de dossier avant le mois de mai 2011 - en conséquence, il n'est pas autorisé à développer un programme d'éducation thérapeutique au sens des décrets 2010.

En Charente

Le service de diabétologie du CH d'Angoulême dispose d'un hôpital de jour mais pas de rétinographe. Une pédicure libérale intervient une demi-journée par semaine dans le service. L'équipe dispose également de temps de psychologue et de diététicienne. Le service réalise des actions d'éducation thérapeutique.

Le CH de Cognac, malgré l'absence de praticien spécialisé en endocrinologie, s'est investi dans la prise en charge du patient diabétique. Il est à noter que le praticien en charge de cette activité a suivi l'enseignement d'un DU de diabétologie à Tours en 2003.

Le service dispose d'un hôpital de jour mais pas de rétinographe (7 ophtalmologistes à Cognac).

Il y a une consultation d'éducation des diabétiques.

L'équipe dispose de temps de podologue, de psychologue et de diététicienne.

Le CH de Confolens propose des actions d'éducation thérapeutique.

Un diabétologue du CHU de Limoges y effectue des consultations de diabétologie une demi-journée par semaine.

En Charente-Maritime Nord

Le service d'endocrinologie-diabétologie est un site bipolaire entre le Ch. de la Rochelle et celui de Rochefort.

Un diabétologue partage son temps sur les deux sites.

Sur le site de Rochefort, il existe une hospitalisation de jour et des consultations externes.

Le site de La Rochelle dispose d'un hôpital de jour et d'une équipe mobile de diabétologie.

Le service a accès au rétinographe du réseau.

Le service réalise des actions d'éducation thérapeutique.

L'équipe dispose de podologues, de psychologues et de diététiciennes.

Par ailleurs, le service s'investit également dans des protocoles de recherche clinique.

En Charente-Maritime Sud et Est

Le CH de Saintes n'a pas d'endocrinologue dans son équipe.

Il n'y a pas d'hôpital de jour ni d'éducation thérapeutique en place. Un projet est en cours concernant Cette dernière activité actuellement assurée par le réseau atlantique diabète.

Une podologue peut intervenir à la demande.

Par contre, l'équipe ne dispose ni de diététicienne, ni de psychologue.

Le CH de Saint Jean d'Angély dispose d'un hôpital de jour, d'une équipe mobile de diabétologie et réalise des actions d'éducation thérapeutiques des diabétiques. Des consultations avancées et des actions d'éducation thérapeutique sont assurées une fois par semaine à Jonzac.

L'équipe dispose du seul diabétologue du territoire de Charente-Maritime Sud et Est, qui envisage de partir en retraite en 2013. L'équipe comporte une podologue et une diététicienne. Il n'y a pas de psychologue dédié mais un accès est organisé.

Le CH de Royan n'a pas d'endocrinologue dans son équipe. Des consultations de diabétologies sont assurées par un praticien hospitalier interniste. Il n'y a pas de rétinographe. L'équipe dispose d'un temps de diététicien et d'IDE formées à l'éducation thérapeutique.

Hormis les relations entre Saint Jean d'Angély et Jonzac, on peut considérer que les établissements travaillent indépendamment les uns des autres. Ceci est particulièrement visible entre Saint Jean d'Angély et Saintes, pourtant distants de quelques dizaines de kilomètres. Il est particulièrement regrettable que la structure d'éducation de Saint Jean d'Angély ne profite pas ou qu'exceptionnellement aux malades saintais. Le réseau atlantique diabète intervient sur tout le territoire de Charente-Maritime Sud et Est.

Cependant, une réflexion est en cours entre Saintes et St Jean d'Angély pour réorganiser la filière de prise en charge des diabétiques sur le territoire de Charente-Maritime Sud et Est. Le projet prévoit, pour le territoire de Charente maritime Sud, une localisation du site orienté en diabétologie à Saintes et le recrutement de 2 diabétologues.

Dans les Deux-Sèvres

Le service de diabétologie du CH Niort dispose d'un hôpital de jour. Il n'y a pas de rétinographe.

Le service réalise des actions d'éducation thérapeutique. L'équipe dispose de podologue et de diététicienne. Il n'y a pas de psychologue dédiée à l'équipe mais un accès est organisé.

La prise en charge de proximité dans le reste du département est assurée par des consultations avancées, de l'hospitalisation de jour et des séances d'éducation thérapeutique sur les 3 sites du Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres (Bressuire, Thouars, Parthenay).

Dans la Vienne

Le CHU de Poitiers

Le service de diabétologie dispose d'un hôpital de jour et d'un rétinographe. Il réalise des actions d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et prévoit de déposer un dossier programme d'ETP pour les diabétiques au premier semestre 2011. Par ailleurs, le service de diabétologie du CHU s'investit dans divers protocoles de recherche clinique.

Le service a assuré en 2010, 528 avis spécialisés au sein des différents services du CHU. Le projet d'équipe mobile de diabétologie permettra de structurer cette activité.

Le CH de Châtelleraut dispose d'un praticien hospitalier (PH) à temps partiel endocrinologue exclusivement dédié à l'activité de diabétologie.

Le service de diabétologie dispose d'un hôpital de jour et réalise des actions d'éducation thérapeutique. Il n'y a par contre aucune consultation de podologie réellement organisée.

Le CH de Loudun dispose d'une hospitalisation de jour polyvalente, de consultations de diabétologie et réalise des actions d'éducation des diabétiques. Il n'y a pas de consultation organisée de podologie.

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

Assurer une prise en charge graduée des soins et développer des outils communs concernant la coordination des acteurs, les modalités d'information des patients.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Développer les actions d'Education Thérapeutique du Patients (ETP).

Rappel de la définition de la Haute Autorité de Santé (HAS) : l'éducation thérapeutique comporte l'apprentissage l'évaluation des connaissances du patient diabétique : intelligibilité de soi et de sa maladie, maîtrise des gestes techniques d'auto-surveillance et d'auto-traitement, compétence d'auto-diagnostic, d'auto-gestion d'une crise, d'auto-adaptation de son cadre et de son mode de vie à sa maladie, d'auto-adaptation à une modification des conditions de vie, à l'évolution des thérapeutiques, résultat de dépistage des complications, planification des prochains dépistages.

Améliorer l'efficience

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

Fluidifier les filières de prise en charge sanitaires.

Orientations régionales

Consolider la graduation des soins en diabétologie sur la région (soins de proximité, site orienté, site de référence)

- Consolider l'organisation actuelle sur le territoire de Charente-Maritime Sud et Est ;
- Favoriser le développement de l'équipe mobile de diabétologie dans les sites orientés pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques sur l'ensemble de l'établissement ;
- Améliorer l'accès aux consultations médicales spécialisées en favorisant notamment l'installation de spécialistes dans la région (cardiologue, diabétologue, ophtalmologiste, néphrologue) (lien avec schéma ambulatoire) ;
- Développer les consultations avancées pour assurer une prise en charge de proximité dans le cadre de communauté hospitalière de territoire ;

- Améliorer l'accès au dépistage précoce des rétinopathies diabétiques par l'utilisation du rétinographe avec par exemple un serveur régional dédié avec une lecture par un réseau d'ophtalmologues volontaires.

Développer les actions d'éducation thérapeutique (lien avec schéma prévention)

- Développer l'éducation thérapeutique dans les établissements de santé en complémentarité des actions menés par les autres partenaires afin d'obtenir un réel maillage du territoire.

Assurer une meilleure information et coordination des acteurs

- Valider des référentiels communs.
- Promouvoir le site internet du réseau atlantique diabète auprès des patients diabétiques et des professionnels de santé.
- Favoriser le développement d'action pluridisciplinaire permettant un meilleur suivi des diabétiques et d'action d'éducation thérapeutique dans le cadre des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé (article 44 de la loi LFSS 2008) (lien avec schéma ambulatoire).
- Engager une réflexion sur les modalités de développement du réseau Atlantique diabète sur l'ensemble de la région (lien avec schéma ambulatoire).
- Formaliser les consultations de transition entre les services de pédiatrie et les services de diabétologie.
- Protocoliser la filière de prise en charge du diabète gestationnel pour améliorer le suivi des femmes avant et après l'accouchement.

Points d'articulation avec la prévention

Certains objectifs sont à compléter par des liens avec le schéma régional de prévention :

- Les programmes d'éducation thérapeutique ;
- L'incitation au dépistage précoce du diabète ;
- Les actions de prévention des conduites à risque (nutrition, activité physique) afin de limiter les complications de la pathologie.

Indicateurs de suivi

- Nombre de patients atteints d'un diabète pris en charge dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS ;
- Délai d'attente pour une consultation en diabétologie à la demande d'un médecin généraliste ;
- File active sur chaque territoire de santé ;
- Nombre de nouveaux patients suivis par un diabétologue hospitalier ;
- Nombre de diabètes gestationnels pris en charge dans le cadre d'un protocole organisé dès le premier trimestre.

Organisation cible

Territoire de la Charente

Nombre d'implantations : 2 implantations de site orienté :

- 1 sur le site de recours
- 1 sur le site de proximité

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements :

Les sites orientés doivent coopérer avec les autres établissements de proximité du territoire pour une prise en charge complète du patient diabétique.

Territoire de la Charente-Maritime Nord

Nombre d'implantations : 1 site orienté composé des équipes des établissements situés sur le site de recours et sur le site de proximité.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements :

Le site orienté doit coopérer avec les autres établissements de proximité du territoire pour une prise en charge complète du patient diabétique.

Territoire de La Charente-Maritime Sud et Est

Nombre d'implantations : 1 implantation de site orienté avec 3 sites associés dans le cadre de coopération (éventuellement GCS)

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements :

Le site orienté doit travailler en réseau avec l'établissement de recours et les autres établissements de proximité du territoire pour une prise en charge complète du patient diabétique.

Territoire des Deux-Sèvres

Nombre d'implantations

2 implantations de site orienté :

- 1 sur le site de recours
- 1 sur le site de proximité

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements :

Maintenir la complémentarité entre les 2 sites.

Les sites orientés doivent coopérer avec les autres établissements de proximité du territoire pour une prise en charge complète du patient diabétique.

Territoire de la Vienne

Nombre d'implantations :

1 implantation pôle régional fonctionnel de référence sur le site de recours

2 implantations de site orienté :

- 1 sur le site de recours (Poitiers)
- 1 sur le site de proximité (Châtelleraut)

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements :

Les sites orientés doivent coopérer avec les autres établissements de proximité du territoire pour une prise en charge complète du patient diabétique.

Références

- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011.
- Circulaire DGS/DH n° 99-264 du 4 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2, non insulino-dépendant.
- Bulletin ORS Poitou-Charentes de novembre 2010 relatif au diabète en Poitou-Charentes.
- Haute autorité de Santé. Diabète de type 2. Guide affection de longue durée. Juillet 2007.

L'obésité

Domaine stratégique

Cancers maladies chroniques et maladies rares

Priorité

Maladies du métabolisme et de la nutrition (y compris diabète et obésité)

Objectifs généraux du PSRS

- Organiser un accès territorial de prise en charge des maladies chroniques ;
- Favoriser la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire et en hospitalier pour les maladies cardiométaboliques ;
- Informer et prévenir les complications.

Le contexte régional

Données épidémiologiques (ObÉpi 2009)

Le surpoids et l'obésité sont définis par un excès de masse grasse qui peut nuire à la santé. L'indice de masse corporelle (IMC) qui s'obtient en divisant le poids d'un sujet (exprimé en kilos) par le carré de sa taille (exprimée en mètres) est couramment utilisé pour estimer le surpoids et l'obésité. Chez l'adulte, l'obésité est définie par un IMC égal ou supérieur à 30kg/m^2 et le surpoids par un IMC égal ou supérieur à 25kg/m^2 . L'obésité est considérée comme une maladie chronique qui connaît une augmentation régulière en France (taux moyen de 0,5% par an).

L'obésité constitue un facteur de risque pour de nombreuses affections avec des conséquences bien connues : complications métaboliques (intolérance au glucose prévalence multipliée par 7), complications cardio-vasculaires (prévalence de HTA multipliée par 4, facteurs de risque cardiovasculaire 12 fois plus), complications respiratoires (70% des patients atteints d'un syndrome d'apnée du sommeil sont obèses), complications mécaniques (risque de gonarthrose augmente dès $\text{IMC} > 25$) complications digestives, complications inflammatoires, conséquences psychologiques et sociales (altération de la qualité de vie). La lutte contre l'obésité représente l'un des enjeux majeurs de santé publique des prochaines décennies. La prévalence nationale de l'obésité était de 14,5% en 2009 (contre 13,1% en 2006 et 8,5% en 1997) et le surpoids était de 31,9% en 2009.

La prévalence en Poitou-Charentes est inférieure à la moyenne nationale de 14,2% en 2009 (contre 12,8% en 2006 et 8,8% en 1997).

L'évolution de la prévalence de l'obésité entre 1997 et 2009 est de + 61,4%(au niveau national +70,6%).

La prévalence de l'obésité diffère selon le niveau de vie et l'âge (augmentation avec l'âge). Les personnes vivant avec peu de revenus sont les plus touchées par l'épidémie d'obésité, en particulier les femmes.

L'organisation de la prise en charge de l'obésité

La médecine de l'obésité doit définir ses stratégies et choisir ses moyens en fonction du stade évolutif de la maladie. Dans la phase initiale de prise de poids, de constitution de l'obésité, l'essentiel du travail médical consiste à identifier les déterminants comportementaux (alimentation, activité physique), biologiques (génétiques, médicamenteux, métaboliques, hormonaux) psychologiques et sociaux.

A ce stade, l'action médicale est centrée sur les modifications comportementales d'où la place centrale de l'éducation thérapeutique. Il s'agit de compléter le savoir par le savoir faire pour permettre à l'individu

de devenir acteur de sa santé.

L'avancée principale dans le traitement de l'obésité de ces dix dernières années est avant tout la chirurgie bariatrique. Celle-ci ne dispense pas d'un suivi à long terme en pré et post chirurgical. Cette prise en charge a donné lieu à des recommandations de la HAS (janvier 2009). Elles précisent à la fois les indications, les modalités d'évaluation préopératoire, les critères de choix des techniques, les modalités de suivi postopératoire. Ces recommandations insistent sur la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire préopératoire.

Les associations de patients peuvent apporter un soutien individuel au patient (permettant en particulier de rompre l'isolement).

Une offre de soins de proximité reposant essentiellement sur les professionnels de santé libéraux.

Le médecin généraliste est souvent le premier recours, il est le mieux placé pour identifier les personnes à risque ou atteintes d'obésité ainsi que le médecin du travail, et pour assurer la cohérence des soins, de la prévention au traitement. Ce parcours nécessite une grande coordination compte tenu de la multidisciplinarité des intervenants : des diététiciens, des psychologues et éducateurs médico-sportifs. Un des freins à l'accès aux soins est l'absence de prise en charge par l'assurance maladie de ces activités.

Des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ont été introduits par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale 2008. Ils devraient favoriser dans notre région le développement d'actions de coordination pluri professionnelle, permettant un meilleur suivi du patient obèse, et d'actions d'éducation thérapeutique.

En second recours, les spécialistes en médecine de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue, psychiatre spécialisé formé à la prise en charge de l'obésité) sont sollicités pour les cas complexes.

Les endocrinologues libéraux sont rares et inégalement répartis dans la région : cette spécialité n'existe pas en libéral en Deux-Sèvres. Il existe également un déficit de psychiatre.

La région Poitou-Charentes est moins bien dotée en médecins spécialistes que la France métropolitaine avec une disparité régionale et une densité la plus faible en Deux-Sèvres. La situation est similaire pour les professionnels de santé non médecins : leurs densités se relèvent inférieures à celles de la France métropolitaine pour l'ensemble de ces professions.

En Charente, le réseau de soins « REPPCO » a dans ce cadre toute sa place pour une meilleure prise en charge des patients sur son territoire d'intervention. En effet, ce réseau propose des actions sur deux ans d'éducation thérapeutique, une prise en charge diététique, des consultations spécialisées, une prise en charge médico-sportive (kinésithérapie et éducateur sportif), une prise en charge psychologique et l'accès à des ateliers diététiques (atelier pratique et théorique) et à des actions de formations auprès des professionnels de santé. En dernier recours, la chirurgie bariatrique qui n'est qu'un des moyens et qui doit s'intégrer dans le cadre d'une prise en charge globale du patient obèse.

Une offre hospitalière

Chirurgie bariatrique - PMSI 2009

Département du patient	Patients opérés	Population	Taux de recours à l'intervention (pour 100 000 habitants)	Taux de fuite extra-départementale	Taux de fuite extra régionale
Charente	130	349535	37,2	22%	14,60%
Charente maritime	268	605410	44,3	18%	12,70%
Deux Sèvres	55	362944	15,2	100%	38,20%
Vienne	95	421891	22,5	12%	10,50%
Poitou-Charentes	548	1739780	31,5		15,30%

En Charente

Prise en charge chirurgicale (2 établissements pratiquant la chirurgie bariatrique)

- Centre Clinical-Soyaux
- Clinique de Cognac

En Charente-Maritime Nord

Prise en charge chirurgicale (2 établissements pratiquant la chirurgie bariatrique)

- CH de Rochefort
- Clinique du Mail - La Rochelle

Pas de coopération entre les deux établissements.

En Charente-Maritime Sud et Est

Prise en charge chirurgicale (2 établissements pratiquant la chirurgie bariatrique)

- CH de Saint Jean d'Angely
- Clinique Pasteur-Royan

Pas de coopération entre les deux établissements.

Dans les Deux Sèvres

Il n'y a pas d'établissement pratiquant la chirurgie bariatrique dans les Deux-Sèvres.

Une enquête sur les bases PMSI 2009 montre que les patients des Deux-Sèvres sont pris en charge dans la région Poitou-Charentes dans 61,8 % des cas (40% dans la Vienne et 20% en Charente-Maritime).

- CH de Niort demandera une labellisation.

Par contre, il existe une offre de prise en charge soins de suite et réadaptation (SSR) à orientation affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien :

- Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS) Les Terrasses - Niort prenant en charge des adolescents de 12 à 14 ans révolus ayant une obésité majeure en internat.
- Logis des Francs - Cherveux (30 lits) unité à vocation régionale en cours de construction.

Dans la Vienne

Prise en charge chirurgicale (4 établissements pratiquant la chirurgie bariatrique)

- Clinique de Châtelleraut
- CH de Châtelleraut
- Polyclinique de Poitiers
- CHU (centre de recours régional)

Coopération privé public informelle entre la plupart des acteurs (prise en charge par médecins nutritionnistes public et libéraux, prise en charge psychiatrique classique par un médecin d'Henri Laborit et prise en charge par un médecin du « centre écoute consultations activités thérapeutiques » CECAT). La clinique de Châtelleraut n'a pas adhéré à ce réseau informel.

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

Assurer une prise en charge graduée des soins conformément aux recommandations de la HAS et développer des outils communs concernant la coordination des acteurs, les modalités d'information des patients.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Développer les actions d'éducation thérapeutique du patient obèse en ambulatoire et en hospitalier.

Améliorer l'efficience

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

Fluidifier les filières de prise en charge sanitaires

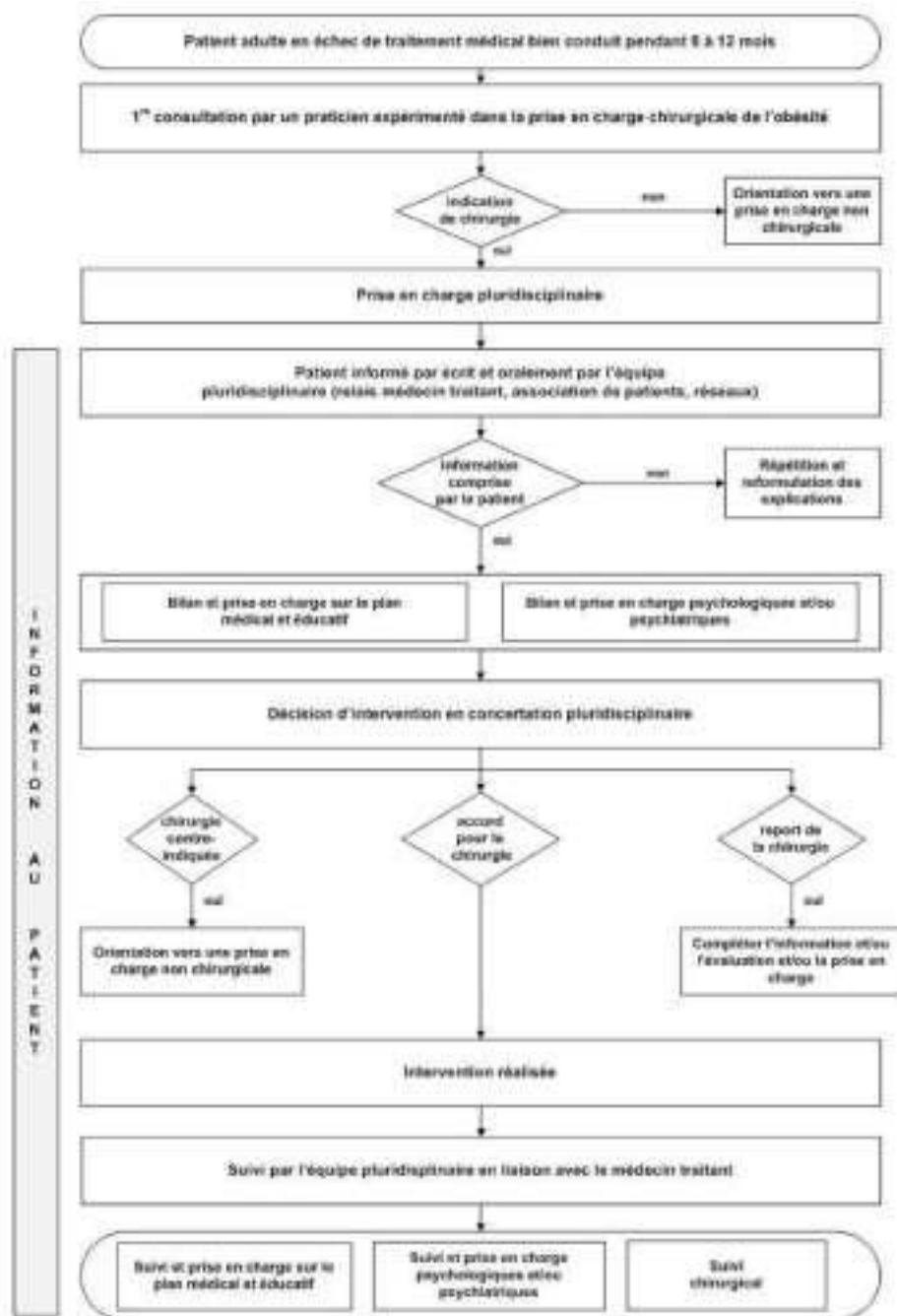
Orientations régionales

Améliorer la prise en charge de la chirurgie bariatrique

La prise en charge des patients candidats à une intervention de chirurgie bariatrique doit s'intégrer dans le cadre d'une prise en charge globale du patient obèse. La décision de proposer la chirurgie bariatrique doit intervenir au terme d'une évaluation réalisée par une équipe pluridisciplinaire médico chirurgicale composée de spécialistes expérimentés dans la prise en charge de l'obésité et dans la chirurgie bariatrique (chirurgien qualifié en chirurgie viscérale formé aux techniques de chirurgie bariatrique, médecin spécialiste de l'obésité, nutritionniste, endocrinologue ou interniste , diététicienne, psychiatre ou psychologue et un anesthésiste réanimateur). L'élaboration d'un programme thérapeutique (éducation thérapeutique individuelle ou collective) a pour objectif d'aider le patient à acquérir des compétences visant à modifier ses habitudes alimentaires afin d'améliorer l'efficacité et la tolérance de la chirurgie et de planifier un programme d'activité physique.

Offrir une prise en charge du patient obèse en chirurgie bariatrique conforme aux recommandations

Parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique (Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte-HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles - Janvier 2009).



Organiser selon la densité de la population des unités de prise en charge chirurgicale de l'obésité

- Il est essentiel que l'unité de prise en charge chirurgicale de l'obésité soit intégrée dans une filière de prise en charge du patient afin qu'en amont (unité d'évaluation et de prise en charge médicale des obésités sévères ou compliquées dans le cadre de la concertation pluridisciplinaire prise en charge psychologique, prise en charge nutritionnelle par un diététicien, consultations cardiologiques, pneumologiques, endocrinologiques ou d'autres spécialisés selon les comorbidités associées, de structures SSR de rééducation nutritionnelle de l'adulte obèse pour certain cas de préparation à la chirurgie bariatrique),
- le patient bénéficie d'un bilan et d'une prise en charge ambulatoire adaptée,
- et qu'en aval (accompagnement de proximité permettant une éducation nutritionnelle, la pratique d'activité physique adaptée dans le cadre des réseaux, associations et structures sociales de proximité, lien avec le médecin généraliste, suivi pendant par l'unité chirurgicale spécialisée et ensuite par un médecin compétent dans le domaine de l'obésité), le relais soit pris pour assurer

le suivi de proximité.

Engager une réflexion à la création d'unité hospitalière d'évaluation et de prise en charge médicale de l'obésité sévère ou compliquée. Ces unités de prise en charge médicale devront être liées par une convention aux unités chirurgicales.

Labelliser les unités de prise en charge chirurgicale de l'obésité

La labellisation sera intégrée dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Objectifs :

- insérer la chirurgie bariatrique dans le parcours du patient obèse
- inciter les établissements de santé à mettre en œuvre les recommandations de la HAS
- signaler à la population et aux professionnels de santé les sites appliquant les bonnes pratiques

Critères de labellisation :

- Seuil de 30 interventions par unité et par an. Ce seuil devra être obtenu dans un délai de deux ans.
- Délai minimum de 6 mois entre la première consultation chirurgicale et intervention.
- Adhérer à un réseau (filière de prise en charge).
- Discussion des dossiers au sein de la filière de prise en charge.
- Prise en charge multidisciplinaire organisée et décision collégiale de l'indication de chirurgie bariatrique (s'assurer que le patient est capable de modifier son comportement alimentaire et son activité physique, s'assurer que le suivi éducatif établi en préopératoire au plan diététique et de l'activité physique soit poursuivi en postopératoire).
- Prescription d'une supplémentation en vitamines, minéraux et oligoéléments après chirurgie mal absorptive.
- Améliorer le suivi du patient, programmation des différentes consultations du suivi post-opératoire.
- Faire signer au patient une charte concernant le suivi post opératoire.

Améliorer l'accès aux consultations médicales spécialisées (entre autre aux consultations de psychiatrie).

Développer des programmes d'éducation thérapeutique (lien avec schéma prévention)

- Favoriser la continuité territoriale de la prise en charge des patients obèses en optimisant le lien établissement de santé et professionnels de santé ambulatoire dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique du patient.
- Permettre à chaque personne dont l'état le nécessite de pouvoir accéder à une prise en charge graduée (lien avec la prévention et ambulatoire).

Assurer une meilleure information et coordination des acteurs

- Création d'une filière de prise en charge de l'obésité par département permettant la concertation entre les différents acteurs.
- Élaborer un dossier commun sur l'ensemble de la région pour le patient obèse.
- Création d'une structure de coordination régionale.
- Disposer d'un centre régional de recours et d'expertise pour prise en charge des cas complexes, des complications sévères, démarche d'évaluation des pratiques professionnelles organisation de formations régionales.
- Le centre serait chargé également de réaliser le bilan annuel et quantitatif ou qualitatif de la prise en charge des patients obèses.
- Engager une réflexion sur les modalités de développement de réseau similaire au réseau REPPCO (lien avec schéma ambulatoire).
- Favoriser la création d'association de patients obèses (lien avec schéma ambulatoire et de prévention).

Améliorer la qualité et sécurité des soins

- Encourager les établissements de recours à mettre en place des équipements compatibles avec la prise en charge des personnes obèses.

Articulation avec la prévention

Certains objectifs sont à compléter par des liens avec le schéma régional de prévention :

- Les Programmes d'Education Thérapeutiques du Patient (ETP) ;
- L'incitation au dépistage précoce de l'obésité ;
- Les actions de prévention des conduites à risque (nutrition, activité physique) afin de limiter les complications de la pathologie.

Indicateurs de suivi

- Nombre de patients opérés / nombre de patients vus dans la filière de prise en charge départementale
- Nombre de patients pris en charge dans la filière de prise en charge départementale
- Nombre de réunions de la filière de prise en charge départementale
- Informations données au patient traçable dans le dossier
- Nombre de dossiers dont l'indication de prise en charge est fondée sur une évaluation et prise en charge pré-opératoire pluridisciplinaire du patient
- Nombre de patients ayant eu 4 consultations post-opératoires au cours de la première année/ nombre de patients opérés
- Nombre de patients ayant eu un suivi psychiatrique ou psychologique en post opératoire au cours de la première année / nombre de patients opérés
- Nombre de programme d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS pour la prise en charge de l'obésité
- Nombre de patients obèses pris en charge dans des programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS pour la prise en charge de l'obésité / ou du diabète / ou d'autres maladies chroniques dont des ateliers visent la prise en charge de patients obèses dans le cadre de la prévention des risques de santé.

Organisation cible

Territoire de la Charente

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : au moins 2 sites labellisés en chirurgie bariatrique
Création d'un réseau départemental

Territoire de la Charente-Maritime Nord

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : 4 sites labellisés en chirurgie bariatrique
Création d'un réseau départemental

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

Création, suppression d'activités de soins et d'équipements matériels lourds transformation, regroupement et coopérations d'établissements : au moins un site labellisé en chirurgie bariatrique

Territoire des Deux-Sèvres

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : au moins 1 site labellisé en chirurgie bariatrique.
Création d'un réseau départemental dont le référent sera le Logis des Francs à Cherveux.

Territoire de la Vienne

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements : CHU de Poitiers site spécialisé
Au moins 3 sites labellisés en chirurgie bariatrique
Le fonctionnement des établissements en réseau s'appuiera sur le CHU, référent du territoire de recours et du territoire régional.

Références

- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011
- Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité- ObÉpi Roche 2009
- Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte - HAS janvier 2009
- Plan d'action : « Obésité-Établissement de soins » Rapport du Pr A. BASDEVANT Avril 2009
- Chirurgie de l'obésité : prise en charge pré et post opératoire du patient - HAS juin 2009

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Domaine stratégique

Cancers, maladies chroniques et maladies rares

Priorité

Les maladies cardiovasculaires

Objectifs généraux du PSRS

- Améliorer le délai de prise en charge des AVC en réduisant les inégalités territoriales d'accès à la prise en charge adaptée.
- Disposer d'une unité neurovasculaire accessible dans chaque territoire de santé.
- Promouvoir et développer la prévention et le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire.

Contexte régional

Contexte et enjeux

L'accident vasculaire cérébral est la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer (30% des démences sont entièrement ou en partie dues à l'AVC) et la troisième cause de mortalité en France.

En France l'incidence est de 1,6 à 2,4 pour 1000 personnes tous âges confondus soit 100 000 à 145 000 par an. La prise en charge concerne l'ensemble du système de santé : la prévention, la prise en charge en urgence, l'accès au plateau médico technique, aux soins d'hospitalisation aigue aux soins de suite et réadaptation (SSR), et enfin à la réinsertion à domicile.

L'accident vasculaire cérébral est une urgence : la prise en charge multi professionnelle précoce réalisée le plus rapidement possible en unité neuro-vasculaire (UNV) ou à défaut dans un établissement ayant structuré une filière de prise en charge des patients suspects d'AVC en coordination avec une UNV permet de réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles. L'AVC ischémique peut faire l'objet d'un traitement médicamenteux ou d'un traitement par neuroradiologie interventionnelle (thrombectomie). Le traitement médical doit être administré le plus tôt possible et au plus tard dans les quatre heures trente suivant l'apparition des symptômes, après réalisation d'un examen de résonnance magnétique nucléaire (IRM) ou, à défaut, d'imagerie cérébrale par tomodensitométrie (scanner) afin de s'assurer du diagnostic.

Le développement des unités neuro-vasculaires (UNV), qui réunissent des équipes pluri professionnelles spécialisées et entraînées pouvant faire le diagnostic, identifier les facteurs étiologiques de l'AVC, administrer et surveiller la thrombolyse et débiter la rééducation précoce (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie) nécessaire pour minorer le handicap est un facteur scientifiquement démontré d'amélioration de la prise en charge des patients victimes d'AVC, se traduisant à distance par une diminution de la mortalité et des séquelles.

La prise en charge de l'AIT (accident ischémique transitoire) doit être superposable à celle de l'AVC. Tout patient ayant un AVC doit être proposé pour une UNV, quel que soit son âge et doit pouvoir intégrer une filière territoriale complète et coordonnée.

La filière comprend une unité neuro-vasculaire (UNV) et les structures MCO, SSR, USLD, hôpitaux locaux, médicosociales et de retour à domicile, nécessaires à la prise en charge des patients du territoire

de santé qu'elle recouvre.

Ce dispositif doit être lisible par les professionnels de la santé, hospitaliers et libéraux. Ce maillage du territoire par les établissements de santé assurant la prise en charge de ces patients doit être mis en place en fonction des particularités démographiques et géographiques de la région, en particulier en termes de temps de transport (pour les urgences en amont, pour le rapprochement du domicile en aval).

Une offre hospitalière

La démographie et la répartition géographique des professionnels, est un facteur clé dans les organisations mises en place pour assurer la fluidité à chaque étape de la prise en charge. De façon générale, les unités ou service sont individualisés dans les établissements de recours. Les établissements de proximité assurent la prise en charge au sein des services de médecine, avec un volume d'activité non négligeable.

Base PMSI 2009 (code AVC définis dans le rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC juin 2009)

ETABLISSEMENTS	nb séjours
CENTRE HOSPITALIER ANGOULEME	492
CENTRE HOSPITALIER DE CONFOLENS (LABAJOUDERIE)	22
CENTRE HOSPITALIER DE RUFFEC	32
C. H. «HOPITAUX DU SUD CHARENTE»	61
CTRE HOSP INTERCOMM DU PAYS DE COGNAC	152
CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC	114
CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE	725
CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-JEAN-D'ANGELY	128
CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE	319
CENTRE HOSPITALIER DE ROYAN	197
C. H. ROCHEFORT-SUR-MER	219
CENTRE HOSPITALIER DE NIORT	452
CTRE HOSPIT. NORD DEUX-SEVRES	221
CENTRE HOSPITALIER DE CHATELLERAULT	165
CENTRE HOSPITALIER DE LOUDUN (RENAUDOT)	38
CENTRE HOSPITALIER DE MONTMORILLON	40
C.H.U. LA MILETRIE	816

A l'heure actuelle, 3 établissements de recours ont une UNV (CHU de Poitiers qui est également centre de référence régionale, CH d'Angoulême et le CH de La Rochelle).

Chaque territoire de santé dispose d'au moins un service de soins de suite et réadaptation (SSR) spécialisé dans la prise en charge des affections du système nerveux.

Point fort

L'entité territoriale de prise en charge des AVC a été défini comme étant les zones de prises en charge des SMUR des centres hospitaliers de la région permettant une prise en charge optimale et rapide des patients ayant un AVC.

Points faibles

- Absence d'UNV dans deux territoires de recours
- Convention de coopération inter établissement ne sont pas toutes signées
- Manque de neurologue

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

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

Améliorer l'efficience

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

Orientations régionales

Consolider la graduation de la prise en charge de l'AVC sur la région (soins de proximité, site de recours, site de référence)

Créer une unité neuro-vasculaire selon les recommandations de la Société Française Neuro-vasculaire sur le centre hospitalier de recours, à défaut les établissements ne disposant pas d'UNV doivent structurer une filière de prise en charge des patients suspects d'AVC en coordination avec une UNV (ils participent au maillage du territoire, disposent d'un neurologue avec ou non DIU neuro-vasculaire, et/ou d'un praticien hospitalier non neurologue mais titulaire du DIU neuro-vasculaire ; ils ont du personnel formé et dédié, les patients sont regroupés ; les liens sont très fortement établis avec l'UNV de la filière, par convention ils prennent en charge les patients recusés par l'UNV suite à l'expertise neuro-vasculaire, après la thrombolyse en UNV ou après neuroradiologie interventionnelle).

Réduire les délais entre les symptômes et la prise en charge adaptée

Organiser le maillage territorial de la filière prise en charge des AVC, en amont prise en charge SAMU-Centre 15.

La régulation des appels par le Centre 15 est un facteur de diminution des délais pré-hospitaliers, par la mobilisation du mode de transport le plus adapté et la meilleure orientation possible du patient.

Prise en charge en fonction des zones de territoire SMUR révisable en fonction des créations des UNV. Cette cartographie d'adressage doit être connue de l'ensemble des intervenants (ambulanciers, SDIS).

Critères :

- l'existence d'un CH ayant une UNV
- l'existence d'un CH étant en mesure de réaliser 24 h/24 la fibrinolyse (neurologue qualifié + scanner ou IRM)
- l'absence dans un CH d'une UNV ou d'une organisation permettant de réaliser la fibrinolyse 24 h/24

T : patient thrombolysable

NT : patient non thrombolysable

Patients relevant des territoires des SMUR des CH suivants :

- CH Ruffec (NT+T) -> transfert en priorité sur CH Angoulême et en deuxième intention sur CHU Poitiers
- CH Confolens (T et NT)-> transfert direct CH Angoulême
- CH Cognac (T et NT)
- CH Barbezieux (T et NT)

Patients relevant des territoires des SMUR des CH suivants :

- CH Royan (T) -> transfert direct CH La Rochelle
- CH Royan (NT) -> transfert direct CH Saintes
- CH St Jean d'Angély (T) à transfert direct CH La Rochelle (Niort en 2ième intention)
- CH St Jean d'Angély (NT) à transfert direct CH Saintes
- CH Jonzac (voir pour Jonzac Sud CHU Bordeaux) (T)
- CH Jonzac (NT) -> transfert direct CH Saintes
- CH Saintes (T) -> transfert direct CH La Rochelle
- CH Saintes (NT) -> transfert direct CH Saintes
- CH Rochefort (T et NT) -> transfert direct CH La Rochelle

Patients relevant des territoires des SMUR des CH suivants :

- CH Niort (T et NT) -> CH Niort
- CH Nord Deux-Sèvres site de Thouars (T) -> CH Niort ou CHU Poitiers
- CH Nord Deux-Sèvres site de Thouars (NT) -> CH Nord Deux-Sèvres site de Bressuire ou CH Niort ou CHU Poitiers
- CH Nord Deux-Sèvres site de Parthenay (T) -> CH Niort ou CHU Poitiers
- CH Nord Deux-Sèvres site de Parthenay (NT) -> CH Nord Deux-Sèvres site de Bressuire ou CH Niort ou CHU Poitiers
- CH Bressuire (T) -> CH Niort ou CHU Poitiers
- CH Nord Deux-Sèvres site de Bressuire (NT) -> CH Nord Deux-Sèvres site de Bressuire

Patients relevant des territoires des SMUR des CH suivants :

- CH Loudun (T et NT)
- CH Châtelleraut (T et NT) -> transfert direct CHU Poitiers (UNV)
- CH Montmorillon (T et NT)
- CH Le Blanc (T et NT)

- Prioriser l'accès immédiat à l'IRM pour les patients présentant un AVC dans la phase aigue ;
- Développer la télémedecine (cf. chapitre « L'imagerie médicale » dans le volet « Les activités de soins » de ce SROS-H) ;
- Organiser le maillage territorial de la filière prise en charge des AVC en aval SSR.
- Les soins de suite et de réadaptation s'avèrent une étape clé dans la filière, la récupération étant d'autant meilleure que la rééducation a commencé précocement.

Augmenter le taux de thrombolyse chez les patients éligibles

Fluidifier la filière d'aval

Améliorer la fluidité du circuit du patient entre les différentes structures de prise en charge

Signature d'une convention de coopération et de coordination entre les différents acteurs sur chaque territoire à partir d'une convention cadre régionale (coordination et coopération entre les urgentistes et les neurologues, et les établissements) mais aussi le dispositif d'aval (SSR, HAD, USLD, EHPAD).

Améliorer les pratiques professionnelles (diffusion de protocoles)

- Harmonisation des protocoles ;
- Création d'un observatoire qui aura pour objet d'observer et d'évaluer les pratiques de prise en charge des AVC dans la région par rapport aux référentiels et protocoles établis ;
- Sensibiliser et former l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'AVC (professionnels de la filière d'urgence IAO, permanenciers etc.).

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

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

Indicateurs de suivi

- Proportion de patients admis en UNV/ nombre total d'AVC
- Taux de couverture régionale par les filières AVC
- Proportion de patients du territoire non admis dans la filière
- Taux de patients éligibles à la thrombolyse lors du premier contact médical (début des symptômes < 3h) et avec confirmation d'AVC et ayant bénéficié de la thrombolyse
- Délai de prise en charge dans la structure post aiguë

Organisation cible

Territoire de la Charente

Nombre d'implantations 1 unité neuro-vasculaire sur le site de recours.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements :

Les établissements disposant de lits de médecine fonctionneront en réseau avec l'unité neuro-vasculaire du territoire de recours du CH d'Angoulême et de l'unité de référence régionale du CHU.

Signature d'une convention de coopération et de coordination entre le CH siège de l'UNV et les CH siège d'un SMUR ne pouvant prendre en charge un AVC en urgence.

Signature de convention entre les différents acteurs de la prise en charge de l'AVC (inter-établissement, SSR, HAD, USLD voir EHPAD).

Territoire de la Charente-Maritime Nord

Nombre d'implantations

1 unité neuro-vasculaire sur le site de recours.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements :

Le site de recours et le site de proximité doivent poursuivre leur coopération.

Signature de convention entre les différents acteurs de la prise en charge de l'AVC (inter-établissement, SSR, HAD, USLD voir EHPAD).

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

Nombre d'implantations

1 unité neuro-vasculaire sur le site de recours.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements :

Les établissements disposant de lits de médecine fonctionneront en réseau avec l'unité neuro-vasculaire du territoire de recours du CH de Saintes et de l'unité de référence régionale du CHU.

Signature d'une convention de coopération et de coordination entre le CH siège de l'UNV et les CH siège d'un SMUR ne pouvant prendre en charge un AVC en urgence.

Signature de convention entre les différents acteurs de la prise en charge de l'AVC (inter-établissement, SSR, HAD, USLD voir EHPAD).

Création de la fédération inter-hospitalière de neurologie entre les CH de Saintes et de La Rochelle

Territoire des Deux-Sèvres

Nombre d'implantations

1 unité neuro-vasculaire sur le site de recours.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements :

Les établissements disposant de lits de médecine fonctionneront en réseau avec l'unité neuro-vasculaire du territoire de recours du CH de Niort et de l'unité de référence régionale du CHU.

Signature d'une convention de coopération et de coordination entre le CH siège de l'UNV et les CH siège d'un SMUR ne pouvant prendre en charge un AVC en urgence.

Signature de convention entre les différents acteurs de la prise en charge de l'AVC (inter-établissement, SSR, HAD, USLD voir EHPAD).

Territoire de la Vienne

Nombre d'implantations

1 unité neuro-vasculaire de référence régionale sur le site de recours.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements :

Les établissements disposant de lits de médecine fonctionneront en réseau avec l'unité neuro-vasculaire (UNV) du territoire de recours du CHU du Poitiers qui outre son rôle pivot du territoire est, également UNV de référence régionale, disposant de l'appui des services de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle,

Signature d'une convention de coopération et de coordination entre le CH siège de l'UNV et les CH siège d'un SMUR ne pouvant prendre en charge un AVC en urgence.

Signature de convention entre les différents acteurs de la prise en charge de l'AVC (inter-établissement, SSR, HAD, USLD voir EHPAD).

Références

- Loi de 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 72 « réduire la fréquence et la sévérité, des séquelles fonctionnelles associées aux AVC ».
- Circulaire DHOS/DGS/DGAS du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC.

- Circulaire DHOS/O4/2007 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral.
- Circulaire DGOS.R4/R3/PF3 n°2012-106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral
- Accident vasculaire cérébral. Prise en charge précoce (alerte, phase pré hospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse)-Recommandations de bonne pratique professionnelle- HAS Mai 2009.
- Rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC juin 2009.
- Plan d'actions national AVC 2010-2014.
- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011.
- Recommandations pour la création d'unités neuro-vasculaires - Neurologies décembre 2000.

Les pathologies du vieillissement

Domaine stratégique

Vieillesse (SROS)

Amélioration de la qualité du système de santé

Priorités

- L'accompagnement de la perte d'autonomie en respectant les choix de la personne âgée pour son lieu de vie ;
- Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la démarche d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.

Objectifs généraux du PSRS

- Diminuer les hospitalisations évitables ;
- Améliorer les transports en amont et en aval entre domicile, EPHAD et hôpital ;
- Favoriser les coopérations entre établissements de santé et professionnels de santé ;
- Décloisonner les différents processus de prise en charge et d'accompagnement ambulatoire, hospitalier et médico-social, gérer les interfaces et transmettre l'information au médecin traitant dans l'attente de la généralisation du DMP ;
- Améliorer l'efficacité :
 - o diffuser les bonnes pratiques
 - o équilibrer et optimiser la productivité des équipements
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- Améliorer la qualité de vie des patients par l'adaptation des techniques ;
- Améliorer les conditions de fin de vie ;
- Articuler les soins avec la prévention et le médico-social ;
- Rester attentif au maintien de la vie sociale pour les unités de soins de longue durée.

Contexte et enjeux

Offrir à la population âgée (dont la tranche des + de 85 ans va augmenter de 3% par an pendant 10 ans, et dont 50% a recours annuellement à une hospitalisation) un accueil adapté à ses besoins. L'entrée dans le système de soins se fait de deux manières, soit par l'accès au médecin traitant, soit en période de crise quelque soit sa nature sanitaire ou sociale, par le recours aux urgences de l'hôpital.

Ainsi le recours très fréquent des personnes âgées aux urgences hospitalières et leur aiguillage parfois défaillant dans les services de spécialités d'organe représentent alors un double problème d'efficacité et d'efficacité. Ainsi 19% des passages aux urgences concernent des personnes de plus de 75 ans. Suite à ces passages 67% sont hospitalisées.

L'enjeu pour les établissements de santé est de conforter leur filière gériatrique et de participer à la coordination gériatrique. Une filière gériatrique doit s'entendre comme le dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé. Elle compte un pôle d'évaluation gériatrique incluant des consultations, un hôpital de jour à proximité d'un plateau technique, un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de soins de suite et de réadaptation et une unité de soins de longue durée.

Objectifs opérationnels

Améliorer l'accès aux soins

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

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Améliorer la continuité des prises en charge.
- Limiter le recours aux unités de médecine d'urgence pour des soins qui ne relèvent pas directement de cet environnement.
- Assurer un bon fonctionnement de la filière gériatrique au sein des territoires de santé (existence des différentes composantes de la filière et définition de liens fonctionnels entre elles).
- Définir les conditions d'accès aux filières plus spécialisées (Alzheimer notamment).

Améliorer l'efficacité

- Clarifier la place des différents acteurs, en axant la démarche sur une analyse des complémentarités et des substitutions d'activité pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Cette démarche de clarification doit permettre notamment :
 - o la diminution des hospitalisations injustifiées
 - o la fluidification des filières de prise en charge
- le respect des spécificités des différents intervenants et les coopérations entre eux pour éviter les redondances (exemple : hôpital de jour versus accueil de jour).

Orientations régionales

Faciliter l'accès direct au court séjour gériatrique (n° d'appel direct /IDE de liaison)

- Créer des lits de courts séjours gériatriques pour les établissements qui n'en disposent pas ou qui disposent d'une quantité insuffisante ;
- Favoriser les contacts médecine de ville et gériatres hospitaliers.

Développer les unités de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique

- Créer des places d'hospitalisation de jour gériatrique ;
- Faciliter les contacts médecine de ville et gériatres hospitaliers.

Organiser l'accueil aux urgences

- Pour optimiser la prise en charge des patients âgés qui n'ont pu bénéficier d'un accueil direct en court séjour gériatrique ;
- Passage systématique du gériatre dans le service des urgences.

Identifier dans le projet d'établissement la filière gériatrique

Réduire les hospitalisations évitables

- Permettre aux équipes mobiles gériatriques, en fonction des moyens disponibles, le déplacement à domicile et en EHPAD ;
- Mener une étude sur le territoire de Charente-Maritime, qui présente un taux de recours à l'hospitalisation des personnes âgées de + de 85 ans très supérieur à la moyenne régionale.

Participer à la coordination gériatologique de proximité

- Anticiper les sorties d'hospitalisation ;
- Contacter une semaine avant la sortie les professionnels du soutien à domicile ;
- Formaliser des conventions déterminant les modalités de prises en charge entre CH, SSIAD et EHPAD.

Développer la complémentarité entre la filière gériatrique et la psychiatrie

- Créer sur chaque territoire de santé une équipe mobile de psycho-gériatrie.

Organiser les transports sanitaires permettant un retour à domicile des patients âgés après 17H

- Revoir les conventions avec les transporteurs ;
- Assurer une présence d'IDE de 7h30 à 20h30 dans les EHPAD de + 60 lits.

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

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

Indicateurs de suivi

- Part des séjours de médecine et chirurgie pour lesquels les patients sont arrivés par les services d'urgence.
- Taux de réhospitalisation dans les six mois et pour un motif identique, des personnes âgées de 75 ans et plus, en court séjour (ind. CPOM).
- Part de séjours de personnes de 75 ans et plus dont la durée est supérieure à la borne haute en séjour de médecine hospitalier (ind. CPOM).
- Part des prises en charge d'HAD en EHPA (ind. CPOM).
- Nombre de conventions signées entre CH, SIAD et EHPAD.
- Nombre de conventions signées avec les transporteurs.

Organisation cible

Territoire de la Charente

Au niveau du site de recours :

- Urgences gériatriques
- Court séjour gériatrique
- Hôpital de jour gériatrique
- Equipe mobile de gériatrie
- Equipe mobile de psycho-gériatrie

Au niveau des sites de proximité

- Au moins un service à orientation gériatrique

Territoire de la Charente-Maritime Nord

Au niveau du site de recours :

- Urgences gériatriques
- Court séjour gériatrique
- Hôpital de jour gériatrique
- Equipe mobile de gériatrie
- Equipe mobile de psycho-gériatrie

Au niveau des sites de proximité :

- Au moins un service à orientation gériatrique

Territoire de la Charente-Maritime Sud et Est

Au niveau du site de recours :

- Urgences gériatriques
- Court séjour gériatrique
- Hôpital de jour gériatrique
- Equipe mobile de gériatrie
- Equipe mobile de psycho-gériatrie

Au niveau des sites de proximité

- Au moins un service à orientation gériatrique

Territoire des Deux-Sèvres

Au niveau du site de recours :

- Urgences gériatriques
- Court séjour gériatrique
- Hôpital de jour gériatrique
- Equipe mobile de gériatrie
- Equipe mobile de psycho-gériatrie

Au niveau des sites de proximité

- Au moins un service à orientation gériatrique
- Créations : 1 Equipe mobile de psycho-gériatrie par territoire

Territoire de la Vienne

Au niveau du site de recours :

- Urgences gériatriques
- Court séjour gériatrique
- Hôpital de jour gériatrique
- Equipe mobile de gériatrie
- Equipe mobile de psycho-gériatrie

Au niveau des sites de proximité

- Au moins un service à orientation gériatrique

Références

- Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- Plan Solidarité Grand Age 2007-2012
- Plan Alzheimer 2008-2012

La maladie d'Alzheimer

Domaine stratégique

Vieillesse

Priorité

Les maladies neuro-dégénératives

Objectif général du PSRS

Réduire le délai d'attente par un maillage territorial équilibré, un travail collégial notamment pour accéder à une consultation mémoire.

Contexte et enjeux

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées est difficile, notamment aux stades précoces. Cette démarche diagnostique doit être rigoureuse. Elle mobilise des moyens cliniques, para-cliniques et des tests neuropsychologiques longs à effectuer et nécessite des compétences pluridisciplinaires. Les consultations mémoires établissent le diagnostic et mettent en place en partenariat avec le médecin généraliste, un projet de soins et d'aide pour les patients. La région compte 18 consultations mémoires. Le centre mémoire de ressources et de recherche « CM2R » du CHU est un site spécialisé, assurant le diagnostic des cas les plus complexes et des formes les plus précoces.

Objectif opérationnel

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

Orientations régionales

- Apporter une meilleure lisibilité des consultations mémoires en adossant la composition des équipes médicales et paramédicales participants aux consultations mémoires sur les brochures d'information.
- Terminer le maillage territorial des consultations mémoires.
- Installer des consultations mémoires sur les territoires de santé de la Charente et des Deux-Sèvres ;
- Avoir accès à une consultation mémoire dans un délai de 2 mois.
- Suivi des délais d'accès aux consultations mémoires ;
- Développer les liens entre les consultations mémoires et le centre mémoire de ressources et de recherche « CM2R » du CHU.
- Structurer par des contacts réguliers le partenariat entre les consultations mémoires et le CM2R.

Indicateurs de suivi

- Par consultation mémoire file active et nombre de consultations réalisées
- Saisie des données CALLIOPE
- Délais d'attente pour obtenir une consultation

Organisation cible

Territoire de santé de la Charente

Activités relevant du territoire de recours

Angoulême, Confolens, Barbezieux, Cognac, Chateaufort, Ruffec

Territoire de santé de la Charente-Maritime Nord

La Rochelle, Rochefort

Territoire de santé de la Charente-Maritime Sud et Est :

Saintes, Royan, Jonzac, Saint-Jean d'Angély

Territoire de santé des Deux Sèvres

Niort, Nord -Deux-Sèvres (Bressuire, Parthenay, Thouars), Mauléon, Melle, Saint Maixent l'Ecole

Territoire de santé la Vienne

Poitiers, Châtelleraud, Loudun, Montmorillon

Financement

Les consultations mémoires bénéficient de crédits alloués au titre des missions d'intérêt général. Ces crédits n'ont pas vocation à couvrir systématiquement la totalité des charges identifiées pour la réalisation de cette mission.

Un bilan gériatrique incluant une consultation mémoire, un bilan social effectué par une assistante sociale, des examens complémentaires avec notamment des tests neuropsychologiques, la présence d'une infirmière et une synthèse effectuée par un médecin gériatre ouvre droit à la facturation d'un groupe homogène de séjour.

L'accompagnement financier pour la création de deux consultations est évalué à 100K€.

Référence

- Plan Alzheimer 2008-2012

Les conduites addictives

Domaine stratégique du programme régional de santé

- Santé mentale
- Soins somatiques
- Amélioration du système de santé

Priorités

- Structurer l'offre régionale de soins en trois niveaux
- Prendre en charge les conduites addictives sans substances ou addictions comportementales
- Développer la formation et la Recherche en addictologie

Objectifs généraux du PSRS

- Définir et améliorer les conditions d'organisation au niveau des territoires de santé de la réponse pour les patients souffrant d'addictions ;
- Favoriser et rationaliser les regroupements en réseaux et filières ;
- Décloisonner les différents processus de prise en charge et d'accompagnement ambulatoire, hospitalier et médico-social, gérer les interfaces et transmettre l'information au médecin traitant et au CSAPA/CAARUD (Centre de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie / Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues).
- Améliorer la prise en charge des addictions sans substance
- Soutenir et développer la recherche et l'enseignement en addictologie
- Améliorer l'efficacité du dispositif

Contexte et enjeux

L'organisation sanitaire régionale en addictologie

L'organisation de la prise en charge des conduites addictives est disparate sur l'ensemble de la région. Néanmoins, tous les centres hospitaliers de recours proposent une offre de prise en charge des conduites addictives avec substances.

Certains établissements ont souhaité faire un travail de restructuration interne pour mettre en place un guichet unique d'addictologie (ex CH de La Rochelle) car cette discipline se déploie parfois sur plusieurs sites parallèles (MCO et santé mentale).

L'organisation des soins en interne à chaque établissement s'inscrit pour la majorité d'entre eux sur la base de la sectorisation tandis que d'autres établissements ont souhaité mettre en place des inter-secteurs dédiés à l'addictologie.

Le parcours du patient picto-charentais

Le repérage

Ce sont les médecins généralistes et les CSAPA, CAARUD qui restent les principaux adresseurs des

patients vers la filière soins Les équipes d'addictologie de liaison assurent aussi un repérage des patients déjà hospitalisés.

Pour certains patients la prise en charge se fait au décours d'une consultation par un spécialiste somaticien (gastro-entérologue, pneumologue, gynécologue-obstétricien, interniste.....), pour d'autres, ils sont adressés directement aux addictologues par leur médecin traitant ou simplement sur la base du bouche à oreille.

La prise en charge ambulatoire

- elle se fait en consultation par le médecin addictologue
- en hospitalisation pour une pathologie annexe, par les équipes d'addictologie de liaison

Ces équipes d'addictologie de liaison ont pour mission de repérer les patients en difficulté pendant une hospitalisation liée à des pathologies annexes, d'apporter une première réponse en terme de prise en charge et d'orienter les patients dans les parcours de soins. Ainsi le patient est repéré au décours d'une autre hospitalisation ou consultation (ex grossesse chez la jeune femme) et pris en charge en soins en addictologie.

La cure de sevrage en hospitalisation

Le patient est ensuite accueilli en MCO ou en psychiatrie pour une cure de sevrage, quand l'addiction concerne l'alcool ou des substances comme les benzodiazépines.

Selon les établissements sanitaires, ces cures de sevrage sont réalisées soit en MCO avec un accompagnement psychiatrique, soit en psychiatrie avec un suivi somatique.

Ces cures de sevrage sont réalisées en hospitalisation complète suivie d'une hospitalisation partielle.

A l'issue de ces cures de sevrage, le patient est adressé soit dans l'un des trois SSR spécialisés en addictologie de la région soit suivi en « ambulatoire » par les acteurs des CSAPA et CAARUD ;

A l'issue d'un séjour en **SSR addictologie**, le relais est pris par les équipes des **CSAPA et CAARUD**.

En effet, les CSAPA et les CAARUD ont des missions à la fois de prévention et d'accompagnement médico-social.

Plan d'action régional

1. Structurer la filière de soins sur chacun des 5 territoires de santé

La circulaire DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 précise les trois niveaux de structuration qui s'imposent aux établissements de santé comme à l'ARS

- les structures de **niveau 1, de proximité**, dont les missions comportent la réalisation des sevrages résidentiels et simples, des consultations et une activité de liaison.
- les structures de **niveau 2** qui sont les structures de recours d'un territoire qui associent les structures de court séjour (MCO ou psychiatrie) qui offrent des **soins résidentiels complexes** (en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour). Les soins de suite et de réadaptation sont également des structures de niveau 2. Ils permettent de poursuivre les soins résidentiels au-delà des soins aigus pour les patients qui le nécessitent.
- les structures de **niveau 3** : elles assurent en plus des missions des structures de niveau 2, des missions d'enseignement, de formation, de recherche, de coordination régionale. Une structure de ce type doit être envisagée dans un CHU ou un établissement de santé lié au CHU par une convention hospitalo-universitaire dans le domaine de l'addictologie.

En Poitou-Charentes, le niveau 3 est au Centre hospitalier Henri Laborit qui présente la structuration requise.

2. Améliorer la prise en charge des addictions comportementales sans substances

Si les cures de sevrage à l'alcool, au tabac, aux benzodiazépines sont des domaines maîtrisés par les acteurs du soin de la région, les conduites addictives « sans produit » dénommées aussi addictions comportementales ne font pas encore l'objet d'une prise en charge spécialisée et protocolisée en région Poitou-Charentes.

Les addictions comportementales concernent les addictions dites sans substances. Parmi elles, on peut citer :

- l'addiction au jeu (dont le jeu vidéo), l'addiction à internet
- l'addiction au travail
- l'addiction à la nourriture (boulimie), au jeûne (anorexie)
- l'addiction au shopping ou achat compulsifs
- l'addiction au sport
- les dépendances affectives, sexuelles, sectaires

Les premières données nationales issues du Baromètre Santé jeune 2010 (source l'INPES) permettent de définir le profil du joueur excessif : un homme de 25 à 54 ans disposant de faible revenus (moins de 1100€^{/mois}) et citadin. Ce profil est largement répandu.

Très peu de praticiens sont formés à la prise en charge des addictions comportementales, bien que la prévalence croissante du jeu excessif, de l'addiction aux écrans soit constatée par l'ensemble des acteurs du premier recours (médecins traitants).

Le repérage des patients ayant des addictions dites comportementales, la filiarisation de ces derniers et leur prise en charge par des équipes formées est un enjeu régional important.

3. Soutenir, développer la recherche et l'enseignement en addictologie

La structuration d'une chaire universitaire d'addictologie est en cours au sein du Centre Hospitalier Henri Laborit. Le recrutement d'un PH dédié à l'addictologie en mars 2014 (poste financé par la DGOS) associé au centre de recherche Pierre Denicker devrait permettre d'améliorer la formation des acteurs de santé .

Un diplôme inter-universitaire d'addictologie sera mis en place en septembre 2014 pour lequel nombre d'acteurs régionaux seront partie prenante de l'équipe enseignante. Cette maïotique devrait permettre de créer et développer des protocoles de recherche multi-sites à l'instar des partenariats public /privé en recherche clinique déjà mis en oeuvre en psychiatrie sur la région Poitou-Charentes.

Points d'articulation avec le schéma médico-social

Les CSAPA sont des structures médico-sociales, autorisées depuis 2009. Ils sont intégrés aux filières addictologiques, lors du repérage des personnes présentant de conduites addictives et lors de leur prise en charge sous une forme à la fois sociale, éducative et médicale..

La plupart des CSAPA sont intrahospitaliers. Le CSAPA Synergie 17 travaille en lien étroit avec les établissements de son secteur.

Les CAARUD sont des structures médico-sociales destinés aux usagers de produits psycho-actifs . Ces derniers ont vocation à être référents auprès des professionnels libéraux.

Coordination des acteurs de prévention, du soin et de l'accompagnement

L'ARS accompagne la structuration et la coordination des acteurs du champ de la prévention, du soin et du médico-social en addictologie.

Après un état des lieux des pratiques professionnelles initié en 2014, elle mettra en place une commission technique régionale « conduites addictives », fonctionnant à l'instar du « comité technique régional de santé mentale ». Cette commission, réunissant les acteurs de la prévention, du soin et du médico-social se réunira semestriellement à compter de 2015.

Organisation cible

Territoire de santé	établissement	Niveau
Vienne	CHU de Poitiers	2
	CH Henri Laborit	3
	SSR Gandillonerie	2
Deux Sèvres	CH Niort	2
	CH Nord Deux Sèvres	2
	Court séjour SSR	2
Charente	CH Camille Claudel	2
	CH Angoulême	2
	Clinique Villa Bleue	2
Charente-Maritime Nord	CH la Rochelle	2
	CH Rochefort	1
Charente-Maritime Sud	CH Saintonge	2
	CH Saint Jean d'Angély	1
	CH Jonzac	2
	Clinique de Saujon	2
	SSR centre Alpha	2

Indicateurs de suivi

Objectif : structurer la filière de soins

- Nombre de sevrages simples, de sevrages complexes (données PMSI).
- DMS en court séjour et en SSR.

Objectif : améliorer la prise en charge des addictions comportementales

- Nombre de professionnels de santé formés chaque année.
- Nombre de consultations spécialisées créées par établissement sanitaire.

Objectif : coordination des acteurs de la prévention, du soin, du médico-social

- Nombre de réunions du comité technique régional conduites addictives

Références

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

- LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé.
- Circulaire DH/EO2/DGS n°2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.
- Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.
- Circulaire DHOS/O3/CNAM n°2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.
- Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
- Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007 – 2011.
- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.
- Circulaire DGS/MC2 n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.
- Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Circulaire n°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.
- Plan régional de la MILDT 2013 – 2017.
- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013 – 2017.

La biologie médicale

Domaine stratégique

L'amélioration de la qualité du système de santé

Priorités du Plan Stratégique Régional en Santé

Accroître la performance attendue du système de santé : soutenir les nouveaux processus relationnels entre les acteurs du système de santé, la démarche d'amélioration continue, l'humanisation de la prise en charge.

Favoriser le développement des systèmes d'information induit par les technologies de l'information et de la communication, et les ressources de la télémédecine.

Objectifs généraux du PSRS

Relatifs à la priorité 1

- Favoriser les coopérations entre établissements de santé et les professionnels de santé ;
- Tenir compte des tailles critiques dans l'adaptation et l'évolution des structures du système de santé ;
- Favoriser et rationaliser les regroupements en réseau et filière ;
- Améliorer la connaissance des parcours patient pendant la permanence des soins hospitaliers ;
- Maîtriser et adapter les implantations en lien avec les autorisations dans le cadre du SROS volet hospitalier ;
- Améliorer les pratiques médicales ;
- Améliorer l'efficacité ;
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Relatifs à la priorité 2

- Développer les coopérations entre acteurs de santé et favoriser l'émergence de communauté de travail sur les territoires, dans le respect de la logique des parcours patient.

Contexte et enjeux

La réforme de la biologie médicale a pour objectif « de permettre à chacun d'avoir accès à une biologie médicale de qualité prouvée, payée à son juste prix dans un cadre européen ». Cette réforme intervient 33 ans après la dernière réforme générale de la biologie (la loi du 11 juillet 1975) et 20 ans après l'instauration des Sociétés d'Exercice Libéral. Cette réforme comprend 2 mesures-phares (les autres mesures sont des conséquences de ces deux mesures) :

- **La médicalisation** : il s'agit de réaffirmer le rôle du biologiste médical au sein du parcours de soins.

Cette mesure doit conduire à une meilleure efficacité de la spécialité et une meilleure efficacité des dépenses. La conséquence principale de cette reconnaissance de la médicalisation du métier de biologiste médical est d'intégrer ce dernier dans un dialogue avec le clinicien sur les éléments suivants : les examens à réaliser en fonction des éléments cliniques, avec la possibilité d'ajout et de retrait par celui-ci et l'interprétation du résultat. Cette reconnaissance se traduit par la création d'une responsabilité pour le biologiste médical qui interprète à présent systématiquement l'ensemble des résultats des examens qu'il réalise.

- **L'accréditation** : la réforme de la biologie médicale, correspond à une transformation des exigences de qualité des examens qui doivent répondre à des exigences de preuve et de traçabilité de leur

réalisation. Ainsi est-on passé du Guide de Bonne Exécution des Analyses de biologie médicale (GBEA) à l'accréditation. L'accréditation est délivrée par un organisme national d'accréditation sur demande du Laboratoire de Biologie Médicale (LBM). Un règlement européen impose d'avoir au plus un organisme d'accréditation par pays afin d'éviter une concurrence commerciale avec une baisse des exigences de qualité. En France, cet organisme est le Comité français d'accréditation (Cofrac).

Cette accréditation porte non seulement sur la phase analytique mais également sur les phases pré-analytique (prélèvement et transports jusqu'au lieu de l'analyse) et post-analytique.

Evolution des données depuis la réforme de la biologie de 2010 et le SROS biologie de 2011

L'analyse des indicateurs permet de suivre l'évolution de l'organisation et de l'activité de la biologie médicale de la région depuis la mise en œuvre de la réforme et de la précédente version du SROS.

Prévoir le suivi et l'évaluation du volet biologie médicale du SROS-PRS par le Comité Technique Régional de Biologie (CTRB)

Le CTRB continue ses actions d'expertises :

année	2011	2012
Nombre de réunions	4	3

et de formations avec la Journée régionale de biologie

année	2011	2012
participations	76 participants dont : 42 biologistes 8 techniciens 1 responsable qualité 5 cadres de santé 6 ARS 1 CPAM 1 ingénieur 12 autres	82 participants dont : 29 biologistes 33 techniciens 2 ingénieurs qualité 9 cadres de santé 5 ARS 1 sage femme 2 enseignants 1 CPAM

Le bureau du CTRB a été renouvelé en avril 2013.

Faciliter le regroupement des laboratoires de biologie médicale

a. Secteur privé

Regroupements effectifs

14 opérations de regroupement ont été validées par l'ARS Poitou-Charentes au 1^{er} janvier 2013

- Pour l'année 2011 : 10 opérations de regroupement ont été réalisées

1 en Charente : LBM AXIOME,
6 en Charente maritime : 1 pour LBM ISOLAB, 2 pour LBM CERDIBIO CHARENTES, 2 pour LBM BIO 3R, 1 pour LBM SEUDRE BIOLOGIE,
1 en Deux Sèvres : LBM MEDILAB GROUP,
3 dans la Vienne : LBM BIO 86

- **Pour l'année 2012 : 3 opérations de regroupement ont été réalisées**
 1 en Charente : LBM LABIO 16,
 1 dans les Deux-Sèvres : LBM BIOSEVRES,
 1 dans la Vienne LBM BIO 86
- **Pour l'année 2013 : au 01 mai 2013, 1 opération de regroupement a été réalisée**
 1 en Charente Maritime : LBM CHAVIGNY-ROY-FARIA

Soit un total de 14 regroupements depuis le 1^{er} janvier 2011.

b. Secteur public :

Regroupements effectifs

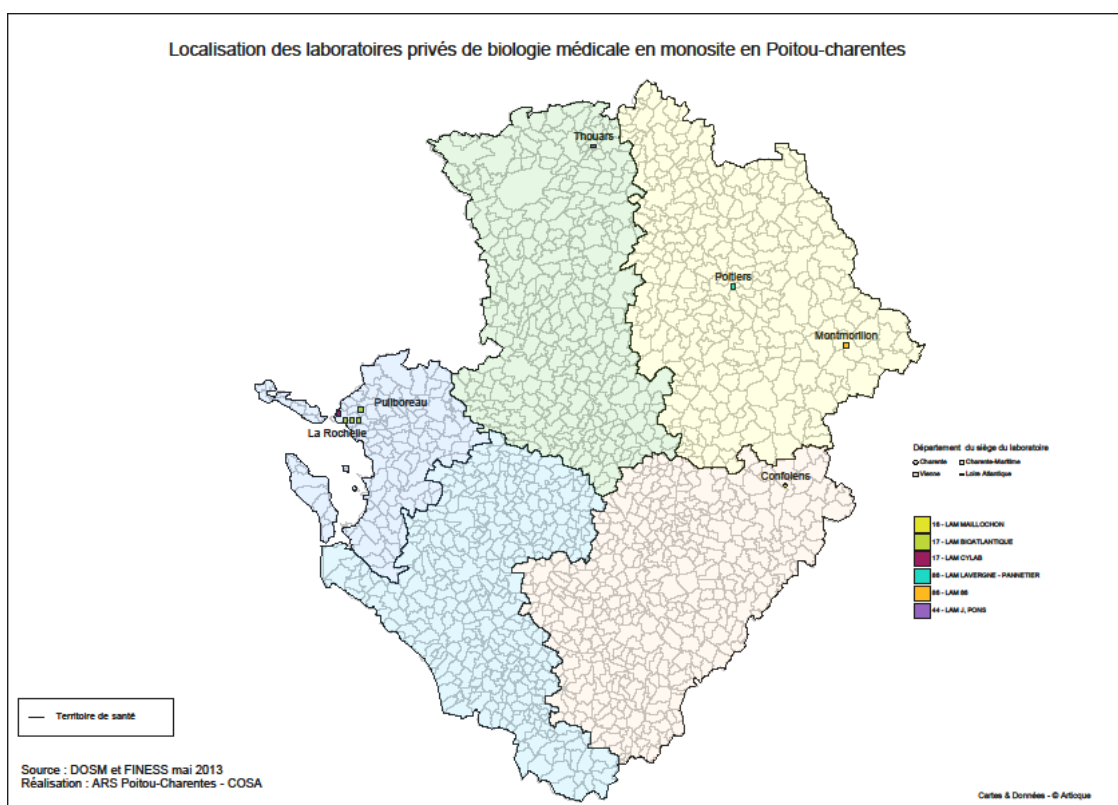
Deux projets de regroupement en projet dans la région au 1^{er} janvier 2011 ont été réalisés. Il s'agit du GCS regroupant le centre hospitalier d'Angoulême et le centre hospitalier de Barbezieux et l'intégration du laboratoire du centre hospitalier de Royan dans le GCS de Saintonge.

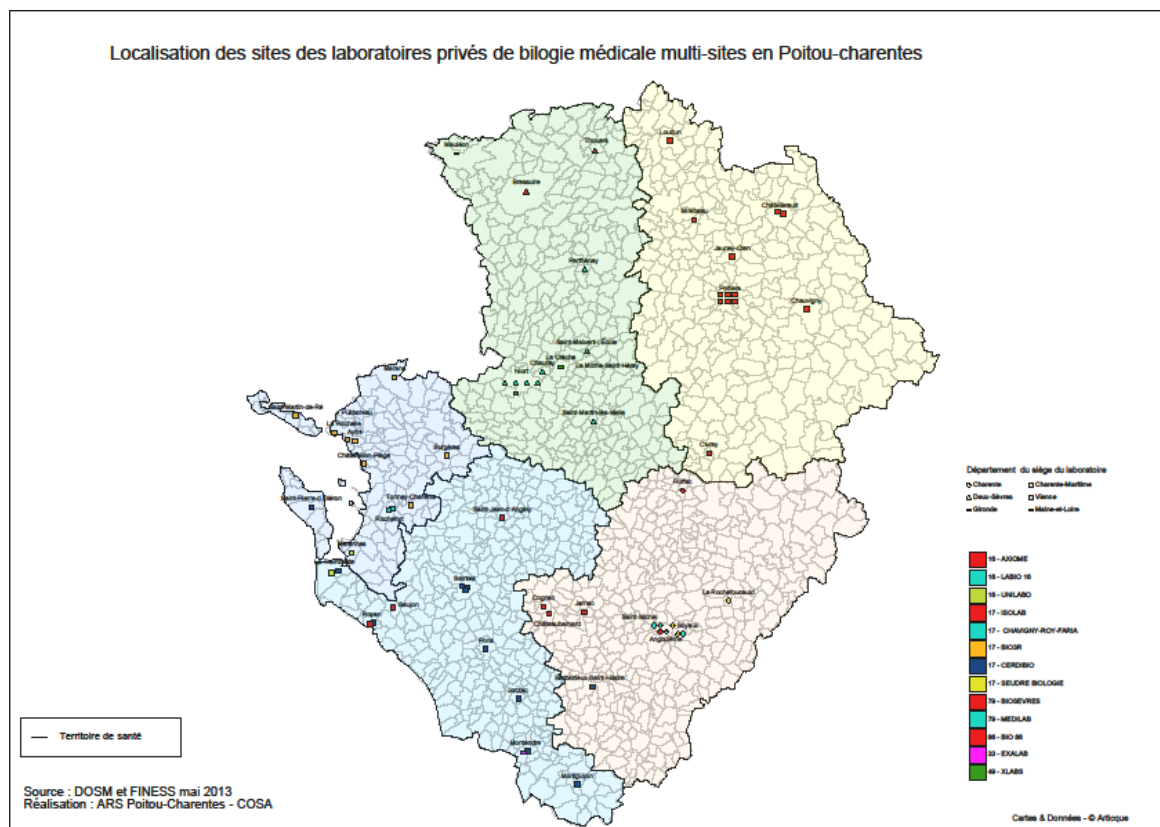
Un regroupement en cours : CHU de Poitiers et CH de Montmorillon pour l'activité de biologie

Au 1^{er} mai 2013, la majorité des laboratoires privés de la région Poitou-Charentes sont regroupés en multisites, soit 11 entités juridiques pour 73 sites.

Seuls 9 laboratoires n'ont pas mutualisé leurs moyens et se répartissent comme suit :

- Charente : 1
- Charente maritime nord : 5
- Deux Sèvres : 1
- Vienne : 2





Appliquer les règles relatives à la répartition territoriale prévues aux articles L.6222.2, L. 6222-3 du code de la santé publique

Les décisions de regroupement en multisites accordées par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé tiennent compte des règles prudentielles territoriales.

Un laboratoire privé a obtenu une autorisation de regroupement en multisites entraînant un dépassement du seuil de 25% du total des examens de biologie médicale du territoire de santé infrarégional de son implantation.

Veiller à la continuité et à l'équilibre de la répartition de l'offre de biologie sur chaque territoire de santé. Indiquer, par territoire de santé les besoins en implantations des LBM

Les autorisations de regroupement accordées depuis la réforme de la biologie par l'agence de santé Poitou-Charentes n'ont pas modifié le maillage territorial pré existant des sites ouverts au public. Depuis la parution de l'ordonnance, la mutualisation des laboratoires de biologie médicale n'a pas entraîné de diminution du nombre de sites et de modification de la répartition des sites sur le territoire de santé.

Il a été établi un recueil des données d'activité de biologie en nombre d'examen pour l'année 2012. Cette activité est répartie sur l'ensemble des 5 territoires de santé.

S'assurer de la mise en place de l'accréditation pour tous les laboratoires de biologie médicale publics ou privés selon les délais légaux

Une enquête a été réalisée en mars 2013 par l'Agence Régionale de Santé afin d'établir un état des lieux déclaratif, sur notamment la demande de vérification d'entrée dans la démarche d'accréditation auprès du COFRAC.

L'arrêté ministériel du 12 octobre 2012 avait fixé la date d'entrée dans la démarche d'accréditation au 31 mai 2013.

Lors de cette enquête, tous les laboratoires déclarent avoir l'intention de demander la vérification de leur entrée dans la démarche d'accréditation auprès du COFRAC avant le 31 mai 2013.

Ils ont pour la plupart opté pour une démarche d'accréditation « qualification BIO QUALITE, c'est à dire l'option B, soit la démarche correspondant à l'« accréditation partielle » sur au moins un examen de la phase pré- analytique à la phase post- analytique.

Trois laboratoires (ISOLAB, BIOSEVRES, CPAM VIENNE) ont obtenu de la part du COFRAC l'enregistrement de leur demande de vérification de leur entrée dans la démarche d'accréditation.

Cette enquête montre une progression du nombre de laboratoires entrés dans la démarche qualité.

Objectifs généraux

Réguler l'offre de soins par territoire de santé

Il s'agit de poursuivre la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale en maintenant l'équilibre de la répartition de l'offre pour le public et le privé en assurant l'accessibilité de l'offre de biologie médicale par territoire de santé, notamment en termes de sites ouverts au public.

La cartographie de l'offre de soins en biologie médicale ainsi que les ratios de population par laboratoire ont mis en évidence les zones les moins pourvues en laboratoires.

S'assurer du maintien de l'accès aux examens de biologie dans les zones dépourvus de sites accessibles à la population, notamment en zone rurale.

Map of Serbia showing the number of municipalities per county. The map is color-coded by the number of municipalities: 1 (lightest blue), 2 (light blue), 3 (medium blue), 4 (dark blue), 5 (darkest blue), 6 (very dark blue), 7 (black), 8 (dark grey), 9 (medium grey), 10 (light grey), 11 (white). The map shows that the central and southern parts of Serbia have a higher number of municipalities per county, while the northern and western parts have fewer.

190

Organiser la permanence des soins

Intégrer l'activité de l'ensemble des laboratoires, quelque soit leur statut, dans la thématique transversale de la permanence des soins (SROS permanence des soins).

L'un des objectifs de ces mutualisations est de rationaliser l'organisation de la permanence de soins.

La permanence des soins doit être assurée dans tous les laboratoires hospitaliers par la présence d'au minimum un technicien sur place ou en astreinte 24h/24 et 7 jours/7, renforcée par l'astreinte d'un biologiste.

Pour les établissements hospitaliers sans laboratoire, le laboratoire assurant par convention les actes de biologie médicale met en place une permanence 24h/24 dans les mêmes conditions. Dans le cas d'un laboratoire unique multisites, l'astreinte des biologistes peut être unique.

Pour un établissement avec un service d'accueil des urgences, les analyses de biologie médicale en urgence doivent être transmises « dans les meilleurs délais, et en tout état de cause dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient ».

Les besoins cliniques assurés par les laboratoires de biologie médicale concernent à la fois l'urgence vitale, mais aussi toutes les situations d'ordres fonctionnels et organisationnels. Des activités spécifiques d'ordre réglementaire (dons d'organes, accident d'exposition au sang, réquisition médico-légale...) peuvent également être entreprises au cours de la permanence des soins, nécessitant parfois des examens biologiques dans les plus brefs délais.

Objectifs opérationnels

Réguler l'offre de soins par territoire de santé

- **Fixer et vérifier la mise en œuvre des règles d'implantation territoriale**

Maintenir l'accessibilité de l'offre de biologie médicale par territoires de santé, notamment en termes de sites ouverts au public.

Veiller au maintien d'au moins un site ouvert au public par zone de soins de proximité, plus particulièrement en milieu rural.

Veiller au respect des règles prudentielles à l'occasion de l'instruction des demandes de regroupements, fermetures et ouvertures de laboratoires.

Dans tous les cas, il convient de s'assurer que l'implantation des sites de biologie permette un rendu de résultat dans un délai compatible avec les règles de l'art.

- **Maintenir le comité technique régional de biologie (CTRB)**

Pérenniser le rôle d'expertise du CTRB.

Maintenir les actions de formation du CTRB.

Promouvoir l'efficacité et la qualité des pratiques

- **Faciliter les regroupements des laboratoires et les mutualisations de plateaux techniques.**

Inciter les établissements publics à constituer des groupements de coopération sanitaire (GCS) de moyens afin de mettre en commun les ressources humaines et techniques et mutualiser en spécialisant les sites sur une (ou plusieurs) activité spécifique conduisant à la constitution de laboratoires multisites publics.

Ces mutualisations peuvent également concerner des coopérations entre le secteur public et le secteur privé.

3 projets de regroupement sont en cours, dont 2 concernent des laboratoires dont les sites et les entités juridiques sont situés en région Poitou-Charentes.

1 autre projet concerne une opération de regroupement le laboratoire AZBIO situé à Thouars et le laboratoire XLABS dont l'entité juridique se situe en Pays de Loire.

Projets de regroupement dans le secteur privé

Actuellement, il existe 3 projets en cours de réalisation :

- 2 en Charente maritime BIOATLANTIQUE/SEUDRE BIOLOGIE / ISOLAB
- 1 dans les Deux Sèvres XLABS/AZBIO

Au terme des projets de regroupement en cours pour l'année 2013, il ne restera plus que 3 laboratoires privés mono-site dans la région Poitou-Charentes :

- Vienne : 2
- Charente Maritime : 1 (laboratoire spécialisé dans l'activité de diagnostic prénatal et des analyses de cytogénétique)

Projets de regroupement dans le secteur public

Plusieurs projets sont en cours il s'agit du :

- CH de Jonzac - GCS Saintonge
- CHU Poitiers – CH de Châtelleraut.

Inciter les laboratoires privés et publics à organiser une logistique régionale concertée de transport des prélèvements entre laboratoires à fin de transmission d'examens.

- **Veiller à la mise en place de l'accréditation de tous les Laboratoires de Biologie Médicale, publics et privés**

L'accréditation complète du laboratoire devant être réalisée suivant un calendrier réglementaire. Ceci a pour conséquence, qu'à chacune de ces échéances, les laboratoires ne respectant pas les critères devront cesser leur activité.

Il sera établi une évaluation et un suivi, en lien avec le Comité Français d'accréditation (COFRAC), du degré d'avancement des laboratoires dans la démarche d'accréditation. Le COFRAC est amené à échanger avec l'ARS, tout au long des processus d'accréditation et à lui signaler les situations constatées, susceptibles d'entraîner un risque majeur pour la santé des patients.

Pour les établissements de santé ayant un laboratoire de biologie médicale, inscrire le suivi de la mise en place de l'accréditation du laboratoire dans la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Il conviendra de veiller, tout particulièrement, à la prise en charge de la biologie médicale des établissements de santé ne souhaitant pas être accrédités ou défaillants à l'accréditation et ce, à chacune des dates butoirs réglementaires, lesquelles interviendront en cours de SROS.

Dès leur parution, veiller à la mise en œuvre des textes réglementant l'activité de biologie délocalisée.

- **Favoriser la communication informatisée**

Accompagner les projets de système d'informatisation des laboratoires des établissements de et des laboratoires privés afin de développer la transmission informatisée des données de biologie.

Organiser la permanence des soins

Définir les modalités d'astreinte en fonction des besoins recensés en cohérence avec le SROS Permanence des soins.

S'assurer qu'un biologiste médical est en mesure d'intervenir dans le délai nécessaire aux besoins des patients et à la bonne organisation du laboratoire.

Indicateurs de suivi

Objectif 1 : Prévoir la continuité du Conseil Technique Régional de Biologie

- évolution du nombre de biologistes et professionnels de santé participant à des formations régionales,
- évolution du nombre de biologistes et professionnels de santé participant à la journée régionale de biologie.

Objectif 2 : Accompagner la mise en œuvre de la réforme, qui poursuit notamment des objectifs d'efficience et de qualité des pratiques

- nombre de laboratoires de biologie médicale privés ou publics respectant le calendrier d'accréditation
- évolution annuelle du nombre de sites ouverts au public par territoire de santé

Objectif 3 : Fixer les règles d'implantation territoriale pour les laboratoires de biologie médicale (LBM) publics et privés afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale

- évolution du taux de sites de laboratoires de biologie médicale ouverts au public par territoire de santé,
- évolution du nombre total d'examens prélevés par territoire de santé,
- nombre de dérogations.

Objectif 4 : Prévoir les évolutions sur l'organisation territoriale de l'offre de biologie pour les établissements de santé publics et privés

- évolution du nombre de GCS en biologie.

Objectif 5 : Prévoir les évolutions de l'organisation régionale de la formation en biologie

- évolution du nombre de biologistes et professionnels de santé participant à des formations régionales.

Références

- loi n°2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale.

La veille technologique

Quelles sont les technologies nécessaires au plateau technique de demain ?

Le plateau technique de demain intégrera des salles d'intervention couplées à des systèmes d'imagerie et/ou intégrant des outils spécialisés améliorant la qualité du geste thérapeutique, réduisant leur côté invasif et améliorant l'acuité visuelle du médecin. Ces installations du territoire de santé.

On peut citer de manière non exhaustive les dispositifs suivants :

➤ Robots chirurgicaux

La chirurgie intègre progressivement des systèmes robotiques et de traitement d'images afin d'assister interactivement le chirurgien dans ses activités de planification puis d'exécution de procédures chirurgicales. L'objectif clinique de cette chirurgie robotisée est de contribuer au renforcement de la qualité des soins en limitant le traumatisme opératoire (réduction de la taille des incisions, des délabrements tissulaires...).

Concrètement, la chirurgie robotisée couvre toute la procédure opératoire depuis l'acquisition et le traitement des données jusqu'à l'intervention chirurgicale et au contrôle post-opératoire. En phase pré-opératoire, il s'agit de modéliser, pour chaque patient, les organes rigides (tels que les os) ou déformables (tels que le cœur), cibles de l'intervention. Pour ce faire, les spécificités des modalités d'imagerie médicale et les informations pertinentes qu'elles proposent sont exploitées. Les structures anatomiques mises en évidence sont ensuite utilisées lors de la préparation du planning opératoire et de sa simulation.

Ces deux phases intègrent les modèles mécaniques du robot pour décrire et simuler les mouvements, et éventuellement les forces réalisables. Ce planning est ensuite mis en corrélation avec le patient au bloc, en phase per-opératoire. Le système robotique peut alors fournir une aide active en guidant, contraignant les mouvements du chirurgien pour la réalisation précise de la procédure planifiée (exemple de robot porteur de guide d'aiguille à biopsie en neurochirurgie).

Dans certains cas, le robot peut agir de façon autonome pour réaliser tout ou partie de la procédure opératoire envisagée (exemple de robot actif réalisant le fraisage du fémur lors de la pose de prothèse de hanche). Dans le cas des robots chirurgicaux téléopérés, le chirurgien, à partir d'une console maître, dispose d'une vision agrandie de l'organe à opérer, parfois tri-dimensionnelle, et potentiellement augmentée d'incrustation d'images de synthèse des organes modélisés précédemment. Les mouvements du chirurgien sont filtrés, réduits et transférés au robot esclave distant, qui réalise le geste chirurgical sur l'organe (exemple du robot d'Intuitive Surgical).

Au-delà de l'amélioration des robots médicaux invasifs actuels, des micro-robots permettront dans le futur de traiter des lésions sans ouvrir le patient.

Exemple du Robot Rosa

Développé et commercialisé par Medtech, société française, Rosa est le premier dispositif multi-applicatif pour la neurochirurgie, offrant une assistance pour une variété de procédures neurochirurgicales : chirurgies fonctionnelles, biopsies, neuroendoscopies...

Le dispositif intègre sous une seule et unique plateforme : un logiciel de planification pré-opératoire, des fonctions de navigation, une technologie robotique à retour d'effort pour le positionnement d'instruments chirurgicaux ainsi qu'un dispositif de visualisation avancée. Rosa a été conçu pour sécuriser et fiabiliser l'intervention chirurgicale avec une technologie robotique exclusive combinée à un dispositif de mesure sans contact consacré à la localisation anatomique du patient.



Sites équipés

7 sites sont équipés de cette technique en France : Fondation Rothschild - CHU Strasbourg - CHU Nice - Grenoble (CHU et CEA) - CHU Nantes - CHU Amiens

Budgets

Investissement : 600 000 € TTC

Exploitation (maintenance) : 60 000 € TTC /AN

Exemple du Robot Da Vinci

Développé et commercialisé par la société américaine Intuitive Surgical, Da Vinci est un robot permettant de réaliser des actes mini-invasifs de façon très ergonomique et intuitive, par rapport à une colonne de coelioscopie. Il permet d'obtenir :

- Une meilleure vision (3D / instruments dans l'axe de vision / vision dans l'axe des bras) ;
- Une meilleure précision du geste opératoire (axes d'angulation à 90° sur 360° de rotation) ;
- Des bénéfices reconnus pour les patients (moins de pertes sanguines - diminution de la DMS – moins de risques de complications post-opératoires).

Les indications s'étendent au fur et à mesure de son implantation en chirurgie urologique, digestive, ORL, gynécologique, cardiaque et vasculaire.



Sites équipés

De nombreux sites sont maintenant équipés de cette technique : Bordeaux (CHU et Cliniques) - CHU Tours - CHU Limoges - CHU Nantes - CHU Strasbourg - CHU Nîmes - Clinique Vannes - CHU Rennes - CHU Amiens - CHU Lille - CHU Dijon - HCL - CHU Toulouse - APMH - APHP...

Budgets

Investissement : 2 000 000 € TTC

Exploitation

- maintenance : 180 000 € TTC / AN
- consommables par patient : 1 800 € TTC

➤ Salles hybrides

Elles peuvent être appelées hybrides, polyvalentes, intégrées, ou encore salles interventionnelles multidisciplinaires. En fait, elles sont le résultat de l'intégration au sein d'une même salle d'équipements, de conditions d'exploitation et de contraintes de fonctionnement, nécessaires à la réalisation de plusieurs activités très différenciées. On ne parle de salles hybrides qu'à partir du moment où un équipement de radiologie interventionnelle sera installé en environnement de bloc opératoire.

Les champs d'application restent relativement ouverts. Il est envisageable de regrouper plusieurs activités adultes ou pédiatriques d'origine cardiologique et/ ou vasculaire parmi : la chirurgie cardiaque (ex : mise en place de valves cardiaques par voie percutanée), la chirurgie vasculaire, l'angiographie thérapeutique, la neuroradiologie interventionnelle, l'hépatologie, la cancérologie (biopsies, ponctions, interventions sous coelioscopie) ou même encore la neurochirurgie et l'orthopédie (chirurgie du rachis).

Les salles hybrides permettent de tirer partie des avantages à la fois de la chirurgie et de la radiologie interventionnelle :

- Recours facile à la chirurgie en cas de protocoles endovasculaires interventionnels
- Accès facilité à une imagerie de haute qualité lors d'opérations chirurgicales.

De ce fait le plateau technique évolue et le rapprochement entre imagerie interventionnelle et bloc opératoire est manifeste et s'illustre par le rapprochement entre industriels de l'imagerie et du bloc opératoire pour proposer des salles hybrides intégrant une table d'opération complètement radiotransparente et un arceau qui lui est asservi.



Le patient peut être déplacé pour prendre exactement la position souhaitée ce qui permet un accès libre à toutes les parties du corps à radiographier. Ce système offre une extrême stabilité. L'arceau peut être plafonnier (cas de la salle Philips) ou robotisé comme c'est le cas de l'Artis Zeego de Siemens (photo ci-dessus), adaptation des robots des chaînes de montage des voitures. Par rapport à un amplificateur de brillance standard, cette installation offre un positionnement, un contrôle de grande précision ainsi qu'une mobilité dans 3 dimensions. L'arceau devient un véritable robot articulé, motorisé, accompagné de logiciels de reconstruction 3D optimisés pour une grande facilité d'utilisation.

Sites équipés

CHU Montpellier (cancers digestifs en majorité) - Institut Jacques Cartier à Massy (visée cardiaque) - Institut Mutualiste Montsouris (visée cardiaque) - Institut de cardiologie de la Pitié Salpêtrière (visée cardiaque)

Budgets

Investissement : 1,8 millions d'€ TTC (travaux + équipements pour la salle de Montpellier) Exploitation (maintenance) : 120 000 € TTC /AN

IRM interventionnelle

Dans son développement, l'imagerie par résonance magnétique, initialement technique à l'excellent contraste tissulaire intrinsèque, a acquis le statut de technique d'imagerie physiologique capable de lire la perfusion, la diffusion ou la fonction des organes. Plus récemment, son utilisation dans le guidage et le contrôle des interventions chirurgicales constitue un nouveau champ de l'utilisation de l'IRM.

Une large variété d'interventions, tant chirurgicales que mini à non invasives, dans des domaines qui s'étendent de la neurochirurgie à crâne ouvert jusqu'à des interventions non invasives par ultrason thérapeutique, est guidée par IRM. Les différences inévitablement suscitées par cette utilisation « interventionnelle » de l'IRM ont conduit à l'identification dans les congrès scientifiques de la spécialité et ont motivé la création d'un nouveau domaine de l'utilisation de cette technique extrêmement versatile.

L'usage intra opératoire de l'IRM permet à des médecins d'améliorer de manière quantifiable les résultats du geste opératoire, notamment dans le domaine de la neurochirurgie (contrôle d'extension des résections de gliomes, meilleur contrôle des résidus des résections de macro adénomes hypophysaires, meilleur contrôle des résections de certaines tumeurs intra parenchymateuses intracérébrales).



L'imagerie intra opératoire ne facilite pas seulement la réalisation de procédures neurochirurgicales, mais combinée à de nouvelles techniques d'ablation, elle permet également l'application de nouvelles techniques dans l'ensemble du corps. Des dispositifs thérapeutiques compatibles IRM ont été développés à partir de sources énergétiques variées (laser, radiofréquence, cryothérapie, ultrason thérapeutique guidée par IRM, laser chirurgical avec IRM).

Au niveau architectural le choix d'un concept de salles IRM et opératoire séparées avec transfert du patient après vérification / comptage des instruments chirurgicaux est actuellement le standard habituel. Il permet, quand l'IRM n'est pas utilisée dans sa fonction intra opératoire, de l'utiliser pour un usage diagnostique par une organisation particulière des accès dans le bloc opératoire.

Sites équipés

Pas de site en France selon la configuration décrite ci-dessus.

Budgets

Investissement IRM 3Tesla : 2 200 000 € TTC auxquels viennent se rajouter les équipements de ventilation et de monitoring amagnétiques
Exploitation (maintenance) : 140 000 € TTC /AN

➤ La radiothérapie stéréotaxique intra et extra-crânienne

La radiothérapie stéréotaxique, encore appelée radiochirurgie, est une technique d'irradiation de haute précision utilisant un ensemble de mini-faisceaux convergents avec des diamètres de champs inférieurs à 3 cm. Elle permet le traitement d'un volume cible de très petite taille (inférieure au cm^3) avec une précision millimétrique.

Cette technique nécessite au départ une définition la plus précise possible du volume cible par l'utilisation d'une imagerie scanner, IRM ou TEP/CT. De même, la précision recherchée implique la maîtrise des mouvements du patient et nécessite la mise en place de moyens de contentions (cadres de stéréotaxie) qui peuvent être invasifs (appareillage fixé dans la boîte crânienne) ou non invasifs (empreinte palatine, cale, bouchon auriculaire,...). Les faisceaux de petites dimensions, encore appelés micro ou mini faisceaux, peuvent être obtenus, soit au moyen de multiples sources de cobalt 60 placées à la surface d'une sphère (Gammaknife), soit par un faisceau de photons X de 6 MV issu d'un accélérateur dédié (NOVALIS, CYBERKNIFE) ou d'un accélérateur conventionnel. Ce faisceau est collimaté par un jeu de collimateurs additionnels coniques de diamètre variable ou un micro collimateur multilames à petit champ.

Jusqu'à un passé relativement récent, de par la nécessité de haute précision et de la contention sévère, la radiothérapie stéréotaxique n'était applicable qu'au traitement des lésions intracrâniennes (tumeurs cérébrales, malformation artério-veineuse,...). Le développement des techniques récentes d'imagerie stéréotaxique intégrées en salle de traitement et la robotisation des plateaux de table permettant un repositionnement en temps réel du patient durant le traitement, a permis un allègement des systèmes de contentions, la maîtrise des organes en mouvement et l'extension de cette technique au reste du

corps (stéréotaxie extra-crânienne). A titre d'exemples, on peut citer les tumeurs situées à proximité d'organes à risques, les tumeurs du rachis, les tumeurs broncho-pulmonaires...

Aujourd'hui, la radiothérapie stéréotaxique est disponible soit sur des accélérateurs dédiés, issus des technologies standards, soit sur des machines dédiées.

➤ Les accélérateurs dédiés

Deux équipements sont disponibles sur le marché à savoir le NOVALIS TX, et l'appareil AXESSE d'Elekta.

Toute la chaîne de précision, et notamment mécanique du statif, des accélérateurs standards a été améliorée pour atteindre la précision attendue en stéréotaxie :

- champ réduit mais collimateur multi-lames à lames plus fines (2,5 à 3mm à l'isocentre),
- imagerie portale et embarquée permettant l'IGRT, table à 6 degrés de liberté pour repositionnement automatique,
- imagerie additionnelle stéréotaxique de type orthogonale,
- gating respiratoire, système d'immobilisation du patient et suivi des mouvements de la cible.

Ces équipements permettent de faire également une grande partie des traitements standards (hors grand champ), mais aussi peuvent fonctionner en radiothérapie rotationnelle. A ce titre, ils peuvent trouver leur place dans un plateau technique de radiothérapie en fonction de sa taille et de son recrutement.

Exemple du Novalis

Le Novalis est un accélérateur de dernière génération dédié à l'irradiation de petit volume en conditions stéréotaxiques commercialisé par la firme BrainLab et qui intègre la panoplie complète pour optimiser la précision balistique et la fiabilité de traitement de radiothérapie. Cet appareil est équipé d'un collimateur multilames interposé entre le patient et la tête de l'accélérateur. Les lames de 3 mm d'épaisseur peuvent déterminer des volumes miniatures pour circonscrire au plus précis des lésions complexes



intra crâniennes. Le faisceau mono énergie de photons de 6 Mega-Electrons Volt est parfaitement adapté au traitement des lésions neurologiques. Le Novalis fonctionne en Arc thérapie balistique ou en condition d'irradiation conformationnelle en modulation d'intensité. Le traitement des lésions du système nerveux est la priorité de cet accélérateur moderne. Construit sur la base d'un accélérateur de particules haute énergie, cette machine est également capable de réaliser l'ensemble des traitements existants en radiothérapie de la radiothérapie conformationnelle à modulation d'intensité à la radiothérapie rotationnelle volumétrique.

Sites équipés

CHU Toulouse

Budgets

Investissement : plus de 6 millions € TTC (dont 4,3 pour l'achat et 1,5 pour les travaux) Exploitation :

- maintenance : 60 000 € TTC /AN
- DMS : 20 000 € TTC /AN

Les machines dédiées •

- le Gamma knife

Première machine de radiothérapie stéréotaxique intracrânienne, le Gamma Knife délivre le rayonnement par des faisceaux focalisés de rayons gamma émis par 201 sources de cobalt 60 positionnées sur une sphère. Les 201 faisceaux se concentrent sur le point cible à traiter, les doses délivrées par chacun des faisceaux s'additionnent en ce point. Uniquement disponible pour les lésions intracrâniennes et de la base du crâne, la radiochirurgie stéréotaxique est réalisée en une seule séance de 40 à 45 mn. Gamma Knife est commercialisé par la société ELEKTA. 295 machines sont installées dans le monde avec une large prédominance des marchés japonais et américains. La France dispose de trois équipements

(deux à Marseille, un à Lille), un projet est en cours à Paris.

Avec un auto-blindage générant un poids de 20 tonnes, la nécessité des contraintes d'implantation d'une telle machine sont conséquentes. L'établissement receveur doit de plus disposer conjointement d'un service de neurochirurgie et d'un plateau de radiothérapie. Par ailleurs, l'équipement n'est rentable qu'à partir d'un nombre minimal annuel de patients.

Sites équipés

CHU Marseille (2 équipements), le Centre Oscar Lambret de Lille (1 équipement) et le CHU e la Pitié Salpêtrière (1 équipement)

Budgets

Investissement : De l'ordre de 3 600 000 à 3 800 000 €TTC

Exploitation

Renouveler des sources de cobalt 60 tous les 6 ans (coûts : 700 k€ TTC à chaque renouvellement).

- Le Cyberknife

Le Cyberknife, commercialisé par la société américaine ACCURAY est une approche nouvelle en radiothérapie. Il s'agit d'un équipement de radiochirurgie robotisé. L'accélérateur linéaire mono-énergétique de 6MV a été miniaturisé et monté sur un robot de type industriel.

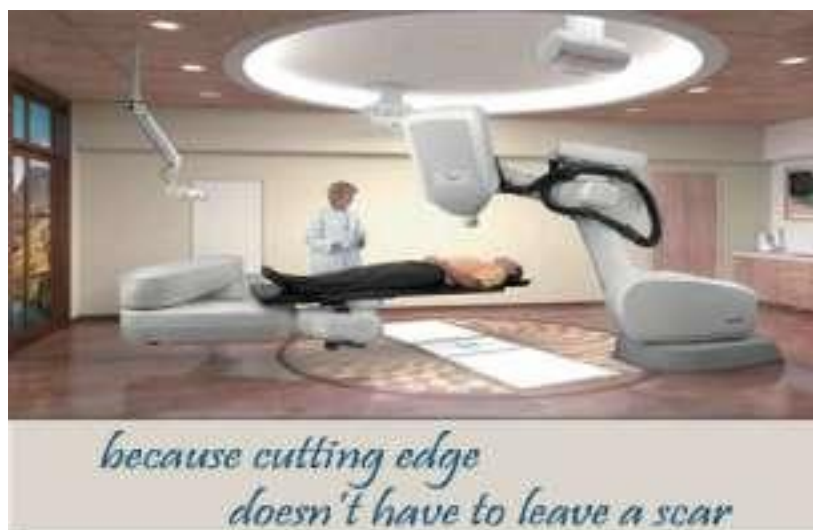
Il est couplé à un système d'imagerie en temps réel avec 2 sources RX basse énergie (50 kV) orthogonales, montées en plafond et correspondant à 2 détecteurs au silicium amorphe installés dans le sol. Le bras robotisé dispose de 6 degrés de liberté et peut prendre jusqu'à 1200 positions de traitement. Le robot est capable de changer seul les collimateurs IRIS qui sont de type circulaire, de 5 à 60mm. Pour les tumeurs mobiles, l'ensemble est complété du système de tracking de la respiration SYNCHRONY : caméras CCD fixées en plafond associées à un gilet munis de diodes électroluminescentes épousant la surface corporelle du patient ou a un ou plusieurs fiduciaires implantées dans la tumeur.

L'ensemble de ces fonctionnalités réunies dans le CYBERKNIFE permet donc de délivrer un traitement non isocentrique, non coplanaire avec un tracking en temps réel. La précision résultante est celle attendue en stéréotaxie à savoir sub-millimétrique.

Cette haute précision ainsi que les nombreuses incidences possibles pour le faisceau permettent d'améliorer la protection des tissus sains et organes à risque et d'augmenter la dose par fraction. Cette dose peut alors atteindre jusqu'à 20Gy en une seule fraction.

De ce fait, un traitement par Cyberknife peut se dérouler en 1 à 6 séances dont la durée varie en fonction de la localisation : de 20 min pour une tumeur fixe intracrânienne à 1h30/2h pour une lésion pulmonaire mobile.

Aujourd'hui, il y a environ 140 Cyberknife installés dans le monde. 60 000 patients ont été traités avec cette technique dont 600 en France. Les indications reconnues par l'HAS sont pour l'instant l'intracrânien, le poumon et le rachis. De nombreuses études cliniques sont en cours pour disposer, entre autres, d'une validation similaire pour les tumeurs du foie, de la prostate, du sein, du pancréas et du rein.



Sites équipés

Suite à l'appel à projet de l'INCA en 2005, trois machines ont été installées sur le territoire national dans des centres de lutte contre le Cancer : Oscar Lambret à Lille, Alexis Vautrin à Nancy et Antoine Lacassagne à Nice. Une 4ème machine est en cours d'installation au CHU de Tours et bientôt à Bordeaux.

Budgets

Investissement : plus de 6 000 000 € TTC (dont 4,3 millions d'euros pour l'achat et 1,5 million d'euros pour l'aménagement des locaux)

Exploitation :

- maintenance : 60 000 € TTC /AN
- DMS: 20000€ TTC/AN

➤ Dispositifs de traitements non invasifs par Ultrasons Focalisés de Haute Intensité (HIFU)

L'utilisation des (HIFU) dans le domaine médical repose sur les principes suivants :

- Les ultrasons sont des ondes sonores inaudibles qui se propagent parfaitement en milieu liquide, mais également dans les tissus biologiques naturellement riches en eau, s'ils ne sont pas calcifiés ou remplis d'air.
- Les ultrasons communément utilisés dans une discipline particulière de l'imagerie médicale appelée échographie, traversent les tissus sans que ceux-ci subissent aucun effet biologique, étant donné que les puissances utilisées sont très faibles.
- Lorsque les ultrasons sont utilisés à forte puissance (10 000 fois plus élevée dans le cas des HIFU que dans le cas de l'imagerie à ultrasons), ils ont un effet biologique sur les tissus traversés. Cet effet peut avoir certaines conséquences sur les tissus en fonction de différents paramètres d'exposition aux ultrasons, qui peuvent aller du simple échauffement à la destruction pure et simple du tissu concerné.
- Lorsque le faisceau d'ultrasons est convergent (comme le ferait une loupe avec les rayons du soleil), et que les ondes ultrasonores de haute intensité sont focalisées en un point, l'effet immédiat obtenu au sein des tissus biologiques est leur échauffement brutal et extrêmement intense. Les températures atteintes sont telles que les tissus biologiques peuvent être détruits par coagulation en quelques secondes.

Cette technique prometteuse présente les avantages suivants :

- Les HIFU traversent sans difficultés les tissus biologiques et permettent ainsi de viser des tissus profonds sans qu'il ne soit nécessaire de pratiquer une incision chirurgicale. De ce fait les HIFU permettent d'effectuer des traitements non invasifs.
- Au point focal, l'énergie délivrée permet de coaguler le tissu cible par hyperthermie (augmentation maîtrisée de la température) de façon localisée en un point sub-millimétrique, n'intéressant que le tissu cible (le corps ciliaire). Tous les tissus traversés avant le point focal et tous ceux se trouvant après ou autour de celui-ci, sont totalement préservés et demeurent intacts ;

Enfin cette technologie contrairement à la radiothérapie ou à la chirurgie est reproductible.

- Ce principe est déjà utilisé pour obtenir l'ablation thermique des fibromes utérins avec l'Exablate 2000 utilisé sous repérage IRM GE. L'indication la plus avancée est sans nul doute le traitement du cancer localisé de la prostate avec l'Ablatherm sous repérage échographique.

- Sous repérage IRM - Exemple de l'Exablate 2000

Les fibromes sont des tumeurs bénignes du myomètre utérin touchants plus d'1/4 des femmes de plus de 35 ans. Le traitement de ces fibromes symptomatiques dangereux et/ou compliqués est souvent chirurgical. Jusqu'à présent la chirurgie était une résection du fibrome (enlever le fibrome par une méthode invasive) par des procédés +/- invasifs. Une nouvelle technique est apparue depuis peu en

France (Juillet 2007) : les ultra-sons haute densité focalisés sous contrôle IRM. ExAblate 2000 est une technique ambulatoire non invasive et a donc de nombreux avantages :

- Eviter les risques liés à l'opération chirurgicale classique (même si ces derniers ont été réduits avec l'avènement de la coelioscopie)
- Séjour très court à l'hôpital (24h seulement)
- Pas d'anesthésie
- Pas de récupération longue pour le patient (36h suffisent contre 6 à 8 semaines auparavant)

Techniquement il s'agit d'un appareil à IRM qui permet de localiser le fibrome en 3D et permet ainsi un guidage précis des ultrasons sur la cible. L'énergie envoyée par les ultrasons entraîne l'augmentation de la température des tissus du fibrome et conduit à sa destruction.



L'objectif visé à moyen terme est de traiter n'importe quelle tumeur (foie, os, sein, rein, thyroïde, pancréas et prostate).

Sites équipés

CHU Tours (Exablate 2000 collaboration InSightec et GE pour fibromes utérins) - CHU Bordeaux et Institut Bergonie (Solution Sonalleve de chez Philips pour respectivement fibromes utérins et seins) - en développement chez Siemens en collaboration avec HAIFU.

Budgets

Investissement : à évaluer

Exploitation : à évaluer

- Sous repérage échographique - Exemple de l'Ablatherm

Ce dispositif est le résultat de 15 années de recherche conjointe entre l'INSERM, l'Hôpital Edouard Herriot de Lyon et la société EDAP TMS.

L'utilisation des ultrasons focalisés de haute intensité pour le traitement du cancer localisé de la prostate, se justifie pour les raisons suivantes :

- La prostate est une glande de petites dimensions. En cas de présence avérée de tissu tumoral dans la prostate, la stratégie à adopter, quelle que soit la technique, est de traiter l'ensemble de la prostate, car le cancer est souvent dispersé en de multiples foyers parfois microscopiques. Au stade précoce du cancer, ces foyers sont toutefois contenus dans un volume délimité par la capsule prostatique. La petite taille de la prostate, permet donc d'envisager aisément de traiter l'ensemble du volume prostatique dans un temps raisonnable (environ 2 heures) ;

- L'ablation thermique obtenue avec les ultrasons focalisés résulte d'une nécrose de coagulation immédiate et irréversible au niveau cellulaire, ce qui exclut tout risque de dissémination de cellules cancéreuses par la circulation générale ;
- La position anatomique de la prostate, en regard immédiat de la paroi rectale, la place dans une situation où elle est facilement accessible au traitement par ultrasons, quand ceux-ci sont délivrés par une sonde placée en position endo-rectale.
- La prostate est une glande peu sujette aux mouvements viscéraux, qui pourraient résulter de l'activité cardiaque ou respiratoire. Pendant le traitement automatisé délivré par un dispositif comme l'Ablatherm, la prostate reste donc relativement immobile, ce qui rend le traitement à la fois précis et fiable.



Sites équipés

CHU de Tours - CHU Limoges - CH la Rochelle - CH Saintes - CHU Rouen - CHU Bordeaux - CHU Toulouse - Polyclinique Aix en provence...

Budget

Deux modèles sont envisageable : L'acquisition du matériel Investissement : 600 000 € TTC
Exploitation :

- maintenance : 53 000 € TTC /AN
- ablapack:720€TTC/AN

La location sur 2 jours du matériel (incluant maintenance, transport, ingénieur d'application et 4 packs) : 11 960 € TTC

- *Sont en cours de développement des spin-off de cette société*

Exemple du TH-One (Parathyroïde) :

Technologie en cours de commercialisation et mise au point par une société française qui permet de traiter l'hyper-parathyroïdie en abaissant de manière contrôlée la parathormone sécrétée par des parathyroïdes en hyperactivité. L'appareil médical mis au point nommé TH-One, est un outil permettant l'ablation totalement non-invasive de cibles endocriniennes très fines et en particulier les adénomes parathyroïdiens utilisant le principe des ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU). Grâce à l'alliance de l'imagerie par ultrasons et des HIFU, TH-One permet aux chirurgiens de détruire les adénomes sans procéder à l'incision de la peau des patients.

Exemple de l'EyeOP1 (glaucome) :

Les transducteurs mis au point par EyeTechCare, sont parmi les plus petits jamais fabriqués pour des applications thérapeutiques. La surface de chaque transducteur est inférieure à 40mm². Cette miniaturisation poussée a permis à EyeTechCare de réaliser un dispositif d'une très grande précision

compatible avec l'anatomie oculaire. En effet, EyeTechCare évolue dans le domaine des pathologies oculaires. La première application de sa technologie a donné naissance à l'appareil EYEOP1, qui permettra peut-être de réaliser un traitement non invasif des glaucomes réfractaires (commercialisation prévue en juillet 2011).

➤ Sans oublier la télé médecine...

La télé médecine, application des technologies de l'information visant à améliorer l'accessibilité aux soins de santé spécialisée, qui va des transferts de données (imagerie médicale, enseignement à distance, données sur des patients) à l'action directe du praticien sur le malade. Les principales applications en sont :

- la télé-consultation et le télé-diagnostic : consultation médicale à distance,
- la télé-surveillance ou surveillance à distance d'un patient,
- la télé-expertise : avis donné à distance par un expert ou un médecin,
- la téléformation : consultation des informations médicales (bases de données, imagerie, cours de formation),
- la création de réseau de télé médecine : transmission des dossiers,
- la téléchirurgie qui permet de manipuler du matériel médical à distance et d'avoir une action directe du praticien sur le patient.

Dans ce secteur, on imagine aisément des consoles de communication avec les établissements périphériques, pour discuter des cas les plus graves et envisager l'opportunité de transférer un patient, à partir d'une sélection d'images transmises.

➤ La LC-MS-MS, une technologie au service de la Région.

En disposant d'un appareil de chromatographie liquide couplé à 2 spectromètres de masse en tandem (LC-MS-MS), une équipe pluridisciplinaire du CHU de Poitiers (Pr Gérard Mauco et collaborateurs, Dr Patrick Mura et collaborateurs) pourra accroître le rôle de recours régional du CHU de Poitiers. Cette technologie présentant une très haute sensibilité et une très grande spécificité permettra de réaliser au sein de la région des analyses actuellement envoyées dans des laboratoires hors région. Par ailleurs, les biologistes sus-cités seront à la disposition des collègues de la région pour toute question relative à ces analyses (indications de dosages, interprétation des résultats). Les champs d'investigation analytique sont multiples : dosage de vitamines, de certains stéroïdes (composé S, 17-OH-progestérone), des cathécolamines, des immunosuppresseurs, de toxiques divers (psychotropes, poisons végétaux, etc.).

Budgets

Montant : 300 000€ TTC

Identification par spectrométrie de masse « MALDI-TOF » des micro-organismes

La spectrométrie de masse (MALDI-TOF : Matrix Assisted Laser Desorption Ionisation-Time Of Flight) est une technologie innovante extrêmement puissante et polyvalente dont le déploiement en microbiologie au niveau français et particulièrement du Grand Ouest est encore très limité (Pas de Tours, Nantes, Rennes, Limoges et Bordeaux).

Impact de l'équipement sur le potentiel technologique régional

L'identification bactérienne, mycobactérienne et fongique en microbiologie clinique repose à l'heure actuelle sur l'utilisation de panels de tests biochimiques dont la mise en œuvre souffre de plusieurs défauts :

- Elle est coûteuse (test unitaire proche de 4 €), et lente avec un résultat disponible en 4 à 48h ;
- Nécessite la mise en œuvre d'outils spécifiques à chaque groupe bactérien ;
- Imprécise et susceptible de générer des erreurs d'identification.

Le projet permettra le déploiement d'un outil diagnostique performant :

- Coût unitaire très faible, résultats disponibles en moins d'une heure avec mise en place d'un traitement antibiotique plus rapide et mieux ciblé.

- Une seule méthode pour tous les micro-organismes avec une identification exacte.
- Son utilisation en routine est particulièrement adaptée et permet d'étendre nos possibilités d'offre de service aux laboratoires de la région. Une plaque où sont déposés une petite quantité de microorganismes à identifier (1/2 colonie) peut être transportée jusqu'au MALDI-TOF et analysée en 1h, le résultat peut être transmis par voie informatique dans l'heure qui suit la réception de la plaque d'analyse. Cette facilité et cette rapidité peuvent permettre la mise en place d'un laboratoire régional de référence pour l'identification des micro-organismes.

Plusieurs développements vont encore élargir les champs d'application de l'équipement : typage des micro-organismes responsables d'infections nosocomiales et d'épidémies, identification directement à partir de produits pathologiques (hémoculture, urines, Liquide céphalo-rachidiens...) sans avoir recourt à la culture.

Budgets

Montant : 300 000€ TTC

Les priorités retenues pour la région

- Première position :
Robots chirurgicaux suivant une logique d'implantation et de sites à définir afin d'éviter les fuites extrarégionales et de conserver l'attractivité des plateaux chirurgicaux territoriaux, sous-réserve de la viabilité médico-économique du projet.
- Deuxième position : La radio-chirurgie
- Troisième position : Laboratoire - la LC-MS-MS
- Quatrième position : Imagerie per opératoire

Les missions de service public

Les missions de service public, au nombre de quatorze, recouvrent des champs très divers et concernent toutes les catégories d'établissements, au-delà des soins hospitaliers de court séjour.

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

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. 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 terme 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 après le cas échéant les constats de carence prévus par la loi.

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.

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 pré-existants :

- Via des tarifs de prestations (soins palliatifs)
- Via des dotations finançant 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.

Territoire de la Charente

	CH Angou lême	CH Cognac	CH Ruffec	CH Confolens	CH Camille Claudel	CH Sud Charente	les Glamots	CH La Roche- foucault	CH neuf	CI St- Joseph	CI Cognac
LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC	Oui/ Non	Oui/ Non	Oui/ Non	Oui / Non	Oui/ Non	Oui/ Non	Oui/ Non	Oui / Non	Oui/ Non	Oui/ Non	Oui/ Non
Permanence des soins	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	oui	oui
Prise en charge des soins palliatifs	oui	oui	oui	oui	non	oui	non	oui	oui	non	non
Enseignement universitaire et post universitaire	oui	oui	non	non	oui	oui	oui	non	non	non	non
La recherche	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non
Formation initiale et le DPC des sages femmes et du personnel para- médical et la recherche dans leurs domaines de compétences	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non
Actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordi- nation	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non
Aide médicale urgente, conjointement avec les autres praticiens et les autres profes- sionnels de santé, personnes et services concernés	oui	oui	oui	oui	non	oui	non	non	non	non	non
Lutte contre l'exclu- sion, en relation avec les autres professions et institutions compé- tentes en ce domaine, ainsi que les asso- ciations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non
Actions de santé publique	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non
Prise en charge des personnes hospi- talisées sans leur consentement	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	non	non
Soins dispensés aux dé- tenus en milieu péniten- tiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret	oui	non	non	non	oui	non	non	non	non	non	non
Soins aux personnes retenues en applica- tion de l'article L.551-1 du code de l'entrée et du séjour des étran- gers et du droit d'asile (à valider)	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Les soins dispensés aux personnes rete- nues dans les centres socio-médico-judi- ciaires de sûreté	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non

Territoire Charente-Maritime Nord

	CH La Rochelle	CH Rochefort	CH St-Martin de Ré
LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Permanence des soins	oui	oui	non
Prise en charge des soins palliatifs	oui	oui	oui
Enseignement universitaire et post universitaire	oui	oui	non
La recherche	non	non	non
Développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers	oui	oui	oui
Formation initiale et le DPC des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences	oui	oui	oui
Actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination	oui	oui	non
Aide médicale urgente, conjointement avec les autres praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés	oui	oui	non
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	oui	oui	non
Actions de santé publique	oui	oui	non
Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement	oui	oui	non
Soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret	oui	oui	non
Soins aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (à valider)	non	non	non
Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté	non	non	non

Territoire Charente-Maritime Sud et Est

	CH de Saintonge	CH Royan	CH Jonzac	CH St-Jean d'Y	CH Boscamnant	CI Pasteur	CI St-Georges
LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC	Oui / Non	Oui/ Non	Oui/ Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui/ Non	Oui / Non
Permanence des soins	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui
Prise en charge des soins palliatifs	oui	oui	non	oui	non	non	non
Enseignement universitaire et post universitaire	oui	oui	oui	oui	non	non	non
La recherche	non	non	non	non	non	non	non
Développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers	oui	oui	oui	oui	oui	non	non
Formation initiale et le DPC des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences	oui	oui	oui	oui	oui	non	non
Actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination	oui	oui	oui	oui	non	non	non
Aide médicale urgente, conjointement avec les autres praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés	oui	oui	oui	oui	non	non	non
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	oui	oui	non	oui	non	non	non
Actions de santé publique	oui	non	oui	oui	non	non	non
Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement	oui	non	oui	non	non	non	non
Soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret	oui	non	oui	non	non	non	non
Soins aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (à valider)	non	non	non	non	non	non	non
Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté	non	non	non	non	non	non	non

Territoire de la Vienne

	CHU Poitiers	CH Châtelleraut	CH Loudun	CH Laborit	CH Montmorillon	CH Lusignan	CI Providence
LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC	Oui / Non	Oui/ Non	Oui / Non	Oui/ Non	Oui / Non	Oui/ Non	Oui / Non
Permanence des soins	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	non	OUI
Prise en charge des soins palliatifs	OUI	OUI	OUI	non	OUI	OUI	OUI
Enseignement universitaire et post universitaire	OUI	OUI	OUI	OUI	non	non	non
La recherche	OUI	non	non	OUI	non	non	non
Développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	non	non
Formation initiale et le DPC des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	non	non
Actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	non	non
Aide médicale urgente, conjointement avec les autres praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés	OUI	OUI	OUI	non	OUI	non	non
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	OUI	OUI	non	OUI	non	non	non
Actions de santé publique	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	non	non
Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement	non	non	non	OUI	non	non	non
Soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret	OUI	non	non	OUI	non	non	non
Soins aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (à valider)	non	non	non	non	non	non	non
Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté	non	non	non	non	non	non	non

Territoire des Deux-Sèvres

	CH Niort	CH Nord Deux-Sèvres	CH Inkermann	CI Melle
LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC	Oui/ Non	Oui / Non	Oui/ Non	Oui / Non
Permanence des soins	oui	oui	oui	oui
Prise en charge des soins palliatifs	oui	oui	oui	oui
Enseignement universitaire et post universitaire	oui	oui	non	non
La recherche	non	non	non	non
Développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers	oui	oui	non	non
Formation initiale et le DPC des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences	oui	oui	oui	non
Actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination	oui	oui	non	non
Aide médicale urgente, conjointement avec les autres praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés	oui	oui	non	non
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	oui	oui	non	non
Actions de santé publique	oui	oui	non	non
Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement	oui	oui	non	non
Soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. dans des conditions définies par décret	oui	non	non	non
Soins aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (à valider)	non	non	non	non
Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté	non	non	non	non

La Permanence Des Soins en Etablissements de Santé (PDSES)

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

1 • Définition de la PDSES

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

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

Les plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) appartiennent au réseau des urgences et relèvent à ce titre automatiquement du schéma cible de PDSES : l'ARS, disposant du levier de l'indemnisation, pourra inciter à des mutualisations des lignes de gardes et d'astreintes entre les structures autorisées concernées.

Pour les spécialités qui ne relèvent pas des PTHS, notamment les spécialités de médecine ou encore d'autres plateaux techniques moins spécialisés, il appartient aux ARS d'identifier à la lumière du diagnostic régional partagé, les lignes de gardes et d'astreintes des structures qui devront s'engager dans un partenariat renforcé avec le réseau des urgences pour les prises en charge la nuit, les weekends et jours fériés.

2 • Les enjeux de la réorganisation de la PDSES

Améliorer l'accès aux soins

- Optimiser l'organisation de la PDSES pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent permettant de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional, ou régional selon les disciplines concernées (principe de gradation des soins) en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés.
- Améliorer l'accès financier aux soins dans les plages horaires concernées. La PDSES relevant des missions de service public, les tarifs opposables pour les prises en charge réalisées dans ce cadre sont ceux du secteur 1.
- Etudier dans le cadre réglementaire la généralisation à tous les établissements de santé (hôpitaux, cliniques) de l'intégration du pharmacien de proximité dans le dossier patient et cela pour permettre lors de la sortie programmée de celui-ci, la communication (fax, mail) de l'ordonnance de sortie à son pharmacien, afin d'assurer la continuité de la prise médicamenteuse lors du retour à domicile.

Améliorer la qualité de prise en charge

- Réduire les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences. Sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge ou d'orientation.

Améliorer l'efficience

Elaborer un schéma cible de PDSES en :

- optimisant l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leurs statuts, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux dans le dispositif ;
- éliminant les doublons entre établissements sur une même activité, pour éviter les dépenses inutiles et rémunérer uniquement les établissements assurant la mission de service public de PDSES ;
- répartissant de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé.
- dans l'élaboration du nouveau schéma, il convient dans les discussions, d'associer, pour ce qui est des établissements privés les directeurs d'établissements, les présidents de CME et les représentants de l'URPS rassemblant les médecins.

3 • Points d'articulation

L'articulation entre la permanence des soins ambulatoire, la permanence des soins en établissement de santé et les structures de médecine d'urgence PDSES et PDSA contribue à assurer la continuité de la prise en charge des demandes de soins non programmées entre la ville et l'hôpital.

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

La permanence des soins ambulatoire, contrairement à la PDSES définie supra, a quant à elle pour objet de répondre à des besoins de soins non programmés relevant de la médecine de ville, aux horaires de fermeture des cabinets médicaux. Elle est assurée par les médecins libéraux et des centres de santé.

Elle peut être effectuée dans les points fixes de garde que sont les maisons médicales de garde.

L'un des enjeux est d'assurer l'égal accès aux soins de premier recours aux heures de fermeture des cabinets libéraux. Le point d'articulation se situe dans les structures de médecine d'urgence (SAMU, SMUR, structures des urgences), qui assurent la coordination entre ville et hôpital :

- d'une part en amont des services de médecine d'urgence pour organiser l'entrée des patients dans le système de soins ;
- d'autre part en aval pour l'orientation des patients une fois qu'ils sont entrés dans le système de soins et que leur état requiert une prise en charge dans un établissement de santé et notamment par un plateau technique. La structuration du réseau des urgences et le développement du répertoire opérationnel des ressources constituent les leviers privilégiés de cette mise en cohérence.

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

Il convient par ailleurs de faciliter l'accueil des personnes présentant des difficultés spécifiques et de veiller à améliorer les modalités d'information des structures médico-sociales sur les structures hospitalières participant à la PDSES. Il est important d'identifier parmi elles les structures et filières spécifiques de prise en charge (par exemple pour l'AVC en urgence). Le point d'articulation se situe également dans les structures de médecine d'urgence et la formalisation des réseaux des urgences médicales et des urgences médico-sociales.

4 • La démarche d'élaboration du schéma cible de la PDSES

La réalisation de l'état des lieux

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

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

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

La PDSES est organisée soit sur place, soit par astreinte à domicile qui peut donner lieu à déplacement ; dans ce dernier cas, le praticien est tenu de répondre à tout appel dans les plus brefs délais. L'astreinte s'effectue soit à domicile, soit dans tout autre lieu au choix du praticien, à condition qu'il soit joignable en permanence et qu'il puisse intervenir dans les plus brefs délais.

Elle comprend :

- Service de garde sur place
- Service de garde par astreinte :
 - o Astreinte opérationnelle
 - o Astreinte de sécurité
 - o Déplacements exceptionnels

Au niveau de chaque territoire, ont été répertoriées:

- les permanences sur places
- les astreintes

Ne sont pas concernées :

- les activités d'urgences
- les activités financées par DAF

Le partage du diagnostic

Les constats réalisés dans cette phase diagnostique ont fait l'objet d'une concertation avec les professionnels de santé et représentants des établissements concernés. Une concertation sera effectuée en 2014 par le territoire de santé de la Vienne

La définition du schéma cible régional de PDSES

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

Cette organisation doit s'inscrire dans une logique d'optimisation des ressources médicales existantes et dans la limite de l'enveloppe MIG déléguée au niveau régional au titre de la PDSES. A cet égard, il convient de rappeler que seules les lignes de gardes et d'astreintes identifiées au titre de la PDSES feront l'objet d'un financement par MIG, celles relevant de la continuité des soins continueront à être financées par les recettes d'activités des établissements concernés.

En plus des paramètres précédemment évoqués, il convient de prendre en compte, pour l'élaboration de ce schéma cible de PDSES, les éléments suivants :

- les éventuelles difficultés d'accès liées à des enjeux géographiques (éloignement, enclavement,...) ;
- l'organisation des filières de soins d'urgences spécialisées définie en région, en fonction des

besoins, sur la base de la liste de filières suivante :

- Filière urgences neuro-vasculaires,
 - Filière SCA (syndrome coronarien aigu),
 - Filière polytraumatisés,
 - Filière trauma crânien sévère,
 - Filière pédiatrie aigüe.
- les possibilités de mutualisation des lignes de garde et astreinte entre établissements indépendamment de leurs statuts et les possibilités d'aménagement au regard de l'activité constatée (exemple : possibilité de mettre en place une demie garde puis une demie-astreinte en période de nuit profonde en lieu et place d'une garde)
 - les possibilités de recours aux différentes applications de télémédecine : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance ou téléassistance ;
 - une organisation des actes de télémédecine dans des conditions clairement définies, soit dans le cadre du programme régional de télémédecine, soit dans le cadre d'orientations nationales, offre en effet d'importantes perspectives.

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

- La mise en place d'un système de recueil de données relatives à la PDSES s'appuyant sur l'applicatif ARBUST et éventuellement sur la SAE et/ou le PMSI sera étudiée, en lien étroit avec les ARS, afin de pouvoir recueillir en routine des indicateurs de suivi et de permettre des comparaisons interrégionales à l'appui de ces données.
- La recomposition territoriale de la PDSES et les mutualisations inter-établissements feront l'objet d'une révision de ce volet PDSES.
- Dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire, les complémentarités entre établissements publics et entre établissements publics et privés seront recherchées ainsi qu'une harmonisation au niveau des astreintes.
- La mutualisation de l'organisation de la permanence hospitalière est rendue possible par les statuts des personnels médicaux hospitaliers et par le dispositif d'intervention des médecins libéraux dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés sans but lucratif.

Les praticiens libéraux

Les articles L.6146-2 et L.6161-9 CSP introduits par la loi HPST prévoient la possibilité pour les établissements publics de santé et les établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, sur autorisation du Directeur Général de l'ARS, de pouvoir recourir à des professionnels de santé libéraux pour la mise en œuvre de leurs activités de soins ou des missions de service public dont ils sont chargés. Les médecins libéraux pourront ainsi intervenir dans les établissements de santé précités pour participer à la permanence des soins et être indemnisés pour cette participation dans des conditions fixées par un arrêté à paraître. Dans l'hypothèse où est constitué un GCS de moyens « prestations médicales croisées », un médecin libéral peut assurer des prestations médicales sur des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements membres du GCS et participer à la PDSH. Lorsqu'il assure la PDSH, le médecin libéral peut être rémunéré forfaitairement (article L.6133-6 alinéa 1 et 2 pour le forfait).

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

Les personnels médicaux hospitaliers

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

6 • Indicateurs de suivi

Taux de réalisation du schéma cible.

7 • Références

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, titre1, chapitre1, article 1 :

PDSES en 2013 – 2014

Territoire de la Charente

	ANGOULEME					COGNAC				
	nuir	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées " par des plages de garde d'interne ?	nuir	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreint es sont- elles "renforcé es" par des plages de garde d'interne ?
Anesthésie adulte	Garde	Demi- garde	Garde		Oui	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Réanimatio n médicale	Garde	Demi- garde	Garde		Oui					
Cardiologie/ affection vasculaire/p athologie cardio- vasculaire	Garde	Demi- garde	Garde		Oui	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	
Pédiatrie	Garde	Demi- garde	Garde		Oui	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	
Gynécologi e- obstétrique	Garde	Demi- garde	Garde		Oui	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Cardiologie intervention nelle	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non					
Néphrologie	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non					
Neurologie	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non					
Gastroentér ologie	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non					
Pneumologi e	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non					
Chirurgie viscérale et digestive	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Oui					
Chirurgie orthopédiqu e et traumatolog ique (yc. SOS mains)	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e						
Urologie	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e						

ORL- odontologie - stomatologi e	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non					
Biologie	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non					
Radiologie et imagerie médicale	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnel le	Non
Pharmacie	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	
Autres spécialités médicales cancéro	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non					
Autres spécialités chirurgicale s OPH	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non					
Autres spécialités médicales méd int	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
gériatrie	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non					
médecine générale										
TOTAL	21					7				

	SUD CHARENTE					RUFFEC				
	NUIT	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées " par des plages de garde d'interne ?	NUIT	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreint es sont- elles "renforcé es" par des plages de garde d'interne ?
Biologie	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non					
Radiologie et imagerie médicale	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non					
médecine générale	Astreinte	Demi- astreinte	Demi- garde + demi- astreinte	Astreinte opérationnell e	Oui	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
TOTAL	3					1				

	CONFOLENS								
	nuir	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées " par des plages de garde d'interne ?				
Radiologie et imagerie médicale	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non				
médecine générale	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnell e	Non				
TOTAL	2								

	CLINIQUE COGNAC					CLINIQUE SAINT JOSEPH				
				s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées " par des plages de garde d'interne ?				s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreint es sont- elles "renforcé es" par des plages de garde d'interne ?
	nuît	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)			nuît	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)		
Anesthésie adulte	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte		Non	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte		non
Chirurgie orthopédiqu e et traumatolog ique (yc. SOS mains)	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte		Non					
Chirurgie viscérale et digestive	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte		Non					
Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique						Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte		Non
TOTAL	3					2				

	coopération public/privé
--	--------------------------

Territoire des Deux Sèvres

	CH NIORT					CH NORD DEUX SEVRES				
	nuir	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?	nuir	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?
Anesthésie adulte	Garde	Demi-garde	Garde			Demi-garde + demi-astreinte	Demi-garde	Garde	Astreinte forfaitisée	Non
Anesthésie adulte	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non	Demi-garde + demi-astreinte	Demi-garde	Garde	Astreinte forfaitisée	Non
Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardiovasculaire	Garde	Demi-garde	Garde		Oui	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Gynécologie-obstétrique	Garde	Demi-garde	Garde		Oui	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Pédiatrie	Garde	Demi-garde	Garde		Oui	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Réanimation médicale	Garde	Demi-garde	Garde							
Cardiologie interventionnelle	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée						
Gastroentérologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Néphrologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Non					
Neurologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non					
Pneumologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Chirurgie viscérale et digestive	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non	Astreinte	Demi-astreinte (1)	Astreinte(1)	Astreinte forfaitisée	Non
Chirurgie orthopédique et traumatologique (yc. SOS mains)	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Oui	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Autres spécialités médicales médecine interne	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Non					

Autres spécialités médicales médecine somatique	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
ORL-odontologie-stomatologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non					
Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non					
Urologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Autres spécialités médicales gériatrie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Autres spécialités médicales oncologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
ORL-odontologie-stomatologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Autres spécialités chirurgicales OPH	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non					
Biologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non	Astreinte	Aucun	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Médecine générale						Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Médecine générale						Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Médecine générale						Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Pharmacie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non
Radiologie et imagerie médicale	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Oui	Astreinte	Demi-astreinte (2)	Astreinte(2)	Astreinte forfaitisée	Non
Radiologie et imagerie médicale						Astreinte	Demi-astreinte (2)	Astreinte (2)	Astreinte forfaitisée	Non
TOTAL	25					16				

Clinique INKERMANN					
	nuit	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?
Anesthésie adulte	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte	
Chirurgie viscérale et digestive	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte	
Chirurgie orthopédique et traumatologique (yc. SOS mains)	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte	
Urologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte	
Autres spécialités chirurgicales OPH	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte	
TOTAL	5				

	coopération public/privé en alternance
--	--

Création de ligne d'astreinte

CLINIQUE INKERMANN	
	nuit 20h/24h
imagerie médicale *	astreinte 20h/24h

* imagerie en coupe

CH Niort				
	nuit	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)
Cardiologie/rythmologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité

Territoire de Charente-Maritime Nord

LA ROCHELLE						ROCHEFORT				
	nuit	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?	nuit	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?
Anesthésie adulte	garde	demi-garde	garde			garde *	demi-garde	garde		non
Réanimation médicale	garde	demi-garde	garde		oui					
Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	garde	demi-garde	garde		oui	astreinte opérationnelle	demi astreinte opérationnelle	astreinte opérationnelle	forfaitisation	non
Gynécologie-obstétrique	garde	demi-garde	garde		oui	astreinte opérationnelle	demi astreinte opérationnelle	astreinte opérationnelle	forfaitisation	non
Pédiatrie	garde	demi-garde	garde		oui	astreinte opérationnelle	demi astreinte opérationnelle	astreinte opérationnelle	forfaitisation	non
Réanimation médicale		demi-astreinte	demi-astreinte	astreinte de sécurité	non					
Cardiologie interventionnelle	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte de sécurité	non					
Cardiologie interventionnelle	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte de sécurité	non					
Néphrologie	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte opérationnelle	non					
Neurologie	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte opérationnelle	non					
Gastroentérologie	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte de sécurité	non					
Médecine générale	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte de sécurité	oui					
Médecine générale	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte de sécurité	oui	astreinte opérationnelle	demi-astreinte opérationnelle	astreinte opérationnelle	forfaitisation	non
Chirurgie viscérale et digestive	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte opérationnelle	oui	astreinte opérationnelle	demi-astreinte opérationnelle	astreinte opérationnelle	forfaitisation	non
Chirurgie orthopédique et traumatologique (yc. SOS mains)	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte opérationnelle	oui	astreinte opérationnelle	demi-astreinte opérationnelle	astreinte opérationnelle	forfaitisation	non

Urologie	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte forfaitisée	non					
ORL-odontologie-stomatologie	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte opérationnelle	non					
Biologie (1)	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte opérationnelle	non	astreinte opérationnelle	demi-astreinte opérationnelle	demi-astreinte opérationnelle	forfaitisation	non
Radiologie et imagerie médicale (1)	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte opérationnelle	non	astreinte opérationnelle	demi-astreinte opérationnelle	demi-astreinte opérationnelle	forfaitisation	non
Radiologie et imagerie médicale (1)	demi-astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte opérationnelle	non					
Pharmacie	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte de sécurité	non	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte de sécurité	non
Autres spécialités chirurgicales ophtalmologie	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte de sécurité	oui					
Autres spécialités médicales oncologie	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte opérationnelle	non					
TOTAL	23					10				

*	sous réserve de justifier une activité
---	--

Territoire de Charente-Maritime Sud et Est

	SAINTES					SAINT JEAN D'ANGELY				
	nuIt	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?	nuIt	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?
Anesthésie adulte	Garde	Demi-garde	Garde		Non	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnel le	Non
Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardiovasculaire	Garde	Demi-garde	Garde		Non	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnel le	Non
Réanimation médicale	Garde	Demi-garde	Garde		Non					
Pédiatrie	Garde	Demi-garde	Garde		Oui	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnel le	Non
Chirurgie orthopédique et traumatologique (yc. SOS mains)	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non					
Chirurgie viscérale et digestive	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnel le	Non
Urologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Gastroentérologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non					
Gynécologie-obstétrique	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnel le	Non
Médecine générale						Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnel le	Non
Médecine générale										
Néphrologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non					
ORL-odontologie-stomatologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non					
Pharmacie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non
Radiologie et imagerie médicale	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnel le	Non
Biologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnel le	Non

autres spécialités médicales	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non					
TOTAL	15					9				

	JONZAC					ROYAN				
	nuit	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?	nuit	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?
Anesthésie adulte	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non					
Cardiologie/affection vasculaire/patologie cardiovasculaire	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnel le	Non	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte opérationnel le	non
Chirurgie orthopédique et traumatologique (yc. SOS mains)	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnel le	Non					
Chirurgie viscérale et digestive	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnel le	Non					
Médecine générale	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnel le	Non	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte opérationnel le	non
Médecine générale						astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte opérationnel le	non
Néphrologie										
Pharmacie						astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte de sécurité	non
Radiologie et imagerie médicale	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte opérationnel le	non
Biologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnel le	Non	astreinte	demi-astreinte	astreinte	astreinte opérationnel le	non
TOTAL	7					6				

	PASTEUR					POLYCLINIQUE SAINT GEORGES				
				s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?				s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreinte sont-elles "renforcée s" par des plages de garde d'interne ?
	nuit	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)			nuit	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)		
Anesthésie adulte *	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte		Non	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte		
Chirurgie orthopédiqu e et traumatologi que (yc. SOS mains) *	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte		Non	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte		Non
Chirurgie viscérale et digestive *	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte		Non	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte		Non
Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique **	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte		Non					
TOTAL	4					3				

*	en alternance PASTEUR/POLYCLINIQUE
**	convention avec le CH de SAINTONGE

Création de ligne d'astreinte

	CLINIQUE PASTEUR	
	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)
imagerie médicale *	Astreinte	Astreinte

GCS urgence du pays Royannais 8h/20h

* imagerie en coupe

	SAINTES			
	nuît	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)
Neurologie	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle
Cardiologie/rythmologie	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité

Territoire de la Vienne

	CHU					CH CHATELLERAULT				
	nuit	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?	nuit	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?
Anesthésie adulte	Garde	Demi-garde	Garde	Astreinte opérationnelle	Non	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Anesthésie adulte	Garde	Demi-garde	Garde		Oui					
Anesthésie adulte	Garde	Demi-garde	Garde	Astreinte opérationnelle	Non					
Anesthésie adulte	Garde	Demi-garde	Garde		Oui					
Anesthésie adulte	Garde	Demi-garde	Garde		Non					
Réanimation médicale	Garde	Demi-garde	Garde		oui					
Réanimation pédiatrique	Garde	Demi-garde	Demi-garde + demi-astreinte		Non					
Gynécologie-obstétrique	Garde	Demi-garde	Garde		oui	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Cardiologie/ affection vasculaire/p athologie cardio-vasculaire	Garde	Demi-garde	Garde		Non					
Anesthésie adulte	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Oui					
Neurochirurgie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Non					
Neurologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Oui					
Radiologie et imagerie médicale	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Oui	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Radiologie interventionnelle	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Chirurgie infantile	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Urologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Non					
ORL-odontologie-stomatologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Néphrologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Non					
Hématologie clinique	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Oui					
Gastroentérologie	Astreinte	Demi-astreinte	Demi-garde + demi-astreinte	Astreinte opérationnelle	Oui	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non

Chirurgie viscérale et digestive	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Oui	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Chirurgie orthopédique et traumatologique (yc. SOS mains)	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Oui	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Oui					
Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Non					
Biologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Oui	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Biologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Oui					
Biologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Biologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Oui					
Cardiologie interventionnelle	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Cardiologie/ affection vasculaire/p athologie cardio-vasculaire	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Non	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Autres spécialités médicales neurophysiologie clinique	Aucun	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Autres spécialités médicales soins palliatifs	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Autres spécialités médicales rhumatologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Autres spécialités médicales OPH	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Autres spécialités médicales médecine interne	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Autres spécialités chirurgicales chirurgie plastique	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					

Autres spécialités médicales gériatrie						Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non
Pneumologie										
Pédiatrie						Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
Médecine générale										
Pharmacie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Oui	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non
Autres spécialités médicales oncologie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
TOTAL	38					11				

	CH MONTMORILLON					CH LOUDUN				
	nuit	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?	nuit	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?
Anesthésie adulte	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non					
Radiologie et imagerie médicale	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Non					
Chirurgie viscérale et digestive	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non					
Chirurgie orthopédique et traumatologique (yc. SOS mains)	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non					
Pharmacie	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte de sécurité	Non					
Médecine générale	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non	Astreinte	Demi-astreinte	Astreinte	Astreinte forfaitisée	Non
TOTAL	6					1				

POLYCLINIQUE POITIERS					
	nuir	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?
Anesthésie adulte	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte		Non
Chirurgie orthopédiqu e et traumatologi que (yc. SOS mains)	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte	Non
Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte	Non
Chirurgie viscérale et digestive	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte	Non
TOTAL	4				

CLINIQUE CHATELLERAULT

	nuir	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreintes sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?
Chirurgie spécialité ORL *	Astreinte	Demi- astreinte	Astreinte	Astreinte opérationnelle	Non
TOTAL	1				
*	transfert CH				

Création de ligne d'astreinte

Polyclinique de Poitiers	
	nuir 20h/24h
imagerie médicale *	astreinte 20h/24h

* imagerie en coupe

Organisation cible

1 - ETABLISSEMENTS PUBLICS

Il s'agit d'un **scénario à horizon janvier 2016**, il propose de recentrer le dispositif et aussi de gérer l'accompagnement de sa mise en place.

Une étude des répercussions en particulier sur la rémunération des praticiens sera étudiée et fera l'objet d'un accompagnement de l'ARS.

Hypothèse : regroupement des spécialités médicales et chirurgicales sur le site de recours à horizon 2016 à l'exception de la cardiologie qui représente une activité importante en période de permanence des soins.

Une astreinte de cardiologie est maintenue sur les centres hospitaliers de Royan, Saint Jean d'Angély, Jonzac, Rochefort, Cognac, Châtelleraut et Nord Deux Sèvres.

Gardes ou astreintes ne relevant pas de la PDES

- Service accueil-urgences-SMUR-SAMU
- SSR
- USLD
- Psychiatrie
- Ex hôpitaux locaux
- Activité de greffes
- HAD

Les internes sont intégrés dans la continuité des soins

Centre hospitalier de proximité sans chirurgie, sans maternité, sans biologie :

- 1 astreinte de médecine ou gériatrie
- 1 astreinte de radiologie ou un dispositif de téléradiologie

CH LOUDUN
CH CONFOLENS
CH RUFFEC

Centre hospitalier de proximité sans chirurgie, sans maternité, avec biologie :

- 1 astreinte de médecine ou gériatrie
- 1 astreinte de radiologie ou un dispositif de téléradiologie
- 1 astreinte de biologie (astreinte de sécurité)

CH BARBEZIEUX

Centre hospitalier de proximité sans chirurgie, sans maternité, avec biologie :

- 1 astreinte de médecine ou gériatrie
- 1 astreinte de cardiologie
- 1 astreinte de radiologie ou un dispositif de téléradiologie
- 1 astreinte de biologie (astreinte de sécurité)

CH ROYAN

Centre hospitalier de proximité avec chirurgie et sans maternité :

- 1 astreinte de médecine ou gériatrie
- 1 astreinte de biologie (astreinte de sécurité)

- 1 astreinte d'anesthésie
- 1 astreinte de chirurgie générale
- 1 astreinte de radiologie ou un dispositif de téléradiologie

CH MONTMORILLON

Centre hospitalier de proximité avec chirurgie et sans maternité :

- 1 astreinte de médecine ou gériatrie
- 1 astreinte de cardiologie
- 1 astreinte de biologie (astreinte de sécurité)
- 1 astreinte d'anesthésie
- 1 astreinte de chirurgie viscérale
- 1 astreinte de chirurgie traumatologique
- 1 astreinte de radiologie ou un dispositif de téléradiologie

CH JONZAC

Centre hospitalier de proximité avec maternité :

- 1 astreinte de médecine ou gériatrie
- 1 astreinte de cardiologie
- 1 astreinte d'anesthésie
- 1 astreinte de radiologie ou un dispositif de téléradiologie
- 1 astreinte de pharmacie (astreinte de sécurité)
- 1 astreinte de gynécologie-obstétrique
- 1 astreinte de pédiatrie

CH COGNAC

Centre hospitalier de proximité avec chirurgie et avec maternité :

- 1 astreinte de médecine ou gériatrie
- 1 astreinte de cardiologie
- 1 astreinte de biologie (astreinte de sécurité)
- 1 astreinte de pharmacie (astreinte de sécurité)
- 1 astreinte d'anesthésie
- 1 astreinte de chirurgie viscérale
- 1 astreinte de gynécologie-obstétrique
- 1 astreinte de pédiatrie
- 1 astreinte de radiologie ou un dispositif de téléradiologie

CH SAINT JEAN D'ANGELY

Centre hospitalier de proximité avec chirurgie et avec maternité :

- 1 astreinte de médecine ou gériatrie
- 1 astreinte de cardiologie
- 1 astreinte de biologie (astreinte de sécurité)
- 1 astreinte de pharmacie (astreinte de sécurité)
- 1 astreinte d'anesthésie
- 1 astreinte de chirurgie viscérale
- 1 astreinte de chirurgie traumatologique
- 1 astreinte de gynécologie-obstétrique
- 1 astreinte de pédiatrie
- 1 astreinte de radiologie ou un dispositif de téléradiologie

**CH ROCHEFORT
CH NORD DEUX SEVRES
CH CHATELLERAULT**

Centre hospitalier de recours :

Garde :

- Anesthésie
- Réanimation
- Pédiatrie (+ 1500 acc)
- Gynécologie obstétrique (+ 1500 acc)
- Cardiologie (SI)

Astreintes :

- 1 astreinte de chirurgie viscérale
- 1 astreinte de chirurgie traumatologique
- 1 astreinte de neurologie y compris UNV
- 1 astreinte de cardiologie interventionnelle (angiocoronaroplastie)
- 1 astreinte de cardiologie interventionnelle (rythmologie)
- 1 astreinte de néphrologie
- 1 astreinte de gastroentérologie
- 1 astreinte d'urologie*
- 1 astreinte d'ORL*
- 1 astreinte d'OPH*
- 1 astreinte de médecine interne
- 1 astreinte de médecine générale
- 1 astreinte d'oncologie
- 1 astreinte de biologie
- 1 astreinte de pharmacie (de sécurité)
- 1 astreinte de chirurgie vasculaire
- 1 astreinte de pneumologie
- 1 astreinte de gériatrie
- 1 astreinte de radiologie (téléradiologie siège)

* : la ligne pourra être mutualisée avec l'établissement chirurgical privé du site de recours

**CH NIORT
CH LA ROCHELLE
CH ANGOULEME
CH SAINTES**

Centre hospitalier universitaire :

Garde :

- Anesthésie
- Réanimation médicale
- Réanimation pédiatrique
- Pédiatrie (+ 1500 acc)
- Gynécologie obstétrique (+ 1500 acc)
- Cardiologie (SI)
- Neurologie (UNV)

Astreintes :

- 1 astreinte de neurochirurgie
- 1 astreinte de radiologie interventionnelle

- 1 astreinte de neurologie interventionnelle (sécurité)
- 1 astreinte de chirurgie infantile
- 1 astreinte d'urologie
- 1 astreinte d'ORL
- 1 astreinte de néphrologie
- 1 astreinte d'hématologie clinique
- 1 astreinte de gastroentérologie
- 1 astreinte de chirurgie viscérale et digestive
- 1 astreinte de chirurgie orthopédique et traumatologique
- 1 astreinte de chirurgie cardiaque et thoracique
- 1 astreinte de chirurgie vasculaire
- 1 astreinte de biologie (sécurité)
- 1 astreinte activité rachis
- 1 astreinte de cardiologie interventionnelle
- 1 astreinte de cardiologie
- 1 astreinte de neurophysiologie clinique
- 1 astreinte de soins palliatifs
- 1 astreinte de rhumatologie
- 1 astreinte d'OPH
- 1 astreinte de médecine interne
- 1 astreinte de chirurgie plastique
- 1 astreinte de gériatrie
- 1 astreinte de pneumologie
- 1 astreinte de pédiatrie
- 1 astreinte de médecine générale
- 1 astreinte d'oncologie
- 1 astreinte de pharmacie (sécurité)
- 1 astreinte de radiologie (téléradiologie)

CHU POITIERS

Pour les centres hospitaliers de recours et le CHU

Les lignes d'astreintes pourront être modulées par rapport à l'activité (enquête des volumes d'activité pendant la PDES).

Téléradiologie

Certains centres hospitaliers n'arrivent pas à recruter des médecins radiologues suite au départ de praticien hospitalier, les effectifs de radiologues dans le public sont faibles avec des postes vacants.

A terme, les centres hospitaliers n'arriveront pas à assurer la PDES en radiologie et devront mutualiser les praticiens radiologues pour assurer la permanence en radiologie.

Le PRS/SROS/H permet la mise en place de consultations téléportées et la lecture à distance.

Une réflexion doit être rapidement engagée pour mettre en place un réseau permettant de maintenir des appareils d'imagerie en coupe au niveau des centres hospitaliers de proximité avec un site d'interprétation.

2 - ETABLISSEMENTS PRIVES

Clinique avec une autorisation de médecine d'urgence:

- 1 astreinte d'anesthésie
- 1 astreinte de chirurgie viscérale
- 1 astreinte de chirurgie traumatologique
- 1 astreinte de radiologie (nuit : astreinte de 20h/24h, samedi apm : astreinte, dimanche et jour férié en journée : une astreinte) ou (téléradiologie)

CLINIQUE LA PROVIDENCE
CLINIQUE INKERMANN
CLINIQUE PASTEUR (GCS 8h – 20h)

Clinique avec une convention public/privé pour une activité chirurgicale:

- 1 astreinte d'anesthésie
- 1 astreinte de la discipline chirurgicale en convention : chirurgie vasculaire

CLINIQUE SAINT JOSEPH
CLINIQUE PASTEUR

- 1 astreinte de chirurgie viscérale
- 1 astreinte de chirurgie traumatologique

CLINIQUE de COGNAC

Clinique avec une autorisation d'obstétrique:

- 1 astreinte de pédiatrie

CLINIQUE du Fief de Grimoire

ANNEXE INDICATEURS DE PILOTAGE DE L'ACTIVITÉ (IPA)

Des indicateurs de pilotage d'activité... Pourquoi ?

Le dispositif des objectifs quantifiés de l'offre de soins (contractualisation entre les établissements de santé et l'agence régionale de l'hospitalisation, sanctions financières prévues par les textes en cas de dépassement), tel que mis en œuvre dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (2006-2011) n'a pas démontré de véritable efficacité pour réguler la progression de l'activité. Le respect de l'ONDAM, sous l'angle de l'attention portée aux volumes hospitaliers, est présenté comme l'un des objectifs majeurs du PRS.

Un instrument de pilotage de l'offre reste nécessaire dans le cadre du SROS-PRS car il répond à trois nécessités :

- il est incontournable pour motiver le refus d'autorisation et maîtriser la répartition de l'offre,
- il constitue un instrument du dialogue entre les agences régionales et les établissements de santé,
- il constitue l'outil de régulation territorialisé de l'offre de soins.

Des indicateurs de pilotage de l'activité... comment ?

L'analyse des taux de recours sur certains segments d'activité fait ressortir de fortes variations entre les territoires de santé, que les indicateurs démographiques ou sanitaires ne permettent pas toujours d'expliquer. La consommation de soins pour une activité donnée entre régions ou entre territoires de santé présente un écart à la moyenne nationale parfois important. Cela peut indiquer des écarts dans l'accès des populations à certaines prises en charge. Cela peut également révéler la délivrance de soins non pertinents.

La notion de consommation de soins s'approche davantage du besoin de soins, en ce qu'elle correspond au besoin consommé (recours de la population à l'offre existante) mais ne peut être interprétée comme « l'intégralité du besoin ». Ces écarts doivent être analysés et objectivés pour engager, avec les établissements de santé concernés, les actions correctrices nécessaires, tant sur le plan de l'accès aux soins que sur celui de la pertinence des soins. La démarche des IPA, résolument tournée vers l'action sur les écarts constatés de consommation de soins constitue un instrument de pilotage et les éléments d'un dialogue de gestion, qui permet à la fois de veiller à la meilleure répartition de l'offre et d'assurer la pertinence des soins sur les territoires.

Les IPA figurant dans le PRS ne sont pas opposables mais ils expriment des objectifs forts qui pourront être suivis tout au long des cinq années. Il s'agit :

- d'améliorer l'accès à certains soins lorsque la situation initiale correspond à un sous-accès aux soins,
- de maîtriser les volumes concernant des actes et des séjours auxquels le taux de recours de la population de Poitou-Charentes est supérieur à la situation nationale,
- de promouvoir et de suivre les modes de prises en charge alternatifs (chirurgie ambulatoire, HAD, etc.).

A ce stade on ne s'intéresse pas aux établissements qui les prodiguent, ni à leur localisation (établissements au sein ou à l'extérieur du territoire ou de la région Poitou-Charentes) : il ne s'agit pas d'indicateurs individualisés à l'échelle des établissements.

Les premiers IPA

Les articles D.6121-6 à D.6124-10 du code de la santé publique relatifs aux OQOS sont en cours de révision pour y substituer cette nouvelle approche. L'Agence Régionale de Santé propose d'ores et déjà d'envisager des IPA pour tendre vers une logique de pilotage de l'offre de soins, plutôt que de « quotas ».

Ces premiers IPA, à horizon décembre 2011 constituent par conséquent une première esquisse d'indicateurs de pilotage qui devront être ajustés, affinés en fonction de l'évolution à venir de la réglementation et des échanges et retours d'expérience partagés avec les établissements. Ces indicateurs ne feront donc pas l'objet d'une déclinaison contractuelle sur des objectifs ciblés de taux de recours.

Indicateurs de pilotage de l'activité SSR pour l'année 2011						
Type d'hospitalisation	Nombre de journées 2009					
	Régional	TS Charente	TS Charente Maritime Nord	TS Charente Maritime Sud	TS Deux Sèvres	TS Vienne
complète	776 905	142 591	137 243	137 590	175 197	184 284
partielle	41902	5941	8760	4255	11183	11763
Total	818 807	148 532	146 003	141 845	186 380	196 047

Indicateurs de pilotage de l'activité SSR pour l'année 2011						
Type d'hospitalisation	Taux de recours 2009 bruts pour 10000 hab.					
	Régional	TS Charente	TS Charente Maritime Nord	TS Charente Maritime Sud	TS Deux Sèvres	TS Vienne
complète	4 403	4 059	4 142	4 820	4 766	4 298
partielle	237	169	264	149	304	274
Total	4 640,6	4 228,5	4 406,3	4 969,5	5 070,4	4 571,9

Indicateurs de pilotage de l'activité SSR pour l'année 2011						
Type d'hospitalisation	Nombre théorique de journées 2011					
	Régional	TS Charente	TS Charente Maritime Nord	TS Charente Maritime Sud	TS Deux Sèvres	TS Vienne
complète	832 553	148 871	156 168	152 801	181 034	194 984
partielle	47226	5941	10546	4813	13411	13257
Total	885 623	154 269	166 692	157 613	194 258	214 504

Indicateurs de pilotage de l'activité SSR pour l'année 2011						
Type d'hospitalisation	Taux de recours théorique 2011 bruts pour 10000 hab.					
	Régional	TS Charente	TS Charente Maritime Nord	TS Charente Maritime Sud	TS Deux Sèvres	TS Vienne
complète	4 719	4 238	4 713	5 353	4 925	4 547
partielle	268	169	318	169	365	309
Total	5 019,3	4 391,8	5 030,7	5 522,0	5 284,7	5 002,3

Méthodologie : le nombre théorique de journées 2011 est calculé à partir du nombre de journées 2008 et 2009 par type d'hospitalisation.

Le calcul est $\text{nb journées}_{2011} = \text{nb journées}_{2009} \times (\text{tx}_{\text{évol_nb_journées_2009/2010}} * \text{tx}_{\text{évol_nb_journées_2010/2011}})$ pour chacun des types d'hospitalisation.

On postule que le taux d'évolution 2009/2010 et 2010/2011 sont identiques à 2008/2009. Si le taux d'évolution 2008/2009 est négatif pour un type d'hospitalisation, le nombre de journées est défini identique à 2009. La même méthodologie a été appliquée pour les taux de recours, à population 2009 constante.

Indicateurs de pilotage de l'activité MCO pour l'année 2011							
Type d'activité	Mode de prise en charge	Nombre théorique de séjours 2011					
		Régional	TS Charente	TS Charente-Matrimoine nord	TS Charente-Matrimoine sud	TS Deux-Sèvres	TS Vienne
Chirurgie	Hospitalisation Complète	101 102	18 617	18 821	18 125	21 688	23 799
	Chirurgie ambulatoire	69 027	12 259	14 563	13 925	13 148	15 553
	Hospitalisation Complète	164 915	31 316	29 689	30 198	35 100	39 089
Médecine	Hospitalisation Partielle	55 756	10 152	8 582	9 077	8 712	19 253
Techniques interventionnelles	Complète et partielle	79 606	14 790	16 203	15 168	14 943	18 439

Type d'activité	Mode de prise en charge	Taux de recours théorique 2011 bruts pour 10 000 hab.					
		Régional	TS Charente	TS Charente-Maritime nord	TS Charente-Maritime sud	TS Deux-Sèvres	TS Vienne
Chirurgie	Hospitalisation Complète	573,0	530,0	568,0	635,0	590,0	555,0
	Chirurgie ambulatoire	391,2	349,0	439,5	487,8	357,7	362,7
Médecine Techniques interventionnelles	Hospitalisation Complète	934,7	891,5	896,0	1 058,0	954,9	911,6
	Hospitalisation Partielle	316,0	289,0	259,0	318,0	237,0	449,0
	Complète et partielle	451,2	421,1	489,0	531,4	406,5	430,0

Méthodologie : le nombre théorique de séjours 2011 est calculé à partir du nombre de séjours 2008 et 2009 par discipline. Le calcul est $nb_séjours_{2011} = nb_séjours_{2009} \times (tx_évol_nb_séjours_{2009/2010} + tx_évol_nb_séjours_{2010/2011})$ pour chacune des disciplines. On postule que le taux d'évolution 2009/2010 et 2010/2011 sont identiques à 2008/2009. Si le taux d'évolution 2008/2009 est négatif pour une discipline, le nombre de séjours est défini identique à 2009. La même méthodologie a été appliquée pour les taux de recours, à population 2009 constante.

Indicateurs de Pilotage de l'Activité psychiatrie pour l'année 2011						
Nombre de journées 2009						
	Régional	TS Charente	TS Charente-Maritime nord	TS Charente-Maritime sud	TS Deux-Sèvres	TS Vienne
Hospit. Complète	506 730	77 134	101 182	79 606	100 815	147 993
Hospit. Partielle	124 659	29 004	29 768	18 415	21 827	25 645
Total	631 389	106 138	130 950	98 021	122 642	173 638

Indicateurs de Pilotage de l'Activité psychiatrie pour l'année 2011						
Nombre de journées 2009						
	Régional	TS Charente	TS Charente-Maritime nord	TS Charente-Maritime sud	TS Deux-Sèvres	TS Vienne
Hospit. Complète	518 279	80 917	106 871	80 078	97 210	153 203
Hospit. Partielle	130 123	34 585	30 988	15 074	23 576	25 901
Total	648 402	115 502	137 859	95 152	120 786	179 104

	Evolution nb de journées 2009/2010					
	Régional	TS Charente	TS Charente-Maritime nord	TS Charente-Maritime sud	TS Deux-Sèvres	TS Vienne
Hospit. Complète	2,3%	4,9%	5,6%	0,6%	-3,6%	3,5%
Hospit. Partielle	4,4%	19,2%	4,1%	-18,1%	8,0%	1,0%
Total	2,7%	8,8%	5,3%	-2,9%	-1,5%	3,1%

	Nombre théorique de journées 2011					
	Régional	TS Charente	TS Charente-Maritime nord	TS Charente-Maritime sud	TS Deux-Sèvres	TS Vienne
Hospit. Complète	530 092	84 886	112 880	80 553	93 734	158 596
Hospit. Partielle	135 825	41 239	32 257	12 339	25 465	26 159
Total	665 873	125 691	145 131	92 367	118 958	184 741

Méthodologie : le nombre théorique de journées 2011 est calculé à partir du nombre de journées 2009 et 2010 qui a été transmis par les établissements pour la plupart des cas dans la mesure où le PMSI n'est pas exhaustif. Il s'agit donc des journées produites par les établissements de la région et non des journées de soins des patients du Poitou-Charentes exclusivement comme en SSR et MCO. Le calcul est $nb_journées_{2011} = nb_journées_{2010} \times (tx_évol_nb_journées_{2010/2011})$ pour chacune des types d'hospitalisation. On postule que le taux d'évolution 2010/2011 est identique à 2009/2010. Il n'a pas semblé opportun de calculer un taux de recours dans la mesure où le nombre de journées correspond aux «journées-établissement» de la région et pas aux journées-patient» de la région.

Valorisation du SROS H au regard des Indicateurs de Pilotage de l'Activité (IPA)

En fonction des objectifs retenus dans le cadre du SROS PRS, il est possible d'extrapoler pour chaque catégorie de soins, les volumes à échéance 2016. L'ARS Poitou-Charentes mettra en œuvre les Indicateurs de Pilotage de l'Activité (IPA) afin d'atteindre les objectifs de valorisation indiqués ci-dessous.

Type d'activité	Valorisation 2010 En millions d'€	Valorisation 2016 En millions d'€
Médecine	434,4	464,0
Chirurgie	300,6	283,6
Cardiologie interventionnelle	18,6	21,9
Obstétrique - Néonatalogie	71,0	75,3
Traitement du cancer	90,6	108,7
Insuffisance Rénale Chronique	32,3	37,0
Hospitalisation à Domicile	18,2	31,9
Psychiatrie	205,6	231,5
Soin de Suite et Réadaptation	170,4	203,4
Total	1 341,6	1 457,2