ars
Agence Régionale de Santé
Aquitaine

SROS
Schémas régionaux

Schéma régional d'organisation des soins (SROS)

Projet régional de SANTÉ
Aquitaine
2012-2016

Sommaire

- Introduction et axes stratégiques du SROS 5
- Volet ambulatoire 11
- Volet hospitalier 34
- Partie relative aux 14 missions de service public 212
- Annexe : Volet ambulatoire Les zonages professionnels 220
- Glossaire 389

Introduction et axes stratégiques du SROS

Sommaire

- 1. Les objectifs et le contenu du SROS-PRS fixés par la Loi 6
- 2. Du SROS 3 au SROS-PRS… quelles perspectives à l'horizon 2016 ? D'une planification hospitalière à une approche globale du parcours de santé .. 6
- 3. La disponibilité et la gestion des ressources humaines du système de santé : un enjeu stratégique transversal de la mise en œuvre du PRS et du SROS 8
- 4. Suivi de la mise en œuvre du SROS..... 10

1. LES OBJECTIFS ET LE CONTENU DU SROS-PRS FIXÉS PAR LA LOI

1.1. Objet du SROS :

L'article L.1434-7 du code de la santé publique fixe l'objet du SROS : prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

1.2. Contenu :

L'article R 1434-4 du code de la santé publique prévoit que le SROS comporte :

« 1° Une partie relative à l'offre de soins définie à l'article L. 1434-9. Cette partie est opposable aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations. »

« 2° Une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé. »

« Il détermine les modalités de coordination des soins de toute nature apportés au patient. »

« Il précise les modalités de coordination des établissements, professionnels et services de santé.

« Il détermine les objectifs retenus pour assurer une offre de soins suffisante aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du Code de la Sécurité Sociale. »

« Il prévoit les mesures de nature à améliorer l'efficience de l'offre de soins.

« Il précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation des soins. »

a) Le 1° de cet article prévoit les dispositions du schéma régional d'organisation des soins qui sont rassemblées dans la seconde partie du présent document constituant le VOLET HOSPITALIER. Ce volet, obligatoire et opposable dans son intégralité, précise par territoire de santé :

> les activités de soins et les équipements matériels lourds, l'offre de soins en milieu pénitentiaire,

> les créations, suppressions, transformations, regroupements, coopérations d'établissements de santé,

> les missions de service public au sens de l'article L. 6112-1 du code de la santé publique.

Par son caractère opposable, ce volet impose aux établissements de santé et autres promoteurs en matière d'autorisations sanitaires, une confrontation de leurs projets avec les prescriptions du SROS-PRS et permet ainsi les adaptations structurelles nécessaires à l'évolution de l'offre de soins hospitalière.

b) Le 2° de cet article constitue un exercice nouveau qui poursuit trois ambitions :

> déterminer la stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires en définissant des priorités d'actions en matière de structuration de l'offre de soins de premier recours et d'actions de santé publique,

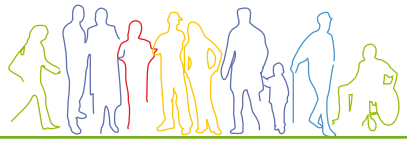
> permettre de mobiliser les professionnels de santé libéraux autour des priorités régionales en matière de santé publique et les impliquer dans la construction de l'offre régionale de soins ambulatoires permettant d'améliorer la réponse aux besoins de santé de la population,

> contribuer à la modernisation et à l'optimisation de l'offre, notamment par le développement de structures ou de modalités d'exercice coordonné des professionnels de santé.

En application de l'article L.1434-7 du code de la santé publique, cette première partie du SROS indique par territoire de santé les besoins en soins de premier recours et en laboratoires de biologie médicale (articles L.1411-11 et L.1411-12). Bien que non opposable, ce volet revêt un caractère majeur pour garantir un parcours de santé optimal pour le patient.

2. DU SROS 3 AU SROS-PRS… QUELLES PERSPECTIVES À L'HORIZON 2016 ? D'UNE PLANIFICATION HOSPITALIÈRE À UNE APPROCHE GLOBALE DU PARCOURS DE SANTÉ

L'élaboration du SROS-PRS représente un exercice nouveau, qui décline la stratégie globale de l'ARS en termes d'objectifs et d'organisation territoriale de l'offre de soins, à la fois hospitalière et ambulatoire.



Traduction opérationnelle du PSRS pour ces secteurs de la santé, le SROS se réfère aux trois finalités transversales retenues par le Conseil national de pilotage (CNP) des ARS, finalités qui structurent également les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'Etat et l'ARS : améliorer l'espérance de vie en bonne santé, promouvoir l'égalité devant la santé et développer un système de santé de qualité, accessible et efficient.

Améliorer l'espérance de vie en bonne santé :

Le SROS comporte de multiples objectifs visant à accompagner l'évolution des comportements individuels et collectifs pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé. Il s'agit en particulier de promouvoir une véritable culture de prévention et de dépasser un modèle de santé en grande partie focalisé sur les soins curatifs.

A cet égard, il convient de susciter et d'accompagner les pratiques de prévention en matière d'hygiène de vie ou de repérage précoce des situations à risque, cardio-neurovasculaire par exemple, pour éviter le recours à des thérapeutiques lourdes.

Il conditionne également l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé à travers l'éducation thérapeutique du patient et sa capacité à être acteur de son parcours. Partenaire à part entière de sa prise en charge, l'usager (patients, proches, aidants,…) doit pouvoir bénéficier d'un soutien tout au long du parcours de santé, y compris dans les moments critiques tels que la fin de vie.

Promouvoir l'égalité devant la santé :

Promouvoir l'égalité devant la santé implique une vigilance particulière quant à la répartition de l'offre de soins par territoire. L'ARS s'engage à utiliser différents leviers pour améliorer l'attractivité et promouvoir de nouveaux modes d'exercice comme le soutien à l'exercice regroupé, les nouveaux modes de rémunération, le développement de protocoles de coopération entre professionnels de santé.

La question de l'accessibilité est indissociable du déploiement des technologies de l'information et de la communication qui constitue un axe fort de la stratégie régionale. En particulier, la télémédecine, qui fait l'objet d'un programme spécifique, s'attachera à rapprocher les personnes de l'offre afin de faciliter leur prise en charge.

La promotion de l'égalité de tous devant la santé suppose une attention particulière portée aux publics vulnérables qui doivent bénéficier d'un accompagnement adapté à leur besoins pour faciliter leur accés aux soins.

Il s'agira par exemple de garantir - au regard des résultats d'une étude approfondie sur la réalité des pratiques tarifaires tant dans le secteur public que le secteur privé - au moins une offre par spécialité au tarif opposable par territoire, de développer des équipes psychiatrie-précarité, ou encore de renforcer les permanences d'accés aux soins de santé.

Développer un système de soins efficient :

Un système de soins efficient est un système gradué qui permet des parcours de soins continus facilement identifiables.

Dans le contexte de contrainte financière liée à l'évolution des besoins, le SROS-PRS, qui demandera une hiérarchisation des priorités régionales et une évaluation préalable de leur impact financier, invite tous les acteurs à garantir qualité, sécurité et efficience de l'offre de soins en participant à la rénovation du système de santé régional.

Dans ce cadre, la région Aquitaine s'engage à organiser la complémentarité des acteurs au sein de chaque territoire afin d'assurer la fluidité des parcours de soins. Cet axe important du SROS consiste tout d'abord à poursuivre l'effort de clarification sur le rôle et le périmètre d'intervention de chaque opérateur de santé, comme dans le secteur des personnes âgées, et à organiser de manière graduée la gestion des cas complexes. L'organisation en filière des parcours de soins nécessite de formaliser les relations entre les acteurs au travers d'outils de coopération territoriaux tels que les groupements de coopération sanitaire et les communautés hospitalières de territoire ou de coordination comme les contrats locaux de santé.

La formalisation des modes de prise en charge prendra également la forme de protocoles de coopération entre professionnels de santé. La poursuite du développement des alternatives à l'hospitalisation demeure un axe prioritaire, notamment en matière de chirurgie compte tenu du potentiel encore réalisable en chirurgie ambulatoire en fonction du rapport bénéfice/risque.

Aux côtés des modalités organisationnelles, un système de soins efficient, c'est aussi l'optimisation de la performance en évitant les redondances, en mutualisant les compétences et les moyens des acteurs et en disposant d'un dossier médical partagé.

3. LA DISPONIBILITÉ ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DU SYSTÈME DE SANTÉ : UN ENJEU STRATÉGIQUE TRANSVERSAL DE LA MISE EN ŒUVRE DU PRS ET DU SROS

Les professionnels de santé représentent un enjeu majeur pour l'avenir de notre système de santé. Cet enjeu recouvre à la fois des problématiques de démographie des professionnels de santé, de formation initiale, de formation continue, ainsi que de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, et de conditions de vie au travail.

3.1. La démographie et la formation des professionnels de santé en Aquitaine :

a) La démographie médicale :

La démographie médicale en Aquitaine est globalement favorable puisque la densité médicale est supérieure à la densité nationale, que l'on considère l'ensemble des médecins en activité ou les médecins âgés de moins de 55 ans.

Ce constat est toutefois différent selon les disciplines ou groupes de disciplines proposées à l'issue de l'examen classant national. Ainsi on retrouve :

> une densité supérieure à la densité nationale pour la médecine générale, les spécialités médicales, l'anesthésie réanimation, la gynécologie médicale, la psychiatrie et la santé publique,

> une densité voisine de la densité nationale pour la biologie médicale et les spécialités chirurgicales,

> une densité inférieure à la moyenne nationale pour la pédiatrie, la gynécologie obstétrique et la médecine du travail.

Par ailleurs, le vieillissement de la population médicale touche plus particulièrement certaines spécialités. Ainsi, plus de 50 % des médecins exerçant la gynécologie médicale, la médecine physique et de réadaptation, la chirurgie vasculaire, la psychiatrie et la médecine du travail, sont âgés de plus de 55 ans. Dans d'autres spécialités comme l'anatomie pathologique, l'anesthésie réanimation, la dermatologie, la médecine interne, la néphrologie, la rhumatologie, la gynécologie obstétrique, l'ophtalmologie, l'ORL, plus de 40 % des médecins sont âgés de plus de 55 ans. Si l'on considère le paramètre de l'âge à l'échelon départemental, on constate que le département du Lot et Garonne compte 48 % de médecins spécialistes âgés de plus de 55 ans toutes spécialités confondues.

b) La démographie des internes :

> Pour les internes de spécialité (hors médecine générale) :

Le nombre d'internes en médecine affectés chaque année à la subdivision de Bordeaux à l'issue des épreuves de l'ECN est en constante progression. La subdivision de Bordeaux reste une région attractive puisque, pour chaque promotion, 100 % des postes proposés à l'issue de l'ECN sont choisis.

La région Aquitaine dispose de capacités de formation conséquentes : 28 établissements participent à la formation des internes de médecine. Outre le CHU, fin 2011, 18 établissements publics de santé accueillent des internes ainsi que deux établissements privés à but non lucratif, cinq établissements de santé privés, un hôpital d'instruction des armées, un centre de lutte contre le cancer, l'établissement français du sang. En outre, les services de protection maternelle et infantile (PMI) de trois conseils généraux accueillent désormais des internes de médecine générale en stage semestriel.

Cependant, ces capacités de formation arrivent à saturation pour les spécialités chirurgicales et la médecine générale.

A contrario, pour les spécialités médicales, le potentiel des capacités de formation est supérieur au nombre d'internes à former.

En termes d'encadrement, le nombre de postes de médecins seniors hospitalo-universitaires et de praticiens hospitaliers rapporté à la population régionale, peut constituer un indicateur. Il apparaît ainsi que l'Aquitaine a un taux d'encadrement potentiel faible par rapport aux autres régions françaises, juste devant la région Centre et le Languedoc Roussillon, respectivement avant dernière et dernière du classement.

> Pour les internes de médecine générale :

Pour la formation des internes de médecine générale, le recrutement de maîtres de stage apparaît très dynamique au vu du rapport nombre de maîtres de stages/ nombre de médecins installés dans la région qui est très supérieur au rapport observé France entière.

Les stages d'internes en médecine générale dans les établissements de santé autres que le CHU, les stages chez le praticien ainsi que les stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) sont autant de leviers potentiels pour amener les jeunes médecins à s'installer dans des zones autres qu'urbaines.

Par ailleurs, il convient de développer l'attractivité des lieux de stages chez le praticien hors Gironde.

c) La démographie des autres professionnels de santé :

Globalement, les points forts font apparaître une densité supérieure à la moyenne nationale. A l'horizon 2018, la densité d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) devrait augmenter, tout en constatant un vieillissement des infirmiers en exercice et une concentration des professionnels en zone urbaine au détriment des zones rurales. L'impact sur les lieux de stages dans les établissements de santé est à prendre en compte au vu des difficultés que rapportent les acteurs de terrain.

Les instituts de formation en soins infirmiers disposent d'un quota de 1377 places pour l'ensemble de la région Aquitaine.

Concernant la formation des autres professionnels de santé, le nombre de places offertes à l'issue de la première année commune des études de santé (PACES) se répartit comme suit :

> École de sages femmes : 30 places,

> UFR d'odontologie : 58 places,

> UFR de pharmacie : 135 places,

> Écoles de kinésithérapie : 45 places + 35 places par concours d'entrée hors PACES,

> École d'orthophonie : 30 places,

> École de psychomotricité : 60 places,

> École d'ergothérapie : 30 places,

> École de manipulateurs en électroradiologie médicale : 21 places + 24 places par concours d'entrée hors PACES.

3.2. Les axes stratégiques concernant les ressources humaines du système de santé :

Il est proposé de développer une vision prospective des ressources et des compétences des professionnels de santé et de leur présence sur les différents territoires et bassins de vie avec les objectifs opérationnels suivants :

> anticiper les évolutions de la démographie des professionnels de santé afin de prévenir les déficits de certaines professions,

> faire évoluer l'offre de stage en fonction des besoins identifiés,

> anticiper les évolutions démographiques au regard des « territoires sensibles »,

> identifier les métiers sensibles, en lien avec ceux identifiés par le SROSMS,

> faire du comité régional de l'ONDPS une réelle instance de proposition de mesures à mettre en œuvre face aux problématiques des territoires isolés comme sensibles.

3.3. Les actions proposées :

a) Faire un diagnostic partagé des difficultés concernant les professionnels de santé (en lien avec l'ONDPS et l'observatoire des ressources humaines) :

a. Isoler les métiers sensibles (recenser les métiers sensibles avec les acteurs de terrain, les difficultés de recrutements).

b. Mettre en place une cartographie des métiers sensibles (répartition par territoire et bassin de vie et évolution à court et moyen terme).

b) Développer la politique des contrats d'engagement de service public : le contrat d'engagement de service public est une des réponses au constat d'inégalité d'offre de soins, résultant notamment d'une répartition inégale des médecins sur le territoire.

c) Poursuivre la politique des emplois médicaux hospitaliers partagés et réfléchir à l'extension de cette politique à d'autres catégories professionnelles : le dispositif des emplois médicaux partagés vise à développer une dynamique inter-hospitalière entre le CHU et les établissements publics de santé en favorisant la formation des jeunes médecins dans le cadre d'un post internat ou d'un post clinicat. Il permet de constituer un réseau régional de formation post universitaire en proposant à de jeunes médecins des emplois à cheval sur le CHU (20 % du temps en règle générale) et des établissements publics de santé (80 % du temps).

d) Accompagner le développement des contrats de cliniciens hospitaliers : dispositif majeur de la loi HPST, le contrat de clinicien hospitalier permet aux établissements publics de santé de recruter des médecins, odontologistes et pharmaciens sur des emplois particulièrement difficiles à pourvoir.

e) Les aides incitatives à l'installation : elles concernent des zones identifiées comme sous médicalisées et sont autant de leviers pour permettre à de jeunes médecins de s'installer dans ces zones.

f) Mettre en place un dispositif d'aides à la formation concernant certains métiers identifiés au sein des schémas (SROS et SROSMS) en lien avec les OPCA (organismes formateurs), concerté au niveau régional avec les fédérations d'établissements sanitaires et médico-sociaux et les unions régionales des professionnels de santé (URPS).

g) Accompagner la mise en place d'une politique dynamique des « ressources humaines » au sein des établissements de santé :

a. accompagner le développement d'une politique de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC),

b. accompagner les initiatives en matière de fidélisation des personnels, en particulier en matière d'accueil et d'encadrement des étudiants paramédicaux,

c. développer une politique dynamique d'amélioration de la santé au travail, des conditions de travail des personnels et de prévention des risques.

Une analyse des bilans sociaux des établissements, des bilans des politiques d'amélioration des conditions de travail, des documents uniques de prévention des risques, pourrait permettre à l'ARS de développer des accompagnements spécifiques grâce à des appels à projets régionaux.

h) Accompagner les restructurations d'établissements de santé ou regroupements, dans le cadre des actions prévues par le SROS PRS (GCS, CHT, autres dispositifs).

i) Développer les coopérations entre professionnels de santé afin d'améliorer l'efficience du parcours de soins.

En conclusion, afin d'accompagner la mise en œuvre de ces actions de manière concertée, il est proposé que le comité régional de l'ONDPS, élargi en fonction des thémes traités, dresse un bilan précis par territoire de santé des besoins et propose les actions d'accompagnement qui pourraient être mises en place.

4.
SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DU SROS

Le volet ambulatoire du SROS sera suivi par le groupe régional « soins de premier recours » mis en place en juin 2011 et, pour l'offre de laboratoires de biologie médicale, par un groupe ad hoc composé lors de l'élaboration du chapitre correspondant du schéma.

Le volet hospitalier du SROS sera suivi pour chacune de ses thématiques par un comité technique régional regroupant les professionnels de santé concernés et les fédérations hospitalières.

Les unions régionales des professionnels de santé seront invitées à désigner des représentants dans les comités techniques régionaux dans lesquels elles souhaitent avoir une représentation.

Volet ambulatoire

Sommaire

- 1. Partie relative à l'Offre Sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé et des réseaux de santé 12
- 2. Partie relative à l'Offre Sanitaire des laboratoires de biologie medicale ... 29

*[1. PARTIE RELATIVE A L'OFFRE SANITAIRE DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX, DES MAISONS DE SANTE, DES CENTRES DE SANTE, DES POLES DE SANTE ET DES RESEAUX DE SANTE

1. LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

*[Le volet ambulatoire constitue une innovation importante apportée par la loi HPST aux précédents schémas régionaux d'organisation des soins.

Ce volet du SROS, non opposable, a trois ambitions :

> déterminer la stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires en définissant des priorités d'actions en matière de structuration de l'offre de premier recours,

> mobiliser les professionnels de santé autour des priorités régionales en matière de santé publique et les impliquer dans la construction de l'offre de soins ambulatoires,

> contribuer à modernises l'offre, notamment par le développement de structures ou de modalités d'exercice coordonné.

Il représente le point de départ d'une démarche structurante des soins de premier recours qui s'articulent, autour de trois grandes fonctions, selon la définition de l'article L 1411-11 du code de la santé publique :

> l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement,

> le suivi du patient et la coordination de son parcours, y compris dans le secteur médico-social,

> le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé,

La loi confère au médecin généraliste ainsi qu'au pharmacien, un rôle pivot dans l'organisation des soins de premier recours, faisant notamment du médecin généraliste l'acteur essentiel de l'orientation du patient dans le système de soins et le garant de la coordination des soins.

Il appartient toutefois à l'ensemble des professionnels de santé de participer à ces missions, et l'évolution de l'offre de soins de premier recours doit privilégier les approches pluri professionnelles.

Le maintien d'une accessibilité à des soins de qualité pour tous les Français sur l'ensemble du territoire est une priorité. Or, les inégalités d'accès ne cessent de se creuser. Le vieillissement des médecins en exercice et le non remplacement des départs en retraite dans les territoires ruraux par de nouvelles générations de médecins font apparaître des « déserts médicaux ».

Pour faire face à cet enjeu majeur, la ministre des affaires sociales et de la santé a présenté en Décembre 2012, un pacte « territoire santé » déclinant une politique volontariste regroupant un ensemble de 12 mesures complémentaires.

2. LE PACTE TERRITOIRE SANTE

Il comporte 12 engagements déclinés autour de 3 axes principaux.

1. Changer la formation et faciliter l'installation de jeunes médecins

> Engagement 1 : un stage en médecine générale pour 100 % des étudiants

> Engagement 2 : 1500 bourses d'engagement de service public

> Engagement 3 : 200 praticiens territoriaux de médecine générale

> Engagement 4 : un référent installation unique dans chaque ARS

2. Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé

> Engagement 5 : développer le travail en équipe

> Engagement 6 : rapprocher les maisons de santé des universités

> Engagement 7 : développer la télémédecine

> Engagement 8 : accélérer les transferts de compétences

3. Investir dans les territoires isolés

> Engagement 9 : garantir un accès aux soins urgents en

*[Modification apportée par arrêté du 23 janvier 2014]

moins de 30 minutes

> Engagement 10 : permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires

> Engagement 11 : adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers à l'égard de leur territoire

> Engagement 12 : conforter les centres de santé

3. LES PRINCIPES DE LA REVISION DU VOLET AMBULATOIRE DU SROS

La deuxième version du volet ambulatoire du SROS intègre, comme l'annonçait la version initiale de ce volet, la problématique de l'offre de second recours ainsi que la mise à jour des zones déficitaires concernant plus spécifiquement les médecins généralistes.

Cette nouvelle version est également l'occasion d'intégrer dans le schéma l'ensemble des actions prévues pour décliner le pacte territoire santé en Aquitaine.

L'extension des zones d'application des contrats d'engagement de service public et la mise en œuvre du dispositif du praticien territorial de médecine générale sur ces mêmes zones, ont ainsi été intégrées dans la réflexion qui a conduit à la révision des zones déficitaires, afin de rendre le plus opérationnelles possibles ces nouvelles mesures.

4. LE DIAGNOSTIC PARTAGE

4.1. Les besoins de santé en Aquitaine :

Les données disponibles sur l'état de santé des aquitains permettent de faire ressortir quelques points marquants :

> un état de santé globalement bon avec une espérance de vie à la naissance situant l'Aquitaine en situation favorable parmi les régions françaises (5ème position pour les hommes et 6ème position pour les femmes),

> une population plus âgée que la moyenne nationale avec un vieillissement qui va s'accentuer dans les prochaines années et est davantage marqué dans les zones rurales,

> des décès prématurés évitables en particulier liés au tabac (cancer du poumon dans les 2 sexes et cardiopathies ischémiques chez les hommes) et aux suicides, pour lesquels des actions de prévention seraient à développer,

> Une part prépondérante des maladies cardiovasculaires et du diabète parmi les affections de longue durée, et un positionnement plutôt défavorable de l'Aquitaine concernant la prévalence des troubles psychiques,

> des inégalités de santé existantes entre les territoires : écart de 6 % entre le taux de mortalité générale le plus faible observée en Gironde et le plus élevée en Dordogne, mais surtout inégalités sociales avec des taux de mortalité variant de 1 à 3 chez les hommes de 25-54 ans entre les cadres et les ouvriers.

Mais cet état des lieux aquitain doit se situer dans le contexte plus général de ce qui a été appelé « la transition épidémiologique » avec le développement des pathologies chroniques lié au recul des pathologies infectieuses et à l'allongement de l'espérance de vie.

A l'heure actuelle, on estime qu'une personne sur quatre serait atteinte par une pathologie chronique et les dépenses liées à ces pathologies représentaient en 2008 plus de 80% des dépenses d'assurance maladie.

Le système de soins actuel, bâti sur un modèle de prise en charge ponctuelle à visée essentiellement curative, n'est plus adapté à la prise en charge de ces pathologies multifactorielles, nécessitant des actions préventives sur les facteurs de risque , des soins prolongés parfois multiples et un suivi au long cours.

4.2. L'offre de soins ambulatoire :

4.2.1. L'offre de soins de premier recours

L'analyse de la démographie des professionnels de santé de premier recours en Aquitaine fait ressortir les éléments suivants :

> Une densité de professionnels de premier recours supérieure à la moyenne nationale.

Cette situation favorable est valable pour les médecins généralistes libéraux (au 1er janvier 2012, densité de 11,2 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants contre 9,7 pour 10 000 habitants en France métropolitaine), comme pour les chirurgiens-dentistes libéraux (densité de 6,9 pour 10 000 habitants contre 5,7 en France métropolitaine), les infirmiers libéraux (densité de 16,4 infirmiers libéraux pour 10 000 habitants contre 12,0 en France métropolitaine), les masseurs-kinésithérapeutes libéraux (densité de 10,5 masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 10 000 habitants contre

8,7 en France métropolitaine) ou les sages-femmes libérales (densité de 0,7 pour 10 000 habitants pour 0,6 en France métropolitaine),

> D'importantes disparités entre les territoires de santé avec les densités les plus faibles observées en Dordogne et en Lot-et-Garonne et les plus élevées en Gironde et en Navarre-Côte basque,

Les écarts sont importants tant pour les médecins généralistes libéraux (au 1er janvier 2012, densité de 8,8 pour 10 000 habitants en Lot-et-Garonne et 13,1 en Navarre-Côte basque), que pour les chirurgiens-dentistes libéraux (densité de 5,0 pour 10 000 habitants en Dordogne et 10,1 en Navarre-Côte basque), les infirmiers libéraux (densité de 13,6 pour 10 000 habitants en Dordogne et 23,3 en Navarre-Côte basque) et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux (densité de 6,1 pour 10 000 habitants en Dordogne et 18,5 en Navarre-Côte basque),

> Des disparités encore plus marquées au sein des territoires de santé : la densité en médecins généralistes libéraux varie du simple au double en Gironde entre certains bassins de vie ruraux et les zones urbaines ou périurbaines et du simple au triple entre les zones rurales des Landes ou de Navarre-Côte basque et les bassins de vie littoraux,

Un âge moyen élevé pour les médecins généralistes libéraux (52,6 ans), les chirurgiens-dentistes libéraux (48,2 ans) et les pharmaciens d'officine (47,2 ans) et une moyenne d'âge plus favorable pour les infirmiers libéraux (45,9 ans), les sages-femmes libérales (44,3 ans) et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux (41,1 ans),

Les projections réalisées en 2008 pour l'année 2018 laissaient envisager, si les comportements se maintenaient :

> une stabilité de la densité régionale des médecins généralistes (qui pourrait être menacée par la féminisation de la profession si la tendance de l'année 2010 avec seulement 15 % d'installations en libéral parmi les nouveaux inscrits sur les tableaux des ordres départementaux de la région se confirmait),

> une baisse de la densité régionale des chirurgiens-dentistes,

> une hausse de la densité des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes libéraux,

> pour tous les professionnels, une accentuation de la concentration des installations en zones urbaines et périurbaines qui aggraverait les disparités observées : selon les projections réalisées, 70 % des médecins généralistes, 75 % des chirurgiens-dentistes et 62 % des infirmiers exerceraient en 2018 dans les grands pôles urbains.

Concernant les 1 270 pharmacies d'officine enregistrées au 1er janvier 2012, le rythme de fermeture constaté sur les 10 dernières années risque de se poursuivre sous l'effet des regroupements, rachats de clientèle et faillites avec la menace que représente pour certaines officines rurales, la disparition du médecin généraliste prescripteur dans leur commune rurale.

4.2.2. L'offre de soins de second recours

Dans le domaine ambulatoire, cette offre concerne les médecins spécialistes, à l'exclusion de ceux dont l'exercice nécessite un plateau technique lourd implanté en établissement.

Certaines spécialités bénéficient de l'accès direct pour certains actes telles que la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie, la psychiatrie pour les 16-25 ans. Les pédiatres, en accès direct pour les moins de 16 ans (qui n'entrent pas dans le parcours de soins coordonné par le médecin traitant), participent au premier recours mais aussi au deuxième recours en cas d'avis spécialisé.

L'analyse de l'état des lieux de la démographie de ces professionnels de santé en Aquitaine fait ressortir des éléments superposables à ceux qui ont été ci-dessus évoqués pour les professionnels de premier recours :

> une densité de spécialistes supérieure à la moyenne nationale, plus particulièrement en exercice libéral et/ou dans certaines spécialités : la densité régionale de l'ensemble des spécialistes libéraux et/ou salariés est légèrement supérieure à la densité nationale (16,5 médecins spécialistes pour 10 000 habitants contre 16,3 pour 10 000 habitants en France métropolitaine au 1er janvier 2012). Cette situation favorable est plus marquée pour les spécialistes libéraux (8,75 médecins spécialistes libéraux pour 10 000 habitants contre 6,9 pour 10 000 habitants en France métropolitaine au 1er janvier 2012). Elle est également favorable dans plusieurs spécialités du domaine ambulatoire : cardiologie, dermatologie, gynécologie, médecine physique, radiologie. Certaines spécialités sont toutefois moins bien pourvues dans notre région : endocrinologie, pneumologie, rhumatologie,

> de très fortes disparités entre les territoires de santé, voire au sein de ces territoires, liées à une concentration des implantations en milieu urbain, au sein des agglomérations les plus importantes : Communautés Urbaines Bordelaise, Paloise et du littoral basque. La

densité de l'ensemble des médecins spécialistes varie ainsi du simple au triple entre le département de la Dordogne, le plus défavorisé d'Aquitaine avec une densité globale de spécialistes inférieure de près de 50% à la moyenne nationale (8,6 spécialistes pour 10 000 habitants contre 16,3 pour 10 000 habitants en France métropolitaine) et les territoires les mieux pourvus de Gironde (densité de 21,2 pour 10 000 habitants) et de Navarre Côte basque (20,1 pour 10 0000 habitants). Ces écarts de densité sont constatés dans toutes les spécialités et plus particulièrement pour les spécialistes en endocrinologie, gastro-entérologie, gynécologie et gynécologie-obstétrique, neurologie, psychiatrie, rééducation fonctionnelle et rhumatologie,

> un âge moyen élevé avec 41,5 % des médecins spécialistes âgés de plus de 55 ans, cette proportion étant particulièrement élevée chez les psychiatres (56% de plus de 55 ans) et chez les ophtalmologues (50%). Le vieillissement de l'ensemble des médecins spécialistes est très marqué en Dordogne (52,1 % de plus de 55 ans).

4.2.3 Les structures d'exercice pluri professionnel

L'historique de la région, qui n'a pas un fort passé industriel, explique la modeste implantation des centres de santé, qui, lorsqu'ils existent, sont dans leur grande majorité, spécialisés en soins dentaires ou infirmiers.

De nouvelles structures se sont développées ces dernières années avec une vingtaine de maisons de santé ou pôles pluri professionnels actuellement en fonctionnement et de nombreux projets en cours de conception, voire de construction. Environ la moitié de ces nouvelles structures se situe en zones déficitaires en professionnels de premier recours, ce qui constitue un atout pour le recrutement des jeunes professionnels attirés par l'intérêt d'un travail en équipe.

L'Aquitaine comprend également plusieurs réseaux de santé. Quatre d'entre eux concernant des pathologies ou des filières prioritaires ont une envergure régionale : réseau cancérologie, réseau périnatalité, réseau obésité et réseau maladies respiratoires. Les autres réseaux, réseaux de proximité, le plus souvent centrés sur des pathologies spécifiques sont actuellement engagés dans une politique de regroupement et de développement de leur polyvalence. Leur recentrage sur des fonctions de coordination les conduisent à se rapprocher de l'ensemble des structures participant à la coordination des soins dans leur territoire de proximité d'implantation.

4.3. Les orientations issues du diagnostic partagé :

Le rapprochement des différents éléments issus de l'analyse de l'état de santé de la population, de l'analyse de l'offre en soins de premier recours, des besoins exprimés lors des différentes concertations, a permis de dégager les principaux axes des travaux à mener dans le cadre du schéma d'organisation des soins ambulatoires :

> En premier lieu, et même si globalement l'offre de soins de premier recours se situe dans la région à un niveau très satisfaisant, le problème du maintien d'une accessibilité géographique équitable aux soins de premier et de second recours constitue une préoccupation majeure en raison de l'apparition de territoires en difficulté, principalement dans les deux départements les plus ruraux d'Aquitaine : le Lot-et-Garonne et la Dordogne.

L'accessibilité aux soins pour les personnes en situation de précarité ou de handicap doit être, d'autre part, l'objet d'une veille attentive.

> La nécessaire évolution des soins de premier recours face aux besoins de nouvelles formes de prise en charge des malades chroniques et des personnes âgées constitue le deuxième axe d'actions à mener. Au cœur de cette évolution se situe le développement des structures pluridisciplinaires, le positionnement des réseaux de santé et la réflexion sur un nouveau partage des rôles entre professionnels avec la mise en place de protocoles de coopération dans les domaines et dans les territoires où des besoins de santé, mal pris en compte, apparaissent.

La structuration de l'offre ambulatoire apparaît comme un enjeu primordial, en terme de qualité des prises en charge, avec comme objectifs la continuité des soins pour éviter les ruptures dans le parcours du patient, la coordination entre les acteurs du soin et des prises en charge médico-sociales et l'intégration de la prévention pour permettre une prise en charge globale du patient.

L'enjeu, en termes d'efficience, est également très important dans la mesure où l'évolution demandée aux établissements hospitaliers de concentrer leur activité sur les prises en charge à un niveau d'expertise élevé, désengorger les services d'urgence, mieux préparer les retours à domicile, ne pourra se concrétiser sans le support d'un solide tissu ambulatoire.

> Pour accompagner cette mutation et faciliter la coordination entre tous les acteurs en santé, il faudra s'appuyer sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication encore peu utilisées dans le

fonctionnement des soins de premier recours et dans l'information et l'éducation des patients, qui doivent également participer à cette évolution vers une prise en compte plus collective des problèmes de santé.

> Enfin, pour agir plus efficacement et anticiper les évolutions futures, il paraît indispensable de mieux étudier les comportements en matière de parcours de santé et d'analyser les caractéristiques du système de santé régional en termes d'accessibilité, de continuité, de globalité et de coordination des soins afin de rentrer dans une dynamique d'amélioration de la qualité et d'efficience du système de santé.

5. LES TERRITOIRES DE L'OFFRE AMBULATOIRE

Les territoires de santé sont les territoires de référence pour l'organisation des soins. 6 territoires de santé ont été définis par un arrêté de la directrice générale de l'ARS en juillet 2010 : ils s'inscrivent dans le périmètre des départements, à l'exclusion des 2 territoires du département des Pyrénées-Atlantiques : Navarre Côte basque (arrondissement de Bayonne) et Béarn Soule (arrondissements de Pau et Oloron).

Ces territoires sont toutefois trop vastes pour analyser les besoins en implantation des professionnels de premier recours et déterminer les zones fragiles où seront mises en œuvre les mesures facilitant l'implantation des professionnels (zones définies à l'article L 1434-7 du code de la santé publique).

Les méthodologies utilisées pour déterminer au niveau national les zones d'application des mesures de rééquilibrage démographique négociées dans le cadre des conventions entre l'Assurance maladie et plusieurs professions de santé, (à ce jour, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes et chirurgiens-dentistes) se sont appuyées sur un découpage en bassins de vie et pseudo cantons pour les zones urbaines (à l'exception des sages-femmes dont le nombre plus réduit a conduit à s'appuyer sur des zones plus vastes, les bassins d'emploi).

Ce découpage détermine ainsi 186 zones pour l'Aquitaine, qui de façon non superposable selon les différentes professions sont classées en 5 niveaux de zones de très sous dotées à surdotées.

Concernant les médecins généralistes, la détermination des zones d'application des différentes mesures incitatives conventionnelles a été laissée à l'initiative de chaque ARS, mais dans le cadre d'une limite à un pourcentage de la population de chaque région fixée à 3% pour l'Aquitaine soit 95 329 habitants. Cette forte contrainte a conduit à déterminer ces « zones fragiles » sur des territoires plus petits que des bassins de vie. Ont été ainsi retenus les cantons, voire uniquement certaines communes des cantons les plus défavorisés en démographie de médecins généralistes.

Toutefois, afin de pouvoir développer de façon plus satisfaisante une politique d'accompagnement des installations en territoires déficitaires, en particulier grâce au développement de structures d'exercice pluri professionnel, le précédent SROS a déterminé des zones complémentaires aux zones fragiles, dénommées » zones d'accompagnement prioritaires ».

Tout en conservant ce même principe, l'actuelle révision du volet ambulatoire est l'occasion de mettre à jour ces zones au vu de l'évolution de la démographie des médecins généralistes, mise à jour au 01/01/2013. Cette révision permet également d'évoluer vers une notion de lieux d'installation prioritaires où pourront être regroupés plusieurs leviers d'action pour inciter un professionnel à y exercer.

Le pacte territoire santé décline en effet plusieurs actions qui complètent les actions préexistantes (option conventionnelle démographie, contrat santé solidarité, développement des structures d'exercice pluri professionnel). Ces nouvelles actions sont à mettre en œuvre de façon complémentaire afin d'apporter une solution à la désertification de certains territoires.

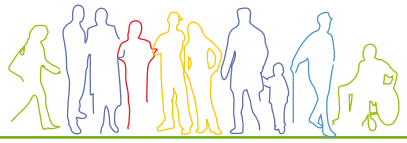
Citons en particulier :

> l'élargissement des zones d'application des CESP (bourses d'études pour les étudiants en médecine en contre partie d'installation en zones déficitaires) et l'extension du principe des CESP aux études dentaires,

> la création de postes de Praticiens territoriaux de médecine générale avec 8 contrats possibles en aquitaine en 2013.

En application de l'article R 1434-4 du code de la santé publique complété par le décret du 14 Août 2013, ces 2 mesures s'appliquent désormais sur l'ensemble des zones prévues au SROS et non uniquement, comme pour les précédents CESP, sur les zones déficitaires au sens de l'article L 1434-7 du code de la santé publique, limitées pour l'Aquitaine à 3% de la population,

> accélération du recrutement de maîtres de stage pour les étudiants en médecine,



> rémunérations forfaitaires complémentaires au paiement à l'acte pour les équipes pluri professionnelles,

> appui des hôpitaux de proximité,

> développement de centres de santé...

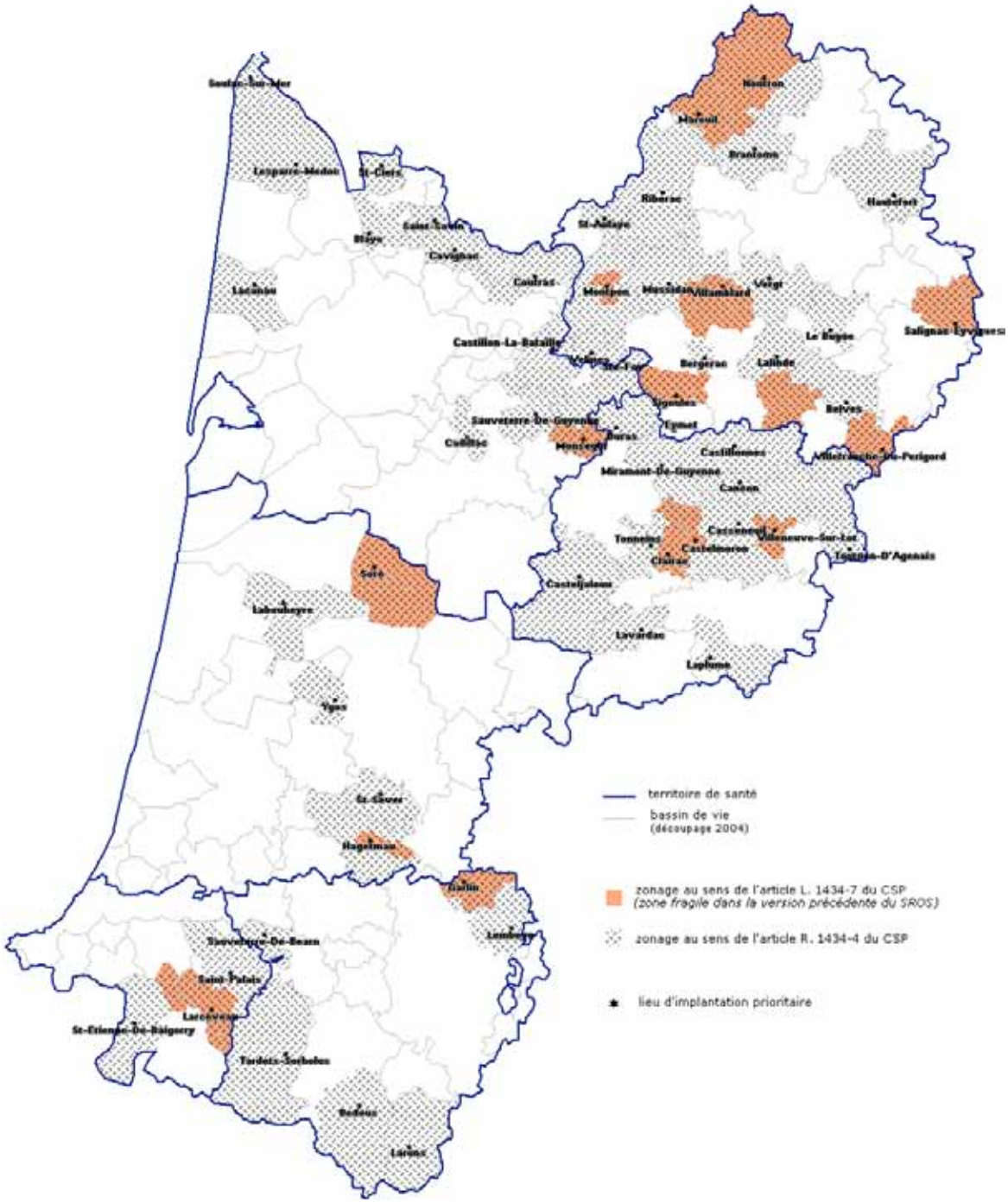
L'objectif est en effet de ne pas éparpiller les moyens d'actions, mais de les concentrer en certains lieux, les plus aptes à intéresser un jeune médecin : existence d'une équipe pluri professionnelle, poste partagé avec un emploi salarié hospitalier, poste en centre de santé…. en apportant une réponse aux besoins de la population. Le temps d'un médecin dans chaque canton est révolu et les mesures d'accompagnement ne peuvent s'appliquer à cette échelle.

C'est l'échelle des bassins de vie qui apparaît la plus pertinente pour la détermination de ces lieux: il s'agira le plus souvent de la commune principale des bassins de vie déficitaires, mais cela pourra être parfois 2 communes dans les grands bassins de vie ou à l'opposé une seule commune pour plusieurs petits bassins de vie pouvant être regroupés.

La détermination de ces lieux s'est appuyée sur le classement des bassins de vie dont la densité en médecins généralistes était la plus basse au 01/01/2013, en tenant compte de la densité globale et de la densité des médecins de moins de 60 ans (bassins de vie dont la densité est inférieure de 30 à plus de 50% à la moyenne régionale) . L'analyse a été complétée par l'utilisation de l'indicateur de densité de chaque commune, établi par la DREES (Indicateur d'accessibilité potentielle localisée), qui tient compte de l'activité des médecins (calcul en ETP), du recours aux soins variable selon l'âge de la population et de l'accessibilité à l'offre en soins de généralistes calculée en temps d'accès.]

• Zonage déterminé par le SROS ambulatoire

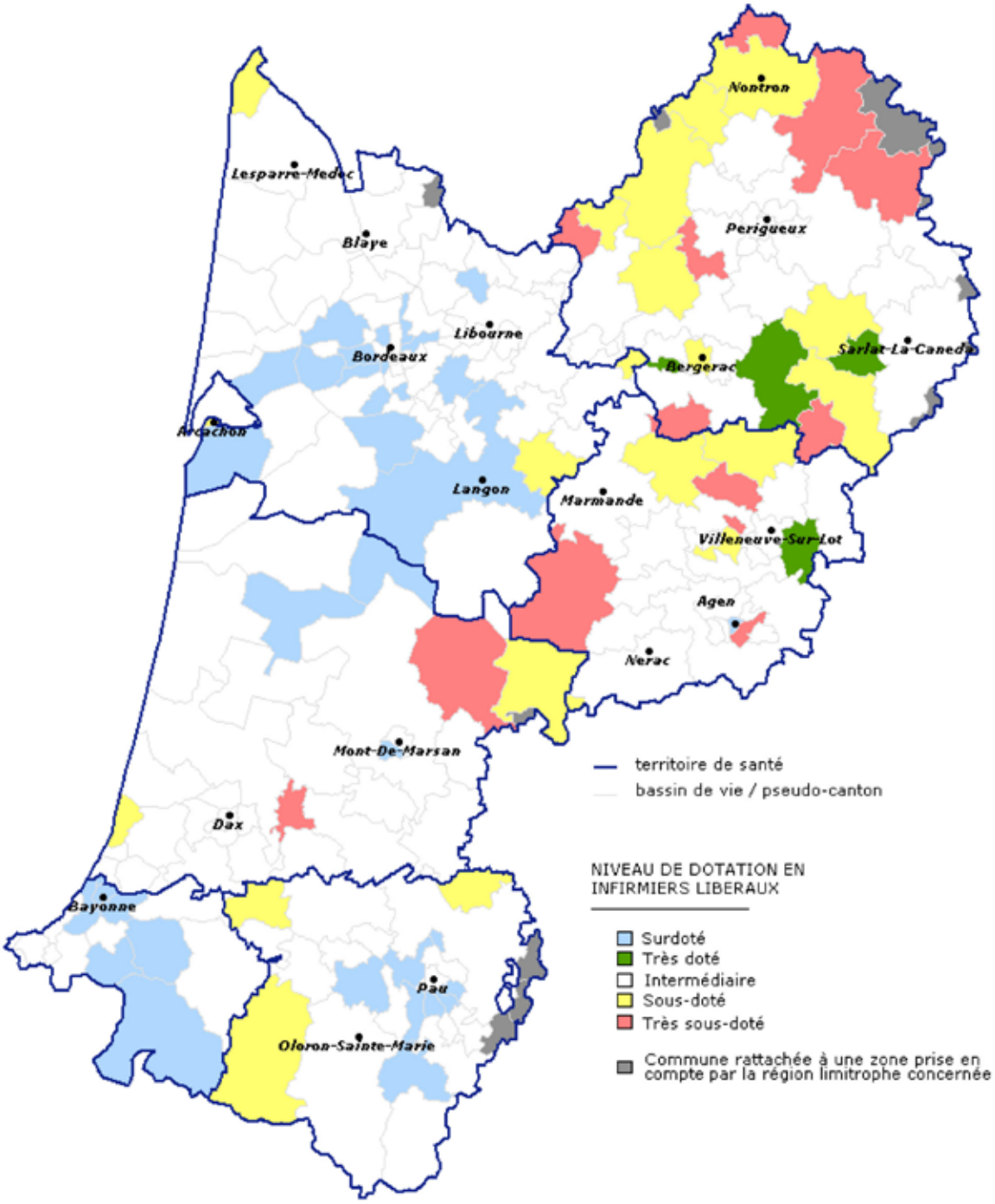
Voir liste des communes en annexe



Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fonds IGN
Source : ARS Aquitaine

• Les zones de mise en oeuvre des mesures de l'avenant n°3 de la convention des infirmiers libéraux

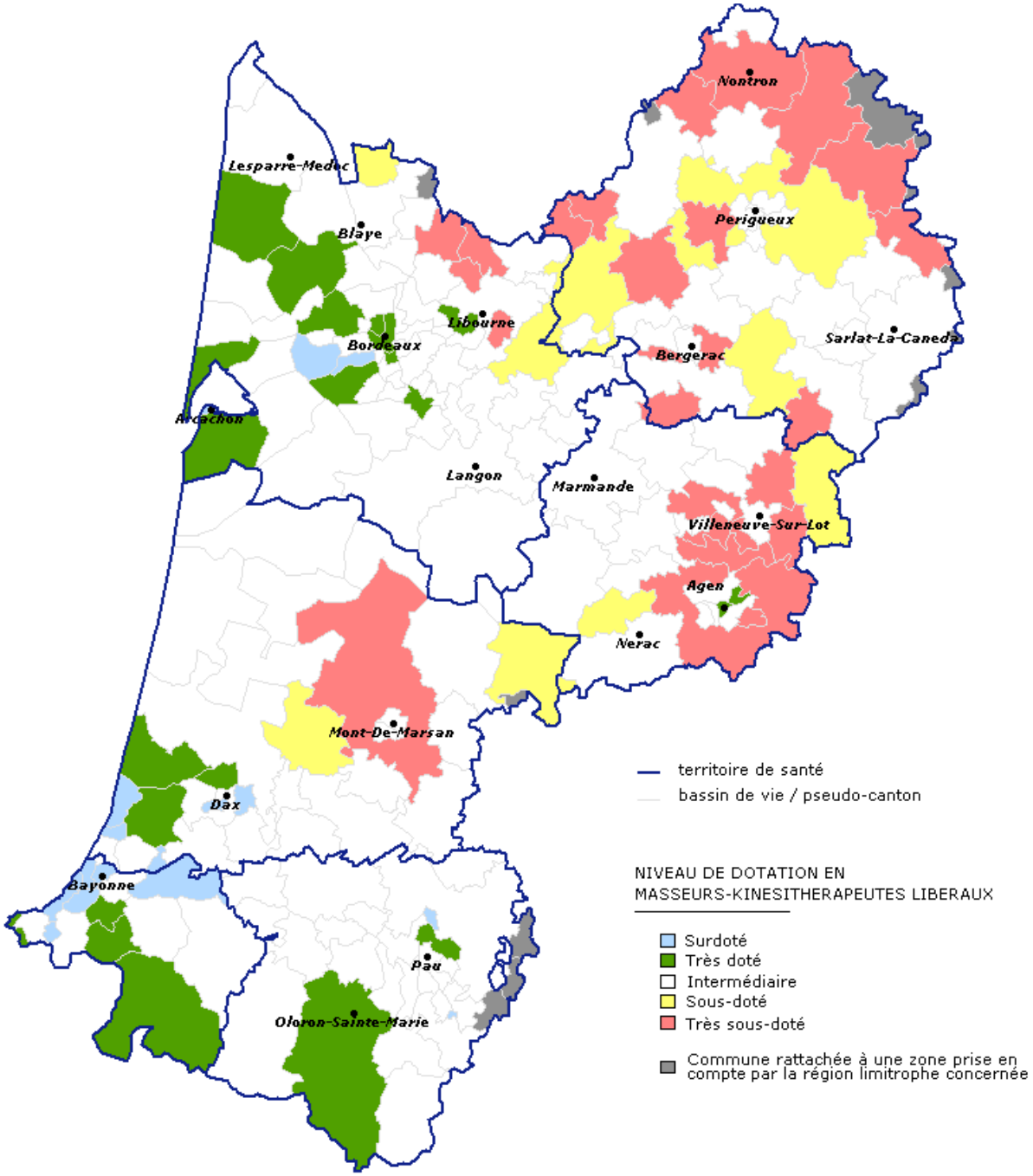
Voir liste des communes en annexe



Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fonds IGN
Source : Cnamts - Mise en application de l'arrêté du 21 décembre 2011
Zonage effectif par arrêté du 14 juin 2012

• Les zones de mise en oeuvre des mesures de l'avenant n°3 de la convention des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

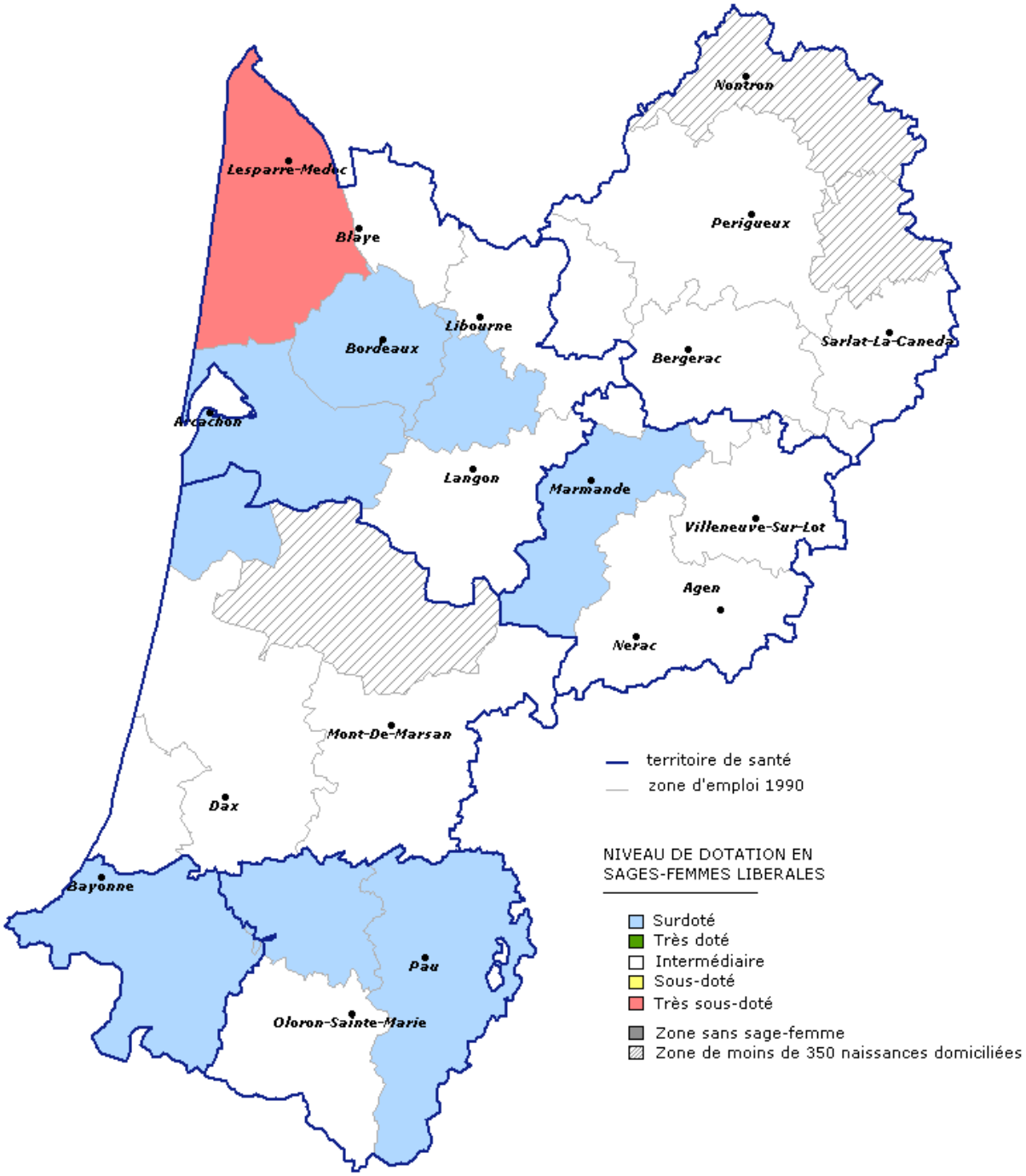
Voir liste des communes en annexe



Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fonds IGN
Source : Cnamts - Mise en application de l'arrêté du 12 juin 2012
Zonage effectif par arrêté du 28 janvier 2013

• Les zones de mise en oeuvre des mesures de l'avenant n°1 de la convention des sages-femmes libérales

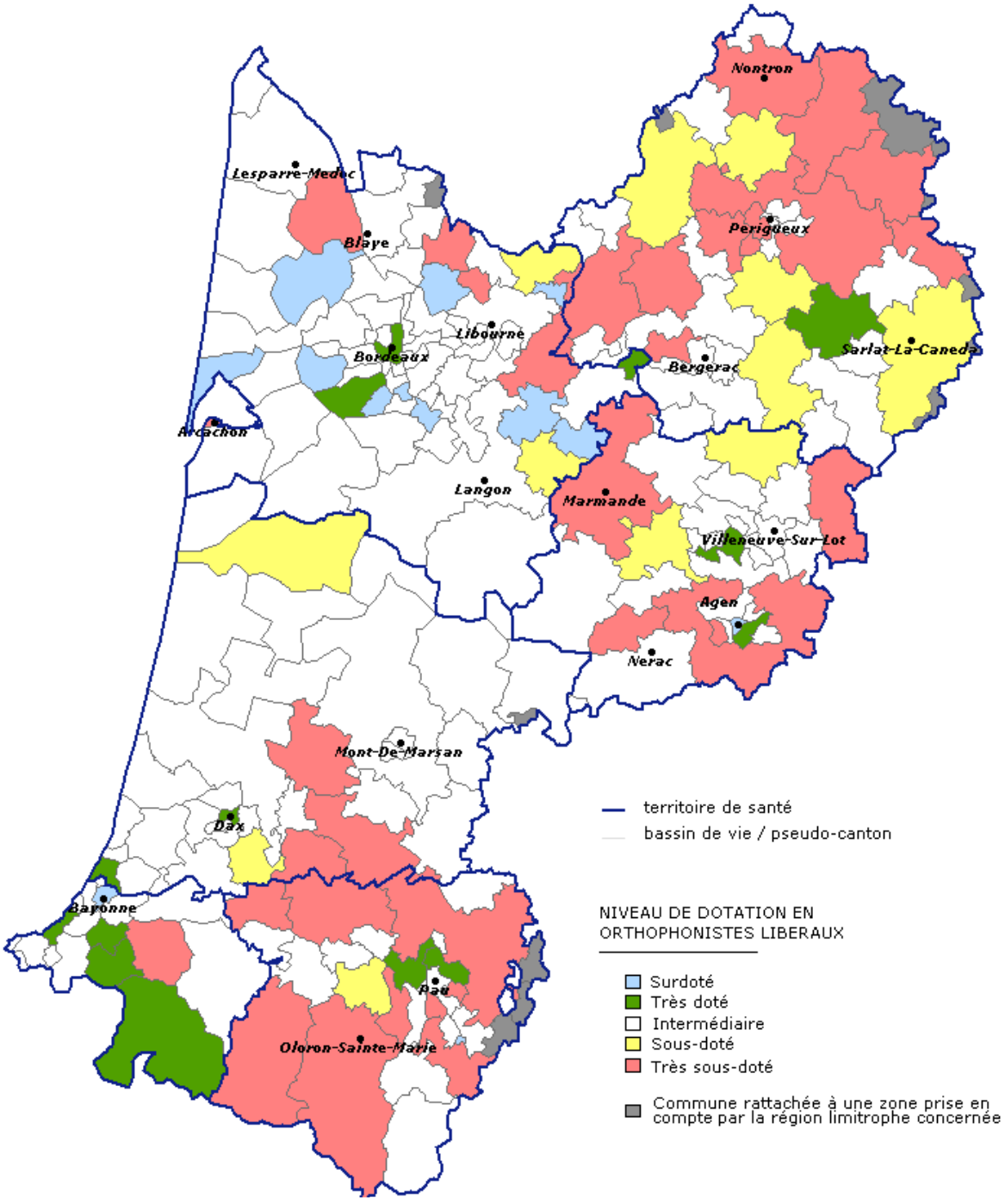
Voir liste des communes en annexe



Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fonds IGN
Source : Cnamts - Mise en application de l'arrêté du 12 juin 2012
Zonage effectif par arrêté du 28 janvier 2013

• Les zones de mise en oeuvre des mesures de l'avenant n°13 de la convention des orthophonistes

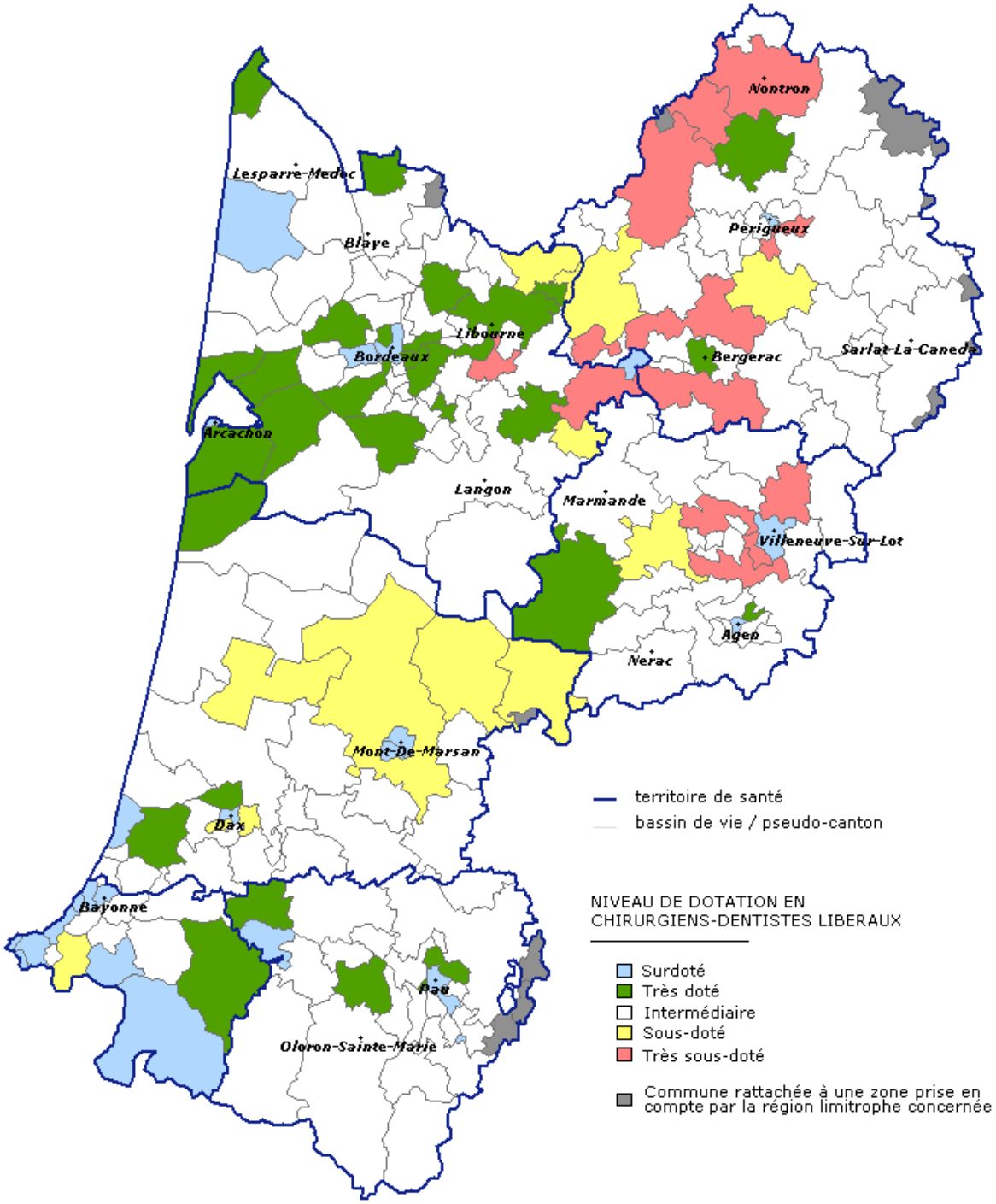
Voir liste des communes en annexe



Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fonds IGN
Source : Cnamts - Mise en application de l'arrêté du 12 juin 2012
Zonage effectif par arrêté du 28 janvier 2013

• Les zones de mise en oeuvre des mesures de l'avenant n°2 de la convention des chirurgiens-dentistes libéraux

Voir liste des communes en annexe



Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fonds IGN
Source : Cnamts - Mise en application de l'arrêté du 28 mai 2013
Zonage effectif par arrêté du 23 janvier 2014

[Modification apportée par arrêté du 23 janvier 2014]

6. LES AXES DU SCHEMA

AXE N° 1 : GARANTIR LE MAINTIEN D'UNE OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE ACCESSIBLE À TOUS

Argumentaire :

Malgré une densité de professionnels de santé globalement élevée en Aquitaine, certains territoires, en particulier ruraux, se fragilisent en ce qui concerne les médecins généralistes, les infirmiers ou les dentistes, avec des perspectives inquiétantes en raison du vieillissement marqué des professionnels installés dans les zones rurales et une forte tendance des plus jeunes à s'installer en milieu urbain ou près du littoral.

*[L'ensemble des mesures existantes reprises et complétées dans le pacte territoire santé doit faire l'objet d'une politique volontariste pour espérer lutter contre la baisse de démographie observée en zones rurales. Ceci sans oublier quelques territoires urbains en difficultés auxquels des réponses spécifiques doivent également être apportées (aide à l'exercice regroupé, salariat en centres de santé...).

Les médecins spécialistes sont d'ores et déjà concentrés dans les grandes agglomérations et cette tendance s'aggrave retentissant sur les délais de consultation et pénalisant l'accès aux soins de second recours en particulier en Dordogne ainsi qu'à un degré moindre en Lot et Garonne et dans les Landes. Il faut donc mettre en place des solutions alternatives, à adapter selon les spécialités et les territoires en faisant appel en particulier aux technologies nouvelles (télémédecine) mais aussi en s'appuyant sur les structures existantes (développement de consultations avancées de spécialistes dans des MSP ou des hôpitaux de proximité). Le développement des coopérations entre professionnels de santé est également un axe intéressant, soit à travers une meilleure répartition des tâches, en tenant compte de l'évolution des compétences de chaque professionnel, par exemple l'extension des compétences des sages-femmes au suivi des grossesses non pathologiques et à la contraception qui pourrait apporter une solution à la baisse du nombre de gynécologues-obstétriciens dans certains territoires, soit par la mise en place de protocoles de coopération , par exemple entre ophtalmologues et orthoptistes dans les territoires où l'offre en médecins spécialistes est insuffisante.]

Enfin, outre l'accessibilité géographique, il est important d'améliorer l'accessibilité aux soins qui reste parfois limitée pour les personnes les plus vulnérables : handicap physique, psychique, précarité.

Objectif 1 : Maintenir une offre de soins ambulatoire suffisante dans les territoires en difficultés :

1.1 Mettre en œuvre l'ensemble des mesures incitatives existantes, en particulier celles prévues au Pacte territoire santé en les adaptant aux caractéristiques des territoires en difficulté :

1.1.1 Agir en collaboration étroite avec l'université pour développer les stages en médecine générale des étudiants et spécifiquement hors grandes agglomérations

1.1.2 Communiquer de façon intense et régulière auprès des étudiants de 2ème cycle et les internes sur les contrats d'engagement de service public (CESP) et auprès des internes sur le dispositif du praticien territorial de médecine générale (PTMG).

1.1.3 Mener une campagne d'information auprès des lycéens des lycées ruraux de Dordogne et Lot-et Garonne sur les mesures d'accompagnement financier des études médicales et dentaires à travers les CESP.

1.2. Mettre en place des solutions pour faciliter l'accès aux avis spécialisés :

1.2.1 Développer des solutions de télémédecine : téléconsultation et/ou télé expertise dans les spécialités s'y prêtant : cardiologie, radiologie, dermatologie

1.2.2 Faciliter la mise en place de consultations avancées de spécialistes dans les hôpitaux locaux et soutenir les projets de consultations avancées dans les MSP existantes.

1.3. Accompagner spécifiquement les projets d'implantation de MSP, pôles de santé et centres de santé dans les zones en difficultés ou en prévision de difficultés démographiques :

1.3.1 Susciter une réflexion et une dynamique entre les professionnels dans les territoires de premier recours prioritairement concernés

1.3.2 Apporter une aide à la conception du projet : aide à l'ingéniérie du projet, à la rédaction du projet de santé

1.3.3 Apporter une aide à la conception du projet : aide

à l'ingéniérie du projet, à la rédaction du projet de santé

1.4. Susciter et accompagner les projets de création de centres de santé en zones urbaines sensibles ou dans certaines zones rurales

1.5. Faciliter le déploiement des protocoles de coopération entre professionnels dans les territoires où l'offre actuelle en soins ambulatoires ne couvre pas les besoins de la population

Indicateurs :

- Part des étudiants en médecine ayant effectué un stage en médecine générale au cours de leur 2ème cycle

- Nombre de contrats CESP signés chaque année universitaire par des étudiants en médecine ou des internes

- Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne nationale (en %)

- Solde entre les nouvelles installations et les cessations d'activité de médecins généralistes dans l'ensemble des zones déficitaires

- Densité de médecins généralistes dans les zones déficitaires (pour 10 000 habitants)

- Nombre de maisons et pôles de santé pluri professionnels en fonctionnement en zones déficitaires SROS

- Nombre de professionnels de santé exerçant en zones déficitaires SROS adhérant à un protocole de coopération entre professionnels

- Nombre de consultations avancées mises en place dans les établissements hospitaliers périphériques et hôpitaux de proximité

Objectif 2 : Assurer l'accessibilité aux soins de premier recours pour les personnes en situation spécifique : précarité, handicap… :

2.1. S'appuyer sur le dispositif de suivi de l'avenant 8 pour analyser l'évolution de l'accessibilité financière (dépassement d'honoraires…).

2.2. Améliorer l'accessibilité des cabinets médicaux, dentaires, paramédicaux et des officines pharmaceutiques aux personnes handicapées (accessibilité physique, transports…).

2.3. Adapter la formation des professionnels de santé à une meilleure prise en compte des spécificités des personnes en situation de handicap ou de précarité (approche psychologique, environnement du patient….).

Lien avec le PSRS :

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°2 : FACILITER UN ACCÈS ÉQUITABLE ET PERTINENT AUX SOINS ET AUX PRISES EN CHARGE MÉDICO-SOCIALES

2.1 : Organiser l'accès aux soins et aux prises en charge de premier recours

1. Engager le processus d'une meilleure répartition géographique des professionnels de santé

2. Promouvoir des cadres d'exercices diversifiés adaptés aux souhaits des jeunes professionnels de santé et favoriser des expérimentations de transfert de tâches et de nouvelles organisations des professionnels de santé

Lien avec les autres schémas et programmes :

SROMS : Accessibilité des personnes âgées et handicapées à l'offre de soins de premier recours.

PRAPS : Accessibilité des personnes les plus démunies à l'offre de soins de premier recours.

AXE N°2 : ACCOMPAGNER L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

Argumentaire :

Il s'agit d'évoluer d'une dimension individuelle vers une dimension collective : intégrer la prise en charge du patient dans une prise en charge pluri-professionnelle cohérente et coordonnée et situer cette prise en charge dans un projet collectif de santé d'un territoire. Cette évolution nécessite un changement culturel important de la part des professionnels de santé, encore marqués par une culture des soins individuels ; l'attrait des nouvelles générations pour des modes d'exercice pluridisciplinaire devrait faciliter cette nouvelle pratique.

Il s'agit également d'évoluer d'une offre essentiellement orientée vers les soins curatifs et ponctuels vers une offre mieux adaptée aux besoins actuels liés à la prééminence des maladies chroniques ,au vieillissement de la population, au souhait de prise en charge à domicile , c'est à dire offrant continuité et complémentarité des soins curatifs et préventifs, éducation à la santé et éducation thérapeutique, coordination avec les prises en charge médico-sociales.

Le mode de prise en charge actuel, essentiellement basé

sur le paiement à l'acte, constitue un frein majeur ; il est donc indispensable d'accompagner financièrement ainsi que sur le plan technique et humain, toutes les initiatives des professionnels de santé ou des collectivités qui permettraient de faciliter cette évolution.

Objectif 3 : Améliorer la continuité, la coordination des soins et les complémentarités entre professionnels :

3.1. Favoriser sur l'ensemble de la région l'émergence des structures d'exercice pluriprofessionnel (pôles de santé, MSP, réseaux..) porteuses d'un projet de santé dans le territoire de premier recours garant de l'exercice de toutes les missions du premier recours : aide à la conception du projet, aide au démarrage de la structure, aide financière pour faciliter la coordination entre les professionnels, mise à disposition d'un outil communicant.

3.2. Encourager l'élaboration et la généralisation de la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels de santé.

3.3 Participer à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé dans certaines structures pluri-professionnelles.

3.4. Mettre en place des coordinations d'appui au médecin traitant pour les cas complexes nécessitant en particulier une articulation avec une prise en charge médico-sociale ou sociale, soit au sein de structures existantes dans un territoire de premier recours (MSP, pôle, réseau, EHPAD, hôpital local…), soit au sein de plateformes de coordination commune regroupant ces structures (y compris CLIC, MAIA…..).

Indicateurs :

- Nombre de structures d'exercice coordonné en milieu ambulatoire pour 100 000 habitants

- Nombre de plateformes de coordination ou service territorial d'appui au premier recours en fonctionnement

Objectif 4 : Accompagner l'évolution vers une prise en charge globale du patient

4.1. Développer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur l'approche préventive : posture éducative, repérage précoce des facteurs de risque…

4.2. Intégrer l'offre en prévention : éducation thérapeutique, dépistage, éducation à la santé au niveau des structures pluridisciplinaires mises en place.

4.3. Réorienter les réseaux thématiques de proximité vers des réseaux polyvalents pour éviter des prises en charge cloisonnées.

Indicateurs :

- 100% des projets de santé élaborés par les structures pluri professionnelles intégrant des actions de prévention et/ou dépistage,

- Nombre de réseaux de proximité ayant opéré leur regroupement entre eux ou avec d'autres structures participant à la coordination

Lien avec le PSRS :

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°1 : DÉVELOPPER LA PRÉVENTION, DANS UN OBJECTIF DE REDUCTION DES INEGALITES DE SANTE

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°2 : FACILITER UN ACCÈS ÉQUITABLE ET PERTINENT AUX SOINS ET AUX PRISES EN CHARGE MÉDICOSOCIALES

2.1 Organiser l'accès aux soins et aux prises en charge de premier recours

> Promouvoir des cadres d'exercices diversifiés adaptés aux souhaits des jeunes professionnels de santé et favoriser des expérimentations de transfert de tâches et de nouvelles organisations

2.2 Assurer une offre performante en éducation thérapeutique sur ces différentes thématiques au travers de programmes d'éducation thérapeutique équitablement répartis sur les territoires

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°4 : AMELIORER LA TRANSVERSALITE, LA LISIBILITE, LA COHERENCE ET LA CAPACITE D'ADAPTATION DU SYSTEME DE SANTE REGIONAL

4.3. Favoriser la fluidité des parcours entre la prévention, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, l'accompagnement médico-social ou social, et le retour à domicile ou dans l'établissement, substitut du domicile

> Développer les structures et les outils facilitant cette coordination (réseaux de santé, structures pluridisciplinaires, télémédecine…)

Lien avec les autres schémas et programmes :

SRP : Évoluer vers une offre de prévention mieux intégrée à l'offre de soins de premier recours (éducation thérapeutique, dépistage, éducation à la santé….)

AXE N°3 : MIEUX UTILISER LES POSSIBILITÉS OFFERTES PAR LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

Argumentaire :

L'accès à l'information disponible sur l'offre en santé est une forte demande des usagers comme des professionnels. L'enjeu est important car cet accès à une information valide, régulièrement mise à jour et couvrant l'ensemble de l'offre en santé, pourrait permettre une meilleure orientation dans l'offre de soins et médico-sociale et améliorer la visibilité de l'offre en prévention. Des informations existent mais éparpillées sur différents sites et sans garantie d'exhaustivité. Il apparaît donc nécessaire de mettre en place un point d'accès unique régional, après une indispensable et réaliste réflexion sur les procédures de mises à jour et le lien avec des plateformes relais de ces informations au plus proche du terrain.

L'organisation des soins dans le domaine de la santé, en particulier sur l'offre de soins de premier recours, a encore peu tiré profit des possibilités offertes par les NTIC. Il existe donc une bonne marge de progression dans l'appropriation de ces technologies par les acteurs de terrain et surtout dans l'interopérabilité des différentes offres de service développées sans cohérence d'ensemble.

Une bonne et rapide circulation des informations est pourtant un élément essentiel dans la prise en charge des patients, en particulier dans les épisodes d'entrées et sorties d'hospitalisations.

L'outil technologique devrait également permettre de proposer des espaces partagés entre professionnels permettant à ceux-ci, dans le respect du secret médical, d'accéder à des informations minimales, dont le plan personnalisé de soins du patient, et de pouvoir situer ainsi leur intervention dans le parcours de soins.

Le développement de la télémédecine et en particulier la mise en place de téléconsultations et de télé expertise constitue une des solutions prioritaires à mettre en œuvre pour maintenir un offre suffisante d'avis de second recours pour les médecins généralistes, dans les territoires où l'offre en spécialistes est insuffisante.

Le développement de la télésurveillance est également un enjeu primordial pour favoriser le suivi des pathologies chroniques et l'autonomie des patients.

Objectif 5 : Améliorer la mise à disposition et la circulation de l'information dans le domaine de la santé :

5.1. Mettre en place une plateforme régionale regroupant les différentes informations sur l'offre en santé à destination des usagers et des professionnels afin d'améliorer l'accessibilité et l'orientation dans le système régional de santé.

5.2. Enrichir la plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS), afin de les accompagner dans leur projet professionnel et d'installation.

5.3. Faciliter les échanges d'informations entre les professionnels y compris les établissements sanitaires et médicosociaux par le développement d'outils diversifiés : messageries sécurisées, webconférences, outils communicants permettant un usage depuis les mobiles des professionnels de santé, téléconsultations téléexpertise…

5.4. Encourager le déploiement du dossier médical personnel (DMP) et du dossier pharmaceutique (DP).

Indicateurs :

- Nombre de professionnels utilisant une messagerie sécurisée

- Nombre de structures (MSP, Maia, réseaux, Ehpad…) utilisant un outil informatique de coordination entre professionnels

- Nombre de DMP créés dans la région

- Nombre de DMP alimentés dans la région

Lien avec le PSRS :

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°4: AMELIORER LA TRANSVERSALITE, LA LISIBILITE, LA COHERENCE ET LA CAPACITE D'ADAPTATION DU SYSTEME DE SANTE REGIONAL

4.2. Promouvoir la qualité de l'information

> Assurer la lisibilité des dispositifs en place dans les domaines du soin et des accompagnements

- Information des usagers

- Information des acteurs

> Améliorer le partage des informations produites entre les acteurs de santé eux-mêmes et les acteurs des secteurs médico-social et social

Lien avec les autres schémas et programmes :

SRP : Assurer la lisibilité des dispositifs et mettre à disposition une information adaptée auprès des usagers (plateforme d'information) et des actions de formation pour les acteurs.

SROMS : Réaliser des outils d'information accessibles et actualisés pour les professionnels et les usagers.

Programme télémédecine

AXE N°4 : INSTAURER UNE DYNAMIQUE RÉGIONALE VERS UN SYSTÈME PLUS PERFORMANT ET PLUS EFFICIENT

Argumentaire :

Le recours au système de soins ambulatoires est encore mal connu car peu analysé. A l'heure actuelle, seul le système d'information médicalisé hospitalier (PMSI) permet d'apporter des éléments d'information sur le parcours de santé des patients. Il apparaît pourtant indispensable de disposer d'un minimum d'éléments d'information sur les modalités de recours aux soins ambulatoires des patients, afin d'améliorer la connaissance de ces parcours et de la nature des soins délivrés.

Le développement d'un système d'analyse performant est le préalable à la mise en place d'une évaluation de l'offre de soins ambulatoires à travers le suivi d'indicateurs de mesure de la qualité, dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et des pratiques. Cette démarche qui s'inscrit dans le cadre de la nouvelle convention médicale à travers la valorisation de la qualité des pratiques, doit conduire à la poursuite régulière des actions de rappel des recommandations tant auprès des professionnels que des usagers du système, dont la responsabilisation doit être recherchée en permanence.

Objectif 6 : Développer l'analyse du système de santé régional afin de pouvoir évaluer la qualité de l'offre ambulatoire et d'anticiper les adaptations à mettre en œuvre :

6.1. Mettre en place une plate forme de recherche, d'évaluation et d'intervention en santé regroupant l'Université, l'observatoire régional de la santé, les URPS, les conseils régionaux des ordres professionnels, les fédérations des établissements de santé, l'assurance maladie, le conseil régional.

Objectif 7 : Favoriser le développement des bonnes pratiques tant au niveau des professionnels que des usagers du système de santé

7.1. Faciliter la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique.

7.2. Développer des actions de sensibilisation aux risques liés aux soins, en particulier médicamenteux.

Indicateurs :

- Nombre moyen de lignes de médicament par ordonnance des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile ou en Ehpad sans pharmacie à usage intérieur

- Nombre de prescription de 3 psychotropes ou plus chez des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile ou en Ehpad sans pharmacie à usage intérieur

Lien avec le PSRS :

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°4 : AMELIORER LA TRANSVERSALITE, LA LISIBILITE, LA COHERENCE ET LA CAPACITE D'ADAPTATION DU SYSTEME DE SANTE REGIONAL

4.1. Améliorer la connaissance des besoins et des parcours en santé par la mise en place et l'optimisation des dispositifs d'observation.

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°3 : RENFORCER LA QUALITE DES SOINS ET DES PRISES EN CHARGE ET LA CAPACITE A FAIRE FACE AUX CRISES

3.1. Garantir la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge :

> Mener des actions pour la diminution des risques évitables liés aux soins, aux dispositifs médicaux et à l'utilisation des médicaments.

- Impulser des programmes régionaux d'actions de prévention des risques liés aux soins à destination des professionnels de santé (formation, partages d'expérience) et des usagers (information sur les risques médicamenteux, en particulier),

- Améliorer la culture du signalement au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux et parmi les professionnels de santé libéraux.

2. PARTIE RELATIVE A L'OFFRE SANITAIRE DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE

1. DÉFINITION DU SUJET

Le schéma de biologie médicale a pour objet d'assurer le maintien d'un maillage pertinent de l'offre de biologie sur chaque territoire de santé, en partant des implantations actuelles, en améliorant les points faibles mis en avant dans l'état des lieux et dans le respect des dispositions de l'ordonnance du 13 janvier 2010. Ce document se limite à l'activité de biologie médicale hors Aide médicale à la procréation (AMP), Diagnostic prénatal (DPN) et examen des caractéristiques génétiques, qui sont traités dans les chapitres du volet hospitalier. En est également exclue l'anatomie et cytologie pathologique qui n'utilise que très partiellement les techniques de biologie médicale. Cependant, les textes devraient évoluer et des ajustements seront nécessaires au cours des prochaines années.

Suite à la publication de l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale, l'offre de biologie médicale s'est restructurée en prenant appui sur le tissu de laboratoires existants. Les laboratoires hospitaliers qui comportaient plusieurs services sur plusieurs sites du même établissement, ont entamé une recomposition vers un laboratoire unique multi sites. Les laboratoires privés, qui fonctionnaient déjà selon une organisation regroupée, ont régularisé et amplifié cette organisation en accueillant de nouveaux sites. La plupart des laboratoires regroupés en multi sites présentent une organisation en étoile avec un plateau technique et des sites périphériques. Quelques laboratoires plus isolés avec un fonctionnement auto-suffisant ont conservé leur organisation autonome et se donnent le temps de la réflexion avant de se lancer dans des coopérations avec d'autres laboratoires de leur territoire de santé.

L'offre de biologie sur le territoire dépend essentiellement de la capacité du laboratoire à effectuer les prélèvements biologiques de qualité nécessaires à la réalisation des examens. Ces prélèvements obéissent à deux contraintes :

> la première est fonction de la disponibilité du patient et de sa capacité de déplacement,

> la deuxième est d'ordre technique : le prélèvement doit être réalisé selon des règles strictes, transporté vers le site analytique dans des délais bien définis et conservé à une température adaptée.

Lorsque les prélèvements ne sont pas réalisés au laboratoire de biologie médicale, ils sont réalisés à domicile, par des personnels du laboratoire, par des infirmières, des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux en accord avec le biologiste auquel sera confié le prélèvement pour la réalisation de l'examen (article L.6211-17 du CSP).

L'ordonnance du 13 janvier 2010 lie l'autorisation de fonctionnement du laboratoire à la possession d'une accréditation, en cours de validité, obtenue sur la base de la conformité aux normes NF EN ISO 15189 et 22870 (biologie délocalisée), accréditation délivrée par l'organisme unique d'accréditation français, le COFRAC. Le dispositif d'accréditation nécessitant des aménagements au niveau des organisations et des locaux, un calendrier de réalisation a été mis en place :

> le laboratoire doit prouver son entrée dans la démarche d'accréditation avant novembre 2013 (voire 2014 selon l'évolution des textes) selon les critères précisés dans l'arrêté du 14 décembre 2010 définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation. Selon la voie choisie : A (accréditation partielle) ou B (attestation d'un organisme d'accompagnement), le calendrier est très différent. Pour la voie A, il faut déposer rapidement un dossier au COFRAC, pour la voie B la date limite de dépôt est fixée à mai 2013,

> le laboratoire doit être accrédité pour la totalité de son activité selon la norme NF EN ISO 15189 avant novembre 2016 (voire pour 80 % de son activité en 2018 selon l'évolution des textes).

Ce processus d'accréditation a un coût et les laboratoires ont cherché à mutualiser leurs moyens en se regroupant, l'accréditation d'un laboratoire multi sites devrait avoir un coût moindre que la somme des accréditations individuelles de chaque site. Les laboratoires privés ont débuté très tôt ce mouvement de regroupement ; les laboratoires publics ont suivi avec des projets de coopérations inter hospitalières.

Au niveau de l'offre de biologie médicale sur les territoires de santé, l'articulation entre les différents niveaux et les dispositifs de prise en charge est un peu différente selon les laboratoires. Pour les laboratoires privés, qui ont une bonne maîtrise des moyens logistiques, les échanges

d'examens quotidiens, transportés dans des conditions maîtrisées, facilitent l'articulation entre les niveaux urgences et routine, avec un rendu de résultats dans des délais convenables et une communication rapide au clinicien, quel que soit le site effecteur. La nouvelle organisation en laboratoires multi sites tient compte des structures existantes, des modes de fonctionnement déjà éprouvés et des compétences locales. Pour les laboratoires hospitaliers, on peut noter un certain manque de coordination ; chaque établissement dispose d'une certaine autonomie et chacun réalise souvent le même panel d'examens, transmettant à des laboratoires nationaux ou interrégionaux les examens qu'il ne réalise pas. Les moyens logistiques ne sont pas toujours disponibles au bon moment ni toujours adaptés (ambulances…) pour un transport d'échantillons ; le rendu du résultat peut parfois être un peu long ; la facturation n'est pas adaptée.

Les données démographiques disponibles montrent qu'en 2020 la population aquitaine âgée de plus de 60 ans devrait fortement augmenter. Cette tranche de population comporte une part notable de patients atteints de pathologies chroniques et de pathologies lourdes ; elle est fortement consommatrice d'examens de biologie, notamment de suivi. La croissance de cette tranche de population devrait entraîner une augmentation des actes réalisés. Les laboratoires de biologie médicale devront être en capacité d'absorber ce surcroît d'activité, en développant davantage de plateaux techniques performants pour traiter de plus gros volumes qu'en implantant de nouvelles structures. Il ne faudra pas négliger de développer l'activité pré et post-analytique pour gérer une masse d'examens importante et gérer les relations avec les cliniciens tant dans l'adaptation de la prescription que dans le rendu rapide des résultats.

En termes de permanence de l'offre de biologie médicale : sur chaque territoire, il y a au moins un établissement de santé en capacité de réaliser les examens urgents. Les quelques laboratoires de ville isolés, qui ne sont pas associés à un établissement de santé, n'assurent pas la permanence au-delà des heures d'ouverture et la demande d'examens de biologie en urgence ne les concerne que très exceptionnellement. Les situations urgentes, qui pourraient nécessiter un examen de biologie médicale à réponse rapide, se limitent essentiellement à quelques états cliniques peu francs, pour lesquels le médecin de garde aurait besoin d'un examen d'orientation, avant transfert du patient dans un établissement de santé. Le regroupement des laboratoires libéraux en laboratoires multi sites, permet par le maillage territorial, d'apporter, dans la majorité des cas, une réponse biologique adaptée, afin de contribuer au diagnostic et à la mise en œuvre des soins, dans un délai raisonnable.

Textes de référence :

> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

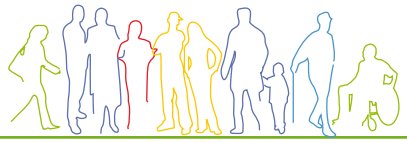
> Examen de biologie médicale : articles L.6211-1, L.6211-7, L.6211-8 et L. 6211-17 du code de la santé publique (CSP).

> Règles prudentielles : articles L.6222-2, L.6222-3, L.6223-4, L.6223-5 et L.6222-5 du CSP.

> Accréditation : article L6221-1 du CSP, arrêté du 5 août 2010 fixant les références des normes d'accréditation applicables aux laboratoires de biologie médicale (normes NF EN ISO 15189 et 22870) et arrêté du 14 décembre 2010 définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation.

2. DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Offre de biologie médicale	Données d'activité
Nombre d'implantations au 20/10/2011 > 20 laboratoires multisites privés, > 8 SEL exploitant 28 laboratoires, > 32 laboratoires isolés, > 16 laboratoires hospitaliers, > 1 laboratoire associatif, > 1 laboratoire mutualiste multisite, > 1 laboratoire à l'Institut Bergonié, > 1 laboratoire à l'hôpital d'Instruction des Armées, > 1 laboratoire EFSAL, > 1 laboratoire du service médical de la SNCF, > 3 laboratoires dans des Centres d'examens de santé des CPAM (33, 47 et 64).	> La consommation d'actes de biologie médicale en Aquitaine a progressé de 24 % entre 2008 et 2009 alors que la consommation nationale n'aurait progressé que de 19 %. > Sur chaque territoire de santé (TS) la progression du nombre d'actes est assez homogène : TS 24 : +24 %, TS 33 : +22 %, TS 40 : +24 %, TS 47 : +24 %, Béarn-Soule : +23 % Navarre- Côte basque : +30 %.



Points de vigilance

> Sur chaque territoire, la population a accès à une offre de biologie médicale de proximité de qualité, qu'elle soit hospitalière ou libérale. Cette offre risque d'être de moindre qualité si de nouveaux laboratoires (ou sites) viennent s'installer sur le territoire ou insuffisante si des laboratoires (ou des sites) disparaissent.

> Des examens spécialisés sont prélevés dans la région mais sont transmis à des laboratoires sous-traitants hors région en raison du faible volume de ces examens spécialisés prélevés dans chaque établissement ou laboratoire et à la technicité élevée nécessaire. Une organisation régionale basée sur des échanges inter-laboratoires tant matériels qu'intellectuels, sur une logistique pertinente respectueuse des préconisations liées au développement durable, sur la compétence des biologistes médicaux pourrait améliorer la gestion locale de ces examens spécialisés. Il restera malgré tout un panel d'examens utilisant des compétences et/ou des technologies rares qui devront être sous-traités au plan national.

> Le patient, dans son parcours de soins, aura des examens réalisés par un laboratoire privé, avec un historique important sur le plan diagnostique. Par la suite il sera hospitalisé dans un établissement de premier recours puis éventuellement dans un CHU. A sa sortie il retournera faire ses examens dans son laboratoire privé. Chaque laboratoire privé, chaque laboratoire hospitalier est équipé de systèmes d'information qui lui sont propres, tous ces systèmes d'information ne communiquent pas toujours entre eux générant ainsi une perte de données.

> L'offre de formation continue des biologistes et des techniciens en Aquitaine est un peu cloisonnée : les biologistes privés ont leur propre organisation dans le cadre de l'Association des Biologistes d'Aquitaine, les hospitaliers bénéficient de leurs propres circuits de formation et les techniciens tant privés que publics ont assez peu accès à des formations spécifiques. Une offre partagée de formation continue permettrait de maintenir un bon niveau technique.

3. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET PLAN D'ACTIONS

Objectif 1 : Définir les règles de répartition territoriale de l'offre de biologie médicale :

1.1. Le refus d'ouverture de sites nouveaux dans des zones déjà largement pourvues : il n'y a pas de bénéfice en santé publique pour les patients à autoriser la création de sites ou de nouveaux laboratoires sur des territoires déjà largement pourvus selon les indications de la cartographie (annexes 1 et 2).

1.2. La proposition d'ouverture de sites nouveaux dans des zones fragiles pour lesquelles l'organisation médico-technique locale ne permet pas de pallier à l'insuffisance de l'offre de biologie médicale : il pourrait être pertinent de susciter et d'autoriser une ou plusieurs implantations de sites nouveaux.

1.3. Il est créé un Comité Technique Aquitain de Biologie chargé d'assurer le suivi de la biologie médicale développé dans le SROS. Composé des professionnels ayant participé aux travaux préparatoires au SROS il aura également pour mission de donner, à la demande de l'ARS, un avis consultatif sur les implantations.

Indicateur : Nombre de sites et densité par territoire de santé.

Objectif 2 : Maintenir dans la région la réalisation de la majorité des examens qui y sont prélevés :

2.1. Le comité technique aquitain de biologie aura pour mission de recenser, d'une part, les examens concernés et, d'autre part, de recenser les compétences, les locaux adaptés, les besoins logistiques et les matériels permettant, tant dans le privé que dans le public, de réaliser ces examens très spécialisés.

2.2. Il proposera des échanges et des mutualisations pour ces examens actuellement traités à l'extérieur de la région. Il évaluera la faisabilité des projets, en assurera le suivi et les mènera à terme.

Indicateur : Taux de fuite : examens réalisés dans la région/examens prélevés (fourni par les déclarations annuelles d'activité).

Objectif 3 : Améliorer la formation continue des biologistes et des techniciens.

3.1. Recenser l'offre de formation régionale, établir un catalogue des formations disponibles et proposer des actions de formation continue tant pour les biologistes privés que pour les biologistes hospitaliers, y compris pour les techniciens de laboratoire médical.

Indicateur : Nombre de participants aux journées régionales de formation pluridisciplinaire par an.

Objectif 4 : Favoriser les collaborations et les échanges (matériels et intellectuels, pratique des audits croisés, vacations sur des plateaux techniques) par le biais de coopérations inter hospitalières et de coopérations public/privé :

4.1. Le comité technique aquitain de biologie a pour mission d'encourager les coopérations pertinentes entre laboratoires après évaluation de la faisabilité et de l'intérêt pour le parcours du patient.

Indicateur : Nombre de GCS constitués ou de conventions de coopérations signés entre établissements, entre laboratoires publics et privés et entre laboratoires privés.

Objectif 5 : Développer les outils télématiques (télé-expertise, télé-diagnostic) et favoriser l'interopérabilité des systèmes d'information. Toute l'information biologique du patient qui aura été stockée dans différents serveurs gagnerait, dans l'attente du Dossier Médical Personnel, à être disponible pour tous les professionnels de santé prenant en charge les patients :

5.1. Recenser les systèmes existants, favoriser le renouvellement des matériels vers des matériels communs ou communicants pour les projets de coopérations. Intégrer des opérateurs, comme TéléSanté Aquitaine, dans les réflexions menées.

5.2. Participer à des réflexions transversales sur le rôle de la télé-biologie en vue de garantir le bon usage des médicaments par le patient.

Indicateurs : Nombre de réseaux communicants développés, d'outils de télé-diagnostic et de télé-expertise développés, nombre de réunions régionales de groupes de réflexion transversaux incluant le bon usage du médicament et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

4. SCHÉMA CIBLE DE L'OFFRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

Niveau des examens de biologie médicale :

> urgence (1) : examens concernant un patient dont le pronostic vital est engagé et dont les résultats doivent être rendus dans les 3 heures qui suivent le prélèvement,

> routine (2) : examens de diagnostic pour un patient dont le pronostic vital n'est pas engagé ou de suivi pour un patient sous traitement, les résultats sont rendus de J0 à J+4,

> spécialisé (3) : examen un peu plus rare concernant un patient dont le pronostic vital est ou n'est pas engagé, nécessitant une compétence particulière et des matériels spécifiques, avec des délais de rendu très variables selon les techniques mises en œuvre.

Schéma cible - Implantations

Pour l'ensemble de la région Aquitaine, il est nécessaire de disposer de plusieurs laboratoires hospitaliers et plusieurs laboratoires privés en capacité de réaliser les examens spécialisés et très spécialisés, en fonction des compétences et du matériel. Cette activité sera optimale après recensement des examens, des compétences et des matériels pour la réaliser et une organisation adaptée de la logistique et de la facturation.

L'offre de biologie médicale actuelle est adaptée aux besoins de la population. Sur chaque territoire de santé les critères ci-dessous sont respectés :

> chaque établissement public de santé, comme privé, disposant d'un service d'urgence doit réaliser a minima tous les examens de niveau 1 nécessaires et quelques examens de niveau 2 pour maintenir la technicité. Certains établissements publics ne disposant pas d'un laboratoire de biologie médicale in situ font réaliser ces examens par un laboratoire privé de proximité,

> un ou plusieurs établissements publics et des laboratoires privés réalisant tous les examens de niveau 2,

> au moins un établissement public et un laboratoire privé en capacité de réaliser des examens de niveau 3.

Sur chaque territoire de santé, un nombre suffisant de laboratoires privés doit être maintenu pour assurer la continuité de l'offre de biologie médicale : un laboratoire qui réaliserait une part d'activité supérieure à 33 % du total de l'activité réalisée sur le territoire de santé et qui viendrait à cesser son activité ferait chuter de façon conséquente l'of-

fre territoriale, pénalisant ainsi une partie importante des patients du territoire, dans le cas où les autres laboratoires ne seraient pas en capacité de suppléer le laboratoire déficient. Ces principes sont ceux qui sous-tendent les dispositions de l'article L.6223-4 du CSP. En supposant que chaque laboratoire réalise le même volume d'activité, on peut proposer un schéma idéal minimum avec 1 laboratoire hospitalier et 2 laboratoires privés, chacun réalisant 1/3 de l'activité.

En termes de propositions de création / suppression d'implantations, il faut prendre en compte le fait que les jeunes médecins généralistes sont très attachés à la présence, dans l'environnement du cabinet médical, de professionnels de santé en capacité de les sécuriser dans leur exercice quotidien. Le maintien de sites de biologie médicale en zone fragile est ainsi un facteur d'attractivité pour un jeune médecin. Les coopérations entre professionnels de santé prévues par la loi HPST, sous réserve qu'elles puissent être ouvertes aux biologistes, sont des éléments moteurs pour le développement d'une activité médicale de qualité dans un environnement professionnel réunissant plusieurs spécialités et donc plus sécurisant.

Les laboratoires privés se sont déjà largement regroupés en laboratoires multi sites, ces regroupements sont plus visibles dans les territoires de santé qui comportaient peu de laboratoires. Les laboratoires hospitaliers ont avancé à des degrés différents. La répartition au 20/10/2011 sur chaque territoire de santé est la suivante :

> Dordogne : 5 laboratoires privés (2 isolés et 3 multi sites) + 2 hospitaliers (Périgueux, Bergerac) ;

> Gironde : 52 laboratoires privés (23 isolés, 1 laboratoire à l'Institut Bergonié, 1 laboratoire de la SNCF, 4 SEL exploitant 18 laboratoires et 9 multi sites) + 6 hospitaliers (CHU, Charles Perrens, Sud Gironde, Arcachon, Libourne, Hôpital d'Instruction des Armées) ;

> Landes : 13 laboratoires privés (2 isolés, 3 SEL exploitant 6 laboratoires et 5 multi sites) + 2 hospitaliers (Mont de Marsan et Dax) ;

> Lot et Garonne : 9 laboratoires privés (2 isolés, 1 SEL exploitant 4 laboratoires et 3 multi sites) + 3 hospitaliers (Agen, Villeneuve-sur-Lot et Marmande-Tonneins) ;

> Béarn et Soule : 6 laboratoires privés (4 isolés et 2 multi sites) + 3 hospitaliers (Pau, Oloron et Orthez) ;

> Navarre Côte basque : 5 laboratoires privés (2 isolés et 3 multi sites) + 1 hospitalier (Bayonne) ;

Des projets de coopérations hospitalières sont en cours :

> le GCS de moyens en biologie médicale Agen/Villeneuve sur Lot,

> la CHT Pau/Oloron/Orthez,

> la coopération Pau/Bayonne,

> le CHIC Marmande-Tonneins réfléchit à des solutions de coopération avec les établissements voisins,

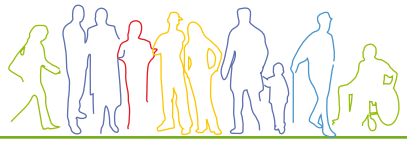
> Le centre hospitalier d'Arcachon étudie un partenariat avec la clinique d'Arcachon sur le site du Pôle de Santé.

> L'Établissement Français du Sang Aquitaine Limousin (EFSAL) a une organisation qui répondrait à la définition d'un laboratoire multi sites. Cependant l'ensemble des sites de l'EFSAL réalisant des examens de biologie médicale sont implantés, en Aquitaine, sur 6 territoires de sante. Un seul laboratoire multisite serait donc contraire aux dispositions de l'article L.6222-5 du CSP. Cependant, ce même article dispose qu'une dérogation à la règle est possible lorsque celle-ci est prévue par le SROS et motivée par une insuffisance de l'offre. Il n'est donc pas incohérent de proposer que l'EFSAL puisse déroger à la règle.

Volet hospitalier

Sommaire

1. MEDECINE 39
2.CHIRURGIE 47
3.PERINATALITE 56
4.PSYCHIATRIE ET PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS 70
5.SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION 86
6.SOINS DE LONGUE DUREE 99
7.ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE 104
8.MEDECINE D'URGENCE 110
9.REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE 122
10.TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC) PAR EPURATION EXTRARENALE 129
11.TRAITEMENT DU CANCER 137
12.EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES 153
13.IMAGERIE MEDICALE 158
14.SOINS PALLIATIFS 165
15.SOINS AUX DETENUS 171
16.PRISE EN CHARGE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC) 178
17.PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE 184
18.HOSPITALISATION A DOMICILE 189
19.PEDIATRIE 196
20.FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES 203
21.PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE 209
22.MISSIONS DE SERVICE PUBLIC 212



1.
PÉRIMÈTRE DU VOLET HOSPITALIER DU SROS :

Le volet hospitalier du SROS-PRS comporte l'ensemble des éléments nécessaires à l'identification des besoins et à la fixation des objectifs quantifiés pour toutes les activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation:

1. Médecine
2. Chirurgie
3. Périnatalité
4. Psychiatrie
5. Soins de Suite et de Réadaptation
6. Soins de Longue Durée
7. Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie
8. Médecine d'urgence
9. Réanimation, soins intensifs et surveillance continue
10. Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale
11. Traitement du cancer
12. Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales
13. Imagerie Médicale
14. Soins Palliatifs
15. Soins aux détenus

Sont ajoutés six chapitres, concernant des prises en charge spécifiques : la prise en charge des AVC (16), la prise en charge de l'obésité (17), l'hospitalisation à domicile (18), la pédiatrie (19), l'organisation de la filière de soins gériatriques (20), la permanence des soins en établissements de santé (21).

Le SROS définit également, en application de l'article L.1434-9 du code de la santé publique, les besoins à couvrir en termes de missions de service public par territoire de santé.

2.
GRADATION DES SOINS HOSPITALIERS

La gradation des soins hospitaliers a vocation à répondre aux impératifs de sécurité des soins et de juste utilisation des ressources. Elle doit également permettre un accès aux soins spécialisés, notamment en urgence. Elle comporte 4 niveaux (dont 3 de recours) au sein du territoire central qu'est le territoire de santé :

1. Un niveau de proximité, niveau des activités de soins exercées hors permanence des soins en établissement de santé :

Il se structure autour d'une offre ville-hôpital de proximité englobant tous les offreurs de soins détenteurs d'une autorisation d'activité de soins et / ou d'équipement matériel lourd (EML), situés en établissements de santé ou en cabinets de ville. Il se limite à des activités de soins n'ayant pas d'obligation de permanence des soins en établissement de santé. Pour autant, il peut disposer d'une structure des urgences (ou d'une antenne de SMUR), intégrée dans le réseau des urgences. L'usage de la télémédecine peut être requis en lien avec les établissements du niveau de recours infrarégional, régional voire interrégional, pour la prise en charge et l'orientation de patients pendant les heures ouvrables.

C'est à ce niveau que se situent les structures de prise en charge externe de la santé mentale (hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques).

Il est préconisé, pour ce niveau de proximité, une accessibilité de l'ordre de 30 à 45 minutes. Une attention particulière doit être portée à l'accessibilité en termes de délai de rendez-vous.

2. Le territoire de santé :

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

L'organisation de l'offre de soins sur le territoire de santé se définit par une accessibilité dans un délai de 1 heure à 1 heure 30 selon les activités.

3. Le niveau des plateaux techniques de « recours régional » :

il assure l'ensemble de l'offre des activités hautement spécialisées à l'exception de certains segments de ces activités dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifient une concentration et une organisation de l'offre au niveau interrégional voire national.

4. Le niveau des plateaux techniques de « recours interrégional » voire de référence nationale :

il correspond à des activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifient la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle interrégionale, laquelle permet ainsi d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée. Les activités relevant des SIOS (neurochirurgie, chirurgie cardiaque, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques, traitement des grands brûlés) nécessitent une approche interrégionale. Néanmoins, les plateaux techniques de ces activités peuvent se situer au niveau de recours infrarégional, au niveau de recours régional (dans la majorité des cas, un site par région) ou interrégional (traitement des grands brûlés, greffes de certains organes). D'autres activités (AMP, DPN, examens des caractéristiques génétiques), bien que relevant des SROS doivent également s'inscrire dans cette logique d'appréciation des besoins à l'échelle interrégionale voire nationale pour certains laboratoires hautement spécialisés.

3. RÉGULATION DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE : LES OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS ET LES INDICATEURS DE PILOTAGE DE L'ACTIVITÉ :

Le pilotage de l'activité des établissements de santé doit articuler deux objectifs :

> la réponse aux besoins de soins et la répartition de l'offre de soins,

> l'organisation de l'efficience de l'offre de soins dont la maîtrise des volumes de certaines prises en charge (séjours, actes), le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète, la réduction des inadéquations hospitalières, la gestion des situations d'excés d'offre qui peuvent appeler des restructurations ou conversions.

Le nouveau dispositif est structuré par les éléments suivants :

> les implantations : le SROS fixe des OQOS cible, par territoire de santé, en nombre d'implantations, par activités de soins et équipements matériels lourds. La cible peut prendre la forme d'une fourchette (nombre minimal et maximal d'implantations).

Un site d'implantation correspond à la fois à une entité juridique et à une localisation géographique. A titre d'exemple, un établissement multi-sites comporte autant d'implantations que de sites autorisés pour la même activité. Par ailleurs, si sur un même site géographique (pôle public-privé), chaque établissement est autorisé pour la même activité, il y aura 2 implantations sur ce pôle.

Lorsque le regroupement d'activités, précédemment exercées sur des sites distincts, aboutit à la disparition d'une implantation géographique prévue au SROS, ladite implantation est considérée comme couverte par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation.

> *[La régulation quantitative de l'activité : les objectifs en volume deviennent des indicateurs de pilotage de l'activité (IPA) Les IPA doivent permettre de rendre compte de la mise en œuvre du SROS par territoire de santé, en terme de volumes cibles par activités de soins et de modalités de prise en charge : médecine (y compris les techniques interventionnelles hors cardiologie), chirurgie, cardiologie interventionnelle, traitement du cancer, SSR (hospitalisation complète et partielle), psychiatrie (adulte et infanto-juvénile), HAD, traitement de l'insuffisance rénale chronique, unités de soins de longue durée. Ces IPA seront élaborés sur la base d'un diagnostic fondé sur l'analyse de la consommation de soins (taux de recours) et d'une concertation approfondie avec les Fédérations représentant les établissements de santé et les directeurs des établissements concernés. Ils ont également vocation à être examinés, à titre indicatif, lors de l'instruction des dossiers de demande d'autorisation.

Un dialogue entre le ministère de la santé et l'ARS Aquitaine a eu lieu afin d'analyser la consommation de soins de la population domiciliée, quel que soit le lieu de réalisation des séjours. Les taux de recours sur les activités ciblées démontrent un dynamisme de la consommation de soins en Aquitaine qui a conduit à fixer un objectif régional. Des objectifs par activité et par territoire seront définis. Ce dialogue avec le ministère sera renouvelé annuellement afin de rendre compte des évolutions du recours à l'hospitalisation dans la région.

 *[Modification apportée par arrêté du 28 janvier 2013]

La tableau suivant présente les taux d'évolution annuels par activité permettant de respecter l'objectif régional d'activité hospitalière à horizon 2016.

SCHÉMA CIBLE DE L'ÉVOLUTION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ SUR LA DURÉE DU SROS

ACTIVITÉ	Unité de compte	Année Valeur initiale	Valeur initiale	Evolution annuelle
Médecine dont techniques interventionnelles	Séjour/séance	2011	494 920	0,78%
Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie	Séjour	2011	11 261	4,00%
Chirurgie	Séjour	2011	269 903	1,00%
Traitement du cancer				
Chirurgie du cancer	Séjour	2011	24 610	1,00%
Chimiothérapie	Séjour/séance	2011	120 845	2,20%
Hospitalisation à domicile	Journée	2011	243 795	0,80%
Psychiatrie				
Psychiatrie générale	Journée	2010	1 502 942	1,60%
Psychiatrie infanto-juvénile		2010	139 302	2,15%
Soins de suite et de réadaptation				
Hospitalisation complète	Journée	2010	1 687 767	1,07%
Hospitalisation à temps partiel		2010	104 103	10,77%
Soins de longue durée	Journée			
Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique				
Dialyse centre et hors centre	Semaine de traitement	2011	104 687	2,90%
dont dialyse péritonéale		2011	1 200	39,18%

Les indicateurs de pilotage ainsi obtenus ont vocation à être déclinés en totalité ou partiellement dans chaque contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2012-2016 des établissements de santé puis à faire l'objet d'un dialogue de gestion annuel permettant d'assurer leur suivi avec chaque établissement. Bien que non opposables ces indicateurs fixent un volume d'activité cible à chaque établissement.

Le pilotage de l'activité devra être articulé avec une vigilance particulière concernant la pertinence des actes et des modalités de prise en charge, appuyée sur les recommandations de pratiques professionnelles existantes.

Certaines thématiques font l'objet de cahiers des charges, élaborés en concertation avec les professionnels concernés.

Compte tenu :

- du caractère non opposable des IPA pour les établissements de santé,

- de la nécessité d'établir un dialogue avec les responsables des établissements,

- du caractère indicatif de leur inscription dans les CPOM,

- du caractère indispensable d'un travail sur la pertinence des soins,

une fiche spécifique non opposable jointe au CPOM de chaque établissement de santé intitulée : « Indicateurs de pilotage de l'activité » sera élaborée en concertation entre l'ARS et les fédérations. Les objectifs concernant la pertinence des soins figureront dans l'annexe 7 « Autorisations et pertinence des soins ».]

4. COOPÉRATIONS TERRITORIALES ET ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS SUR LES TERRITOIRES

La contrainte de la démographie médicale dans certaines spécialités (urgences, chirurgie, périnatalité…), les normes techniques de fonctionnement et le niveau minimum d'activité requis pour une prise en charge de qualité (réanimation, traitement du cancer, chirurgie…) sont susceptibles de modifier le maillage territorial actuel. Ces évolutions devront s'appuyer sur une concertation au sein de chaque territoire de santé avec l'ensemble des acteurs concernés et garantir la qualité et la sécurité des parcours de santé.

La notion de coopération territoriale est liée à celle de gradation des soins hospitaliers : les établissements publics et privés sont invités à promouvoir de nouveaux modes de coopération, qui permettent, par la mutualisation ou le transfert d'activités, d'équipements ou de ressources, d'assurer les différents niveaux de prise en charge, adaptés aux besoins de sécurité et d'accessibilité des soins.

La coopération territoriale s'appuie sur les communautés hospitalières de territoire (CHT), les groupement de coopération sanitaire (GCS) ou d'autres modes de coopération. Elle permet de développer les complémentarités et mutualiser les moyens.

Pour ce qui concerne plus particuliérement les GCS, les conclusions de la concertation devront respecter chacun des partenaires concernés et tenir compte de différents critères objectifs.

Afin de répondre aux enjeux de démographie médicale et d'optimiser les ressources, il est préconisé la mise en place de CHT regroupant l'ensemble des établissements publics à l'échelle du territoire de santé. Les CHT devront notamment examiner l'organisation des activités d'urgences/PDS, de réanimation, de chirurgie des cancers, de maternité/néonatalogie, de diabétologie/obésité, de radiologie, de biologie, de neurologie et de cardiologie.

Aide à la lecture des chapitres par activité de soins ou équipements lourds

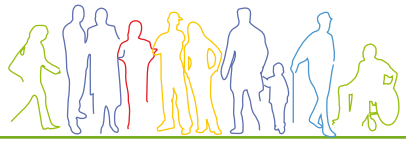
1- une définition préalable et les principaux textes de référence

2- une synthèse des éléments de diagnostic régional (un document annexé au PRS reprend les états des lieux réalisés pour chaque thématique) : rappel des implantations, données d'activité, carte, points de vigilance

3- les objectifs et actions avec les indicateurs de suivi

4- schémas cibles : gradation des soins et implantations à l'horizon 2016

Le schéma cible (2e colonne) est comparé aux autorisations accordées au 30 juin 2011 (1ère colonne) ce qui permet de faire apparaître les modifications à venir (3e colonne). Il ne cite pas de lieux d'implantation. Toutefois, lorsque la localisation est pressentie, elle peut être indiquée en 3e colonne.



CHAPITRE 1.
MEDECINE

L'activité de médecine est soumise à l'autorisation prévue à l'article L.6122-1 y compris lorsqu'elle est exercée sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation.

Les alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.6121-2 ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile.

Principaux textes de référence

> 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 relative à l'intégration des « actes exploratoires à visée diagnostique ou thérapeutique » dans les autorisations.

1.
ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Données d'activité
Nombre d'implantations : 78
Les séjours de médecine représentent 56 % de séjours d'hospitalisation (52 % en 2009), soit 515 095 séjours ; 37,6 % des séjours en médecine sont effectués en hospitalisation de jour.
Les établissements publics réalisent 68 % des séjours de médecine.
Entre 2006 et 2009, on a constaté une diminution de 2,6 % du nombre de séjours et une progression de 9,4 % entre 2009 et 2010.
Les personnes >75 ans représentent 25 % des séjours.
Le taux de recours à l'hospitalisation en médecine en Aquitaine, standardisé par âge et sexe, est inférieur au taux national (1320 séjours pour 10 000 habitants vs 1331 en France).
Lieux d'hospitalisation des aquitains :
La région Aquitaine a pris en charge 96 % des séjours de médecine de patients de ses territoires, dont plus de la moitié a été hospitalisée en Gironde. Presque 1 séjour sur 4 (24 %) a été pris en charge par le CHU. On constate 4,6 % des séjours hospitaliers d'aquitains qui ont été réalisés dans des établissements de santé hors Aquitaine (fuites).
Ces « fuites » ont été particulièrement importantes pour deux départements : la Dordogne et les Landes. Elles représentent plus d'un tiers des séjours de médecine des résidents du territoire.
Pour la Dordogne, les fuites ont été prédominantes sur la Gironde mais également 14,6 % des séjours ont été effectués hors Aquitaine (total de 36,6 %). Pour les Landes cette fuite de séjours a été Aquitaine (36 %) : 17 % vers Bayonne, 15,7 % vers Bordeaux et 3,3 % vers Pau.
Enfin 21,1 % des séjours des résidents du Lot et Garonne ont été effectués en premier lieu sur Bordeaux (13,2 %) puis hors Aquitaine principalement en Haute Garonne.
Cinq groupes d'activité représentent 55 % de l'activité de médecine : l'endoscopie digestive (15 %), l'hépato-gastro-entérologie (10 %), la cardiologie et les cathétérismes vasculaires (14,2 %), la pneumologie (8 %), la neurologie médicale (8 %).
En Aquitaine, les maladies cardio-neurovasculaires représentent la première cause des maladies chroniques et on constate une prévalence en forte augmentation pour le diabète.

• Les établissements de santé aquitains autorisés en médecine, juillet 2011

Fond de carte : Articque ©
Source : ARS Aquitaine - DOS, Département Offre de Soins Hospitaliers
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études statistiques et prospectives
09/09/2011

Points de vigilance

1. L'offre de soins en médecine s'est spécialisée au cours des dernières années alors que les besoins ont augmenté au niveau de la médecine polyvalente. Le problème central est la difficulté de répondre à des demandes d'hospitalisation concernant des patients polypathologiques âgés qui sont adressés aux urgences faute de réponse rapide adaptée (contact avec les référents hospitaliers difficile). L'amélioration de cette filière saturée passe nécessairement par une approche transversale, multidisciplinaire et pérenne.
2. A ce constat s'ajoutent les difficultés en aval de la prise en charge hospitalière en court séjour pour organiser le retour à domicile, pour trouver une place en EHPAD, ou en établissement SSR lorsque l'indication se pose.
3. L'amélioration de la filière gériatrique et de la prise en charge des populations en situation de précarité au travers d'une réponse spécifique est un besoin avéré.
4. L'hospitalisation de jour, l'HAD, les coopérations hospitalières et la télémédecine sont des éléments fondamentaux mais insuffisamment utilisés pour l'amélioration de la filière médicale, leur place devant être définie.
5. L'absence de structuration au niveau régional pour la filière de prise en charge des patients obèses.
6. L'absence de labellisation des structures de consultation de la douleur.
7. Difficultés de fonctionnement de certains services de médecine de très faible capacité, notamment dans certains « ex hôpitaux locaux ».
8. Difficultés de communication entre les professionnels de santé du secteur ambulatoire et les professionnels des établissements de santé.

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Améliorer le fonctionnement de la filière de prise en charge intra-hospitalière en médecine en privilégiant une organisation autour du patient et les soins en médecine polyvalente :

1.1. Engager les établissements sièges d'un service d'urgence et ayant une capacité importante de lits de médecine, dans un processus d'amélioration de la gestion des lits (accompagnement par l'ANAP).

1.2. Chaque établissement devra engager une réflexion sur l'équilibre entre l'offre de soins en médecine polyvalente et en médecine spécialisée permettant d'améliorer la réponse aux besoins actuels des patients.

1.3. Garantir une offre de soins suffisante en lits de médecine polyvalente dans tous les établissements sièges d'un service d'accueil d'urgences (en lien avec le nombre de passages).

1.4. Identifier et développer les processus améliorant la coordination entre les services d'urgences et les services d'hospitalisation.

1.5. Déploiement progressif d'un outil informatique d'aide à l'orientation et à la gestion des demandes d'admission en région (cf. chapitre SSR).

Indicateurs : Nombre d'établissements engagés dans un processus de gestion des lits / nombre d'établissements ayant un service d'accueil d'urgences, Nombre de lits de médecine polyvalente et gériatrique / nombre de lits de médecine spécialisée

Objectif 2 : Développer l'hospitalisation de jour en médecine :

2.1. Élaborer un plan régional de développement de l'hospitalisation de jour en médecine permettant :

> de définir sa place et ses missions dans la filière de médecine et notamment dans la prise en charge des maladies chroniques,

> d'identifier les freins et les leviers permettant son développement,

> de proposer les actions à mettre en place pour impulser son développement.

Indicateur : Élaboration du plan, suivi des actions

Objectif 3 : Optimiser le recours à l'HAD pour améliorer la fluidité de la filière de prise en charge en médecine :

3.1. Améliorer la connaissance des professionnels sur les missions de l'HAD, au niveau des établissements de santé, des EHPAD, et des professionnels de soins de premiers recours et renforcer les liens et les coopérations entre les acteurs. (Cf. Chapitre HAD)

Objectif 4 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins :

4.1. Veiller à ce que la taille et le fonctionnement des services de médecine permettent de garantir la qualité et la continuité des soins.

4.2. Poursuivre le suivi des indicateurs qualité par établissement en intégrant une démarche régionale d'analyse comparative, d'adaptation et d'implantation des meilleures pratiques.

Indicateur : Suivi des indicateurs qualité, réunion annuelle de présentation et analyse comparative des résultats.

4.3. En lien avec l'OMEDIT, suivre les engagements contractuels des établissements de santé en matière de qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse, en portant une attention particulière à l'interface entre les professionnels de soins de premiers recours et les établissements de santé.

4.4. Poursuivre les actions d'amélioration de la prise en charge de la douleur.

Objectif 5 : Agir de façon spécifique sur l'amélioration de la filière de prise en charge des personnes âgées (cf. chapitre « filière de soins gériatriques ») :

5.1. Identifier, évaluer et capitaliser les expériences régionales répondant à cet objectif.

Indicateur : Rapport annuel.

5.2. Afin d'apporter une réponse aux médecins traitants et d'éviter le recours aux urgences, promouvoir la mise en place d'une permanence téléphonique gériatrique dans au moins un établissement référent pour la filière dans chaque territoire de santé.

Indicateur : Nombre d'établissements avec une filière gériatrique ayant mis en place cette permanence.

5.3. Garantir une offre de soins gériatriques intégrant l'ensemble des modalités de prise en charge des personnes âgées, notamment l'hôpital de jour et le développement des unités de gériatrie avec séjours de courte durée (3 à 5 jours) afin d'éviter des hospitalisations complètes ou de limiter leur durée lorsque l'état du malade le permet.

Indicateur : % des personnes âgées de 75 ans ou plus prises en charge en HJ et % des personnes âgées de 75 ans ou plus avec sortie « domicile ».

5.4. Anticiper les sorties dans les établissements en favorisant l'implantation de gestionnaires de cas chargés de repérer les personnes âgées fragiles et dépendantes lors de l'admission et de gérer les organisations à mettre en place.

Indicateur : Nombre d'établissements de recours avec une procédure de repérage et/ou ayant mis en place au moins un « gestionnaire de cas ».

5.5. Développer les liens entre les établissements sanitaires et les EHPAD, notamment par l'intervention des équipes mobiles de gériatrie afin d'anticiper les situations de crise et éviter les hospitalisations.

Indicateur : Intégrer cet objectif dans les missions de l'EMOG et intégrer les interventions dans les EHPAD dans leurs rapports d'activité, nombre de conventions formalisant l'intervention de l'EMOG dans des EHPAD.

5.6. Mettre à profit les compétences des réseaux polyvalents de proximité et des CLIC pour améliorer les conditions de retour à domicile après une hospitalisation et faciliter la coordination des acteurs en ville.

Objectif 6 : Renforcer les coopérations entre les établissements et garantir l'accès aux soins spécialisés dans chaque territoire de santé :

6.1. Développer des consultations avancées de spécialité pour améliorer l'accès aux soins.

Indicateur : Nombre des consultations avancées existantes chaque année par territoire de santé.

6.2. Articuler les missions des ex-hôpitaux locaux avec celles des autres établissements de santé et des professionnels des soins de premier recours.

6.3. Lorsque la réponse ne peut pas être apportée par des consultations avancées, mener une réflexion sur la place de la télémédecine dans le territoire de santé.

Objectif 7 : Structurer la filière de prise en charge de la douleur chronique :

7.1. Organiser la prise en charge de la douleur chronique avec un maillage de proximité grâce à la mise en place de nouvelles consultations pluri-professionnelles de proximité.

7.2. Évaluer et labelliser les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique et actuellement financées.

7.3. Pour répondre à l'objectif du nouveau cahier des charges en matière de gradation et de maillage de proximité, le dispositif cible pourra comporter deux tiers de structures de type consultation pour un tiers de structures de type centre. La labellisation des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique fera l'objet d'une contractualisation ARS – établissements de santé.

Indicateurs : Nombre de structures labellisées, nombre de structures financées, nombre de consultations réalisées par an.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social)

Objectif 8 : Fédérer les acteurs des secteurs sanitaire (MCO-SSR-HAD), social, médico-social, et les professionnels libéraux dans chaque territoire de santé par la mise en place d'une commission permanente pluridisciplinaire chargée :

8.1. D'améliorer la réponse aux besoins de santé des malades chroniques, notamment les personnes âgées, et des personnes en situation de précarité.

Indicateur : Élaboration d'un projet de territoire.

8.2. De mener une réflexion territoriale pour permettre d'apporter une solution « humaine » et digne aux situations de fin de vie dans les EHPAD

Indicateur : Nombre de décès des personnes âgées dans les services d'urgences, nombre d'hospitalisations de moins de 48 heures avec sortie par décès.

Objectif 9 : Optimiser l'accès des patients aux programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) :

9.1. Au niveau des établissements de santé :

9.1.1. Optimiser les ressources dédiées à l'ETP par la mise en place de plateformes communes d'éducation thérapeutique.

Indicateurs : Nombre d'établissements ayant mise en place une plateforme commune / nombre d'établissements avec plus de 3 programmes autorisés par territoire de santé.

9.1.2. Améliorer la connaissance des médecins libéraux sur les ressources hospitalières en matière d'ETP afin qu'ils puissent en faire bénéficier leurs patients.

Indicateur : Nombre de patients intégrés dans les programmes hospitaliers à la demande du médecin traitant.

9.1.3. Intégrer dans tous les programmes hospitaliers un objectif de pérennisation des acquis en lien avec les médecins traitants.

9.2. Au niveau de chaque territoire de santé, veiller à la complémentarité des programmes d'ETP hospitaliers et de programmes développés en médecine de ville et garantir l'existence d'une offre de soins permettant de couvrir les principales maladies chroniques (dans chaque territoire, au moins un programme d'amélioration de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires, diabète, insuffisance rénale chronique, maladies respiratoires et VIH).

Objectif 10 : Structurer la filière de prise en charge de l'AVC et de l'obésité en intégrant la prévention et mener une réflexion régionale sur la prise en charge des maladies vasculaires périphériques (cf. chapitres « prise en charge de l'obésité (16) et de l'AVC (15) ») :

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Niveau de proximité
> Les soins de premiers recours reposent sur les professionnels de santé libéraux, dont les médecins traitants, ainsi que sur les centres de santé. Les médecins traitants assurent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ainsi que la coordination des soins. Ils contribuent aux actions d'éducation pour la santé et à l'implication du patient en tant qu'acteur de sa santé. Si besoin, ils orientent les patients vers un programme d'éducation thérapeutique et assurent la pérennisation des acquis des patients. > Les médecins traitants peuvent s'appuyer sur les ex-hôpitaux locaux ; des consultations avancées sont organisées à chaque fois que cela est possible. > Les professionnels de santé des établissements de santé facilitent les missions des médecins traitants en restant des interlocuteurs privilégiés, accessibles et en veillant à la transmission rapide des informations médicales à la sortie de toute hospitalisation.
Niveau territoire de santé
> Plusieurs unités de médecine polyvalente avec une organisation formalisée avec le service d'urgences, et l'accès à des prestations de cardiologie, gastroentérologie, pneumologie, diabétologie, rhumatologie et dermatologie. > Au moins une structure de médecine interne avec des compétences en infectiologie et dans le bon usage des anti-infectieux, en hématologie, une unité d'hospitalisation de gastro-entérologie (au moins un spécialiste en proctologie) et de pneumologie et un site orienté spécifiquement en diabétologie. > Pour les autres spécialités, l'accès à un avis spécialisé est organisé (consultations avancées ou visioconférence ou télémédecine) > Permanence téléphonique gérontologique
Niveau régional (recours)
Assure la prise en charge de maladies rares ou complexes et apporte un avis d'expert en cas de situation d'impasse diagnostique ou thérapeutique, en assurant un astreinte opérationnelle et la possibilité d'apporter 24 heures/24 un avis d'expert ; met en œuvre l'ensemble des compétences nécessaires au service des autres structures de la région et assure une permanence de soins ; fédère les acteurs régionaux dans les domaines hyperspécialisés afin de faciliter l'accès aux soins de recours et aux thérapeutiques innovantes pour l'ensemble de la population de la région. Le niveau régional de recours assure entre autres la prise en charge de : > Maladies rares : Centres de référence et de compétences, > Hématologie : Pôle d'expertise en hématologie, > Maladies Infectieuses- Maladies Tropicales : Centre de référence régional (dont infections ostéoarticulaires, maladies émergentes transmissibles, infection chez l'immunodéprimé, VIH) > Diabète : Pôle régional de référence diabète

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Aquitaine recours		
Caisson hyperbare : CHU	Caisson hyperbare : 1 implantation	
Dordogne		
1 CH de Belvès -2 CH Samuel Pozzià Bergerac -3 CH de Domme -4 CH d'Excideuil -5 CH de Nontron -6 CH Périgueux -7 CH de Ribérac -8 CH de Saint Astier -9 Polyclinique Francheville -10 CH Jean Leclaire Sarlat -11 CH Vauclaire Montpon -12 CH Chenard (Saint Aulaye)	*[10 à 11 implantations]	*[-1 implantation]
Gironde		
CUB : 1 à 5 C.H.U. de Bordeaux (Pellegrin, Saint André, Xavier Arnozan, Haut Lévêque, Centre Abadie) -6 Institut Bergonié -7 M.S.P. Bagatelle -8 Hôpital Suburbain du Bouscat -9 Clinique Saint Augustin -10 Clinique Tivoli -11 Polyclinique Bordeaux Caudéran -12 Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine -13 Polyclinique Bordeaux Tondu -14 Polyclinique Jean Villar à Bruges -15 Polyclinique Bordeaux Rive Droite -16 Hôpital Privé Saint Martin -17 Clinique Mutualiste de Pessac -18 CRF La Tour de Gassies (HJ) -19 Maison de santé Marie Galène (Les Dames du Calvaire) -20 Clinique Bel Air -21 Les Fontaines de Monjous (HJ) BLAYE : 22 CH Saint Nicolas à Blaye COBAS : 23 Clinique d'Arcachon -24 CH Jean Hameau à Arcachon BAZAS : 25 CH Bazas LANGON : 26 Clinique Sainte Anne -27 CHIC Sud Gironde - Langon LA REOLE : 28 CHIC Sud Gironde - La Réole MONSEGUR : 29 CH de Monségur LESPARRE : 30 Clinique Mutualiste du Médoc ARES : 31 CMC Arès LIBOURNE : 32 CH Robert Boulin à Libourne -33 C.H Ste Foy la Grande Hors SROS : Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué – Villenave d'Ornon	29 à 33 implantations	Possibilité de regroupement de services de faible capacité
Landes		
1 CH Mont-de-Marsan -2 Clinique des Landes à Mont-de-Marsan -3 CH Dax -4 Clinique Saint Vincent de Paul à Dax -5 Clinique Jean Le Bon à Dax -6 Polyclinique Les Chênes à Aire sur Adour -7 CH Saint Sever -8 Institut Hélio-Marin à Labenne (HJ)	7 à 8 implantations	Possibilité de regroupement de services de faible capacité
Lot-et-Garonne		
1 Clinique Esquirol – Saint-Hilaire -2-3 CH Agen (site CH et site Monbran) -4 CH Nérac -5 CH Saint Cyr à Villeneuve-sur-Lot -6 Clinique de Villeneuve -7 CH de Fumel -8 CH de Penne d'Agenais -9 CHIC Marmande-Tonneins site de Marmande -10 Polyclinique du Marmandais -11 CH de Casteljaloux -11 CH La Candélie	*[9 implantations]	*[-3 implantations]
Béarn et Soule		
1 CH de Pau -2 Polyclinique Marzet -3 Clinique Diabèto-endocrino-nutrition Princess -4 Polyclinique de Navarre -5 Clinique Cardiologique d'Aressy (SNECCA) -6 CH Oloron -7 CH Orthez -8 CH Mauléon	8 implantations	
Navarre Côte basque		
1-2.CH de la Côte basque (site Bayonne, site St Jean de Luz) -3 Clinique Delay -4 Clinique Paulmy -5 Polyclinique Lafourcade -6 Clinique Saint Etienne -7 Polyclinique Aguiléra à Biarritz -8 Polyclinique Côte basque Sud -9 Centre Médical Toki-Eder -10 CRF Mariénia (HJ) -11 Centre médical Annie Enia -12 Clinique Fondation Luro -13 Clinique Sokorri -14 Centre médico-chirurgical Beaulieu -15 Clinique Lafargue	*[11 à 12 implantations]	*[- 3]

[Modification apportée par arrêté du 7 janvier 2015] *[Modification apportée par arrêté du 22 décembre 2015]*

4.
INDICATEURS DE SUIVI DU GUIDE SROS

> Taux d'évolution de la DMS pour les séjours en SSR ou en HAD.

> Taux de ré-hospitalisation en médecine à 30 jours.

CHAPITRE 2.
CHIRURGIE

Les orientations nationales du volet chirurgie pour le SROS-PRS sont proches de celles de la circulaire n°101/DHOS/0/2004 du 5 mars 2004 pour le SROS III.

Les textes régissant l'activité de chirurgie n'ont pas fait l'objet d'une publication récente. Il est cependant recommandé dans la communauté scientifique et institutionnelle le respect d'un seuil minimal d'activité de 1 500 séjours chirurgicaux dans les établissements disposant d'une autorisation d'activité de chirurgie.

Les référentiels réglementaires portent principalement sur la sécurité sanitaire, la sécurité anesthésique, l'environnement des blocs opératoires et l'anesthésie en chirurgie ambulatoire.

Le développement de la chirurgie ambulatoire participe à la qualité des soins en réduisant le risque de complications liées aux hospitalisations (infections nosocomiales, situation de rupture avec l'environnement des personnes âgées).

Principaux textes de référence :

> Conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement : Annexe « maison chirurgicale » Articles D. 6124-401 à D. 6124-408 du code de la santé publique

> Chirurgie ambulatoire : Articles R. 6121-4 et D. 6124-301 à D. 6124-306 du code de la santé publique

> Article 37 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'année 2008 relatif à la mise sous entente préalable

> Arrêté du 13 janvier 1993 relatif au secteur opératoire des structures alternatives à la chirurgie et à l'anesthésie ambulatoire

> Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspective de développement et démarche de gestion du risque

> Abécédaire chirurgie ambulatoire : réglementation - organisation-pratique : janvier 2009

> Anesthésie : Articles D.6124-91 à D.6124-103 du code de la santé publique

1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Offre de Soins

Nombre d'implantations

64 établissements de santé sont titulaires d'une autorisation d'activité de soins en chirurgie et/ou en chirurgie ambulatoire en Aquitaine : 23 ex DG (publics ou ESPIC), 41 ex OQN (privés), +1 Hôpital d'Instruction des Armées.

Le nombre de lits en hospitalisation complète a diminué de 484 lits entre 2001 (5464 lits) et 2009 (4980 lits). Pendant la même période, le nombre de places a augmenté de 227 (de 358 places en 2001 à 585 places en 2009).

Arrêts d'activité pendant la période du SROS3 (2006-2011) : 2008 (Clinique Croix Blanche, Chirurgie CH La Réole), 2010 (Polyclinique de Cenon), 2011 (Polyclinique d'Oloron, Centre de Chirurgie Oculaire à St Jean de Luz)

Regroupements programmés :

sur la CUB (Cl Théodore Ducos sur le site de la Clinique Tivoli en 2012, des Cliniques Tourny et St Louis sur le site de la Polyclinique Bel Air en 2013, Clinique St Antoine de Padoue avec la Clinique du Sport en 2013), sur Arcachon finalisation du pôle public-privé en 2013, sur Marmande finalisation du regroupement du Pôle public privé de santé Val de Garonne en 2012, sur Villeneuve-sur-Lot finalisation du Pôle public-privé de santé du Villeneuvois en 2014, sur Bayonne regroupement des 4 cliniques du groupe Capio sur un nouveau site en 2014.

La chirurgie pédiatrique : Cf chapitre Pédiatrie.

CHT existante: CH de Pau, Oloron, Orthez

A noter l'expérience des emplois médicaux partagés qui, par exemple, a permis de conforter l'activité chirurgicale du CH de Blaye et l'accord-cadre entre le CHU de Bordeaux et les 4 établissements publics du département de la Gironde (Libourne, Langon, Arcachon, Blaye) pour développer les partenariats et complémentarités d'activités.

Données d'activité

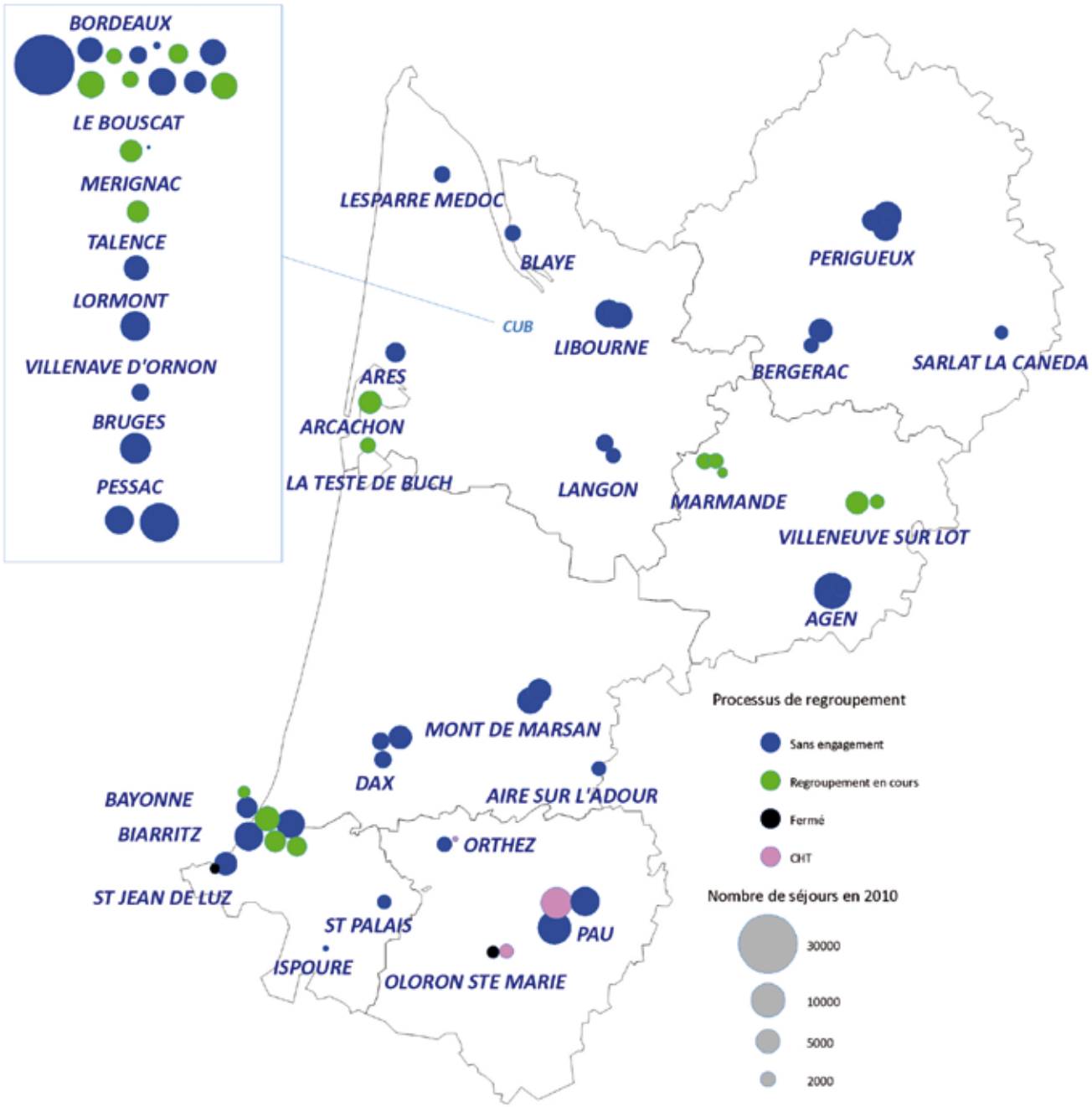
Avec 303 172 séjours en 2010 (+3,5 % depuis 2007[1]), les séjours chirurgicaux représentent 32,7 % des séjours[2] de l'activité hospitalière. 63,6 % des séjours chirurgicaux sont réalisés dans le secteur privé.

36,7 % des séjours chirurgicaux sont réalisés en ambulatoire, ce qui positionne la région au dessus de la moyenne nationale (35 %) et au 3e rang national.

NB : Les données d'activité relatives à la chirurgie énoncées ci-après ciblent les séjours PMSI identifiés sur la base du caractère chirurgical du GHM « C ».

1. Évolution hors activité de l'Hôpital d'Instruction des Armées
2. Total des séjours hors séances

• Activités de chirurgie dans les établissements de santé aquitains 2010



Fond de carte : Articque ©
Source : ARS Aquitaine - DOS - PMSI MCO 2010
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études statistiques et prospectives
01/08//2011

Points de vigilance

> La plupart des restructurations prévues dans le SROS 3 sont abouties ou programmées, sauf dans le territoire de Bordeaux-Libourne. A ce jour, deux CHT dans la région, dans le territoire de Gironde (CH de Libourne-CH Sainte Foy) et de Béarn et Soule (CH de Pau-CH d'Orthez-CH d'Oloron) et une CHT en cours de signature dans les Landes.

> 6 établissements présentent une activité inférieure à 1 500 séjours chirurgicaux. 4 d'entre eux développent des activités particulières (activité d'anesthésie ambulatoire : endoscopies, IVG, pose de pace maker), 7 établissements ont une activité entre 1 500 et 2 000 séjours chirurgicaux*.

> Le taux de recours aux actes de chirurgie est supérieur au taux national. Le taux de recours rend compte du recours à l'offre de soins hospitaliers de la population domiciliée dans une zone géographique quel que soit le lieu de réalisation du séjour hospitalier. Il est exprimé en nombre de séjours/séances annuels de la population de la zone pour 10 000 habitants. En Aquitaine, il est de 8,6 pour 8,1 au niveau national. Les taux de recours pour la chirurgie ophtalmologique, odontologique, des dents, gynécologique, urologique et du rachis sont supérieurs à la médiane nationale (en Aquitaine et dans tous les territoires de santé) et au-delà du 75e centile des taux des territoires de santé France métropolitaine.

> Le fort potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire au niveau régional et plus particulièrement dans les territoires de Gironde et de Béarn et Soule. 68 % des établissements estiment qu'une meilleure organisation au niveau du bloc opératoire pourrait faciliter le développement de la chirurgie ambulatoire et 52 % pensent devoir apporter des modifications structurelles à leur unité (extension de la capacité, aménagement d'espaces détente, rapprochement du bloc). Seuls 24 % des établissements ont réalisé des actions de communication à l'attention des professionnels de ville **.

> La nécessité de poursuivre une politique d'évaluation de la qualité des actes et de la performance des plateaux techniques.

> La nécessité de formaliser certaines filières (exemple chirurgie de la main) en intégrant une démarche de prévention.

> La densité régionale des chirurgiens, légèrement inférieure à la densité nationale (39,1 vs 40 chirurgiens/100 000 habitants France entière), mais allant de 26,1 dans les Landes, 26,5 en Dordogne, 30,5 en Béarn Soule, 34,9 en Lot-et-Garonne et 46,6 en Gironde à 53,2 en Navarre Côte basque. Le taux des chirurgiens de plus 55 ans est de 42 %.

> Fragilité de certains plateaux techniques du fait à la fois des difficultés de recrutement de professionnels de santé (chirurgiens et anesthésistes notamment) et de l'impact des seuils d'activité, notamment lorsqu'il existe une offre de soins redondante au regard des besoins de la population.

> Une très large majorité de chirurgiens libéraux sont en secteur 2 (78 % à 92 % selon la spécialité) et, dans certaines disciplines, l'offre est concentrée dans le secteur privé, ce qui pose le problème de l'accessibilité financière. La Gironde se caractérise par un taux élevé de chirurgiens, toutes spécialités confondues, exerçant en secteur 2 (90 % vs 85 % France entière).

> En dehors de la chirurgie pédiatrique de recours, on constate une dispersion importante des sites prenant en charge des enfants à tout âge, dont un certain nombre avec moins de 10 actes/an.

*3e caractère en C du GHM en version 10 et 11 base PMSI régionale 2010
** Enquête régionale déclarative sur la chirurgie ambulatoire décembre 2010

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : L'organisation et la répartition des plateaux techniques et des professionnels de santé concilient une prise en charge respectant les conditions de qualité et de sécurité des soins, et une offre répondant aux besoins de chaque territoire de santé :

1.1. Mettre en œuvre, en portant une attention particulière aux territoires de santé présentant des fragilités en termes d'attractivité géographique ou de fonctionnement de certains plateaux techniques, les conditions permettant de favoriser le maintien d'une offre dans de bonnes conditions de sécurité et de qualité, pour les patients et les professionnels :

> développer des modes de coopération (CHT, GCS...), reposant sur un projet médical partagé, axé sur la qualité des pratiques et des conditions de sécurité, permettant le travail en équipe dans de bonnes conditions, et l'optimisation des ressources humaines et matérielles,

> poursuivre le dispositif des emplois médicaux régionaux et territoriaux partagés,

> organiser de manière coordonnée sur chaque territoire de santé la prise en charge des urgences chirurgicales, dans le cadre du réseau urgence (projet médical commun),

> veiller aux conditions d'accessibilité financière (tarifs opposables), et intégrer systématiquement cet aspect dans les dossiers de demandes d'autorisation et de renouvellement d'activité.

1.2. Utiliser l'ensemble des leviers d'action disponibles (autorisations, contrats, gestion des emplois médicaux y compris la formation des médecins spécialistes) pour réduire les inégalités de densité de chirurgiens et anesthésistes entre les différents territoires, afin de ne pas accroître les écarts infra régionaux déjà importants,

1.3. Les établissements ayant une activité de chirurgie polyvalente et n'atteignant pas le seuil de 1 500 séjours chirurgicaux (3°caractère en GHM en C) ne pourront, à titre dérogatoire, maintenir cette activité que s'ils répondent à l'ensemble des conditions suivantes :

> existence d'une perte de chance pour les patients compte tenu de l'éloignement géographique (être situés à plus d'une heure d'un autre plateau de chirurgie),

> apporter la preuve de la qualité et des conditions de sécurité de la prise en charge,

> disposer de moyens humains permettant d'assurer la permanence et la continuité des soins,

> s'inscrire dans un dispositif de coopération (CHT ou GCS).

Indicateurs : Évolution des écarts de densité (chirurgiens et anesthésistes) entre les territoires de santé, évolution du nombre de praticiens exerçant dans le cadre des emplois médicaux partagés ou d'un dispositif de coopération inter-établissements, évolution du nombre de consultations avancées dans les établissements ne disposant pas d'activité de chirurgie.

Objectif 2 : Poursuivre la politique régionale d'amélioration de la qualité de soins et de la performance des plateaux techniques en chirurgie :

2.1. Poursuivre la politique de suivi des indicateurs de qualité et de performance en renforçant l'accompagnement et la mise en place des actions correctives pour les établissements avec des indicateurs en dessous de la médiane régionale.

2.2. Améliorer la performance des plateaux techniques, assurer un suivi spécifique pour les établissements avec une activité inférieure à 2 000 séjours chirurgicaux, suivre la productivité des salles d'intervention en vue de l'optimisation de l'organisation des blocs opératoires.

Indicateurs : Taux d'établissements dont le ratio Indice de Coût Relatif (ICR) de chirurgie par salle d'intervention est supérieur à la médiane nationale.

2.3. Compte tenu de la technicité inhérente à l'activité de chirurgie, il est nécessaire que tous les services portent une attention particulière à la politique de gestion des risques associés aux soins :

> La politique du service et du bloc opératoire doit être intégrée dans la politique globale de gestion des risques de l'établissement et dans son plan d'actions.

> Les patients et leurs familles doivent recevoir une information claire et compréhensible des risques liés aux soins.

> Des staffs de morbi-mortalité doivent avoir lieu régulièrement et les actions d'amélioration mises en œuvre devront être lisibles.

> Participation annuelle aux enquêtes d'incidence d'infections du site opératoire et suivi régulier de la qualité des surfaces et de l'air du bloc opératoire.

> Il est souhaitable que chaque service de chirurgie réalise un audit des pratiques professionnelles au moins une fois par an.

Indicateurs : % d'établissements ayant mis en place des staffs de morbi-mortalité réguliers dans les services de chirurgie.

2.4. Mener une réflexion en lien avec les professionnels de santé sur la justification des taux de recours à la chirurgie supérieurs à la médiane nationale pour la chirurgie ophtalmologique, odontologique, gynécologique, urologique et du rachis.

2.5. Poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la douleur dans les services de chirurgie.

Objectif 3 : Garantir à la population l'accès à une chirurgie ambulatoire répondant aux critères qualité :

3.1. Poursuivre la politique régionale de contractualisation pour le développement de la chirurgie ambulatoire en lien avec les actions de maîtrise médicalisée à l'hôpital. Porter une attention particulière aux freins du développement liés à l'adaptation des locaux et à l'organisation du bloc opératoire.

3.2. Intégrer la poursuite d'une évaluation annuelle de l'activité et de l'organisation des unités de chirurgie ambulatoire telle que prévue dans le plan régional de développement de la chirurgie ambulatoire.

3.3. Améliorer l'identification des unités médicales de prise en charge dans le PMSI.

3.4. Une progression annuelle de 1,5 % du taux global de chirurgie ambulatoire permettra d'atteindre un taux régional de 45 % au terme du SROS.

Indicateurs : Taux de prise en charge en ambulatoire, taux de prise en charge en ambulatoire en dehors des unités dédiées (chirurgie foraine).

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le secteur médico-social)

Objectif 4 : Définir une politique régionale de prévention des accidents de la main en lien avec l'amélioration de la filière de prise en charge :

4.1. Améliorer le suivi de l'incidence des accidents de la main.

4.2. Fédérer les acteurs autour de la prévention des accidents de la main ainsi que les actions de réinsertion sociale et professionnelle.

4.3. Améliorer, en lien avec les centres de recours, la prise en charge des urgences de la main dans tous les établissements accueillant les urgences et le transfert vers les centres de recours dans les meilleurs délais pour les traumatismes complexes de la main.

Indicateur : Taux d'accidents de la main pris en charge dans les centres de recours (PMSI).

Objectif 5 : Développer les filières de prises en charge entre les sites de chirurgie et les structures de soins de suite et de réadaptation :

5.1. Privilégier les rencontres entre les équipes chirurgicales et les équipes chargées d'assurer la prise en charge en soins de suite et réadaptation, développer les consultations avancées et impliquer les directions d'établissements en formalisant ces actions par des conventions de coopération inter établissements.

Indicateur : % de SSR bénéficiant d'une consultation avancée.

5.2. Favoriser, lorsque cela est médicalement possible, conformément aux recommandations de la HAS, une orientation pour la rééducation post chirurgicale par les masseurs kinésithérapeutes libéraux, de manière à éviter les séjours en service de SSR lorsqu'ils ne sont pas médicalement justifiés

Indicateur : taux de prise en charge en SSR après interventions pour : prothèse d'épaule, prothèse de genou, prothèse de hanche, arthroscopie du genou.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

Gradation des soins (adultes)

La répartition des plateaux techniques de chirurgie doit garantir à la population une prise en charge qui repose sur les principes de qualité et de sécurité.

GRADATION DES SOINS

Niveau de proximité
Assurer l'organisation permettant l'accès aux soins chirurgicaux programmés (consultations spécialisées avancées, télémédecine) et le suivi des patients.
Niveau territoire de santé
Garantir l'accès à l'ensemble des soins chirurgicaux programmés et d'urgence ne relevant pas du niveau de recours dans un délai compatible avec l'état du patient (au moins une structure par territoire de santé, un ratio d'un plateau technique par 80 000 habitants)
Au moins une structure capable de prendre les poly traumatismes, les gros délabrements et les lésions traumatiques avec lésion vasculaire et nerveuse par territoire de santé.
En chirurgie de spécialité, ORL et ophtalmologique, au moins une structure par territoire de santé, assurant les urgences chirurgicales et médicales 24 heures sur 24
Possibilité d'obtenir un avis d'un chirurgien maxillo-facial 24H/24
Organiser l'accès à des avis spécialisés relevant du recours
Niveau régional (recours)
Comprend la chirurgie de haute technicité nécessitant un environnement et des moyens spécifiques. Plusieurs implantations peuvent être nécessaires pour garantir l'accessibilité.
Relèvent de la chirurgie de recours :
Chirurgie orthopédique et traumatologique
> chirurgie traumatique du rachis, nécessitant un geste d'ostéosynthèse (TS Gironde et TS Béarn et Soule)
> traumatismes complexes de la main (TS Gironde et TS Navarre-Côte basque)
Chirurgie vasculaire
> chirurgie vasculaire de haute technicité, intrathoracique (TS Gironde)
Chirurgie urologique
> polytraumatismes graves nécessitant une réanimation (TS Gironde)
Chirurgie ophtalmologique
> pathologie intra-orbitaire (TS Gironde)
> chirurgie rétinienne : en cas de reprise ou dans les formes d'emblées compliquées (TS Gironde et TS Béarn et Soule)
Chirurgie ORL
actes d'oto-neurochirurgie et reconstructions cervico-faciales lourdes (TS Gironde)
Niveau interrégional
Activités relevant du Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire SIOS : neurochirurgie, chirurgie cardiaque, greffes d'organes et de cellules souches hématopoïétiques, grands brûlés.

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Dordogne		
1 CH Samuel Pozzi à Bergerac -2 Clinique Pasteur à Bergerac -3 CH Périgueux -4 Polyclinique Francheville à Périgueux -5 Clinique du Parc à Périgueux -6 CH Jean Leclaire à Sarlat	4 à 6 implantations	Possibilité de recomposition de l'offre de soins sur le territoire Ratio théorique* : 4,66 à 5,32 plateaux techniques
Gironde		
1 à 3 CHU de Bordeaux -4 Hôpital Suburbain du Bouscat -5 M.S.P Bagatelle -6 CRLCC Institut Bergonié -7 Clinique Mutualiste de Pessac -8 Clinique Bel Air -9 Clinique du Sport à Mérignac -10 Clinique ophtalmologique Thiers -11 Clinique Saint Antoine de Padoue -12 Clinique Saint Augustin -13 Clinique Saint Louis -14 Clinique Théodore Ducos -15 Clinique Tivoli -16 Clinique Tourny -17 Hôpital Privé Saint Martin -18 Polyclinique Bordeaux Caudéran -19 Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine -20 Polyclinique Bordeaux Rive Droite -21 Polyclinique Bordeaux Tondu -22 Polyclinique Jean Villar -23 CMC Wallerstein à Arès -24 CH Robert Boulin à Libourne -25 Clinique chirurgicale du Libournais -26 CH Jean Hameau à Arcachon -27 Clinique d'Arcachon -28 CH Saint Nicolas de Blaye -29 CHIC Sud Gironde -30 Clinique Sainte Anne -31 Clinique Mutualiste du Médoc Hors SROS : Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué – Villenave d'Ornon	*[23 à 28 implantations]	*[Le nombre d'implantations tient compte de la poursuite de la recomposition de l'offre de soins sur le territoire] Ratio théorique Gironde* : 18,39 à 21,01 plateaux techniques
Landes		
1 CH de Dax -2 Clinique Saint Vincent de Paul -3 Clinique Jean Le Bon -4 CH Mont-de-Marsan -5 Clinique des Landes -6 Polyclinique Les Chênes à Aire sur Adour	5 à 6 implantations	Possibilité de recomposition de l'offre de soins sur le territoire Ratio théorique* : 3,67 à 4,19 plateaux techniques
Lot-et-Garonne		
1 CH Agen -2 Clinique Esquirol – Saint-Hilaire à Agen -3 CHIC Marmande-Tonneins site de Marmande -4 Polyclinique du Marmandais -5 Clinique Magdelaine -6 CH Saint Cyr à Villeneuve-sur-Lot -7 Clinique de Villeneuve	*[4 implantations]	*[-3 implantations]

*[Modification apportée par arrêté du 22 décembre 2015]

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Béarn et Soule		
1 CH de Pau -2 Polyclinique Marzet -3 Polyclinique de Navarre -4 Clinique d'Orthez -5 CH d'Orthez (chirurgie gynécologique) -6 CH Oloron-Sainte-Marie	4 à 6 implantations	Possibilité de recomposition de l'offre de soins sur le territoire Ratio théorique* : 4,66 à 5,33 plateaux techniques
Navarre Côte basque		
1 CHIC de la Côte basque -2 Clinique Delay -3 CAPIO Clinique Saint Etienne et du Pays Basque -4 CAPIO Clinique Lafargue -5 CAPIO Clinique Lafourcade -6 CAPIO Clinique Paulmy -7 Polyclinique Aguiléra à Biarritz -8 Polyclinique Côte basque Sud à St-Jean-de-Luz -9 Clinique Fondation Luro à Ispoure -10 Polyclinique Sokorri à St Palais	5 à 7 implantations	Le nombre d'implantations tient compte du regroupement programmé des cliniques CAPIO et de possibilités de la poursuite de la recomposition de l'offre de soins sur le territoire Ratio théorique* : 3,97 à 4,53 plateaux techniques

*ratio théorique avec 1 plateau par 80 000 habitants à 1 plateau par 70 000 habitants

4.
INDICATEURS DE SUIVI DU SROS

> Nombre d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur à 1500 séjours chirurgicaux

> Taux de ré-hospitalisation en chirurgie à 30 jours

> Part de la chirurgie ambulatoire par rapport à l'ensemble de l'activité de soins de chirurgie

CHAPITRE 3.
PERINATALITE

La périnatalité recouvre plusieurs natures d'activités qui sont normées dans le code de santé publique :

> Les activités de gynécologie-obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale pour les femmes enceintes et les nouveau-nés avec la définition de niveaux :

- Niveau I : Unité d'obstétrique et soins aux nouveau-nés,
- Niveau IIA : Unité d'obstétrique et unité de néonatalogie,
- Niveau IIB : Unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et avec soins intensifs,
- Niveau III : Unité d'obstétrique, unité néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation néonatale.

Des transferts in utero ou postnataux sont organisés vers le plateau technique le plus adapté pour la prise en charge de la femme, de l'enfant à naître ou du nouveau-né à risque.

Le centre périnatal de proximité assure des consultations prénatales et postnatales, des cours de préparation à la naissance, des consultations de planification familiale et l'enseignement de soins aux nouveau-nés, par convention avec un établissement de santé pratiquant l'obstétrique.

> La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG), avant la douzième semaine de grossesse ou 14 semaines d'aménorrhée, par technique instrumentale ou par voie médicamenteuse réalisée en établissement de santé, en centre de santé, dans un centre de planification familiale, ou en médecine de ville après convention avec un établissement de santé public ou privé.

> L'activité d'assistance médicale à la procréation (AMP), ensemble de techniques destinées à pallier une stérilité due à la femme ou à l'homme, soit en facilitant la fécondation dans le corps de la femme par insémination artificielle (IA) soit en la remplaçant par une fécondation artificielle suivie d'un transfert des embryons dans l'utérus par fécondation in vitro (FIV) sans ou avec micromanipulations (ICSI). Les gamètes peuvent être ceux du couple ou issues d'un don de gamètes (ovocytes et spermatozoïdes).

> L'activité de diagnostic prénatal (DPN) combinant des activités cliniques, biologiques et échographiques a pour but de détecter in utero la présence d'anomalies (malformations, anomalie chromosomique ou génétique). Le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN), a pour missions, d'assurer le conseil aux parents, d'évaluer le degré de gravité des pathologies fœtales, de proposer la thérapeutique adaptée, d'autoriser une interruption médicale de grossesse (IMG).

Principaux textes de référence :

Gynécologie-obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale : article R.6123-39 à R.6123-53 (conditions d'implantation), D.6124-35 à D.6124-63 (conditions techniques de fonctionnement ; Lactarium : article L.2323-1 et L.5311-1 (8e), article D.2323-6

AMP : articles L.2141-2 à L.2142-4 et R.2142-1 à R.2142-5

DPN : articles L.2131-1 à L.2131-5 et R.2131-1 à 2131-22

IVG : articles L.2212-1 à 2212-13-3 et R.2212-4 à R.2212-1 à R2212-19

Instruction DGS/MC1/DGOS/R3 n°2010-377 du 21 octobre 2010 relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Accès des personnes mineures à la contraception

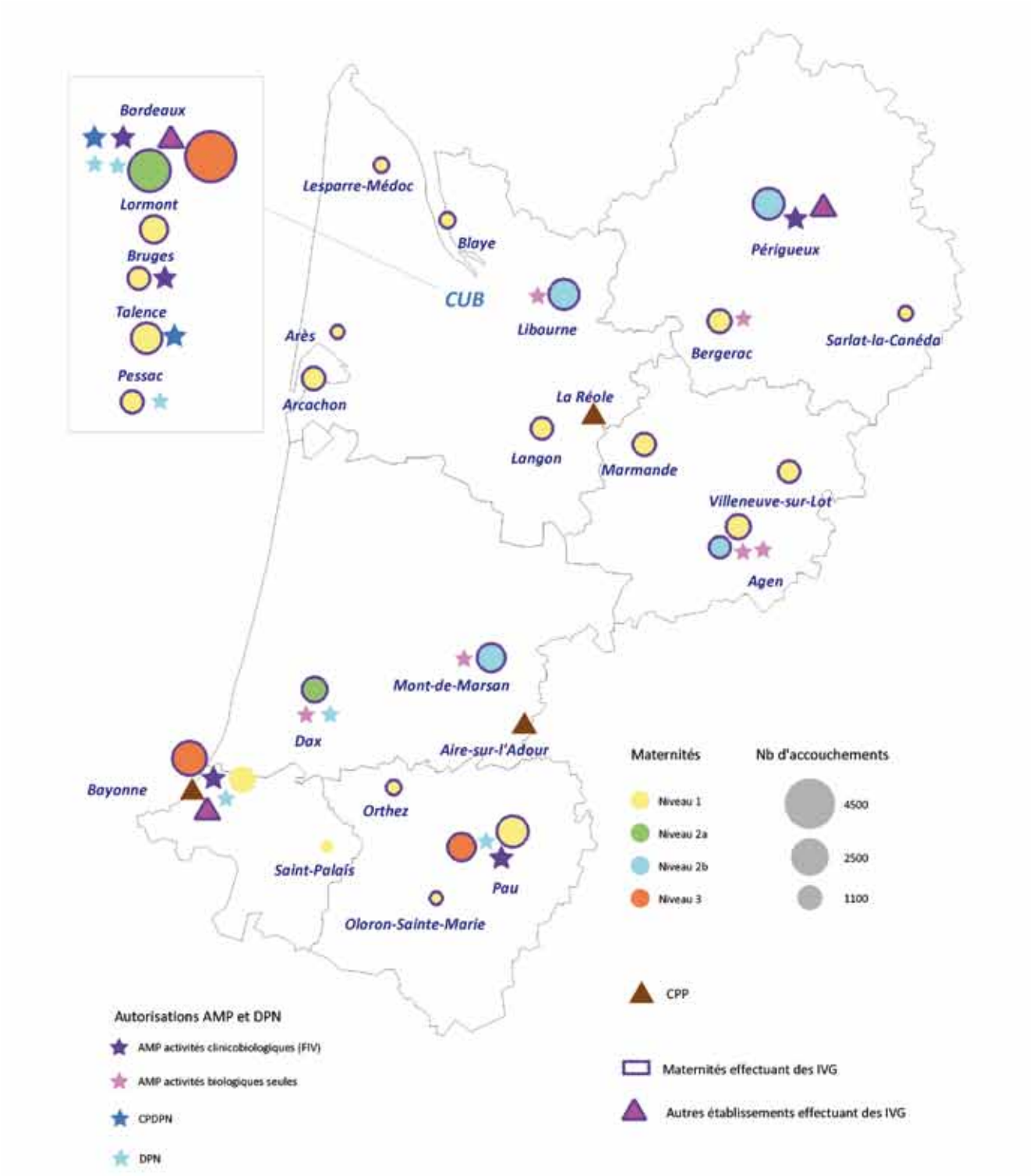
Circulaire DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité

Plan périnatalité 2005- 2007

1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

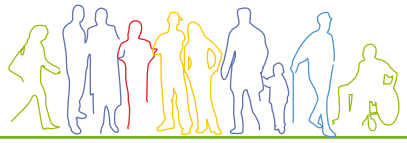
Offre de Soins
Nombre d'implantations
> Gynécologie-obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale : 28 (19 niveau I, 2 niveau IIA, 4 niveau IIB, 3 niveau III) et centre périnatal de proximité (CPP) : 3
> Interruption volontaire de grossesse (IVG) : 27
> Assistance médicale à la procréation (AMP) :
- Activité clinique-biologique : 5, dont 1 public
- Activité biologique (conservation sperme) : 11
> Diagnostic prénatal (DPN) :
- Laboratoire : 5

• Maternités, IVG et autorisations AMP et DPN en Aquitaine



Fond de carte : Articque ©
Source : FINESS au 01/01/2011 - Arrêtés d'autorisations - Enquête SAE 2010
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études statistiques et prospectives
15/09/2011

Points de vigilance
Gynécologie-obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale
Structuration de l'offre de soins partiellement aboutie à la fin du SROS III
Poursuite de la clarification et de la formalisation de l'organisation par niveaux et au sein des territoires afin d'améliorer la visibilité du dispositif
Quelques maternités fragiles, une de moins de 300 accouchements/an et 6 de moins de 500 accouchements/an
Insuffisance et hétérogénéité des transferts in utero entre les établissements
Constat de saturation des maternités de niveau III et nécessité de recentrage sur leurs missions spécifiques de suivi des grossesses à risque
Écart important des taux de césariennes entre maternités
Démographie médicale déficitaire en gynécologue-obstétricien et pédiatre, avec une situation plus préoccupante en Dordogne et Lot-et-Garonne, pouvant avoir des conséquences sur la présence pédiatrique en maternité
Trop peu de regroupements géographiques de pôles mère-enfant au sein des établissements de santé
Pas de dépistage de la surdité néonatale sur le territoire des Landes.
IVG
Tension dans l'offre de soins et un enjeu de développement de la prévention des grossesses non désirées
Absence d'offre dans deux maternités de la région
Taux faible et hétérogène d'IVG par voie médicamenteuse en établissement et surtout en ville
AMP
Absence de structuration et d'organisation graduée de l'offre.
Insuffisance de lisibilité du parcours de soins pour les couples infertiles.
Pas de dynamique régionale fédérative entre les 5 centres clinico-biologiques et les autres laboratoires d'analyses de biologie médicale autorisés pour l'AMP.
Pas d'organisation formalisée dans les territoires de santé.
DPN
Absence de structuration et d'organisation graduée.
Pas d'organisation formalisée du DPN par territoire, notamment le dépistage précoce de la trisomie 21.
Nombre limité avec une répartition non homogène de gynécologues-obstétriciens capables de réaliser des biopsies du trophoblaste.
Nécessaire articulation de la réflexion avec le volet génétique du SROS-PRS pour préserver les ressources régionales clinico-biologiques en génétique, en particulier en cytogénétique.
Insuffisance de coordination entre les acteurs des territoires et les deux centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) existants, pour la génétique prénatale.
Absence d'offre de diagnostic préimplantatoire (DPI) en région Aquitaine.
Manque d'un système d'information organisé en périnatalité



2.
OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Structurer une offre de soins graduée au sein des territoires de santé et coordonnée avec les établissements de recours de la région :

La structuration de l'offre de soins étant partiellement aboutie, l'organisation par niveaux et dans les territoires est à poursuivre pour améliorer la lisibilité du dispositif et assurer un meilleur accès au niveau III.

Le réseau régional de périnatalité apporte son appui pour fédérer et coordonner les structures et les acteurs de santé.

1.1. Favoriser un maillage territorial par deux niveaux de prise en charge :

> Niveau régional d'expertise et/ou de recours,

> Niveau territorial de référence et/ou de recours au sein du territoire de santé.

Gynécologie-obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale

1.1.1. Consolider l'organisation des transferts des femmes et des nouveau-nés en privilégiant les transports in utero avec l'appui du réseau régional de périnatalité ;

1.1.2. Coordonner le suivi et la prise en charge des grossesses à risque dans les territoires pour éviter une saturation du niveau III en obstétrique et en néonatologie ;

1.1.3. Formaliser l'intégration des centres périnataux de proximité (CPP) et de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans l'offre de soins du territoire et dans le réseau régional de périnatalité ;

1.1.4. Formaliser l'organisation des soins aux nouveau-nés avec l'activité de pédiatrie ;

1.1.5. Organiser le fonctionnement coordonné du lactarium implanté au CHU de Bordeaux et du lactarium à vocation nationale implanté à Marmande et géré par le CHU de Bordeaux

Indicateurs : Nombre de transferts entre établissements de la région et suivi des dysfonctionnements ; Nombre d'enfants nés de naissance multiple en niveau I ; nombre et taux d'enfants nés en maternité de niveau I ou IIA en-deçà de 33 semaines d'aménorrhée ou pesant moins de 1500 grammes ; taux de prématurité, régional et par territoire.

Interruptions volontaires de grossesse

1.1.6. Garantir l'offre actuelle par territoire et les moyens existants dans les établissements de santé impliqués ;

1.1.7. Étendre la prise en charge à l'ensemble des maternités de la région ;

1.1.8. Mener une réflexion régionale globale d'amélioration des pratiques, pilotée par le réseau régional de périnatalité et intégrant les différentes structures pratiquant l'IVG.

Indicateur : Proportion d'établissements de santé pratiquant l'IVG par rapport aux établissements de santé autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie.

Assistance médicale à la procréation (AMP)

1.1.9. Structurer un niveau d'expertise régional par la coordination formalisée des 5 centres clinico-biologiques autorisés (techniques de fécondation in vitro) en associant les autres laboratoires de biologie médicale autorisés pour l'AMP.

1.1.10. Construire un niveau de référence par territoire avec des consultations pluridisciplinaires de conseil et d'orientation pour stérilité au sein d'une maternité (au moins une par territoire) en lien avec l'ensemble des professionnels de santé concernés notamment les gynéco-obstétriciens assurant le diagnostic des causes de l'infertilité et l'orientation des couples.

Indicateur : Proportion de territoires de santé dotés d'une consultation pluridisciplinaire de conseil et d'orientation pour stérilité.

Diagnostic prénatal (DPN)

1.1.11. Structurer un niveau d'expertise régionale :

> Identifier et consolider la plateforme clinico-biologique en génétique du DPN notamment en cytogénétique : pour la cytogénétique (un public, un privé) associant cytogénétique médicale (médecin cytogénéticien et conseiller en génétique) et biologie ; pour la génétique moléculaire du DPN, le CHU.

> Proposer à l'Agence de Biomédecine d'accompagner l'évolution des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) existants, notamment :

- en favorisant le rapprochement des CPDPN existants, voire la création d'un pôle d'expertise régional à Bordeaux sur deux sites,
- en étudiant les conditions de mise en place d'un 3e CPDPN ou d'une antenne dans le sud de la région.

> Préserver les ressources actuelles en anatomo-fœto-pathologie.

1.1.12. Construire un niveau de recours structuré par territoire avec des consultations de recours interdisciplinaires de dépistage et diagnostic prénatal, à créer à chaque échelon territorial au sein d'une maternité (au moins 1 par territoire, y compris la Gironde) réunissant les compétences particulières suivantes :

> En vue du dépistage : échographie prénatale, et biologie sur site ou par convention ;

> En vue du diagnostic : gynécologue ou gynéco-obstétricien pratiquant la ponction biopsie de trophoblaste en fonction de l'activité prévisionnelle.

1.1.13. Préciser et améliorer l'organisation régionale de la médecine fœtale, en lien avec le(s) CPDPN :

> Dans les territoires hors Gironde, l'organisation de revue de dossiers en visioconférences régulières entre le/les CPDPN et les membres des consultations de recours interdisciplinaires de dépistage et diagnostic prénatal, à créer à chaque échelon territorial ; faire appel aux consultations de génétique délocalisées prévues dans le cadre du volet génétique ;

> La réalisation des interruptions médicales de grossesse (IMG) dans les maternités de proximité ou en régional et l'accueil des nouveau-nés handicapés dans le cas de poursuite de la grossesse, y compris du point de vue des soins palliatifs en néonatalogie.

Indicateurs : Proportion de territoires de santé dotés d'une consultation interdisciplinaire de diagnostic prénatal ; nombre de visioconférences entre CPDPN et maternités sièges de consultation interdisciplinaire de DPN ; nombre de dossiers soumis en CPDPN et par territoire de santé ; nombre de consultations et nombre de soutien aux professionnels réalisés par les médecins cytogénéticiens du pôle d'expertise par territoire de santé.

1.2. Organiser et formaliser la coordination régionale et territoriale entre les acteurs de la prise en charge, y compris les laboratoires d'analyses médicales autorisés, par le biais de conventions ou de chartes :

1.2.1. Finaliser les modalités de fonctionnement dans des conventions et/ou des chartes entre les structures.

> Gynécologie-obstétrique,néonatologieetréanimationnéonatale

- Pôles régionaux de périnatalité (niveau III) et plateau technique de recours du territoire (niveau IIB) ;
- Plateau technique de recours du territoire (niveau III ou IIB) et maternités du territoire (niveau I et IIA) CPP et HAD avec les établissements sièges de maternité du territoire de santé.

> AMP

- Centre d'AMP : en secteur privé par une convention tripartite (entre établissements de santé, laboratoires de biologie médicale autorisés et les gynécologues-obstétriciens libéraux agréés) ; en secteur public avec un regroupement au sein du même pôle de la plateforme clinico-biologique ;
- Établissements de santé sièges d'une consultation pluridisciplinaire de conseil et d'orientation pour stérilité et un centre clinico-biologique autorisé ;
- Laboratoires autorisés (insémination intraconjugale) avec les gynécologues, notamment les non agréés pour l'AMP (charte).

> DPN

- Activités cliniques autour de la médecine fœtale : en particulier pour l'échographie et la génétique clinique /établissements de santé sièges des consultations de recours interdisciplinaires de dépistage et diagnostic prénatal,
- Biologie (Laboratoires de biologie médicale autorisés) :
  - pour la cytogénétique et la génétique moléculaire) /toutes les maternités ;
  - pour la biochimie du DPN/ les établissements de santé sièges de consultation de recours interdisciplinaire de dépistage et diagnostic prénatal

- CPDPN

  - entre les établissements de santé actuels détenteurs des autorisations pour CPDPN (Agence de Biomédecine) ;
  - entre CPDPN et établissements de santé sièges des consultations de recours interdisciplinaires de dépistage et diagnostic prénatal ;
  - entre établissements de santé sièges des consultations de recours interdisciplinaires de dépistage et diagnostic prénatal, les autres maternités du territoire de santé, et les représentants des professionnels de santé libéraux concernés.

- Anatomo-fœtopathologie : CHU et l'ensemble des maternités (à préciser : les conditions financières).

- Diagnostic préimplantatoire (DPI) : participation de praticiens DPN et/ou AMP du CHU de Bordeaux au sein de l'équipe du centre de DPI créé au CHU de Nantes.

Indicateur : Tableau de bord des conventions et des chartes réalisées entre les établissements de santé et avec les laboratoires d'analyses médicales autorisés dans la région et par territoire.

1.3. Organiser l'implication du réseau régional de périnatalité :

1.3.1. Consolider son rôle fédérateur dans le domaine de la périnatalité et l'IVG,

1.3.2. Débuter son implication dans la coordination des acteurs et des structures de l'AMP, du DPN ainsi que pour l'activité de prélèvement de sang du cordon,

1.3.3. Finaliser ses objectifs et son fonctionnement dans le cadre d'un CPOM,

1.3.4. Assurer la coordination des réseaux de proximité en périnatalité.

Indicateur : Adhésion des structures autorisées et des professionnels intervenants dans l'AMP et DPN au réseau régional de périnatalité.

Objectif 2 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins :

Gynécologie-obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale

2.1. Renforcer une prise en charge globale et personnalisée des femmes et des nouveau-nés en fonction de l'évaluation individualisée du niveau de risque ;

2.2. Réduire le nombre de grossesses non suivies ;

2.3. Améliorer l'accès à l'entretien prénatal précoce (EPP) dans toutes les maternités en complément de la réponse des sages-femmes libérales et de la PMI ;

2.4. Conforter la collaboration entre les sites de périnatalité et la psychiatrie périnatale pour le dépistage précoce des troubles et pathologies du lien mère-enfant ;

2.5. Promouvoir l'allaitement maternel et une sensibilisation sur la couverture vaccinale des mères dans les maternités ;

2.6. Poursuivre la diminution du nombre de césariennes et accroître, dans le respect du libre choix des parturentes, le recours aux anésthésies péridurales ;

2.7. Regrouper les activités de périnatalité sur un même site au sein des établissements de santé pour favoriser le lien mère-enfant ;

2.8. Structurer des réponses de soins palliatifs néonatals au CHU et par territoire avec l'appui du réseau régional de périnatalité ;

2.9. Évaluer la mise en place des dépistages néonataux en Aquitaine et étendre le dépistage de la surdité à l'ensemble de la région ;

Indicateurs : Nombre de maternités proposant aux femmes dont la grossesse et l'accouchement sont physiologiques, une prise en charge personnalisée ; taux de femmes enceintes bénéficiant de l'AME, CMU, CMUC déclarant leur grossesse au 2e et 3e trimestre nombre de professionnels de santé (sages-femmes, médecins) formés à l'EPP chaque année ; taux de césariennes par territoire et par maternité ; nombre de maternités de moins de 300 accouchements.

IVG

2.10. Améliorer l'accueil des femmes, plus particulièrement des mineures et des demandes d'IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée.

2.11. Préserver la réalisation des entretiens psycho-sociaux d'accompagnement ;

2.12. Augmenter la proportion d'IVG par voie médicamenteuse ;

2.13. Envisager les IVG médicamenteuses dans les centres de planification et d'éducation familiale des conseils généraux tout en maintenant leur capacité à continuer les actions de prévention ;

Indicateurs : Pourcentage d'IVG médicamenteuses par établissement de santé, Pourcentage d'IVG médicamenteuses pratiquées en dehors des établissements de santé.

AMP

2.14. Coupler le parcours de soins gradués du couple stérile et la continuité des soins ;

2.15. Mutualiser entre les 5 centres clinico-biologiques autorisés : assurance qualité, vigilances, suppléance… ;

2.16. L'exercice des activités cliniques et biologiques des centres d'AMP pratiquant la fécondation in vitro doit s'exercer sur un même site (conformément au Code de la Santé Publique) et, dans les centres privés, être assorti d'une convention entre l'établissement de santé, le laboratoire et les praticiens déployant l'activité ;

2.17. Mettre en place un plan de formation-information des médecins généralistes et spécialistes sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'infertilité avec l'appui du pôle d'expertise régional ;

Indicateur : Délais moyens de prise en charge clinique et biologique pour l'AMP.

DPN

2.18. Accompagner la déclinaison régionale de la stratégie nationale de dépistage précoce de la trisomie 21 par les médecins prescripteurs (généralistes et spécialistes) ;

2.19. Poursuivre la démarche qualité de l'échographie prénatale (réseau régional de périnatalité, collèges professionnels) ;

2.20. Organiser la formation d'au moins deux gynécologues obstétriciens sur la biopsie du trophoblaste par territoire (collège professionnel) selon les projections d'activité ;

2.21. Organiser des relais d'information des usagers et des professionnels de santé sur l'ensemble du dispositif du DPN ;

Indicateurs : Tableau de bord des prescriptions pour caryotypes et des résultats par territoire, suivi des caryotypes réalisés (nombre et résultats) pour la population d'Aquitaine en et hors Aquitaine, délai entre le rendu du caryotype et le prélèvement intra-utero, délai de retour de l'information (avis donné en réunion multidisciplinaire de CPDPN), taux de complication des gestes invasifs, proportion de nouveau-nés et nourrissons pris en charge en cardio-pédiatrie non dépistés à l'échographie pendant la grossesse.

Objectif 3 : Optimiser les ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement de la filière de prise en charge :

3.1. Garantir la continuité et la permanence des soins au sein des maternités par un fonctionnement coordonné des établissements de santé autour du plateau technique de recours du territoire de santé et des pôles régionaux ;

3.2. Encourager l'exercice par des pédiatres des soins aux nouveau-nés, notamment pour la couverture des maternités de niveau I ;

3.3. Faciliter la présence des pédiatres en maternité par le regroupement physique des structures (maternité et service de pédiatrie et/ou néonatologie) ;

3.4. Rechercher des solutions pour pallier la fragilité de la démographie médicale, particulièrement dans les départements de Dordogne et Lot-et-Garonne (par exemple : postes médicaux partagés) ;

3.5. Organiser le remplacement au départ des médecins pratiquant l'IVG dans les établissements de santé ;

3.6. Engager une réflexion sur le rôle respectif des professionnels de santé autour de la naissance, en précisant notamment la place des sages-femmes et des médecins généralistes et renforcer leur coordination ;

3.7. Développer des protocoles de coopérations entre professionnels de santé au titre de l'article 51 de la Loi HPST (au moins un par an) ;

Indicateur : Nombre de protocoles de coopération proposés à l'ARS.

3.8. Anticiper les besoins de formation médicale initiale : gynécologue-obstétricien, gynécologue médical, généticien, biologiste, échographie (gynécologue-obstétricien et radiologue).

Indicateur : Nombre de regroupements physiques de pôle mère-enfant réalisés par an.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le secteur médico-social)

Objectif 4 : Favoriser la coopération ville-hôpital et les soins de premier recours :

4.1. Développer le rôle de 1ère ligne des médecins généralistes et des sages-femmes en appui des médecins spécialistes (coordination des soins, contraception, fertilité, IVG, suivi des grossesses et information sur le dépistage précoce de la trisomie 21 ainsi que l'orientation vers les centres d'AMP et de DPN …) ;

4.2. Structurer et formaliser la coordination des soins en périnatalité au sein des réseaux de santé polyvalents de proximité ou plates formes de coordination ;

4.3. Impliquer les médecins généralistes et spécialistes libéraux dans la prise en charge de l'IVG par voie médicamenteuse en ville par convention avec un établissement de santé ;

Indicateurs : Nombre de patients coordonnés par les réseaux de santé polyvalents de proximité ou plates formes de coordination, nombre de conventions relatives à l'IVG médicamenteuse en ville.

Objectif 5 : Développer des actions coordonnées de prévention et des articulations avec le secteur médico-social :

5.1. Développer des actions coordonnées de prévention :

> Actions autour de la vie affective et sexuelle des jeunes (garçon et fille) intégrant la contraception et la préservation de la fertilité ;

> Actions autour des vaccinations, des addictions, du VIH-SIDA, des infections sexuellement transmissibles et en faveur des personnes en situation de précarité ;

> Information des femmes et des couples pour la prévention de la stérilité et de l'hypofertilité : tabac, obésité, baisse de la fertilité avec l'âge, facteurs psychogènes, séquelles d'IVG ;

> Information des femmes et des couples sur le parcours de soins pour l'AMP et le DPN.

5.2. Intensifier les articulations avec le secteur médico-social :

> Structurer les liens avec les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) du territoire de santé ;

> Organiser les relais après le dépistage de la surdité néonatale ;

> Organiser l'accès à l'AMP pour les blessés médullaires ;

> Garantir aux personnes porteuses de handicap l'accès à toutes les modalités d'actions contraceptives.

Indicateur : Lien avec les indicateurs figurant dans les schémas (SRP et SROMS).

Objectif 6 : Organiser un suivi des actions en périnatalité :

6.1. Mettre en place un comité Technique Régional de la périnatalité et de la petite enfance ;

6.2. Mettre en place un système d'observation régional des indicateurs en périnatalité.

GRADATION DES SOINS

Niveau territoire de santé
Missions de référence et/ou de recours par territoire de santé
> Gynécologie-obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale : Plateau technique de recours IIB
> AMP : consultations pluridisciplinaires de conseil et d'orientation pour stérilité (au moins une maternité par territoire)
> DPN :
- Consultations interdisciplinaires de diagnostic prénatal (au moins une maternité par territoire)
- Consultations délocalisées de génétique et de conseil génétique (au moins sur le site d'implantation de l'antenne sud du CPDPN) ;
- Biologie : biochimie pour le DPN
- CPDPN en visioconférence
Niveau régional (recours)
Missions d'expertise et/ou de recours
> Gynécologie-obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale : niveau III (maternité et réanimation néonatale)
> AMP :
- Pôle d'expertise régionale
- Centre d'AMP du CHU : a) prélèvement et conservation des gamètes en vue d'un don, b) accueil d'embryons, c) conservation à usage autologues, gamètes et tissus germinaux
> DPN :
- Génétique : activités cliniques et biologiques (cytogénétique et génétique moléculaire)
- Autres biologies : Hématologie, Immunologie, Diagnostic des maladies infectieuses
- CPDPN à vocation régionale sur 2 sites (agence de biomédecine)
> Réseau régional de périnatalité
Niveau interrégional
DPN (activités biologiques hors région Aquitaine)
DPI

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Dordogne		
Maternité : 3 implantations CH Périgueux : niveau IIB CH Bergerac : niveau I CH Sarlat : niveau I	Maternité : 3 implantations > 1 niveau IIB > 2 niveau I	Si une diminution du nombre de maternités de niveau I devait intervenir sur la durée du SROS, pour des motifs de sécurité, des centres périnataux de proximité devront être mis en place de manière à assurer la couverture territoriale prévue dans la gradation des soins.
AMP > Activités cliniques : - Polyclinique Francheville > Activités biologiques : - Centre de Biologie Médicale - Bergerac - Centre de Biologie Médicale BIOLAB – Périgueux	AMP Activités cliniques : 1 implantation > Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP > Transfert d'embryons en vue de leur implantation Activités biologiques : > Préparation, conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle : 2 implantations > Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulations : 1 implantation > Conservation des embryons en vue de projet parental 1 implantation	
	DPN Activité biologique Biochimie y compris les marqueurs sériques maternels (1 implantation)	DPN Création sur le territoire Activité biologique Biochimie y compris les marqueurs sériques maternels (1 implantation)

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Gironde		
Maternité : 12 implantations CHU Bordeaux - niveau III (R) CH Libourne – niveau IIB Polyclinique Bordeaux Nord – niveau 2A Polyclinique Bx Rive droite - niveau I MSP Bagatelle - niveau I Polyclinique Jean Villar - niveau I Hôpital Privé Saint Martin - niveau I Clinique du Médoc Lesparre - niveau I CMC Wallerstein Arès - niveau I CH Arcachon - niveau I CH Blaye - niveau I CHIC Sud Gironde Langon - niveau I	Maternité : 12 implantations > 1 niveau III (R) > 1 niveau IIB > 1 niveau IIA > 9 niveau I	Si une diminution du nombre de maternités de niveau I devait intervenir sur la durée du SROS, pour des motifs de sécurité, des centres périnataux de proximité devront être mis en place de manière à assurer la couverture territoriale prévue dans la gradation des soins.
CPP : CHIC Sud Gironde – La Réole	CPP : 1 implantation	
AMP > Activités cliniques - CHU Bordeaux (Pellegrin) (R) - Polyclinique Jean Villar – Bruges	AMP Activités cliniques : 2 implantations > Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP > Transfert d'embryons en vue de leur implantation > Prélèvement de spermatozoïdes dont 1 implantation recours : > Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don > Mise en œuvre de l'accueil des embryons	
> Activités biologiques - CHU Bordeaux (Pellegrin) (R) - SELAFA «BIOFFICE» Bordeaux - LIBOURNE LABORATOIRE MAROYE	Activités biologiques : > Préparation, conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle (3 implantations) > Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulations (2 implantations) > Conservation des embryons en vue de projet parental (2 implantations) 1 implantation recours : > Recueil, prélèvement et conservation du sperme en vue d'un don > Préparation, conservation d'ovocytes en vue d'un don > Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre > Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	
DPN Activité biologique > CHU Bordeaux (site Pellegrin et Haut-Lévêque) > LABM Selafa BIOFFICE – Bordeaux	DPN : 3 implantations Activité biologique > Biochimie y compris les marqueurs sériques maternels (2 implantations) > Cytogénétique (2 implantations) > Génétique moléculaire (1 implantation) > Hématologie (1 implantation) > Immunologie (1 implantation) > Diagnostic des maladies infectieuses (1 implantation)	DPN Activité biologique Reclassement en recours régional : Cytogénétique (2 implantations) Génétique moléculaire : (1 implantation) Création en recours régional : Hématologie (1 implantation) Immunologie (1 implantation) Diagnostic des maladies infectieuses (1 implantation)
CPDPN > CHU Bordeaux (site Pellegrin) > MSP BAGATELLE NB : Les autorisations des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN), et des centres de diagnostic préimplantatoire (DPI) relèvent de l'Agence de biomédecine	CPDPN : 2 à 3 implantations DPI : aucune implantation	Recomposition avec un CPDPN à vocation régionale et une antenne dans le sud de la région (2 à 3 implantations)

(R) : Recours régional

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Landes		
Maternité : 2 implantations CH Mont de Marsan : niveau IIB CH Dax : niveau IIA	Maternité : 2 implantations > 1 niveau IIA > 1 niveau IIB	
CPP : Aire sur Adour	CPP : 1 implantation	
AMP Activité biologique > SELARL FORTE ET ASSOCIES – Dax > Laboratoire PALACIN ET ASSOCIES – Mont de Marsan	AMP Activité biologique : > Préparation, conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle 2 implantations	
DPN Activité biologique Laboratoire de biologie médicale « Selarl FORTE PARIS CHAHINE » - Dax	DPN Activité biologique > Biochimie y compris les marqueurs sériques maternels 1 implantation	
Lot et Garonne		
Maternité : 4 implantations CH Agen - niveau IIB Clinique Esquirol-Saint Hilaire - niveau I CHIC Marmande-Tonneins - niveau I CH Villeneuve-sur-Lot - niveau I	Maternité : 4 implantations > 1 niveau IIB > 3 niveau I	Si une diminution du nombre de maternités de niveau I devait intervenir sur la durée du SROS, pour des motifs de sécurité, des centres périnataux de proximité devront être mis en place de manière à assurer la couverture territoriale prévue dans la gradation des soins.
AMP Activité biologique > SELARL OLIVOT MARIOTTI - Agen > LABO JARDIN DE JAYAN - Agen	AMP Activité biologique : Préparation, conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle : 2 implantations	
	DPN Activité biologique > Biochimie y compris les marqueurs sériques maternels : 1 implantation	DPN Création sur le territoire Biochimie y compris les marqueurs sériques maternels (1 implantation)

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Béarn et Soule		
Maternité : 4 implantations CH Pau - niveau III (R) Polyclinique de Navarre - niveau I CH Orthez - niveau I CH Oloron – niveau I	Maternité : *[3 implantations] 1 niveau III (R) *[2 niveau I] *[CPP : 1 implantation]	*[-1 implantation]
AMP Activités cliniques Polyclinique de Navarre - Pau Activités biologiques LABM Uthurriague-Chauveau-Couture-Fargeon-Cens/Sud Labo	AMP Activités cliniques : > Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP : 1 implantation > Transfert d'embryons en vue de leur implantation : 1 implantation > Prélèvement de spermatozoïdes 1 implantation Activités biologiques : > Préparation, conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle 1 implantation > Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulations : 1 implantation > Conservation des embryons en vue de projet parental : 1 implantation	
DPN Activité biologique LABM Uthurriague-Chauveau-Couture-Fargeon-Cens/Sud Labo	DPN Activité biologique > Biochimie y compris les marqueurs sériques maternels : 1 implantation	
Navarre – Côte basque		
Maternité : 3 sites CH Bayonne - niveau III (R) Clinique Lafourcade - niveau I Polyclinique Sokorri - niveau I	Maternité : 3 sites > 1 niveau III (R) > 2 niveau I	Si une diminution du nombre de maternités de niveau I devait intervenir sur la durée du SROS, pour des motifs de sécurité, des centres périnataux de proximité devront être mis en place de manière à assurer la couverture territoriale prévue dans la gradation des soins.
CPP : CHICB - Saint Jean de Luz	CPP : 1 implantation	
AMP Activités cliniques Polyclinique Lafargue Activités biologiques LABM Clavere Cous Marignol Bourrinet - Bayonne	AMP Activités cliniques : > Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP : 1 implantation > Transfert d'embryons en vue de leur implantation : 1 implantation Activités biologiques > Préparation, conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle : 1 implantation > Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulations : 1 implantation > Conservation des embryons en vue de projet parental 1 implantation	
DPN Activité biologique LABM Savarit-Blouin - Bayonne	DPN Activité biologique > Biochimie y compris les marqueurs sériques maternels (1 implantation) *[> Génétique moléculaire : 1 implantation]	

(R) : Recours régional

[Modification apportée par arrêté du 22 décembre 2015]

4.
INDICATEURS DE SUIVI DU SROS

Grossesse - accouchement

> part des séjours de nouveau-nés « sévères » réalisés en maternité de niveau III ;

> taux de césarienne par maternité et par territoire de santé ;

> part d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur au seuil annuel de 300 accouchements.

IVG

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

> part d'IVG médicamenteuse pratiquée en établissement de santé ;

> part d'IVG médicamenteuse pratiquée en dehors des établissements de santé.

AMP-DPN

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

CHAPITRE 4.

PSYCHIATRIE ET PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

Ce chapitre concerne la déclinaison en termes d'activités de psychiatrie soumises à autorisation (4° du R.6122-25 du code de la santé publique) du document transversal du PRS, «promouvoir la santé mentale de la population en Aquitaine». Il a donc pour objet de définir les conditions et l'amélioration des prises en charge des patients relevant de soins psychiatriques et comprend également la prise en charge spécialisée des affections liées aux conduites addictives.

Principaux textes de référence :

III[e] partie du code de la santé publique (lutte contre les maladies et dépendances)

> Livre II lutte contre les maladies mentales, articles L.3211-1 à L.3223.3, R.3221-1 à R.3223-11 ;

> Livre III lutte contre l'alcoolisme, articles L.3311-1 à 4 ;

> Livre IV lutte contre la toxicomanie, articles L.3411-1 à L.3425-2, R.3413-1 à 15, D.3411-1 à 10 ;

> Livre V titre I[er] lutte contre le tabagisme, articles L.3511-1 à L.3512-4 ;

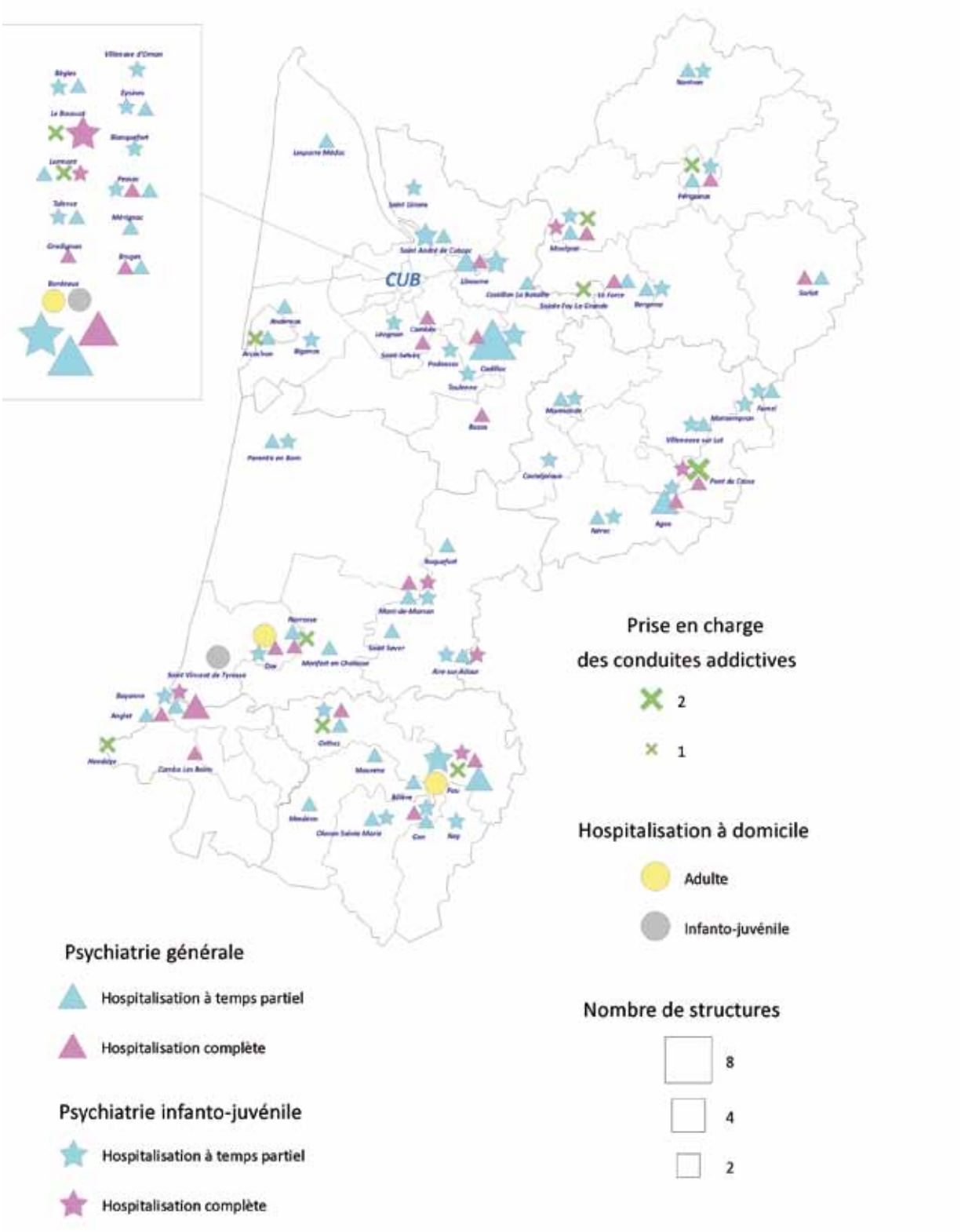
> Livre VII Prévention de la délinquance sexuelle, injonction de soins et suivi socio-judiciaire, article L.3711-1 à 5, R.3711-1 à 25.

> Schéma Addictologie 2009 -2014

1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Les problèmes de santé mentale sont particulièrement fréquents puisque globalement une personne sur trois présente ou présentera des troubles mentaux au cours de sa vie et une sur dix présente un état dépressif.

• La prise en charge de la santé mentale en Aquitaine (hors CATTP et alternatives à l'hospitalisation)



Fond de carte : Articque ©
Source : ARS Aquitaine - DOS, arrêtés d'autorisation
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études statistiques et prospectives
16/09/2011

Données d'activités

40 structures ont une autorisation de soins en psychiatrie, 5 centres hospitaliers spécialisés, 7 CH, 12 établissements privés à but lucratif (dont 1 n'offre que de l'hospitalisation de jour) et 15 ESPIC dont 5 offrent de l'hospitalisation complète, les autres ne proposant que des alternatives et ou prises en charge ambulatoires.

Le taux d'équipement en nombre de lits de psychiatrie générale pour 1000 habitants est de 1,48 lits en Aquitaine pour 1,13 au niveau national mais il varie de 0,87 dans les Landes à 2,33 en Dordogne (incidence de la Fondation John Bost). Pour les lits de psychiatrie infanto juvénile : 0,24 lit pour 0,16 France entière mais là aussi dispersion de 0,8 (Landes) à 0,07 (Dordogne)

Taux de recours standardisé en nombre de journées/10 000 hab. :

	Adulte	Taux de recours national	Pédiatrique	Taux de recours national
Taux Régional	5 751,6	4 820,0	2 376,9	1 652,3

Points de vigilance

1- difficultés et retards pour dépister la souffrance psychique et apporter une réponse adaptée dans des délais corrects pour éviter l'aggravation et la constitution de dommages irrémédiables notamment chez l'enfant, pour les patients porteurs de troubles anxieux graves, de syndromes dépressifs sévères insuffisamment dépistés et traités, en cas de décompensation chez les personnes âgées démentes. De façon générale, circuits d'information et coopération entre les professionnels de 1er recours et la psychiatrie pas ou peu formalisés

2- saturation des structures d'hospitalisation ne permettant pas d'hospitaliser les patients dont l'état le nécessiterait, générant des retards et des réponses inadaptées préjudiciables à la qualité de la prise en charge et de ce fait au devenir de ces patients avec perte de chance de récupération et de réinsertion. Cette situation semble favoriser la demande d'hospitalisation sous contrainte qui est nettement supérieure à la plupart des territoires de santé nationaux (ainsi le pourcentage d'hospitalisation sous contrainte en Lot-et-Garonne est proche de celui de l'Essonne)

3- 36 % des lits d'hospitalisation complète sont occupés par des patients hospitalisés plus de 292 jours dans l'année

4- 700 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie sont occupés par des patients nécessitant une prise en charge de leurs conduites addictives. On note globalement un déficit en Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) ou de conventions passées avec une ELSA ; et seuls 2 territoires de santé disposent de la palette complète du niveau 2

5- délais de prise en charge trop longs pouvant atteindre plusieurs mois et ne permettant pas de répondre aux besoins des patients et d'anticiper les décompensations

6- troubles du comportement de plus en plus fréquents chez l'enfant et l'adolescent posant le problème de l'absence de structures adaptées à ces types de prises en charge et de délais de prise en charge encore plus longs que pour les adultes (pouvant atteindre 18 mois…)

7- démographie des psychiatres très hétérogène sur le territoire régional et tendance au vieillissement avec plus de 75 % des psychiatres libéraux de 50 ans et plus.

2.
OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Améliorer l'accès aux soins et la réponse à l'urgence :

1.1. Optimisation de la réponse aux demandes de soins en situation aigüe :

1.1.1. Chaque CMP (Centre Médico Psychologique) doit avoir mis en place une organisation de la gestion des rendez-vous selon les préconisations de la MEAH afin de réduire les délais de rendez vous.

Indicateurs : Pour toute nouvelle demande de soin, délai de première entrevue (éventuellement avec IDE)
Délai de 2° RDV.

1.1.2. Rendre accessible aux patients sur chaque territoire toute la palette de prise en charge, à savoir les différents types d'alternatives à l'hospitalisation, de psychothérapie.

Indicateur : Par territoire de proximité, types de prise en charge non accessibles avec un délai d'accès <45 minutes et un délai de RDV<4 semaines.

1.2. Optimisation de la réponse à l'urgence :

L'ARS devra organiser dans chaque territoire de santé avec l'ensemble des acteurs concernés un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques conformément au nouvel article L.3222-1-1 : A du code de la santé publique. Un certain nombre de recommandations sont faites dans cette perspective :

1.2.1. Optimiser la réponse aux appels au centre 15 relevant de la santé mentale : organiser la formation des professionnels assurant la régulation médicale aux spécificités de prise en charge des personnes souffrant de maladie mentale, mettre à disposition sur chaque site de régulation des informations sur les ressources (répertoire opérationnel des ressources) afin de leur permettre de donner une réponse adaptée, tant en cas de pathologie psychiatrique que somatique, et de prendre contact ou adresser directement au secteur dont le patient dépend si une orientation est nécessaire.

Indicateurs : Répertoire opérationnel des ressources en psychiatrie/santé mentale : nombre de mise à jour dans l'année ; nombre de sessions de formation des permanenciers par territoire de santé et par an.

1.2.2. Optimiser l'accueil aux urgences : il y a lieu d'organiser les services d'urgences et former les personnels de façon à prendre en charge les patients présentant une pathologie mentale: assurer le bilan somatique et la prise en charge de premier recours de leur pathologie psychiatrique avant de faire appel au psychiatre de garde ou de transférer le malade sans examen.

Indicateur : Nombre de sessions de formation des professionnels des urgences par territoire de santé et par an ; nombre de patients reçus aux urgences présentant un trouble mental et ayant fait l'objet d'un bilan somatique et d'une 1ère prise en charge.

1.2.3. Établir une procédure de prise en charge et un lieu d'examen pour trouble psychiatrique chez l'enfant ; prévoir du personnel spécifiquement formé pour l'accueil en urgence des pathologies psychiatriques aigües de l'enfant.

Indicateur : Existence d'une procédure, d'un lieu d'examen ; personnels formés par territoire de santé.

1.2.4. Disposer de procédures d'accueil, d'hospitalisation brève et d'évaluation avant sortie en vue d'une orientation et d'un éventuel suivi en particulier pour les jeunes suicidants et les cas d'ivresse aigüe. Il est recommandé d'hospitaliser le patient 3 à 4 jours après une tentative de suicide, quelle qu'en soit la gravité somatique, en vue de prévenir la récidive (cf. conférence de consensus).

Indicateur : Nombre de tentatives de suicide/an, % T.S. hospitalisées.

1.2.5. Présence dans chaque structure d'urgence d'au moins un IDE ayant une compétence psychiatrique avec un temps de psychiatre dédié pouvant se déplacer selon les besoins.

Indicateur : % services d'urgences dotés d'un IDE formé à la psychiatrie et ayant accès à un psychiatre de garde.

1.2.6. Les établissements de santé dotés d'un service d'urgences devront mettre en place une consultation spécialisée et une équipe de liaison en addictologie (sur site ou par convention) afin de repérer les patients en difficulté pendant leur hospitalisation et les orienter dans le parcours de soins pour qu'ils trouvent une réponse appropriée.

Indicateur : Nombre d'établissements ayant une structure d'accueil des urgences dotée d'une ELSA implantée ou par convention.

1.2.7. Les établissements ayant une autorisation de soins en psychiatrie devront s'organiser pour pouvoir offrir sur chaque territoire :

- des possibilités d'hospitalisation adaptée pour la prise en charge des patients dont l'état le requiert telles que «centre de crise » ou « unité d'admission » assurant l'hospitalisation du patient avec une équipe dédiée, une présence renforcée de personnel soignant permettant une diminution des hospitalisations sous contrainte. Unité avec possibilité d'accueil de 8 à 10 patients, avec une durée de séjour de 10 à 15 jours à l'issue duquel soit sortie organisée et suivi programmé, soit prise en charge dans une unité du secteur dont dépend le malade, ou une unité intersectorielle orientée vers la prise en charge de la pathologie du patient .
- des possibilités d'intervention au domicile du patient pour éviter l'hospitalisation quand cela est possible (renforcement du secteur, Équipe mobile, HAD).

Indicateurs : Au moins une unité adaptée par territoire, Taux d'occupation de la (des)structure(s) d'accueil post urgence individualisée sur le territoire de santé (centre de crise, unité d'admission…), durée moyenne de séjour dans cette structure, pourcentage de transfert vers une structure du secteur dont dépend le patient.

Objectif 2 : Proposer une prise en charge adaptée aux besoins du patient :

Les organisations mises en place devront favoriser le décloisonnement et fluidifier le parcours de santé des patients.

2.1. Disposer de capacités d'accueil en hospitalisation complète adaptées aux besoins en optimisant la fluidité des parcours de santé des patients :

2.1.1. Mesurer d'ici fin 2012 l'impact du nouveau régime juridique de prise en charge des patients issu de la loi du 5 Juillet 2011 et définir de nouvelles recommandations sur les capacités d'accueil des établissements.

Indicateur : Un rapport d'évaluation par établissement, une synthèse régionale.

2.1.2. Évaluer par établissement psychiatrique le nombre de patients susceptibles d'être pris en charge par le secteur social et médico-social. Cette évaluation nécessitera une mesure globale des besoins des personnes et une analyse qualitative et quantitative des dispositifs de soins et d'accompagnement dédiés aux personnes présentant des troubles psychiques. Elle devra impliquer les équipes soignantes, les établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées).

Au vu de ces évaluations, il faudra définir le niveau de conversion des lits d'hospitalisation occupés par les patients ne correspondant pas au profil d'hospitalisation psychiatrique. La conversion se fera à hauteur de 50 % à 100 % des lits correspondant en places médico-sociales adaptées voire sociales.

Il conviendra de surveiller le niveau de disponibilité des lits en places en établissements psychiatriques et en établissements médico-sociaux afin de prévenir la saturation.

Une part de l'enveloppe sanitaire conservée sera consacrée au renforcement du dispositif extra hospitalier, particulièrement pour le fonctionnement des organisations associant les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires favorisant l'insertion sociale et professionnelle des personnes présentant un handicap psychique.

Indicateurs : Évolution du nombre de personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète par chapitre du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique « modalités des soins psychiatriques » ; nombre de patients admis dans des établissements sociaux ou médico-sociaux ; évolution du nombre de personnes hospitalisées plus de 292 jours.

2.2. Suivre et analyser les hospitalisations des patients sans leur consentement et la mise en œuvre de la loi du 5 Juillet 2011 (chapitres II et III du titre Ier « modalités des soins psychiatriques » issus de la loi du 5 juillet 2011)

Il y a lieu de mettre en place un groupe chargé du suivi de ces hospitalisations, en lien avec les commissions départementales des soins psychiatriques, et de la mise en place des procédures préconisées par la loi du 5 juillet 2011.

Indicateur : Mise en place d'un groupe de suivi et production d'un rapport annuel.

2.3. Structurer une prise en charge adaptée aux enfants et adolescents

Enfants

2.3.1. Organiser les diverses possibilités de prises en charge spécifiques des tout petits (0 à 6 ans) et mettre en place ou renforcer le lien avec le réseau régional de périnatalité, en lien avec les CAMSP, les pédiatres, les maternités, la PMI et les CMP.

Indicateur : Charte régionale de prise en charge de la santé mentale des enfants de 0 à 6 ans.

Adolescents et jeunes adultes

2.3.2. Mettre en place une organisation de la filière de prise en charge des adolescents ayant des troubles de conduites dont trouble des conduites alimentaires.

Indicateur : File active des structures mises en place

2.3.3. Réaliser un annuaire précisant tous les équipements et types de prise en charge existant sur le territoire, les coordonnées des associations, etc.

Indicateurs : Réalisation de l'annuaire, Procédure de « maintenance », Mise à jour.

2.3.4. Offrir une réponse adaptée aux adolescents et étudiants, en ce qui concerne le dépistage, l'évaluation la prise en charge en hospitalisation, hôpital de jour, ambulatoire.

Indicateur : File active des structures mises en place.

2.3.5. Individualiser, par territoire de santé, dans une structure existante, une unité de prise en charge en post aigu des adolescents et jeunes adultes, et leur proposer la palette des alternatives et ce jusqu'à leur réinsertion.

Indicateur : Une unité identifiée par territoire de prise en charge des adolescents et jeunes adultes en post aigu.

2.3.6. Mettre en place une procédure de financement anticipé pour au moins 1 placement familial thérapeutique par territoire afin de ne pas perdre l'opportunité d'utiliser cette possibilité quand elle se présente.

Indicateur : 1 placement familial thérapeutique pré-financé par territoire de santé

2.4. Améliorer la prise en charge des patients autistes :

2.4.1. Chaque établissement de santé mentale participe de façon active aux organisations locales préconisées par le comité régional autisme pour permettre une bonne coordination de l'évaluation et de la prise en charge de ces patients entre les secteurs sanitaire (hôpitaux de jour et hôpitaux psychiatriques), médico-social (IME, SESSAD, CAMSP et CMPP) et éducatif (Éducation Nationale). Afin de permettre cette meilleure coordination, ceci devra être abordé dans le projet de santé de territoire élaboré par les conférences de territoire.

Indicateur : Existence d'un document confirmant l'adhésion de chaque établissement à une organisation locale des acteurs de la prise en charge des autistes.

2.4.2. Individualiser par territoire de santé au moins une unité intersectorielle de prise en charge des patients autistes dont l'état ne permet pas une prise en charge en secteur médico social.

Indicateur : une unité intersectorielle par territoire de santé.

2.5. Optimiser la prise en charge des détenus :

2.5.1. Mettre en place une procédure de préparation de la sortie afin de permettre une poursuite des soins entrepris pendant l'incarcération et d'organiser le suivi à la sortie, qu'il s'agisse de prise en charge de conduites addictives, de déviances sexuelles ou autres pathologies psychiatriques , afin de prévoir éventuellement un hébergement en lien avec le milieu social et associatif.

Indicateur : % de détenus souffrant de troubles mentaux ayant à la sortie un protocole de soins et un hébergement.

2.5.2. Réaliser un repérage systématique et une évaluation des conduites addictives des détenus dès l'entrée en milieu carcéral, organiser le suivi et les liaisons à la sortie (UCSA en lien avec le SMPR, ELSA, CSAPA de proximité, associations).

Indicateur : % de détenus ayant bénéficié d'une consultation de repérage et évaluation des conduites addictives.

2.6. Faciliter la prise en charge des patients en situation de fragilité financière :

2.6.1. Mettre en place des mesures pour améliorer l'accès aux soins des patients les plus démunis en particulier faciliter leur accès à l'offre médico-sociale.

Indicateur : Liste des mesures préconisées et mises en place.

2.6.2. Individualiser des équipes mobiles précarité et/ou PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) spécifiques à la psychiatrie dans les territoires qui en sont encore dépourvus (Landes et Lot-et-Garonne).

Indicateur : % des territoires disposant d'une équipe mobile précarité et/ou PASS spécifique à la psychiatrie.

2.7. Améliorer la prise en charge des patients présentant des conduites addictives :

2.7.1. Chaque établissement spécialisé en psychiatrie devra nommer un binôme (médecin–administratif) référent en addictologie qui devra décrire l'organisation adoptée par l'établissement et produire un rapport d'activité annuel des prises en charge en addictologie et proposer des améliorations.

Indicateur : % d'établissements ayant désigné un binôme, % de rapports produits/établissements.

2.7.2. Individualiser une unité régionale de recours (Niveau 3 du plan addictions).

Indicateur : 1 unité régionale de recours.

2.7.3. Identifier au moins un service par territoire de santé en capacité de mettre en œuvre des sevrages et soins résidentiels complexes (en référence au plan Addictions, une unité pour 500 000 habitants, ce qui porterait à 3 unités en Gironde, 1 Béarn et Soule, 1 Navarre Côte basque et 1 dans les autres territoires).

Indicateur : Nombre par territoire de santé de services de soins en capacité d'offrir des sevrages et soins résidentiels complexes.

2.7.4. Identifier au moins un service de SSR en addictologie par territoire de santé.

Indicateur : Un SSR en addictologie par territoire de santé.

2.7.5. Spécialiser un SSR dans la prise en charge des patients présentant des troubles des fonctions cognitives liés au retentissement de leur conduite addictive.

Indicateur : Identification d'une unité régionale de soins de suite en addictologie spécialisée dans la récupération cognitive.

2.8. Mieux prendre en charge les patients présentant des états anxieux et états dépressifs graves.

2.8.1. Individualiser au niveau régional un centre de référence chargé de structurer la formation des généralistes à la détection et l'évaluation, à l'utilisation d'outils partagés, au traitement et au suivi ; l'animation du réseau avec les personnes ressources pouvant être sollicitées par territoire de santé : psychiatres publics ou libéraux, voire généralistes, motivés par ces prises en charge ; la prise en charge des patients les plus graves avec une offre de soins tertiaires dits de dernier recours s'appuyant sur une consultation spécialisée pour avis, orientation, voire hospitalisation en unité spécifique de soins.

Indicateur : Centre régional de référence des états anxieux et dépressifs graves.

2.8.2. Structurer une consultation spécifique au niveau de chaque territoire assurée par une équipe pluridisciplinaire avec la participation de psychiatres libéraux, de pédopsychiatres, psychologues et IDE salariés, spécialisée dans la prise en charge des troubles anxieux du jeune et des troubles

dépressifs de l'adulte. Ces équipes devront offrir un accueil pour évaluation initiale ou de suivi et éventuelle orientation, soit en hôpital de jour, soit en consultation ambulatoire ; avec possibilité de prise en charge en psychothérapie individuelle et/ou de groupe dont Thérapie Cognitivo-Comportementale (en hôpital de jour ou en ambulatoire), et une réponse spécialisée et adaptée pour les patients les plus lourds (pouvant nécessiter le recours à une hospitalisation en unité spécifique de soins éventuellement de semaine).

Indicateur : A minima une consultation par territoire pour les troubles anxieux et dépressifs graves.

2.8.3. Renforcer la formation des médecins généralistes sur la détection et la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs (formation initiale et FMC).

Indicateur : Nombre de médecins généralistes formés par an.

2.9. Améliorer le suivi thérapeutique et la compréhension de la maladie :

2.9.1. Mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) conformes à ceux validés au niveau international et incluant une évaluation objective avec participation des psychiatres libéraux et médecins généralistes, offrant différentes possibilités: prise en charge individuelle avec un programme personnalisé ou collective.

Indicateurs : Nombre de structures ayant obtenu un agrément de programme d'ETP par territoire de santé
Nombre de patients et aidants ayant participé à au moins 1 groupe dans l'année.

2.10. Renforcer la prise en charge des personnes âgées :

2.10.1. Organiser par territoire de santé une intervention de gérontopsychiatrie mutualisée avec l'équipe mobile de gériatrie au domicile et en EHPAD en lien avec les SSIAD.

2.10.2. Individualiser par territoire de santé une unité de géronto-psychiatrie.

Indicateur : Une unité intersectorielle de géronto-psychiatrie par territoire.

Objectif 3 : Améliorer la formation et l'information des intervenants :

3.1. Formation des médecins

3.1.1. Pour les internes en psychiatrie, assurer une formation aux différents types de psychothérapie, une formation spécifique à la psychothérapie des enfants et adolescents, une formation aux techniques de réhabilitation, aux logiques de réinsertion et au travail en réseau.

3.1.2. Pour les médecins généralistes, veiller à ce que la formation initiale aborde de façon suffisante la détection, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des états anxieux et dépressifs, ainsi que les programmes de repérage précoce, interventions brèves en addictologie ainsi que de sevrage tabagique, sevrage de l'alcool et traitements de substitution aux opiacés.

Indicateur : Recensement des formations et des professionnels concernés chaque année.

3.2. Formation des infirmiers exerçant en service de psychiatrie :

3.2.1. Mettre en place une réflexion pour individualiser une formation pour les infirmiers en psychiatrie.

Indicateur : Proposition de formation formalisée d'ici fin 2012 en vue de la négociation avec les acteurs concernés.

3.3. Formation des psychologues :

3.3.1. En lien avec l'UFR de psychologie, préparer une proposition de formation spécifiquement orientée vers la prise en charge de psychothérapie.

Indicateur : Formation spécifique à la psychothérapie pour les psychologues envisageant cette orientation d'activité.

3.3.2. Élaborer une convention cadre pour les stages de psychologue en cours de formation entre l'UFR de psychologie et l'établissement organisateur du stage portant notamment sur l'encadrement de l'étudiant.

Indicateur : Convention cadre finalisée, Nombre d'étudiants en psychologie n'ayant pas de lieux de stage.

3.4. Formation des personnels intervenants dans les structures médico-sociales :

3.4.1. Mettre en place des cycles de formation destinés aux personnels intervenants dans les structures médico-sociales.

Indicateur : Nombre de professionnels médico-sociaux formés par an.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social

Objectif 4 : Améliorer la coopération entre les acteurs :

4.1. Amélioration de la relation entre le médecin traitant et les autres professionnels de soins de premier et de second recours :

4.1.1. Tout patient sera incité à choisir un médecin traitant et à autoriser son psychiatre ou soignant à communiquer des informations le concernant, notamment pour permettre la coordination des soins et prévenir en particulier les contre indications d'associations de médicaments.

Indicateurs : Nombre de patients ayant un médecin traitant, % accords obtenus pour échanger les informations avec le médecin traitant.

4.1.2. Après une hospitalisation, adresser dans les meilleurs délais un courrier au médecin traitant, déclaré ou présenté comme tel par le patient, précisant au minimum le traitement préconisé, le suivi prévu et la ou les personnes à joindre en cas de difficultés ou détérioration de l'état (Charte HAS).

Indicateur : Délai de transmission du compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant.

4.1.3. Pour les patients suivis en ambulatoire exclusivement, sous réserve de l'accord du patient, adresser au médecin dont le nom est fourni par le patient un point annuel sur l'évolution, le traitement, le suivi, et une personne à joindre en cas de détérioration de l'état du patient (importance pour la prévention des décompensations).

Indicateur : % patients pour lesquels un bilan annuel a été transmis à leur médecin traitant.

4.1.4. Structurer la filière de prise en charge des patients présentant des conduites addictives : médecin de premier recours en lien avec les CSAPA, établissements de santé MCO et psychiatriques, CMP, SSR addictologie, associations néphalistes, réseaux de professionnels libéraux travaillant dans le domaine de l'addictologie.

Indicateur : Formalisation de la filière.

4.1.5. Renforcer les liens entre les médecins généralistes et les CSAPA ; développer les complémentarités entre les CSAPA et les consultations d'addictologie ; organiser la formation et l'information des médecins généralistes et des personnels des établissements, soutien du généraliste pour les traitements de substitution aux opiacés.

Indicateur : Nombre de médecins généralistes en lien avec chaque CSAPA

4.1.6. Organiser la participation des professionnels de soins de premiers recours non médicaux aux soins psychiatriques à domicile.

4.1.7. Renforcer les liens entre psychiatres libéraux et hospitaliers.

4.2. Relations avec les EHPAD et autres structures médico-sociales

4.2.1. Vérifier l'actualisation, ou mettre en place quand elles n'existent pas, des conventions entre le secteur et les structures correspondantes. Ces conventions doivent préciser les modes d'intervention, identifier les personnes référentes, préciser les modalités de recours pour avis ou hospitalisation si nécessaire, puis de retour dans la structure initiale (mise en place de procédure « d'aller-retour »), préciser les modalités de sollicitation et d'intervention de l'équipe mobile psychiatrique s'il en existe et le lien avec l'équipe mobile de gériatrie. Ceci en réponse aux besoins de soins urgents dans les structures médico-sociales en vue d'éviter l'hospitalisation. Prévoir les formations du personnel.

Indicateurs : Nombre de sessions de formation réalisées par l'équipe de géronto psychiatrie ; Nombre d'interventions de l'équipe mobile de géronto psychiatrie en EHPAD dont EHPAD sans convention.

4.3. Articulation et coopération sanitaire, médico-social :

4.3.1. Initier une réflexion sur les procédures d'évaluation et d'orientation en partenariat avec les équipes psychiatriques et celles des MDPH : organiser, au sein des conférences de territoire ou d'un groupe en émanant, la coopération avec les différents acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, scolaires concernant l'évaluation des besoins respectifs dans le secteur social, médico-social pour les personnes présentant un handicap psychique mais aussi les besoins de soins pour les personnes prises en charge par le secteur social ou médico-social ; les informations et échanges au niveau territorial sur les problématiques réciproques ; la mise en place de coopération par le biais de conventions ; les procédures d'évaluation en vue de l'orientation ; les procédures de préparation d'un projet de sortie afin d'éviter la rupture à l'âge de 18 ans favorisant la décompensation.

Indicateur : Mise à plat des procédures d'évaluation et d'orientation, charte de fonctionnement.

4.3.2. Favoriser la prise en charge somatique des malades mentaux : organiser les modalités d'accès des patients souffrant de maladie mentale aux campagnes nationales de dépistage du cancer (cancer du sein, cancer du colon) et améliorer la couverture vaccinale de ces malades cf. grippe, ROR (enfants et jeunes adultes), Hépatite B (proposition systématique de dépistage gratuit et vaccination, gratuite si nécessaire, de l'hépatite B en CSAPA, et dans des contextes de consommations de substances injectables).

Indicateurs : Taux de participation aux campagnes de dépistage du cancer, taux de vaccination.

Les volets prévention et médico-social sont développés dans le document transversal sur la santé mentale.

3.
SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Niveau de proximité
Soins ambulatoires, en CMP (site de consultation à moins de 30 minutes et ouvert jusqu'à 19h au moins 1 jour par semaine), au domicile dans le cadre du programme de soins ; médecins généralistes
Niveau territoire de santé
Structurer une filière de prise en charge des patients présentant des troubles mentaux dans des conditions d'urgence en lien avec les autres acteurs du territoire.
Hospitalisation complète avec palette complète de formes de prise en charge selon l'évaluation des populations à desservir :
- hospitalisation complète adultes, enfants),
- alternatives à l'hospitalisation (CATTP, hôpital de jour, de nuit, appartements thérapeutiques et places en familles d'accueil thérapeutique),
Unité spécifique autistes,
Unité post aigue pour adolescents et jeunes adultes,
Équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge des états anxieux et états dépressifs graves,
Équipe mobile précarité/psychiatrie,
Équipe mobile psycho-gériatrie.
Unité de psychogériatrie
Filière organisée de prise en charge des troubles des conduites des adolescents et jeunes adultes
Consultation d'addictologie et ELSA dans tous les établissements de soins dotés d'un service d'urgences. Au moins une unité d'addictologie de court séjour (médecine avec reconnaissance tarifaire) et/ou un service d'hospitalisation de jour (psychiatrie) en capacité de mettre en œuvre des sevrages et soins résidentiels complexes.
SSR addictologie au niveau de chaque territoire de santé (niveau 2 plan Addictions)
Organisation formalisée dans les établissements psychiatriques pour la prise en soins des troubles co-occurrents addictifs et psychiatriques (a minima référents addictions identifiés).
Organisation du partenariat entre les établissements sociaux, médico-sociaux et les équipes de soins psychiatriques. Coopération formalisée sur chaque territoire de santé entre structures hospitalières en addictolologie et structures médico-sociales : CSAPA, CTR, CAARUD, consultations jeunes consommateurs…
Niveau régional (recours)
Unité de référence états anxieux et états dépressifs graves
Pôle aquitain de l'adolescence
Centres de ressources : autisme, auteurs d'infractions sexuelles, troubles bi-polaires
Centres de prise en charge des troubles du comportement alimentaire dont un avec scolarisation
Centre de prise en charge des troubles psychiques graves de l'adolescence avec scolarisation
Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA)
Unité de recours en addictologie
Centre de réhabilitation des troubles cognitifs d'origine addictive

Schéma cible Implantations

Concernant la prise en charge des conduites addictives :

> pour les soins de suite et de réadaptation en addictologie, les implantations sont comptabilisées dans le schéma cible SSR et indiquées pour mémoire en italique

> pour les unités de sevrage complexe, il s'agit de reconnaissance contractuelle dans le cadre d'autorisation de médecine afin de permettre la facturation en T2A.

De même l'unité de prise en charge de jeunes suicidaires est incluse dans les implantations de médecine et figure en italique.

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Dordogne		
HC adultes : 4 implantations : 1 CH Montpon (Montpon) 2 CH Sarlat 3 CH Périgueux 4 Fondation John Bost à:La Force (Centre de prise en charge des affections psychiatriques lourdes chroniques (R)*	Adultes Hospitalisation complète : 5 implantations	+1 en HC adultes
HJ adultes : 6 implantations : 1 à 3 CH Montpon (Nontron, Bergerac, Montpon) 4 CH Périgueux (CATTP) 5 CH Sarlat 6 Fondation John Bost (La Force)	Adultes Hospitalisation de jour : 7 implantations	+1 en HJ adultes
HN adultes : 1 implantation : Fondation John Bost (La Force)	Adultes Hospitalisation de nuit : 2 implantations	+1 en HN adultes
HC infanto-juvénile : 1 implantation : CH Montpon (Montpon)	Infanto-juvénile Hospitalisation complète : 2 implantations	+1 en HC enfants
HJ Infanto-juvénile : 5 implantations 1 à 3 CH Montpon (Montpon, Mussidan, Bergerac) 4 CH Périgueux 5 CH Sarlat (CATTP)	Infanto-juvénile Hospitalisation de jour : 6 implantations	+1 en HJ infanto-juvénile
Conduites addictives : SSR addictologie : CH Montpon Unité de sevrage complexe : CH Montpon sur le site du CH de Périgueux		
Gironde		
HC adultes : 18 implantations : CUB : 1 Clinique Anouste (Bordeaux) 2 à 3 Association Rénovation (Centre de réadaptation Rénovation - Caudéran, Centre de réadaptation Pasteur - Bordeaux, Centre de réadaptation Croix de Seguey - Bordeaux) 4 Maison de santé Les Pins (Pessac) 5 CRPS Tour de Gassies (Bruges) 6 Clinique Béthanie (Talence) 7 CH Charles Perrens Bordeaux (avec notamment un service d'urgence, un Centre de ressource autisme(R), Centre ressource pour la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles (R)*, 8 à 9 Comité Montalier Bordeaux - CUB (2 sites) 10 à 11 CH Cadillac (Clinique d' Ornon – Clinique des Gravières Hors CUB : 12 à 15 CH Cadillac (Cadillac, Bazas, Saint Magne, Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (R) 16 CH Libourne (Libourne) 17 Comité Montalier (Saint Selve) 18 Korian Les Horizons (Cambes)	Adultes Hospitalisation complète : 19 implantations	+ 1 en HC Adultes (CUB) Individualisation d'une unité de référence états anxieux et états dépressifs graves à partir de l'offre existante.

(R) : Recours régional

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Gironde		
HJ adultes : 30 implantations CUB : 15 implantations 1 Comité Montalier (Service passerelle et CATTP Bordeaux) 2 SHMA (Hôpital de jour Bordeaux) 3 CRPS Tour de Gassies (Bruges) 4 à 12 CH Charles Perrens Bordeaux (Bordeaux, Centre accueil de jour - Pessac, Hôpital de jour La Cerisaie, Hôpital de jour le mascaret, Hôpital de jour Baillarger (Bordeaux), Hôpital de jour Entretemps (Eysines), Hôpital de jour – Mérignac, Hôpital de jour Le Seuil –Talence- hôpital de jour de psychiatrie périnatale et pôle de consultations spécialisées au sein de la maternité du CHU) 13 à 14 CH Cadillac (Hôpital de jour Centujean - Begles et Hôpital de jour - Lormont 15 HJ MGEN Hors CUB : 15 implantations 16 à 19 CH de Libourne (Hôpital de jour la Margeride (Castillon la bataille), Hôpital de jour Clé des Champs (Libourne), Hôpital de jour La Tour du Pin (Saint André de Cubzac), Hôpital Garderose (Libourne) 20 à 22 CH Charles Perrens (Hôpital De Jour Lesparre, Hôpital de jour Villa Asphodele (Arcachon), Hôpital de jour Andernos) 23 à 30 Centre hospitalier Cadillac (Cadillac) Hospitalisation de nuit : 6 implantations 1 Comité Montalier (Bordeaux), 2 SHMA(Bordeaux) 3 CH Charles Perrens (Bordeaux), 4 à 5 CH Cadillac (Hôpital de nuit Centujean –Bègles, Cadillac), 6 CH Libourne (Hôpital Garderose Libourne)	Hospitalisation de jour : 35 implantations Hospitalisation de nuit : *[8 implantations]	+ 5 HJ adulte dont 3 sites de sismothérapie *[+ 2 HN adulte]
HC infanto-juvénile : 4 implantations 1 CHU Pôle aquitain de l'adolescent (R) dont l'unité de prise en charge des conduites alimentaires, l'unité de prise en charge des jeunes suicidants, le service universitaire d'hospitalisation des enfants et adolescents, 2 CH Charles Perrens (Bordeaux dont un centre de crise pour adolescents) , 3 CH Libourne (Garderose), 4 CH Cadillac (Clinique d'Ornon) HJ Infanto-juvénile : 20 implantations CUB 1 Association Saint Vincent de Paul (Eysines -Hôpital de jour Les Platanes) 2 CHU Pôle aquitaine de l'adolescent (R) 3 à 7 CH Charles Perrens (Bordeaux dont le centre de crise pour adolescents), Blanquefort (centre de psychothérapie, Caychac), Bordeaux (hôpital de jour la Pomme Bleue), Pessac (Hôpital de jour Château d' Halloran), Talence (Hôpital de jour Dominos) 8 à 10 CH Cadillac (Villenave d'Ornon (hôpital de jour La Demi-Lune), Bordeaux (Hôpital de jour Bordeaux bastide), Bègles (Hôpital de jour la Rivière Bleue (16-25 ans) 11 Association Rénovation (Bordeaux (CSMI Rénovation Grand Parc, Hôpital de Jour du Parc) HORS CUB 12 à 15 CH Libourne (Hôpital Garderose à Libourne, St André de Cubzac (Hôpital de jour Rochereau), (Hôpital de jour Amazone), Saint Girons (Hôpital de jour) 16 à 18 CH Cadillac (Hôpital de jour à La Réole, Toulenne (Hôpital de Jour), Podensac (Hôpital de jour), 19 Association pour la Réadaptation et l'Intégration Léognan (Hôpital De Jour L'Oiseau Lyre) 20 Charles Perrens (Biganos (Hôpital de jour et CATTP)	Infanto-juvénile Hospitalisation complète : 5 implantations Hospitalisation de jour : 22 implantations	+ 1 HC + 2 HJ en infanto-juvénile
HAD adultes et enfants : 1 implantation : CH Charles Perrens	HAD adultes et enfants : 1 implantation	

(R) : Recours régional

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Gironde		
Conduites addictives SSR addictologie : 2 implantations CSSR les Lauriers Lormont, CH St Foy la Grande Unité de sevrage complexe : Hôpital suburbain du Bouscat		Individualisation d'une seconde unité de sevrage complexe à partir d'une implantation de médecine existante
Hopital de jour addictologie : CH Charles Perrens	Hospitalisation de jour : 1 implantation	Individualisation d'une unité régionale de recours en addictologie en hospitalisation complète (R)
Landes		
HC adultes : 4 implantations : 1 CH Mont de Marsan 2 CH Dax 3 Clinique Maylis à Narrosse 4 Clinique Jean Sarrailh (Aire sur Adour (jeunes adultes)	Adultes Hospitalisation complète : 4 implantations	
HJ adultes : 6 implantations : 1 CH Mont de Marsan (Parentis) 2 Clinique Jean Sarrailh à Aire-sur -l'Adour (jeunes adultes) 3 à 6 CH Mont de Marsan (Mont-de-Marsan, Roquefort, Saint Sever, Monfort en Chalosse)	Hospitalisation de jour : 10 implantations	+ 4 implantations HJ dont 1 site sismothérapie (2 dossiers en cours (Dax et ST Vincent de Tyrosse)
HN adultes : 0 implantation	Hospitalisation de nuit : 1 implantation	+ 1 implantation HN
HC infanto-juvénile : 2 implantations : 1 CH Mont de Marsan 2 Clinique Jean Sarrailh à Aire-sur -l'Adour (centre régional de prise en charge des troubles graves de l'adolescence avec scolarisation (R)	Infanto-juvénile Hospitalisation complète : 2 implantations dont 1 (R)	
Hospitalisation à temps partiel Infanto-juvénile : 4 implantations : 1 à 2 CH Mont-de-Marsan (Mont-de-Marsan, Parentis) 3 CH Dax 4 Clinique Jean Sarrailh à Aire-sur-l'Adour (jour et nuit)	Hospitalisation à temps partiel : 7 implantations HJ et 1 implantation HN	+ 3 implantations HJ
HAD adultes et enfants : 1 implantation : CH Dax (Saint Vincent-de-Tyrosse)	HAD adultes et enfants : 1 implantation	
Conduites addictives SSR addictologie : 1 implantation : Clinique Maylis – Narrosse Unité de sevrage complexe : 0		Individualisation d'une unité de sevrage complexe à partir d'une implantation de médecine existante

(R) : Recours régional

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppressions Recomposition
Lot et Garonne		
HC adultes : 2 implantations : 1 CH La Candélie (Pont du Casse) 2 CH Agen HJ adultes : 7 implantations : CH La Candélie (Agen-3 sites, Nérac, Fumel, Marmande, Villeneuve-sur-Lot) HN adultes : 1 implantation : CH La Candélie (Pont du Casse)	Adultes Hospitalisation complète : 2 implantations Hospitalisation de jour : 8 implantations Hospitalisation de nuit : 2 implantations	 + 1 HJ adultes + 1 HN adultes
HC infanto-juvénile : 1 implantation : CH La Candélie (Pont du Casse) HJ infanto-juvénile 7 implantations : CH La Candélie (Agen, Nérac, Fumel, Marmande, Villeneuve-sur-Lot, Casteljaloux, Monsempron)	Infanto-juvénile Hospitalisation complète : 1 implantation Hospitalisation de jour : 7 implantations	
Conduites addictives : SSR addictologie CH La Candélie (Pont du Casse) Unité de sevrage complexe : CH La Candélie (Pont du Casse)		
Béarn et Soule		
HC adultes : 3 implantations : 1 CH des Pyrénées (Pau) 2 Clinique Beau Site (Gan) 3 Clinique du château Préville	Adultes Hospitalisation complète : 3 implantations	
HJ adultes : 7 implantations : CH des Pyrénées : Pau (2 implantations : CH et site Jean Mermoz), Orthez, Oloron, Billere, Mourenx, Clinique Beausite : Gan.	Adultes Hospitalisation de jour : 8 implantations	+ 1 HJ adultes
HN adultes : 1 implantation : CH des Pyrénées (Pau)	Adultes Hospitalisation de nuit : 1 implantation	
HC infanto-juvénile : 2 implantations : CH des Pyrénées (Pau), CH des Pyrénées à Jurançon (Centre Régional de prise en charge des troubles des conduites alimentaires avec scolarisation (R)	Infanto-juvénile Hospitalisation complète : 2 implantations	
Hospitalisation à temps partiel Infanto-juvénile : 7 implantations : CH des Pyrénées : Pau, Orthez, Oloron, Nay, Jurançon (Mont-Vert) Clinique Beausite : Gan	Infanto-juvénile Hospitalisation à temps partiel : 7 implantations	
Conduites addictives Unité de sevrage complexe : 1 implantation : CH Pau		Individualisation d'une unité de réhabilitation des troubles cognitifs d'origine addictive à partir de l'offre existante en hospitalisation complète de psychiatrie (R)

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Navarre Côte basque		
HC adultes : 5 implantations : 2 CH Côte basque (Bayonne : site Bellevue et Hôpital Saint Léon) 2 Clinique d'Amade (Bayonne) 3 Clinique Cantegrit (Bayonne) 4 Clinique Mirambeau Anglet 5 Centre de postcure mentale « Argia » Cambo les Bains	Adultes Hospitalisation complète : 6 implantations	
HJ adultes : 2 implantations : CH Côte basque (Bayonne : à Bellevue et sur le site Bayonne Nord)	Adultes *[Hospitalisation de jour : 7 implantations]	*[+ 5 HJ]
HN adultes : 1 implantation : CH Côte basque (Bayonne)	Adultes Hospitalisation de nuit : 2 implantations	+ 1 HN
HC infanto-juvénile : 1 implantation : CH Côte basque (Bayonne)	Infanto-juvénile Hospitalisation complète : 1 implantation	
Hospitalisation à temps partiel Infanto-juvénile : 3 implantations : CH Côte basque (Foyer Lormand et La Floride à Bayonne), Saint Jean Pied de Port	Infanto-juvénile Hospitalisation à temps partiel : 4 implantations	+1 HTP infanto-juvénile
Conduites addictives : SSR addictologie : 1 implantation : MRC Saint Vincent Villa Concha Unité de sevrage complexe : 0		Individualisation d'une unité de sevrage complexe à partir d'une implantation de médecine existante (en cours au CH Côte basque)

*[Autres structures juridiques proposant uniquement des prises en charge sous forme d'alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie non soumises à autorisation :
Gironde : Association laïque du PRADO - OREAG
Lot et Garonne : SOLINCITE
Navarre - Côte Basque : PEP des Pyrénées Atlantiques (DABANTA)]

4.
INDICATEURS DE SUIVI DU GUIDE SROS

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

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

*[Modification apportée par arrêté du 28 janvier 2013]

CHAPITRE 5.

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

L'activité de soins de suite et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique.

L'établissement de santé doit être en mesure d'assurer :

> Les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient ;

> Des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;

> La préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

(Articles R. 6123-118 et R. 6123-119 du code de la santé publique)

Le décret n°2008-376 du 17 avril 2008 prévoit une seule modalité d'autorisation avec des possibilités de mentions complémentaires :

> une autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes : cela correspond au SSR indifférencié ou polyvalent ;

> cette autorisation peut être accompagnée de la mention de la prise en charge des enfants et/ou adolescents, à titre exclusif ou non ; cette mention est transversale et peut donc être conjuguée avec une ou plusieurs autres mentions listées ci-dessous ;

> la mention d'une ou plusieurs prises en charge spécialisées en SSR pour les catégories d'affections suivantes :
- Affections de l'appareil locomoteur
- Affections du système nerveux
- Affections cardio-vasculaires
- Affections respiratoires
- Affections des systèmes : digestif, métabolique et endocrinien
- Affections onco-hématologiques
- Affections des brûlés
- Affections liées aux conduites addictives
- Affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

Un même établissement peut être autorisé au titre de plusieurs de ces prises en charge. Lorsqu'un établissement est autorisé au titre de la mention enfants/adolescents et d'une mention de prise en charge spécialisée, les conditions techniques de fonctionnement des mentions sont cumulatives.

Principaux textes de référence :

> 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

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

> Instruction aux DG ARS du 19 mai 2010 relative à la mise en œuvre du SROS SSR

> Rapport IGAS sur l'évaluation des SROS SSR (février 2010)

1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Offre de Soins

107 implantations autorisées en Aquitaine

Données d'activité

> 1 777 520 journées réalisées en 2009 dont 5,8 % correspondent à de l'hospitalisation à temps partiel, contre 7 % au niveau national

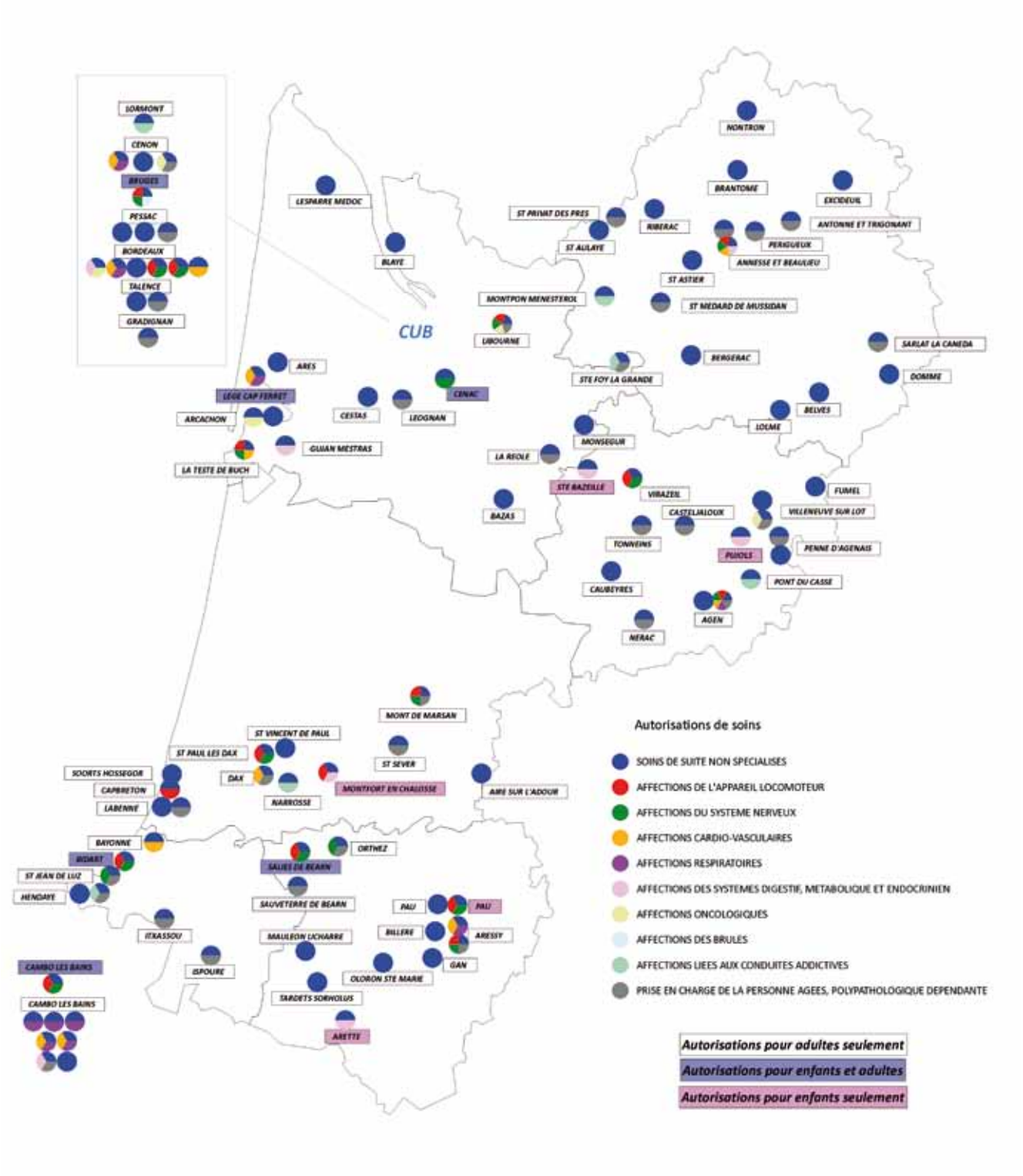
> Des taux de recours 2009 standardisés avec des écarts importants :

	Nb journées/10 000 hab.
Dordogne	4 932
Gironde	4 141
Lot et Garonne	4 005
Landes	5 478
Navarre - Côte basque	8181 (10408*)
Béarn soule	5 003
Aquitaine	5 021
France métro.	5 279

*intégrant les patients domiciliés à Hendaye dans l'établissement de l'AP-HP

> Les motifs de prise en charge les plus fréquents sont les affections traumatiques de l'appareil ostéo-articulaire, les affections de l'appareil circulatoire et respiratoire et les affections non traumatiques de l'appareil ostéo-articulaire

• Les autorisations des Soins de Suite et de Réadaptation en Aquitaine au 31 Mai 2011



Fond de carte : Articque ©
Source : ARS Aquitaine - DOS
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études statistiques et prospectives
27/07/2011

Points de vigilance

> Les inégalités de l'offre de soins entre les territoires de santé sont corrélées avec des inégalités de taux de recours. Le taux de recours aux SSR en 2009 pour les résidents du territoire de santé Navarre-Côte basque est le plus élevé au niveau national, en particulier en SSR affections de l'appareil respiratoire. Par contre, les territoires du Lot-et-Garonne et de la Gironde ont des taux de recours inférieurs au taux national. Il est nécessaire de mieux apréhender la pertinence des séjours et des motifs de prise en charge.

> Une forte disparité de l'offre de soins est constatée entre les différents territoires en SSR spécialisés dans la prise en charge en cancérologie, en addictologie, pour les patients cérébrolésés graves en post aigu et pour les personnes âgées polypathologiques, ainsi que dans les services gériatriques (court séjour gériatrique, consultations mémoire de proximité, équipes mobiles de gériatrie, services de long séjour), en HAD, et en structures médico-sociales : PASA, UHR, SSIAD, accueils de jour et hébergements temporaires.

> Les alternatives à l'hospitalisation à temps complet sont peu développées pour certaines pathologies, tant en hospitalisation à temps partiel qu'en soins de ville. Des prises en charge en hospitalisation complète sont ainsi réalisées par manque de structures ou de dispositifs adaptés.

> Les manques de coordination d'une part entre les services de MCO et les services SSR et d'autre part entre les services SSR eux-mêmes contribuent aux difficultés pour assurer une fluidité de la filière de prise en charge du patient.

> Les patients à forte complexité médico-psycho-sociale ont une durée moyenne de séjour importante en service de court séjour et en service de SSR par défaut de solutions d'aval.

> Certains établissements à très faible capacité et isolés sont en difficulté financière ; afin de préserver l'accès aux soins de proximité, un travail de restructuration et de regroupement est à promouvoir pour ces établissements.

> La prise en charge des patients greffés pulmonaires en SSR est assurée par un seul établissement en région, qu'il convient de conforter dans sa fonction.

> L'absence d'offre de soins permettant une prise en charge SSR pour des personnes adultes et âgées déficientes visuelles et auditives est relevée et mérite une étude de besoins.

> L'offre de soins existante en addictologie nécessite d'être renforcée.

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Poursuivre la réduction des inégalités infra-régionales et l'adaptation de l'offre aux besoins :

1.1. Poursuivre la réduction des écarts d'équipements entre les territoires :

1.1.1. Création d'un établissement de SSR à Libourne (Gironde) par redéploiement d'un service de SSR situé à Cambo-les-Bains (Navarre-Côte basque).

1.1.2. Amélioration de l'offre des territoires de Gironde et Lot-et-Garonne, par redéploiement des territoires les plus dotés, optimisation de l'offre existante ou transformation d'activités de court séjour.

Indicateur : Evolution de l'écart entre les taux d'équipement de chaque territoire.

1.1.3. Améliorer la pertinence du recours à l'hospitalisation pour tous les types de SSR et quel que soit le territoire de résidence des patients, et éviter les séjours non justifiés médicalement (en fonction des référentiels HAS)

Indicateur : Taux de recours par territoire de santé.

1.2. Optimiser le fonctionnement des établissements SSR, notamment ceux du territoire de Navarre-Côte basque

> Élaborer un protocole définissant les critères d'admission en SSR pour affections respiratoires.

> Développer la prise en charge en hospitalisation à temps partiel pour les patients résidant à proximité des centres.

> Pour l'hospitalisation complète, et dès lors qu'elle est justifiée, favoriser et organiser la prise en charge de patients résidents de territoires faiblement équipés ou non équipés pour ce type de prise en charge.

> Diversifier la prise en charge à partir de l'offre existante afin de répondre aux besoins des patients nécessitant des soins médicaux techniques spécialisés.

Indicateurs : Production du protocole ; Nombre de patients nécessitant des soins médicaux techniques intenses pris en charge en établissements SSR affections respiratoires.

Objectif 2 : Coordonner les établissements SSR entre eux et avec les services de court séjour :

2.1. Déploiement progressif en région d'un outil informatique d'aide à l'orientation et à la gestion des demandes d'admission en SSR en tenant compte des outils et des organisations déjà développés.

Indicateur : % de fiches saisies/nombre de patients admis en SSR.

2.2. Pour les prises en charge en SSR spécialisés, conforter et développer les dispositifs de coordination : consultations ou visites de pré-admission dans les services de court séjour (par les médecins de SSR en particulier les Médecins de médecine Physique et de Réadaptation) permettant de faire, après évaluation commune, une orientation consensuelle de ces patients selon un cahier des charges défini et validé par les professionnels.

Indicateur : Nombre de SSR spécialisés avec un dispositif de coordination.

Objectif 3 : Développer l'hospitalisation à temps partiel :

Développer la prise en charge SSR spécialisés en hospitalisation à temps partiel afin de permettre un maintien à domicile dès lors que l'état du patient et son environnement socio-familial sont compatibles avec ce mode de prise en charge.

3.1. Élaboration d'un cahier des charges régional définissant par spécialité ce qui relève d'une hospitalisation complète, d'une hospitalisation à temps partiel et d'une prise en charge ambulatoire en SSR (niveau de déficiences ou handicaps, contexte social, besoin ou non de plateau technique, type de rééducation nécessaire…) en s'appuyant sur les référentiels existants .

Indicateur : Production d'un cahier des charges régional par spécialité en concertation avec les acteurs de terrain.

3.2. Mise en place d'un secteur d'hospitalisation à temps partiel dans les SSR spécialisés : chaque établissement concerné devra contractualiser sur la transformation de lits d'hospitalisation complète en places d'hospitalisation à temps partiel.

Indicateurs : % de journées en hospitalisation en temps partiel / nombre total de journées.

Objectif 4 : Faciliter la réorganisation de l'offre, et notamment le regroupement des services ou établissements de faible capacité, afin d'améliorer la continuité des soins et l'efficience des organisations :

Les établissements SSR à faible capacité (moins de 30 lits lorsqu'ils sont adossés à un établissement et 60 lits lorsqu'ils sont isolés) sont incités à se regrouper pour atteindre une taille suffisante pour permettre d'assurer la continuité des soins et une organisation pertinente, notamment par rapport aux conditions de financement liées à la mise en place de la T2A.

4.1. Examiner sur chaque territoire les situations de fragilité en terme de capacité/continuité des soins et de pérennité financière, et définir dans le cadre du projet de territoire les évolutions possibles, en terme de regroupement, mutualisation des moyens, transformations…

Indicateur : Nombre d'établissements et services de SSR inférieurs à 30 lits.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social)

Objectif 5 : Développer et favoriser la coordination avec les acteurs des soins de premier recours :

5.1. Communiquer auprès des professionnels de santé libéraux sur les possibilités et les indications des soins de suite et de réadaptation, notamment en hospitalisation de jour, et faciliter l'accès direct à partir du domicile.

5.2. Recenser et capitaliser les expérimentations de soins de suite et de réadaptation de premier recours. (professionnels de santé libéraux en cabinet de ville).

Indicateur : Nombre d'expérimentations recensées.

5.3. Optimiser le retour à domicile après un séjour en SSR grâce à l'identification d'équipes pluri-professionnelles de rééducation spécialisée en complémentarité avec les professionnels de santé libéraux de proximité.

Objectif 6 : Garantir l'accès à des SSR spécialisés pour les patients à forte complexité aussi bien médicale que psycho-sociale dans tous les territoires de santé :

6.1. Veiller à l'adéquation entre l'état du patient et le type de prise de charge.

6.2. Garantir une offre en SSR spécialisé dans chaque territoire de santé : affections oncologiques, en SSR dédiés aux patients cérébrolésés graves en post aigu, en SSR pour les personnes âgées polypathologiques.

6.3. Élaboration d'un cahier des charges pour les SSR dédiés aux patients cérébrolésés graves en post aigu et SSR oncologiques (prévoyant un statut d'établissements associés, un partenariat avec un oncologue médical, des personnels soignants formés, un forfait médicamenteux pour les chimiothérapies).

Indicateur : Création et diffusion du cahier des charges

6.4. Créer des coopérations entre les SSR polyvalents et les filières spécialisées (exemple filière gériatrique, filière AVC) afin de les accompagner dans les prises en charge complexes.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Niveau de proximité
Prise en charge par les professionnels de premier recours Coordination des acteurs en lien avec les réseaux polyvalents de proximité
Niveau territoire de santé
Des SSR polyvalents et au moins un SSR personnes âgées polypathologiques (ayant un rôle d'appui) doivent être accessibles entre 30 et 45 minutes. Chaque territoire de santé doit disposer des prises en charge spécialisées suivantes : affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, cardio-vasculaires, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique et endocrinien intégrant la prise en charge des obèses, oncologiques, conduites addictives, une unité cognitivo-comportementale pour les malades Alzheimer, une unité de soins dédiée aux patients cérébrolésés graves en post aigu.
Niveau régional (recours)
Pour le SSR affections du système nerveux, il doit exister : > Un centre de référence régional pour les pathologies médullaires > Des pôles régionaux pour la prise en charge en unités de réveil des cérébrolésés graves > Une unité de prise en charge des tétraplégies hautes ventilées > Une unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle : UEROS pour les cérébrolésés graves et pour les pathologies chroniques dégénératives > Un centre de référence régional pour la réadaptation des pathologies traumatiques cérébrales Pour les SSR affections oncologiques, il doit exister une structure spécialisée dans la prise en charge des affections onco-hématologiques implantée sur le territoire régional en plus d'un SSR oncologique par territoire de santé. Pour le SSR prise en charge des grands brûlés, il doit exister deux niveaux de prise en charge complémentaire : > Un centre primaire de haute technicité en région > des centres secondaires dit relais permettant de poursuivre la rééducation au plus prés du lieu de vie des patients Un SSR affections respiratoires de recours pour la prise en charge des patients greffés pulmonaires Pour les enfants et adolescents, assurer une prise en charge dans chacun des domaines suivants : > Affections de l'appareil locomoteur > Affections du système nerveux > Affections cardio-vasculaires > Affections respiratoires > Affections du système digestif, métabolique et endocrinien > Affections des brûlés Les MECS temporaires qui fonctionnent en période estivale doivent assurer des activités d'éducation thérapeutique

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Le schéma cible sera revu, au plus tard en 2013, à l'issue des visites de conformité qui auront lieu en 2012 pour les autorisations délivrées en mai 2010

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Dordogne		
18 implantations (17HC, 1HC/HJ) dont : - 10 SSR adultes non spécialisés	15 à 18 implantations (7 à 10 HC, 8 HC/HJ)	+ 7 HJ à partir de l'offre SSR existante
dont prises en charge spécialisées :	dont prises en charge spécialisées :	
des affections de l'appareil locomoteur : 1	des affections de l'appareil locomoteur : 2	+1 à partir de l'offre SSR existante
des affections du système nerveux : 1	des affections du système nerveux : 2	+1 à partir de l'offre SSR existante
des affections cardio-vasculaires : 1	des affections cardio-vasculaires : 2	+1 à partir de l'offre SSR existante
des affections respiratoires : 0	des affections respiratoires : 1	+1 à partir de l'offre SSR existante
des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : 1	des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : 1	
des affections des brûlés : 0	des affections des brûlés : 1 (centre secondaire)	+1 à partir de l'offre SSR existante
des affections liées aux conduites addictives : 1	des affections liées aux conduites addictives : 1	
des affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance : 6	des affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance : 6	
Reconnaissance contractuelle à partir des implantations existantes		
	affections oncologiques : 1	+1 à partir de l'offre SSR existante
Unité Cognitivo-Comportementale : 1	Unité Cognitivo-Comportementale : 1	
	Structure de prise en charge des patients cérébrolésés graves en post-aigu : 1	+1 à partir de l'offre SSR existante

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Gironde		
34 implantations (25 HC, 7HC/HJ, 2HJ) dont : - 3 SSR proposant une prise en charge adultes et enfants - 12 SSR adultes non spécialisés Hors SROS : Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué – Villenave d'Ornon (affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, Respiratoires, oncologie)	33 à 35 implantations (10 à 12 HC, 20 HC/HJ, 3 HJ)	+ 1 implantation en HJ, pour régulariser l'activité de réadaptation cardiaque du CHU + 17HJ à partir de l'offre SSR existante
dont prises en charge spécialisées :	dont prises en charge spécialisées :	
des affections de l'appareil locomoteur : 4 adulte et 1 adulte et enfant (R)	des affections de l'appareil locomoteur : 4 adulte et 1 adulte et enfant (R)	
des affections du système nerveux : 4 adulte et 2 adulte et enfant (R)	des affections du système nerveux : 4 adulte et 2 adulte et enfant (R)	
des affections cardio-vasculaires : 5 adulte et 1 adulte et enfant (R)	des affections cardio-vasculaires : 6 adulte et 1 adulte et enfant (R)	+1 régularisation de l'activité du CHU
des affections respiratoires : 3 adulte et 1 adulte et enfant (R)	des affections respiratoires : 3 adu lte et 1 adulte et enfant (R)	
des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : 2	des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : *[3]	*[+ 1 à partir de l'offre existante]
des affections des brûlés : 1 adulte et enfant (R)*	des affections des brûlés : 1 adulte et enfant – centre primaire (R)	
des affections liées aux conduites addictives : 2	des affections liées aux conduites addictives : 2	
des affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance : 8	des affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance : 11	+ 3 à partir de l'offre SSR existante
	des affections hémato-oncologiques : 1 (R)*	+1 à partir de l'offre SSR existante
Reconnaissance contractuelle à partir des implantations existantes		
des affections oncologiques : 4	des affections oncologiques : 4	
	Unité Cognitivo- Comportementale : 1	+1 à partir de l'offre SSR existante
Structure de prise en charge des patients cérébrolésés graves en post-aigu : 1	Structure de prise en charge des patients cérébrolésés graves en post-aigu : 2	+1 à partir de l'offre SSR existante

(R) : Recours régional

*[Modification apportée par arrêté du 22 décembre 2015]

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Landes		
12 implantations (8HC, 4HC/HJ) dont : - 4 SSR adultes non spécialisés - 1 SSR enfant (R)	12 implantations (4HC, 8 HC/HJ) 1 SSR enfant (R)	+ 4 HJ à partir de l'offre SSR existante
dont prises en charge spécialisées :	dont prises en charge spécialisées :	
des affections de l'appareil locomoteur : 3 adultes et 1 enfant (R)	des affections de l'appareil locomoteur : : 3 adultes et 1 enfant (R)	
des affections du système nerveux : 2	des affections du système nerveux : 2	
des affections cardio-vasculaires : 1	des affections cardio-vasculaires : 1	
des affections respiratoires : 0	des affections respiratoires : 1	+1 à partir de l'offre SSR existante
des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : 0 adulte et 1 enfant (R)	des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : 1 adulte et 1 enfant	+1 adulte à partir de l'offre SSR existante
des affections liées aux conduites addictives : 1	des affections liées aux conduites addictives : 1	
des affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance : 4	des affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance : 4	
Reconnaissance contractuelle à partir des implantations existantes		
des affections oncologiques : 0	des affections oncologiques : 1	+1 à partir de l'offre SSR existante
Structure de prise en charge des patients cérébrolésés graves en post-aigu : 0	Structure de prise en charge des patients cérébrolésés graves en post-aigu : 1	+1 à partir de l'offre SSR existante
Unité Cognitivo- Comportementale : 1	Unité Cognitivo- Comportementale : 1	
Lot-et-Garonne		
15 implantations (14 HC, 1HC/HJ) dont : - 2 MECS - 5 SSR adultes non spécialisés	*[14 à 15 implantations (6 à 7 HC, 8 HC/HJ)]	*[-1 implantation HC]
dont prises en charge spécialisées :	dont prises en charge spécialisées :	
des affections de l'appareil locomoteur : 2	des affections de l'appareil locomoteur : 2	
des affections du système nerveux : 2	des affections du système nerveux : 2	
des affections cardio-vasculaires : 1	des affections cardio-vasculaires : 1	
des affections respiratoires : 1	des affections respiratoires : 1	
des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : 0 adulte et 2 enfants (R)	des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : 1 adulte et 2 enfants (R)	+ 1 adulte à partir de l'offre SSR existante
des affections liées aux conduites addictives : 1	des affections liées aux conduites addictives : 1	
des affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance : 6	des affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance : 6	
Reconnaissance contractuelle à partir des implantations existantes		
des affections oncologiques : 1	des affections oncologiques : 1	
Structure de prise en charge des patients cérébrolésés graves en post-aigu : 1	Structure de prise en charge des patients cérébrolésés graves en post-aigu : 1	
Unité Cognitivo- Comportementale : 0	Unité Cognitivo- Comportementale : 1	+ 1 UCC à partir de l'offre SSR existante

(R) : Recours régional

*[Modification apportée par arrêté du 22 décembre 2015]

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Béarn et Soule		
13 implantations (9HC, 4 HC/HJ) dont : - 6 SSR adultes non spécialisés - 1 MECS non spécialisée - 1 SSR enfant spécialisé	12 à 13 implantations (6 à 7HC, 6HC/HJ)	+ 2HJ à partir de l'offre SSR existante
dont prises en charge spécialisées :	dont prises en charge spécialisées :	
des affections de l'appareil locomoteur : 3 (1 adulte, 1 enfant, 1 adulte-enfant)	des affections de l'appareil locomoteur : 3 (1 adulte, 1 enfant, 1 adulte-enfant)	
des affections du système nerveux : 4 (3 adultes et 1 enfant)	des affections du système nerveux : 4 (3 adultes et 1 enfant)	
des affections cardio-vasculaires : 1	des affections cardio-vasculaires : 1	
des affections respiratoires : 1	des affections respiratoires : 1	
des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : 0	des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : 1	+1 à partir de l'offre SSR existante
des affections liées aux conduites addictives : 0	des affections liées aux conduites addictives : 1	+1 à partir de l'offre SSR existante
des affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance : 3	des affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance : 3	
Reconnaissance contractuelle à partir des implantations existantes		
	des affections oncologiques : 1	+1 à partir de l'offre SSR existante
Unité Cognitivo- Comportementale : 1	Unité Cognitivo- Comportementale : 1	
	Structure de prise en charge des patients cérébrolésés graves en post-aigu : 1	+ 1 à partir de l'offre SSR existante

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Navarre- Côte basque		
17 implantations (11HC, 5HC/HJ, 1HJ) dont : - 1 SSR polyvalent - 2 SSR proposant une prise en charge adultes et enfants	*[14 à 16 implantations (0 à 1 HC, 14 HC/HJ, 1HJ)]	*[-1 liée à la caducité d'une activité]
dont prises en charge spécialisées :	dont prises en charge spécialisées :	
des affections de l'appareil locomoteur : 2 adulte-enfant	des affections de l'appareil locomoteur : 2 adulte-enfant	
des affections du système nerveux : 3 (1 adulte et 2 adulte-enfant	*[des affections du système nerveux : 4 (2 adulte et 2 adulte-enfant)]	
des affections cardio-vasculaires : 3	des affections cardio-vasculaires : 3	
des affections respiratoires : 5	des affections respiratoires : 5	
des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : 2	des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : 2	
des affections des brûlés : 0	des affections des brûlés : 1 (centre secondaire)	+1 à partir de l'offre SSR existante
des affections liées aux conduites addictives : 1	des affections liées aux conduites addictives : 1	
des affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance : 6	des affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance : *[5]	
Reconnaissance contractuelle à partir des implantations existantes		
	des affections oncologiques : 1	+1 à partir de l'offre existante
Unité Cognitivo- Comportementale : 1	Unité Cognitivo- Comportementale : 1	
Stucture de prise en charge de patients cerebrolésés graves en post aigu : 1	Structure de prise en charge des patients cérébrolésés graves en post-aigu : 1	
Unité de traumatisés médullaires non ventilés : 1	Unité de traumatisés médullaires non ventilés : 1	

4.
INDICATEURS DU GUIDE SROS

> Part des séjours en SSR dans les 30 jours suivants une hospitalisation pour AVC.

> Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico-sociaux (établissements d'hébergement, SSIAD).

[Modification apportée par arrêté du 7 janvier 2015] *[Modification apportée par arrêté du 22 décembre 2015]*

IMPLANTATION SSR - 30 JUIN 2011

Etablissement	VILLE	HC/HJ	Soins de suite non spécialisés	Affections de l'appareil locomoteur	Affections du système nerveux	Affections cardio-vasculaires	Affections respiratoires	Affections des systemes digestif, métabolique et endocrinien	Affections oncologiques	Affections des brûlés	Affections liées aux conduites addictives	Prise en charge de la personne âgée
CH DE LANMARY	ANTONNE ET TRIGONAND	HC	x									x
HOPITAL LOCAL DE BELVES	BELVES	HC	x									
HOPITAL LOCAL DE DOMME	DOMME	HC	x									
HOPITAL LOCAL EXCIDEUIL	EXCIDEUIL	HC	x									
CH VAUCLAIRE	MONTPON-MENESTEROL	HC	x								x	
HOPITAL-LOCAL NONTRON	NONTRON	HC	x									
CH PERIGUEUX	PERIGUEUX	HC/HJ	x									x
HOPITAL LOCAL DE RIBERAC	RIBERAC	HC	x									
HOPITAL LOCAL DE SAINT ASTIER	SAINT ASTIER	HC	x									
CLINIQUE PASTEUR	BERGERAC	HC	x									
CLINIQUE PIERRE DE BRANTOME	BRANTOME	HC	x									
LE CHATEAU DE BASSY	ST MEDARD DE MUSSIDAN	HC	x									x
CH JEAN LECLAIRE	SARLAT	HC	x									x
LA JOIE DE VIVRE	LOLME	HC	x									
CRF LA LANDE	ANNESSE ET BEAULIEU	HC	x	x	x	x		x				
CENTRE LE VERGER DES BALANS	ANNESSE ET BEAULIEU	HC	x									x
HOPITAL LOCAL DE SAINT-AULAYE	SAINT AULAYE	HC	x									
CH DE LA MEYNARDIE	SAINT PRIVAT DES PRES	HC	x									x
DORDOGNE			**18**	**1**	**1**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**6**
CH DE MONT DE MARSAN	MONT DE MARSAN	HC/HJ	x	x	x							x
CRF NAPOLEON	SAINT PAUL LES DAX	HC/HJ	x	x	x							
CH DAX	DAX	HC/HJ	x			x						x
HOPITAL SAINT SEVER	SAINT SEVER	HC	x									x
CLINIQUE MAYLIS	NAROSSE	HC	x								x	
MAISON SAINT LOUIS	SAINT VINCENT DE PAUL	HC	x									
CENTRE MED.INFANTILE MONTPRIBAT	MONFORT EN CHALOSSE	HC	E	E				E				
POLYCLINIQUE LES CHENES	AIRE SUR ADOUR	HC	x									
INSTITUT HÉLIO-MARIN LABENNE	LABENNE	HC	x									x
S.A.R.L PRIMEROSE	HOSSEGOR	HC	x									
LE BELVEDERE	LABENNE	HC	x									
CERS	CAPBRETON	HC/HJ	x	x								
LANDES			**12**	**4**	**2**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**4**

Etablissement	VILLE	HC/HJ	SSR									
			ns de suite non spécialisés	Affections de l'appareil locomoteur	ections du système nerveux	fections cardio-vasculaires	Affections respiratoires	ctions des systèmes digestif, étabolique et endocrinien	Affections oncologiques	Affections des brûlés	ections liées aux conduites addictives	e en charge de la personne âgée
MAISON DE SANTE MARIE GALENE	BORDEAUX	HC/HJ	x									
M.S.P.B. BAGATELLE	TALENCE	HC	x									x
CHIC SUD GIRONDE	LANGON	HC	x									x
CENTRE REEDUCATION AVICENNE	LIBOURNE	HC	x			x	x					
LES FLOTS	TALENCE	HC	x									
CLINIQUE SAINT AUGUSTIN	BORDEAUX	HJ	x			x						
CLINIQUE D'ARCACHON	ARCACHON	HC	x						x			
POLYCLINIQUE BORDEAUX RIVE DROITE	CENON	HC	x						x			x
FONTAINES DE MONJOUS	GRADIGNAN	HC	x									x
POLYCLINIQUE BX-NORD AQUITAINE	BORDEAUX	HJ	x			x	x					
CLINIQUE MUTUALISTE DU MEDOC	LESPARRE	HC	x									
HOPITAL PRIVE SAINT MARTIN	PESSAC	HC	x									
CLINIQUE MUTUALISTE	PESSAC	HC	x									
CLINIQUE WALLERSTEIN	ARES	HC	x									
LA PIGNADA	LEGE	HC	AE			AE	AE					
DOMAINE DE HAUTERIVE S.A.	CENON	HC	x									
MAIS DE CONV. L'AQUITANIA	GUJAN/MERIGNAC	HC	x					x				
CSSR CHATEAUNEUF	LEOGNAN	HC	x									x
CSSR LES LAURIERS	LORMONT	HC	x								x	
L'AJONCIÈRE (MSP BAGATELLE)	CESTAS	HC	x									
L'ADAPT CHÂTEAU RAUZÉ	CENAC	HC/HJ	AE		AE							
CRF LA TOUR DE GASSIES	BRUGES	HC/HJ	AE	AE	AE					AE		
CRF LES GRANDS CHENES	BORDEAUX	HC/HJ	x	x	x							
C.H.U. DE BORDEAUX - X. ARNOZAN	BORDEAUX	HC	x									x
C.H.U. DE BORDEAUX - PELLEGRIN	BORDEAUX	HC/HJ	x	x	x							
CH D'ARCACHON	LA TESTE DE BUCH	HC	x	x	x	x						
CH DE BAZAS	BAZAS	HC	x									
CH SAINT NICOLAS DE BLAYE	BLAYE	HC	x									
CH DE LIBOURNE	LIBOURNE	HC/HJ	x	x	x				x			x
CH STE FOY LA GRANDE	SAINTE FOY LA GRANDE	HC	x								x	x
CH DE MONSEGUR	LANGON	HC	x									
POLYCLINIQUE DE BORDEAUX - TONDU	BRUGES	HC	x					x	x			
MAIS REPOS LA ROSE DES SABLES	ARCACHON PUIS GUJAN	HC	x									
CHATEAU LEMOINE READAPTATION	CENON	HC/HJ	x			x	x					
HIA ROBERT PICQUE (HORS SROS)	*VILLENAVE D'ORNON*	*HC/HJ*	*x*	*x*	*x*		*x*		*x*			
GIRONDE			**34**	**5**	**6**	**6**	**4**	**2**	**4**	**1**	**2**	**8**

Etablissement	VILLE	HC/HJ	Soins de suite non spécialisés	Affections de l'appareil locomoteur	Affections du système nerveux	Affections cardio-vasculaires	Affections respiratoires	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	Affections oncologiques	Affections des brûlés	Affections liées aux conduites addictives	Prise en charge de la personne âgée
CLINIQUE ESQUIROL - SAINT-HILAIRE	AGEN	HC	x									
CLINIQUE DE VILLENEUVE	VILLENEUVE SUR LOT	HC	x									
CENTRE DELESTRAINT-FABIEN	PENNE D'AGENAIS	HC	x									
CRF L'ADAPT	VIRAZEIL	HC/HJ	x	x	x							
CH AGEN	AGEN	HC	x	x	x	x	x					x
CH SAINT CYR	VILLENEUVE SUR LOT	HC	x						x			x
CH NERAC	NERAC	HC	x									x
HOPITAL LOCAL CASTELJALOUX	CASTELJALOUX	HC	x									x
CH LA CANDELIE	AGEN	HC	x								x	
CH E. DESARNAUTS	FUMEL	HC	x									
CH DE PENNE D'AGENAIS	PENNE D'AGENAIS	HC	x									x
CH MARMANDE TONNEINS	MARMANDE	HC	x									x
MECS STE BAZEILLES	SAINTE BAZEILLES	HC	E					E				
MECS PUJOLS	PUJOLS	HC	E					E				
M DE REPOS ET CONV LA PALOUMERE	CAUNEYRES	HC	x									
LOT ET GARONNE			**15**	**2**	**2**	**1**	**1**	**2**	**1**	**0**	**1**	**6**
MAISON SAINT ANTOINE	TARDETS	HC	x									
L.M.C. LES JEUNES CHENES	PAU	HC	x									
HOPITAL ORTHEZ	ORTHEZ	HC	x		x							x
CH OLORON	OLORON	HC	x									
CH DE MAULEON	MAULEON	HC	x									
LE NID BÉARNAIS	PAU	HC/HJ	E	E	E							
MECS PEP ARETTE	ARETTE	HC	E									
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE ARESSY	ARESSY	HC/HJ	x			x	x					
CH PAU	PAU	HC/HJ	x	x	x							x
MRC STE ODILE	BILLIERE	HC	x									
CRF EN MILIEU THERMAL	SALIES DE BEARN	HC/HJ	AE	AE	x							
MRC LES ACACIAS	GAN	HC	x									
CENTRE MÉDICO-SOCIAL COULOMME	SAUVETERRE	HC	x									x
BEARN ET SOULE			**13**	**3**	**4**	**1**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**
CENTRE MEDICAL LEON DIEUDONNE	CAMBO LES BAINS	HC	x					x				x
CLINIQUE BEAULIEU	SAINT JEAN DE LUZ	HC	x					x				x
LES EMBRUNS	BIDART	HC/HJ	AE	AE	AE							
LA NIVE	ITXASSOU	HC	x									x
CENTRE MEDICO CHIRURGICAL BEAULIEU	*CAMBO LES BAINS*	*HC*	*x*									
CHIC COTE BASQUE - Site Trikaldi	SAINT JEAN DE LUZ	HC	x									x
CHIC COTE BASQUE	SAINT JEAN DE LUZ	HC/HJ	x		x							
CENTRE MEDICAL TOKI-EDER	CAMBO LES BAINS	HC/HJ	x			x	x					
CTRE PNEUMOLOGIE LES TERRASSES	CAMBO LES BAINS	HC	x				x					
LA MAISON BASQUE	CAMBO LES BAINS	HC	x									
CENTRE ANNIE ENIA	CAMBO LES BAINS	HC/HJ	x				x					
CENTRE GRANCHER-CYRANO	CAMBO LES BAINS	HC	x			x	x					
CENTRE PNEUMOLOGIE LANDOUZY	CAMBO LES BAINS	HC	x				x					
CRF MARIENIA	CAMBO LES BAINS	HC/HJ	AE	AE	AE							
MAISON SAINT VINCENT VILLA CONCHA	HENDAYE	HC	x								x	x
CLINIQUE PAULMY	BAYONNE	HJ	x			x						
CLINIQUE FONDATION LURO	ISPOURE	HC	x									x
NAVARRE COTE BASQUE			**17**	**2**	**3**	**3**	**5**	**2**	**0**	**0**	**1**	**6**

AE : prise en charge des adultes et enfants/adolescents
E : prise en charge des enfants/adolescents

CHAPITRE 6.
SOINS DE LONGUE DUREE

« Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entrainer ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum » article 46 de la LFSS 2006.

Les USLD sont aussi des lieux de fin de vie qui doivent être accessibles aux proches dans des délais raisonnables.

La circulaire du 15 mai 2006 précise que la définition de la population concernée ne comporte pas de critères d'âge. Mais, bien que les patients de moins de 60 ans puissent être accueillis en USLD, les personnes plus âgées y sont les plus nombreuses.

Les USLD prennent en charge des patients qui ont des besoins de soins et d'accompagnement soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, ou dans un établissement médico-social, soit directement à partir du domicile.

Leur mission est :

> d'assurer aux patients les soins physiologiques, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels ;

> de prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes ;

> d'élaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie ;

> d'assurer l'accompagnement des familles et des proches.

Références des principaux textes :

> Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les USLD ;

> Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C n° 212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les USLD ;

> Circulaire DHOS/O2 n°117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ;

> Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°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 USLD ;

> Circulaire DGAS/DSS/DHOS/2009 n°195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer ;

> Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 ;

> Plan Alzheimer 2008-2012.

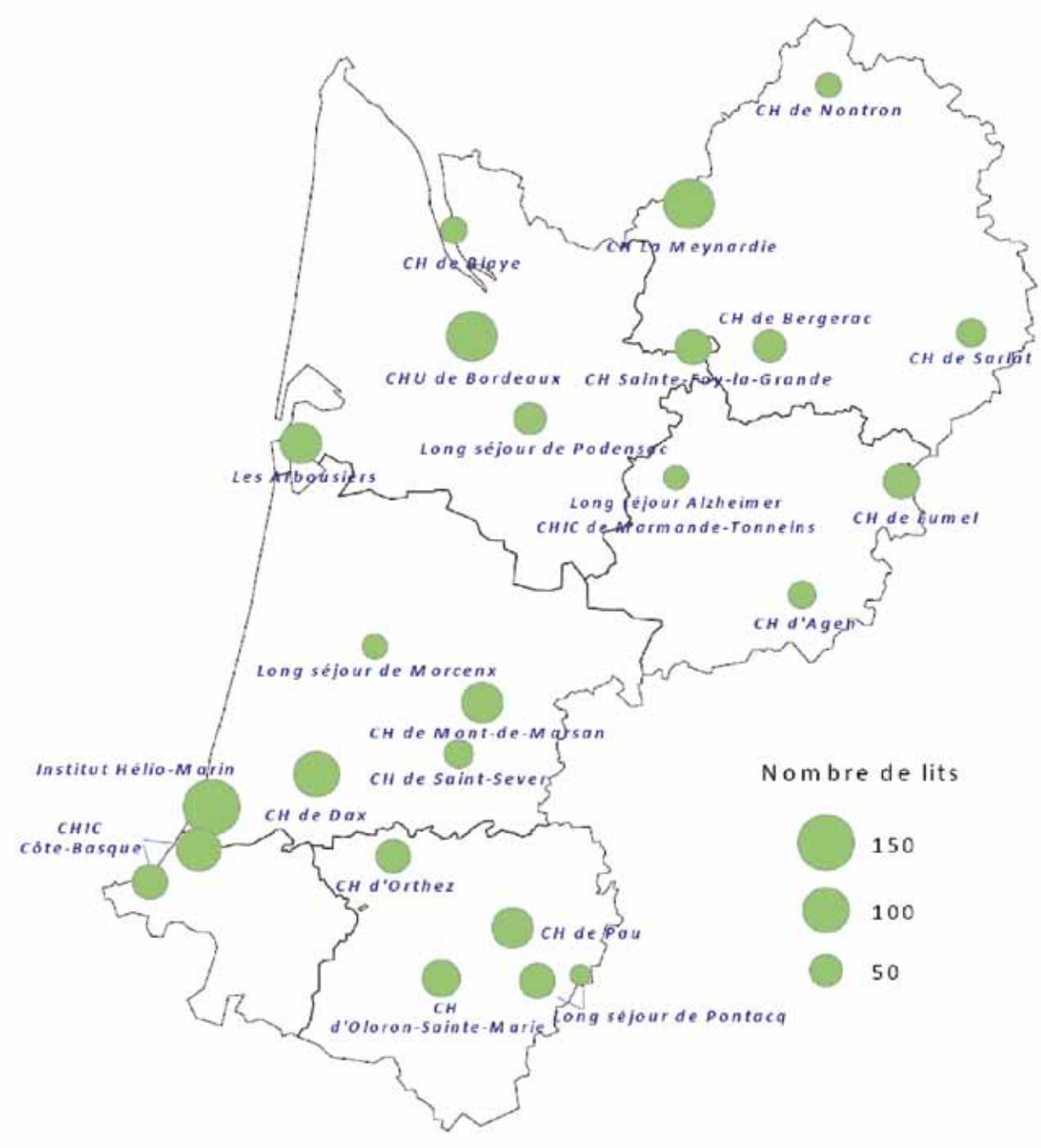
1.
ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Données d'activité
L'activité de SLD est importante puisque le taux d'occupation moyen des USLD est de 96 % (cf. Annexe 1).

Territoire	Nombre d'implantations	Nombre de lits au 1/1/2010	Densité pour 10 000 habitants de 75 ans et plus
Dordogne	4	240	43.5
Gironde	5	344	26.6
Landes	5	400	94.0
Lot et Garonne	3	124	30.5
Navarre – Côte basque	2	150	45.6
Béarn-Soule	4	282	69.0
Aquitaine	23	1540	45.1

Source Insee : Modèle Omphale 2010 ; scénario central

• Les centres de longs séjours en Aquitaine au 01/01/2011



Fond de carte : Articque ©
Source : FINESS - Enquête SAE 2010
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études statistiques et prospectives
21/09/2011

Points de vigilance
1. Des difficultés pour évaluer les inadéquations et les besoins tant que les coupes PATHOS ne sont pas terminées car il y a :
> des patients hébergés en USLD sans avoir le profil USLD
> des résidents en EHPAD qui ont le profil USLD
2. De fortes disparités des taux d'équipement en USLD entre les territoires mais également en infra territorial du fait du transfert précoce de certaines USLD dans le secteur médico-social, suite à la publication de la loi du 11 février 2005, et du fait de la modification des contours des territoires de santé notamment dans les Landes.
3. Des USLD qui doivent être adaptées à la prise en charge des personnes âgées atteintes par la maladie d'Alzheimer ou par une maladie apparentée
4. Dans les USLD, des malades de moins de 60 ans, dont la prise en charge n'est pas toujours adaptée en fonction des pathologies
5. Des USLD qui ne sont pas suffisamment intégrées dans les filières gériatriques
6. Des admissions et des transferts qui méritent d'être mieux coordonnés

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ

Objectifs généraux

Objectif 1 : Mieux répartir l'offre territoriale et infra territoriale en USLD en fonction du nombre de personnes âgées :

La LFSS 2006 a réaffirmé le caractère sanitaire des USLD et a redéfini les USLD existantes (circulaire du 15 mai 2006). Les coupes PATHOS ont permis de connaître le taux de patients qui requièrent des soins médicaux et techniques importants (SMTI) et celui des patients « en état crépusculaire » (profil M2) et donc de répartir les capacités d'accueil et les crédits entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Cette procédure de redéfinition s'est faite sans réduction de la capacité globale d'hébergement des personnes âgées (USLD + EHPAD), mais uniquement par transformation de lits USLD en places d'EHPAD.

Dans ce cadre, certaines USLD ont été entièrement transformées en structures médico-sociales, d'autres intégralement maintenues dans le secteur sanitaire, enfin un certain nombre d'USLD ont été partiellement reconverties en EHPAD.

Pour les USLD il était prévu de ne pas créer d'unité d'une capacité inférieure à 30 lits.

La partition est terminée depuis 2010.

1.1. Évaluer les besoins en USLD en tenant compte

> du nombre de patients SMTI-M2 dans les USLD (coupe PATHOS en USLD) ;

> du nombre de personnes âgées hébergées en EHPAD avec un profil USLD (coupe PATHOS en EHPAD).

1.2. Équilibrer le taux d'équipement en USLD entre les territoires et dans les territoires en fonction du nombre total de personnes âgées SMTI-M2, en tenant compte de l'évolution du vieillissement dans les cinq années à venir et des orientations du PRIAC.

Indicateurs : Nombre de lits USLD/nombre de personnes de plus de 75 ans dans le territoire, pourcentage et nombre de personnes âgées ayant un profil SMTI-M1 hébergées en EHPAD.

Objectif 2 : Adapter les USLD à la prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (MAMA) :

Le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 a prévu la création et l'identification d'Unités d'Hébergement renforcées (UHR) pour les patients souffrant de troubles du comportement sévères. D'ici 2012, 11 UHR doivent être labellisées dans les USLD d'Aquitaine.

2.1. Labelliser les 11 UHR-USLD prévues pour la région Aquitaine (2 en Dordogne, 4 en Gironde, 2 dans les Landes, 1 dans le Lot et Garonne et 2 dans les Pyrénées Atlantiques).

2.2. Veiller au respect du cahier des charges et à la coopération des UHR avec les autres structures de la filière gériatrique.

2.3. Inciter les UHR des USLD à participer à l'aide aux aidants.

Indicateur : Nombre d'UHR labellisées à la fin du plan Alzheimer 2008-2012.

Objectif 3 : Étudier la pertinence de structures de prise en charge, les plus adaptées possible, pour les patients de moins de 60 ans actuellement en USLD :

Des patients de moins de 60 ans sont hébergés dans des USLD pour une pathologie chronique ou une poly pathologie, soit actives au long cours, soit susceptibles d'épisodes répétés de décompensation (AVC, traumatismes crâniens, blessures médullaires, maladies dégénératives du système nerveux central…). Les coupes PATHOS qui sont en cours de réalisation dans les USLD permettront d'ici 2012 de mieux connaitre la situation.

3.1. Évaluer le nombre de patients de moins de 60 ans dans les USLD en fonction de leur pathologie (AVC, traumatisés crâniens, blessés médullaires, maladies neuro-dégénératives…).

3.2. Évaluer l'opportunité de créer des USLD spécialisées et leur capacité adéquate.

Indicateurs : Pourcentage et nombre de personnes de moins de 60 ans hébergées en USLD « gériatriques », nombre d'USLD spécialisées créées en Aquitaine.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social)

Objectif 4 : Intégrer les USLD dans les filières gériatriques :

Chaque filière gériatrique doit comprendre une ou plusieurs USLD en plus des unités de court séjour, de SSR, de consultations et d'hospitalisation de jour. En outre, la filière de soins gériatrique doit organiser au niveau de son territoire d'implantation, des partenariats avec les médecins libéraux, les acteurs de la prise en charge médico-sociale (EHPAD, SSIAD, CLIC...) et le secteur social.

4.1. Établir des liens entre les USLD d'un même territoire et entre celles-ci et l'établissement de soins considéré comme la « tête de pont » de la filière gériatrique.

4.2. Mettre en place une coordination des admissions et des sorties d'USLD par le médecin gériatre qui coordonne l'ensemble de la filière gériatrique.

4.3. Organiser et formaliser les modalités de transfert entre les différentes structures de la filière.

4.4. Favoriser l'intervention des Équipes Mobiles de Gériatrie et les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs dans les USLD.

Objectif 5 : Inciter les USLD à participer aux organismes de coordination gérontologique :

Cette participation devra être inscrite dans leur CPOM.

5.1. Inciter les USLD à participer aux coordinations gérontologiques existantes.

Indicateur : Taux d'USLD participant aux structures de coordination gérontologique existantes sur le territoire de recrutement.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Niveau territoire de santé
> au moins une USLD et une UHR par territoire de santé
Niveau régional (recours)
> en fonction des besoins évalués, des USLD spécialisées adaptées aux différentes populations autres que personnes âgées (AVC, traumatismes crâniens, blessés médullaires) intégrées dans des filières de prise en charge spécifique pour ces populations

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Ce schéma sera revu en fonction des décrets à paraître et des coupes PATHOS effectuées dans les USLD pour les personnes âgées en 2011.

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS -Nombre d'implantations-	Création Suppression Recomposition
Dordogne		
LONG SEJOUR CH BERGERAC LONG SEJOUR CH NONTRON LONG SEJOUR CH LA MEYNARDIE LONG SEJOUR CH SARLAT	5 (+ 1 implantation)	
Gironde		
LONG SEJOUR LES ARBOUSIERS LONG SEJOUR CHU BORDEAUX LONG SEJOUR CH BLAYE LONG SEJOUR CH STE FOY LONG SEJOUR CH PODENSAC	*[6]	*[+ 1]
Landes		
LONG SEJOUR CH MONT DE MARSAN LONG SEJOUR CH DAX LONG SEJOUR CH DE ST SEVER LONG SEJOUR IHM LABENNE LONG SEJOUR CH MORCENX	5	
Lot et Garonne		
LONG SEJOUR CH AGEN LONG SEJOUR CH FUMEL LONG SEJOUR ALZHEIMER CHIC MARMANDE-TONNEINS	*[4]	*[+ 1]
Béarn et Soule		
LONG SEJOUR CH ORTHEZ LONG SEJOUR CH OLORON-STE-MARIE LONG SEJOUR CH PAU LONG SEJOUR CH PONTACQ	4	
Navarre – Côte basque		
LONG SEJOUR CHIC BAYONNE	1	

4.
INDICATEURS DE SUIVI DU SROS

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

*[Modification apportée par arrêté du 23 janvier 2014]

*[Modification apportée par arrêté du 7 janvier 2015]

CHAPITRE 7.
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

Les SROS antérieurs ont permis de structurer l'offre de soins afin de répondre aux besoins de la population et d'organiser l'accès aux procédures de revascularisation. Le SROS-PRS est axé sur une approche globale de la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires intégrant la prévention, la prise en charge des facteurs de risque, l'amélioration des filières de prise en charge et l'évaluation avec la mise en place de registres.

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en cardiologie soumises à autorisation comprennent :

1. Les actes électro-physiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi sites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme,
2. Les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris les éventuelles ré-interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence,
3. Les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte comprenant essentiellement les angioplasties coronaires.

Principaux textes de référence

> 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 ;

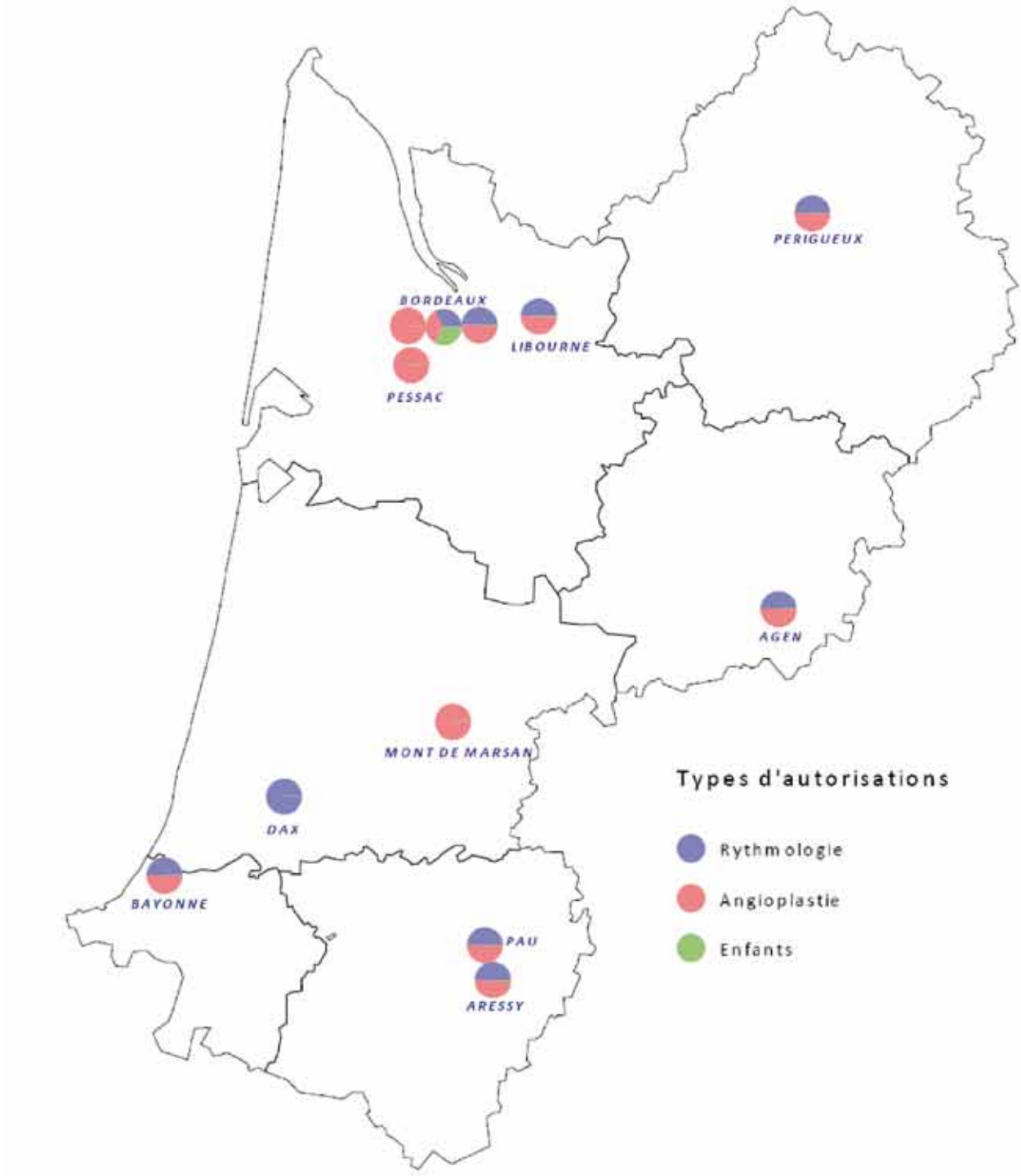
> Circulaire n°DHOS 04 /2009/ 279 du 12 août 2009.

1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Données d'activité
Activité 2010 (évolution/2009)
Angioplastie : 8642 actes (- 9 %)
Ablations : 1680 (+22 %) (En cohérence avec l'élargissement des indications)
Défibrillateurs implantables : 467 (- 18 %)
Stimulateurs triple chambre : 112 (stable)
Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris les éventuelles ré-interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales : 284 dont 57 chez l'enfant

Offre de Soins
Nombre d'implantations
1 centre de recours pour les 3 activités au CHU (rythmologie, angioplastie coronaire, cardiopathies congénitales)
8 centres de rythmologie, 10 centres d'angioplastie

• La cardiologie interventionnelle en Aquitaine au 1er avril 2011



Fond de carte : Articque ©
Source : ARS Aquitaine - DOS
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études statistiques et prospectives

Points de vigilance

1. La mortalité par maladie cardiovasculaire reste en Aquitaine la première cause de décès avec plus de 9 000 décès par an.
2. Un taux de recours pour 10 000 habitants au-dessus de la moyenne nationale pour les cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (60 vs 57,2 en France) et, surtout un taux de recours très important pour les activités de pose de prothèses en rythmologie (stimulateurs et défibrillateurs) pour le territoire de Béarn et Soule (13 vs 10,9 France) et pour le territoire de Navarre-Côte basque (18 vs 10,9 France).
3. Nécessité de permettre, après un épisode aigu, l'accès des patients à un programme d'éducation thérapeutique pour un meilleur contrôle des facteurs du haut risque cardiovasculaire et à une prise en charge en centre de réadaptation cardiaque.
4. La diminution et le suivi des délais d'accès aux procédures de revascularisation pour les infarctus du myocarde et les AVC doivent rester une priorité. Les réseaux urgences ne sont pas mis en place dans tous les territoires (uniquement sur le territoire de Béarn et Soule) mais dans tous les territoires sont utilisés des protocoles pour la prise en charge des syndromes coronariens aigus. Le registre ACIRA (activité des centres de cardiologie interventionnelle) et REANIM (prise en charge initiale des syndromes coronariens aigus ST+) permettra un suivi continu des délais de prise en charge.
5. L'amélioration de la prise en charge des patients avec une insuffisance cardiaque est nécessaire (notamment par la titration des thérapeutiques et la télé-cardiologie) afin de réduire les ré-hospitalisations et améliorer la qualité de vie de patients
6. Le développement plus récent des techniques de rythmologie interventionnelle (défibrillateurs internes, stimulateurs triple chambre, techniques d'ablation) avec l'autorisation récente des centres dans l'ensemble des territoires devra s'accompagner d'une fédération des acteurs, d'une évaluation tout au long du SROS-PRS de la réponse aux besoins et d'une évaluation des pratiques professionnelles. Ceci d'autant plus que la région présente un taux de recours important mais est aussi à la pointe en matière de rythmologie.
7. Les malformations cardiaques congénitales représentent près d'un tiers des malformations congénitales diagnostiquées. Elles nécessitent d'être prises en charge dans des centres spécialisés pour les cardiopathies congénitales par des équipes pluridisciplinaires formées à ces pathologies et à leurs spécificités, quel que soit le niveau d'intervention dans la prise en charge : cardiologues, cathétériseurs diagnostic et interventionnel, rythmologues, échographistes, imagerie non invasive, anesthésistes, réanimateurs, soins intensifs, chirurgiens spécialisés en chirurgie cardiaque, psychologues. Le CHU de Bordeaux est un des rares centres au niveau national qui offre sur un même site toutes les compétences et s'est structuré pour traiter aussi bien des patients pédiatriques dès la naissance que les adultes. La mortalité des enfants traités par cardiologie interventionnelle au CHU est de 1.7 % sur l'année 2010, taux le situant parmi les meilleurs centres européens. Cependant le rendement du diagnostic anténatal sur la région est faible (inférieur à 40 %) et inégal selon les territoires, seuls deux médecins assurent le recours à l'expertise d'échographie cardiaque fœtale.

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Garantir un accès aux procédures de revascularisation des patients avec un infarctus du myocarde dans les meilleurs délais :

1.1. Sensibiliser la population à la reconnaissance des symptômes évoquant un syndrome coronarien aigu et inciter les patients à appeler sans attendre le centre 15.

Indicateurs : % des patients appelant le Centre 15, suivi du délai moyen d'appel au centre 15.

1.1.1. Améliorer la coordination des professionnels de santé au travers de la mise en place des réseaux urgences dans tous les territoires de santé.

Indicateurs : Nombre de territoires de santé avec un réseau urgences, % de réseaux avec des procédures de prise en charge des syndromes coronarien aigus.

1.1.2. Évaluer les stratégies de re-perfusion en urgence et les délais de prise en charge par la participation de tous les SMUR et de tous les centres d'angioplastie aux registres régionaux ACIRA et REANIM.

Indicateur : Délai moyen de re-perfusion (symptome - gonflement du ballon) des SCA ST +.

Objectif 2 : Accompagner la poursuite du développement de l'activité de rythmologie interventionnelle dans les centres autorisés :

2.1. Réaliser à mi-parcours du SROS-PRS une étude de l'activité et du fonctionnement des centres de rythmologie interventionnelle intégrant l'évaluation de la réponse aux besoins de la population.

Indicateur : Résultats de l'évaluation disponible en 2014.

2.2. Garantir la continuité et la permanence des soins dans l'ensemble des centres autorisés afin de permettre un suivi optimal des patients et la prise en charge des complications 24 heures/24.

2.3. Le déploiement régional de la télémédecine devra permettre d'améliorer la surveillance à distance des prothèses et d'avoir des avis d'experts pour les malades complexes, en évitant de déplacer le patient lorsque cela n'est pas nécessaire.

Objectif 3 : Promouvoir l'évaluation qualitative des actes de cardiologie interventionnelle et de leurs indications :

3.1. Mise en place d'un groupe de travail régional, intégrant les prescripteurs des actes en médecine de ville, pour évaluer la pertinence des indications des actes de cardiologie interventionnelle et de rythmologie ; cette réflexion doit intégrer aussi les activités non soumises à autorisation (pose de stimulateurs simples).

Indicateur : Suivi du taux de recours par territoire de santé.

3.2. L'analyse qualitative des données d'activité issues du registre ACIRA (cardiologie interventionnelle) réalisée en lien avec le comité scientifique des registres devra s'intégrer dans un processus permanent d'amélioration des pratiques professionnelles.

Indicateur : Rapport annuel d'activité du registre ACIRA.

3.3. Au terme du SROS-PRS, l'ensemble des centres autorisés devront renseigner un registre régional des patients porteurs d'un stimulateur cardiaque multisites et d'un défibrillateur.

Objectif 4 : Garantir l'accès à un dépistage prénatal de qualité des cardiopathies congénitales dans tous les territoires de santé pour permettre d'organiser la prise en charge au niveau du centre de recours en amont de la naissance. (voir également point 1.1.12. du chapitre périnatalité) :

4.1. Assurer la formation nécessaire pour uniformiser et optimiser les pratiques, notamment en échographie, sur l'ensemble de la région Aquitaine.

Le centre régional de recours doit animer un réseau intégrant l'ensemble de professionnels concernés par le dépistage anténatal dans le cadre de ses missions. Il organise des réunions trimestrielles d'échange et d'optimisation des pratiques en rythmologie, en échographie obstétricale cardiaque prénatale et des consultations délocalisées.

Indicateurs : % des malformations cardiaques dépistées en prénatal / Nombre total de naissances.

Objectif 5 : Améliorer l'accès des patients aux programmes d'éducation thérapeutique et aux centres de réadaptation cardiaque :

5.1. Afin de garantir l'accès des patients à un meilleur contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire, tous les centres d'angioplastie doivent être en mesure de proposer aux patients l'accès à un programme d'éducation thérapeutique.

Indicateur : % des centres d'angioplastie avec un programme d'ETP.

5.2. Évaluer le taux d'accès des patients coronariens et des patients avec une insuffisance cardiaque aux programmes d'éducation thérapeutique.

Indicateurs : Taux de patients suivant un programme d'ETP après une angioplastie coronaire et après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque, nombre de patients pris en charge dans un centre de réadaptation cardiaque après un syndrome coronarien aigu.

5.3. Analyser l'accès des patients atteints d'insuffisance cardiaque aux programmes de réadaptation cardiaque.

Indicateur : Nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque pris en charge dans un centre de réadaptation cardiaque.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social)

Objectif 6 : Garantir une approche transversale intégrant la prévention des maladies cardio-neuro vasculaires et l'amélioration des filières de prise en charge :

6.1. Poursuivre la mise en œuvre du Plan Aquitain de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires 2010-2015.

Indicateur : Évaluation annuelle des actions mises en place.

6.2. Dans le cadre des actions définies par le plan, porter une attention particulière à la mise en place des actions permettant d'améliorer la prise en charge des patients avec une insuffisance cardiaque.

6.3. Maintenir une veille épidémiologique sur la prévalence des maladies cardio-neurovasculaires.

Indicateur : Publication annuelle des données épidémiologiques en lien avec l'ORSA.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Niveau de proximité
Accès aux programmes d'éducation thérapeutique
Niveau territoire de santé
Garantir aux patients l'accès aux procédures de revascularisation dans les meilleurs délais, l'accès aux actes d'électrophysiologie interventionnelle ainsi qu'au dépistage prénatal des cardiopathies congénitales Au moins un centre de rythmologie, un centre d'angioplastie coronaire et une USIC par territoire de santé.
Niveau régional (recours)
Un centre régional de recours pour l'ensemble des activités interventionnelles, sous imagerie, par voie endovasculaire, en cardiologie intégrant les cardiopathies congénitales.

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS -Nombre d'implantations-			Création /Suppression Recomposition
	Centres de rythmologie	Centres d'angioplastie	Centre de cardiologie interventionnelle pour les cardiopathies congénitales	
Dordogne				
CH Périgueux : rythmologie et angioplastie	1	1		
Gironde				
Rythmologie : CHU(R), Clinique St Augustin, CH Libourne Angioplastie : CHU (R), PCL Pins Francs, Clinique St Augustin, Hôpital Privé St Martin, CH de Libourne Enfants : CHU (R)	3 dont 1 (R)*	5 dont 1 (R)	1 (R)	
Landes				
Angioplastie : CH de Mont de Marsan Rythmologie : CH de Dax	1	1		
Lot et Garonne				
Clinique Saint Hilaire : rythmologie et angioplastie	1	1		
Béarn et Soule				
Angioplastie : CH de Pau, Clinique Aressy Rythmologie : CH de Pau, Clinique Aressy	1 à 2	1 à 2		
Navarre – Côte basque				
GCS de cardiologie de la Côte basque : Angioplastie (actuellement sur le site de la Clinique Lafourcade) et Rythmologie (actuellement sur le site du CHCB)	1	1		Regroupement au sein du GCS de cardiologie sur le site du CHCB

(R) : Recours régional

CHAPITRE 8.
MEDECINE D'URGENCE

Le code de la santé publique prévoit que l'exercice par un établissement de santé de l'activité de soins de médecine d'urgence (14° de l'article R. 6122-25) est autorisé selon une ou plusieurs des trois modalités suivantes : 1° La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente ; 2° La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, appelée SMUR, ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, en particulier les nouveau-nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique ; 3° La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques.

Il y a lieu de distinguer l'activité de médecine d'urgence de celle de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ou en établissements de santé (PDSES): la mission de PDSA est une mission de service public qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelle des cabinets libéraux et fait l'objet d'un cahier des charges régional en cours d'élaboration ; la mission de PDSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents, au sein d'une structure de soins d'un établissement de santé la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés, que cet accès se fasse en aval d'une prise en charge dans une structure d'urgence ou non.

Les principaux textes de référence sont les suivants :

> Code de la santé publique - aide médicale urgente : articles L. 6311-1 et suivants, R. 6311-1 et suivants ; Service d'urgences : R. 6123-1 et suivants ; D.6124-1 et suivants reprenant les décrets du 22 Mai 2006,

> Arrêté du 5 Mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAMU-transport sanitaire portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière,

> Circulaire n°2003-195 du 16 Avril 2003 relative à la prise en charge des urgences,

> Circulaire n°2003-238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences,

> Circulaire n°2007-65 du 13 Février 2007 relative à la prise en charge des urgences (réseau des urgences prévu par l'article R.6123-26 du CSP).

1.
ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Offre de Soins
SAMU centre 15 : 6
SMUR : 20 + 4 antennes permanentes + 2 antennes saisonnières
Structures des urgences : 31 + 2 antennes saisonnières
Structure des urgences pédiatriques : 1

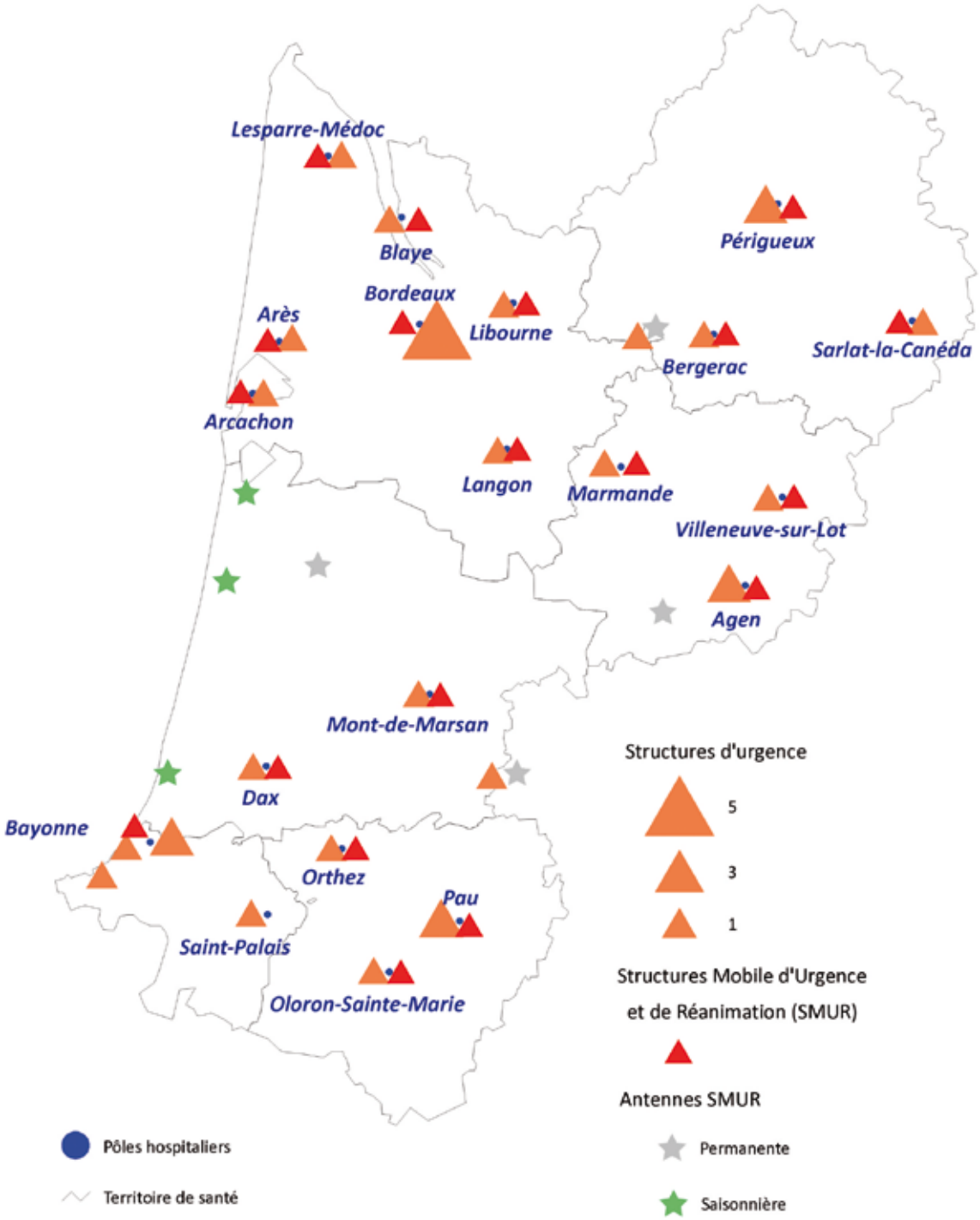
Données d'activité
Activité 2009 :
732 161 affaires médicales régulées (+ 9 % sur 3 ans)
31 310 interventions sanitaires terrestres (+ 8 % sur 3 ans)
2 771 interventions sanitaires héliportées (+ 6 % sur 3 ans)
775 591 passages dans les structures des urgences (+ 10 % sur 3 ans)

Le présent dispositif propose :

> Une organisation territoriale pour l'urgence au niveau des différentes étapes de sa prise en charge : la réponse à l'appel, l'organisation des transports et les conditions d'intervention des établissements de santé autorisés pour les urgences ne pouvant être traitées sur place.

> Une organisation qui permette au patient de s'orienter vers l'acteur de soins le plus apte à le prendre en charge en fonction de son état afin qu'il accède au plus vite, dans le respect de son libre choix, au traitement le plus adéquat.

• La médecine d'urgence en Aquitaine



Fond de carte : Articque ©
Source : ARS Aquitaine - Arrêtés d'autorisations
Cartographie : ARS Aquitaine - Service études statistiques et prospectives
16/09/2011

Points de vigilance

Les professionnels de l'urgence et de la permanence des soins considèrent que les patients sont plus consommateurs de soins qu'acteurs de leur santé et les actions d'information à leur intention sont encore très partielles et peu responsabilisantes.

Régulation

> Les moyens disponibles, notamment humains, la nécessité d'optimiser les coûts nécessitent d'amplifier les actions de coopération entre SAMU/centres 15 et les autres acteurs de l'urgence.

> L'évolution des modes d'exercice des jeunes professionnels libéraux, l'évolution engagée dans le Lot-et-Garonne et en Gironde hors CUB sur le report de l'urgence en nuit profonde sur les services hospitaliers d'urgence, le développement du temps partiel, nécessitent de renforcer la régulation médicale dans le cadre de la PDSA.

> La mise en place de la plateforme régionale info santé est devenue indispensable. Celle-ci ne peut se faire que dans le cadre d'une réflexion sur la mise en réseau des SAMU et en lien avec l'ensemble des professionnels et des établissements de santé.

Transports sanitaires (Aide Médicale Urgente)

> On note l'existence de zones blanches à plus de 30 minutes de délai d'intervention par voie terrestre : une dans le territoire Navarre-Côte basque et une dans le nord de la Dordogne.

> Pour répondre aux situations d'urgences dans ces zones, la recherche de médecins correspondants du SAMU était un des axes recherchés par le SROS 3 mais n'a pu aboutir.

> La région Aquitaine ne dispose pas de SMUR maritime identifié.

> L'articulation entre tous les acteurs du transport sanitaire en urgence n'est pas encore finalisée, en particulier la mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (sdacr) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (sros).

> Le dispositif de géo localisation à mettre en place dans les véhicules SMUR n'est pas effectif dans toutes les structures.

> S'agissant des transports héliportés, le cahier des charges régional prévu par le SROS 3 n'a pas été rédigé et la coordination régionale assurée par le SAMU 33 est à renforcer ; par ailleurs, les équipes de soins dédiées à ce type de transport sont parfois incomplètes.

> Pour l'implantation de Bordeaux, compte tenu de l'augmentation des transports assurés par le SMUR pédiatrique, mais aussi de l'augmentation des transports secondaires en général, du fait que ces transports sont assurés par un hélicoptère de la sécurité civile qui peut être occupé à d'autres missions ou être en période de maintenance, le transport héliporté n'est pas toujours disponible. Par ailleurs, il n'existe pas d'implantation héliportée sur le Lot-et-Garonne.

Structures des urgences

> Des phénomènes de saturation sont toujours observés dans les services d'urgences en particulier pendant certaines périodes épidémiques ou en période estivale. Dans le courant de l'hiver 2010-2011, ce phénomène a également été observé dans plusieurs établissements de la région (CUB, CH de Dax) en dehors de tout événement de nature épidémique, conséquence d'une saturation ou la fermeture temporaire programmée de lits d'aval. Au cours de ces phénomènes, l'agence régionale de santé a mis en place un dispositif spécifique de suivi de l'occupation des lits, les données figurant sur le serveur régional n'étant pas exhaustives. Par ailleurs, l'informatisation des services d'urgences, qui devait être achevée en 2008, n'est toujours pas terminée (30 % des établissements accueillant un service d'urgences).

> La formalisation des réseaux des urgences dans chacun des territoires conformément à la réglementation n'a pas abouti.

> Les services d'urgences sont confrontés à la venue de patients qui ne nécessitent pas une prise en charge d'une structure d'urgences et auraient dû être orientés dans le cadre de la permanence des soins de médecine ambulatoire.

> la prise en charge de la personne âgée aux urgences pose toujours problème : outre les admissions pour des motifs médico-sociaux ne nécessitant pas de prises en charge spécifique par un service d'urgences, on constate de plus en plus fréquemment un recours aux admissions en urgences pour des patients en fin de vie. Par ailleurs, les professionnels de l'urgence s'accordent à dire que le circuit de prise en charge par admission directe dans un service de gériatrie n'est pas opérationnel (pas de disponibilité d'accueil gériatrique 24h/24).

> Des phénomènes de violence dans les structures d'urgences sont régulièrement constatés, conséquences de la conjonction de plusieurs phénomènes liés soit aux pathologies, en particulier psychiatriques, des patients accueillis, soit à l'exaspération des patients ou de leur famille confrontés à des délais d'attente longs.

> En termes de démographie médicale, de nombreux postes de praticiens urgentistes (une trentaine dans les établissements publics, temps pleins + temps partiels) sont vacants, surtout dans les établissements à forte activité. Ces carences amènent les établissements à avoir recours à l'intérim qui nuit à une prise en charge de qualité et majore les charges de personnel.

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Développer l'information du grand public sur le fonctionnement et les modalités de recours aux structures de médecine d'urgence dont les Centres de Réception et de Régulation des Appels sont une des composantes. Cette action, menée sous l'égide de l'ARS, a pour objectif d'optimiser le recours aux centres 15 et, de façon générale, aux services d'urgences :

Cette démarche s'articule autour de deux axes :

> La réalisation d'une communication en direction du grand public sur le quand, pourquoi et comment recourir au dispositif d'urgences ou de la permanence des soins de médecine ambulatoire et plus largement aux soins non programmés.

> Mise en œuvre d'une évaluation du dispositif expérimental de plateforme Info santé mis en place par le SAMU centre 15 de la Gironde. Ce dispositif associe une plateforme téléphonique qui permet de réguler des appels qui ne nécessitent pas l'intervention d'un médecin régulateur et un site internet qui fournit une information pratique répondant aux demandes les plus fréquentes du public. Cette évaluation permettra de définir les orientations à mettre en œuvre pour revoir le dispositif si nécessaire. La réflexion sur le site internet sera menée en lien avec l'Espace Numérique Régional en Santé (ENRS).

Indicateurs : Nombre de campagnes grand public et impact sur C15, PDSA et services d'urgences ; mise en place effective de la plateforme Info santé et nombre d'appels.

Objectif 2 : La régulation dans le cadre de l'aide médicale urgente : garantir une réponse de qualité dans chaque SAMU-centre 15, notamment en cas de pics d'activité et de crises sanitaires :

La régulation des appels constitue la première étape de la réponse à l'urgence. Son bon fonctionnement conditionne la qualité de la prise en charge des urgences. Celle-ci constitue un objectif prioritaire du présent dispositif, qui appelle une coordination efficace entre les différents intervenants.

2.1. Renforcer les liens entre la régulation et ses partenaires :

2.1.1. Dans le cadre de l'interconnexion des centres 18 et 15, une procédure commune d'envoi des moyens sera formalisée conformément au référentiel de secours à personne et d'aide médicale urgente, au moyen d'une plateforme commune d'appels, qui pourra être matérielle ou virtuelle.

Indicateur : Existence en 2013 de la procédure 15/18.

2.1.2. Si la régulation médicale est l'affaire de personnels formés à l'urgence, ces derniers peuvent avoir recours à des interlocuteurs extérieurs pour un avis spécialisé. Concernant les urgences psychiatriques, il est recommandé de pouvoir disposer d'un avis spécialisé par une interconnexion avec un service intersectoriel d'accueil et d'orientation quand il existe. Par ailleurs, en matière de régulation médicale des transferts in utero ou des transports de nouveau-nés, les centres 15 de la région peuvent s'appuyer sur la Cellule d'Orientation des Transports Périnataux en Aquitaine (COTPA).

Indicateurs : Nombre d'avis recueillis en psychiatrie versus avis demandés. Nombre de transports in utero organisés.

2.2. Développer les coopérations inter centres 15 et les mutualisations d'activité.

Ces coopérations peuvent intervenir dans plusieurs cas de figure : aide ponctuelle en cas de difficultés matérielles temporaires d'un autre centre 15 (panne électrique, inondation,…), saturation conjoncturelle d'un centre de régulation, résultat d'une augmentation du nombre d'appels à l'origine d'un pourcentage d'appels non décrochés ne garantissant plus la sécurité du dispositif, mutualisation de la régulation à des périodes de faible activité tant pour l'aide médicale urgente que pour la permanence des soins de médecine ambulatoire.

Il convient de réaliser un interfaçage des outils de régulation téléphonique pour que les connexions inter Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) puissent être établies. Cette action concerne autant les outils téléphoniques que les logiciels.

Indicateur : Nombre d'heures mutualisées entre 2 ou plusieurs centres 15.

2.3. Renforcer la régulation de la permanence des soins de médecine ambulatoire.

Ce point sera développé dans le cahier des charges régional de la permanence des soins de médecine ambulatoire qui sera approuvé par la directrice générale de l'ARS début 2012.

2.4. Poursuivre le déploiement du dispositif ANTARES dans les SAMU de la région :

La loi du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile impose la migration des systèmes de radiocommunication des SAMU vers le réseau numérique ANTARES, interopérable avec les radiocommunications des services de sécurité civile (police et services départementaux d'incendie et de secours –SDIS-). Cette migration doit se réaliser pour les SAMU et les SMUR en parallèle du déploiement du système pour les SDIS.

Indicateur: % des SAMU équipés avec le dispositif ANTARES.

Objectif 3 : Optimiser les interventions sanitaires pour améliorer l'accès aux soins :

Conformément aux référentiels sur l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière qui définissent les relations, SAMU - SDIS - ambulanciers privés pour garantir une bonne coordination des trois acteurs des urgences ambulatoires, quel que soit le mode d'intervention (terrestre ou héliporté), le dispositif doit permettre d'apporter une assistance à la personne au titre de l'aide médicale urgente dans un délai de 30 minutes.

3.1. Garantir l'accès aux interventions sanitaires terrestres en tout point du territoire régional,

3.1.1. assurer une prise en charge de qualité pour des patients relevant de l'aide médicale urgente et vivant dans une zone à plus de 30 minutes d'intervention d'un SMUR par voie terrestre. Il convient d'assurer un suivi précis des interventions et des affaires n'ayant pas eu une réponse satisfaisante qui sera analysé en comité médical du CODAMUPS.

Indicateur : Nombre d'habitants vivant dans les zones à plus de 30 minutes d'intervention d'une SMUR terrestre.

3.2. Structurer les interventions sanitaires maritimes,

3.2.1. en Identifiant les implantations des SMUR maritimes : Bordeaux et Bayonne et leurs organisations.

3.3. Garantir la mise à disposition et l'utilisation optimisée des moyens de transports sanitaires héliportés en tout point de la région.

La région Aquitaine dispose de trois sites d'implantation d'une base héliportée :

- une base Nord à Bordeaux,
- une base Est à Périgueux,
- une base Sud à Bayonne.

En période estivale, le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan peut assurer le fonctionnement d'une base temporaire. Les bases Est et Sud devront être opérationnelles 12 heures ou plus par jour. La base Nord devra être disponible 24 h/24, de façon à ce qu'au moins un hélicoptère assure la couverture des besoins la nuit et les suppléances pour toute la région.

Les SAMU dont dépendent les bases d'implantation des hélicoptères assurent la régulation des interventions qui concernent l'appareil stationné sur la base. Cependant, le dispositif est coordonné et suivi au niveau régional par un seul SAMU, le SAMU 33. L'ensemble des SAMU doit être informé de façon systématique de tout transport héliporté primaire et secondaire organisé à partir des bases de la région.

Les modalités générales d'organisation et de fonctionnement des interventions sanitaires héliportées sont définies dans un projet médical régional élaboré par l'ensemble des SAMU de la région sous l'égide du SAMU coordonnateur. Ce projet médical régional qui s'inscrit dans le cadre d'une organisation en réseau, définit les territoires d'intervention correspondant à chacune des bases héliportées, les indications des interventions, les conditions techniques de ces interventions, les conditions médicales de ces interventions, les principes de régulation de ces interventions, les conditions d'une mutualisation régionale de l'ensemble des moyens participant à ce type d'intervention sanitaire, pour en optimiser le fonctionnement en qualité, sécurité, coût et procédures, les modalités d'évaluation des pratiques de régulation, de coordination et du suivi régional. Il peut proposer une modification de l'organisation du présent dispositif.

3.3.1. Renforcer la coordination régionale des transports héliportés assurée par le SAMU 33 qui rédigera, en lien avec les autres SAMU de la région, le cahier de charges régional de la régulation des transports héliportés.

3.3.2. Renforcer l'opérationnalité de l'implantation à visée régionale par la mise en place d'un vecteur sanitaire héliporté positionné au CHU de Bordeaux.

Indicateur : Cahier des charges régional de la régulation des transports héliportés disponible d'ici fin 2012.

Objectif 4 : Optimiser le fonctionnement des structures des urgences :

La saturation et l'augmentation des durées de séjour dans les structures des urgences est souvent liée à la conjonction de plusieurs paramètres, en particulier une plus grande fréquentation de ces services par des patients dont la prise en charge relève de l'offre de soins de premier recours, une plus grande complexité de la prise en charge des personnes âgées, une saturation des lits en aval, la disponibilité du plateau technique (services de radiologie, de biologie, bloc opératoire).

4.1. Améliorer les modes de fonctionnement en amont de l'accueil aux urgences.

Cet objectif relève de différents chapitres du SROS et notamment de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et pluripathologiques. Il s'agit notamment des actions suivantes :

> signature de conventions de partenariat avec les établissements médico-sociaux dont les EHPAD (plan bleu, dossier de liaison), en particulier pour améliorer la prise en charge des patients en fin de vie et éviter qu'ils ne soient systématiquement adressés dans les structures d'urgences. Cette action passe par une anticipation de ces situations en lien avec les structures de soins palliatifs (équipes mobiles, réseaux) et une formation du personnel de ces établissements,

> la mise en place de permanences téléphoniques gériatriques permettant aux médecins généralistes confrontés à un problème de gériatrie de joindre un professionnel gériatre capable de lui indiquer les solutions les plus adaptées à l'état du patient et ainsi éviter une admission inutile qui peut être défavorable à l'évolution de l'état de santé du patient.

Indicateurs : Existence des conventions de partenariat des établissements de santé dotés de services d'urgence avec chaque EHPAD, au moins une permanence téléphonique gériatrique par territoire de santé, part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU dans les passages aux urgences pendant les horraires de la PDSA.

4.2. Mieux gérer l'admission dans les services d'urgence.

4.2.1. Le renforcement de la PDSA est un enjeu majeur pour éviter l'arrivée aux urgences de patients ne le nécessitant pas. Le cahier des charges régional de la PDSA proposera donc une couverture du territoire régional en maisons médicales de garde ou points fixes de garde. Le développement des maisons médicales de garde à proximité des urgences hospitalières, lieux de soins clairement identifiés aux horaires de la permanence des soins de médecine ambulatoire, offre aux patients une alternative à la consultation dans un service d'urgences.

En complément de ce dispositif, une meilleure lisibilité de l'organisation de la médecine ambulatoire en particulier en période d'absence des médecins (continuité des soins) permettrait aux patients de ne pas se retourner systématiquement vers les structures d'urgences.

4.2.2. Il est recommandé la mise en place d'infirmières chargées d'accueillir et de pré-orienter les patients, dans les structures des urgences qui n'en sont pas encore dotées, en particulier celles situées à proximité d'une maison médicale de garde.

Indicateur : % de services d'urgences ayant une infirmière en permanence chargée d'accueillir et de préorienter les patients qui se présentent aux urgences.

4.2.3. Optimiser les filières de prise en charge spécifiques (cardiologie interventionnelle, accidents vasculaires cérébraux,…) afin de permettre une prise en charge dans des délais optimaux (cf. chapitre prises en charge spécifiques).

4.3. Fluidifier le parcours de soins du patient admis aux urgences.

4.3.1. Mobiliser les professionnels de l'établissement pour la prise en charge des patients admis aux urgences : la prise en charge des urgences concerne l'ensemble des services de soins et des plateaux techniques. Elle doit être définie dans le projet médical et le projet de soins infirmiers. Cette intervention au sein des services d'urgence doit être systématiquement et préalablement organisée, en terme de modalités de participation ou de recours aux spécialistes, de délai d'intervention, de suite à donner à l'examen du patient en terme d'hospitalisation. En dehors des heures ouvrables, elle est organisée selon le dispositif de la PDSES. Cette organisation passe par l'élaboration de procédures d'intervention rédigées par les médecins des structures d'urgence et les médecins des structures concernés. Ces procédures sont validées par la commission des admissions et des consultations non programmées, par la com-

mission médicale d'établissement et la direction de l'établissement. De même, au problème médical à l'origine de l'admission dans une structure d'urgence se surajoutent souvent des problèmes sociaux. La présence d'un travailleur social au sein de la structure des urgences est nécessaire. Si une présence continue dans la structure ne peut être justifiée par une activité trop faible, les modalités d'intervention rapide d'un travailleur social non attaché à la structure des urgences ou de la PASS doivent être élaborées.

4.3.2. Mettre en place une commission des admissions et de consultations non programmées qu'il conviendra de réunir régulièrement. Cette commission, émanation de la commission médicale d'établissement (CME), comprend le président de la CME, le directeur de l'établissement et les chefs des services des Urgences et du SAMU/SMUR. Elle comprend notamment les chefs des pôles des différentes disciplines autorisées dans l'établissement, le directeur des soins, le cadre de santé des urgences et un représentant du service social. La commission a pour mission de prévoir la contribution de chaque service et de garantir que les services de spécialités prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences, évolutive en fonction des activités programmées et des fluctuations des activités. Elle validera également les propositions de fermeture temporaire programmée de lits et fixera les capacités à maintenir disponibles pour l'urgence (« sanctuarisation de lits »). Elle devra également valider et évaluer les protocoles organisant les filières spécifiques ainsi que les modalités d'hospitalisation en zone de surveillance de très courte durée. Dans les établissements privés, ces missions relèvent de la direction.

Indicateurs : % d'établissements de santé ayant mis en place cette commission, fréquence des réunions de cette commission par établissement de santé.

4.3.3. Disposer des informations sur les disponibilités en lits à tout moment et gérer les afflux de patients : Un dispositif opérationnel permettra de suivre les capacités disponibles et d'anticiper la saturation du dispositif. Actuellement réalisé par le serveur régional de veille sanitaire de façon incomplète, l'amélioration de ce dispositif passe par une meilleure information des acteurs et une meilleure adhésion des établissements, publics et privés, dans le remplissage des données nécessaires à son fonctionnement. L'objectif à atteindre est une bascule en temps réel des informations disponibles dans chaque établissement par transfert automatique des données des établissements vers le serveur. Ces données devront être disponibles en temps réel au niveau du CRRA 15.

La constitution d'une cellule d'orientation interne en cas de surcharge d'activité est recommandée. Elle regroupe des compétences administrative, médicale et soignante, et doit organiser l'orientation des patients à partir du service des urgences dans les situations de saturation des structures des urgences.

Indicateurs : Exhaustivité du recueil des données par le serveur régional, délais d'attente des patients aux urgences (premier et dernier quartile, médiane).

4.3.4. Mettre en place au sein des structures d'urgences, un circuit court de prise en charge pour les urgences ne nécessitant pas d'hospitalisation en UHCD ou dans un service hospitalier, circuit ouvert au moment des pics de fréquentation.

4.3.5. Organiser territorialement la prise en charge des urgences au sein de réseaux d'urgences : le fonctionnement en réseau doit contribuer à améliorer la fluidité des parcours des patients de l'amont à l'aval des établissements disposant d'une structure des urgences au sein de chaque territoire de santé. Il accompagne l'organisation en filière des recours aux plateaux techniques spécialisés dans le cadre de la gradation des soins et s'appuie sur le répertoire opérationnel des ressources prévu à l'article D6124-25 du code de la santé publique. Le fonctionnement de chaque réseau des urgences par territoire de santé est formalisé dans un cahier des charges dont l'élaboration est pilotée par l'établissement siège du SAMU.

Indicateurs : Existence d'un cahier des charges réseau des urgences par territoire.

4.3.6. Disposer de réponses diversifiées en aval de l'admission aux urgences.

> Garantir, notamment dans les établissements privés disposant d'un service d'urgences, un nombre suffisant de lits de médecine polyvalente par un redéploiement de lits existants.

> Identifier, sur proposition de la commission des admissions et des consultations non programmées, au sein de chaque établissement, un nombre de lits d'hospitalisation qui ne peuvent pas être fermés en période de vacances.

4.4. Améliorer la connaissance de l'activité des services d'urgences.

L'état des lieux a montré les limites des bases de données existantes (SAE). Tous les acteurs s'accordent à dire que les données disponibles sont incomplètes et très disparates et ne donnent pas une vision exhaustive de l'activité réalisée dans ces structures.

Un observatoire de la médecine d'urgences en Aquitaine sera chargé d'organiser le recueil des données d'activité, leur validation et leur analyse quantitative et qualitative. L'opérationnalité de cet observatoire passe par la mise en place dans tous les établissements de santé titulaires d'une autorisation de médecine d'urgences d'un système d'information des structures de médecine d'urgence permettant un traitement automatique de données d'activité comme prévu à l'article R6123-10 du code de la santé publique. La mise en place de l'observatoire et du recueil des données informatisées au niveau de chaque établissement de santé devra être effective et opérationnelle au 1er janvier 2013. Cet observatoire regroupera l'ensemble des acteurs de l'aide médicale urgente, y compris un représentant des SDIS de la région Aquitaine.

Indicateurs : % d'établissements de santé informatisés aux urgences, mise en place effective de l'observatoire en 2012.

Objectif 5 : Les filières spécifiques pour améliorer la prise en charge :

5.1. Accueillir spécifiquement un certain nombre d'urgences : des filières de prise en charge spécialisée.

La mise en place d'un dispositif spécifique de gestion des urgences dans le cadre de filières de soins ciblées doit permettre une meilleure prise en charge médicale ou chirurgicale spécialisée dans des délais optimaux. Il repose sur plusieurs niveaux d'organisation :

> Un premier niveau que constitue le territoire de santé pour des spécialités médicales et chirurgicales classiques (comme l'urologie, l'ophtalmologie, l'ORL, la pédiatrie,…) dont ne disposent pas les établissements ayant une structure des urgences,

> Un deuxième niveau interdépartemental ou régional pour des spécialités implantées dans certains établissements de recours ou au CHU : chirurgie de la main, chirurgie cardiaque, chirurgie vasculaire complexe, cardiologie interventionnelle, neurochirurgie (hémorragies méningées), neurologie et radiologie interventionnelles, traumatismes graves (traumatismes crâniens, vertébro-médullaires, polytraumatismes), traitement des brûlés, chirurgie pédiatrique et néonatale, maladies hémorragiques graves constitutionnelles ou acquises.

Sont concernés :

> Des établissements de recours pour certaines spécialités (soins intensifs, réanimation adulte, pédiatrique et néo natale,…) ;

> Des établissements disposant d'un plateau technique hautement spécialisé mais sans activité d'urgence. Ces établissements peuvent accueillir directement, de façon permanente, des patients dont l'état nécessite une prise en charge médicale et chirurgicale spécialisée avec engagement du pronostic vital ou fonctionnel. Ces plateaux techniques spécialisés ont vocation à desservir plusieurs territoires de recours du fait de leur technicité particulière et compte tenu de la masse critique nécessaire à un fonctionnement régulier.

Pour les établissements concernés par ce dispositif de prise en charge spécialisée, une convention passée avec les établissements autorisés à exercer une activité d'urgence [art. R.6123-32-2 et 32-4 du CSP] précise les modalités de prise en charge des patients. Ils doivent par ailleurs s'inscrire dans le réseau des urgences [art. R.6123-32-3 du CSP] dont la convention constitutive précise les modes d'organisation de ces filières. Le répertoire opérationnel des ressources donnera une description régionale par territoire, fiable et actualisée, du dispositif de l'offre de soins afin d'optimiser l'orientation des patients.

5.2. Assurer la prise en charge des urgences psychiatriques en lien avec les établissements autorisés.

Tout établissement siège d'une structure des urgences doit être en mesure de prendre en charge les pathologies aigües d'expression psychiatrique, qui se présentent ou leur sont adressées, en lien avec les secteurs psychiatriques et en particulier avec les centres médico-psychologiques (CMP). Le médecin régulateur du SAMU doit pouvoir disposer de l'avis d'un psychiatre de permanence. Cet avis contribuera à l'orientation adéquate du patient et permettra le cas échéant le déclenchement du dispositif adapté au transport sanitaire des patients agités. L'établissement, siège d'une structure des urgences, doit :

> avoir conclu une convention avec l'établissement hospitalier du territoire participant à la lutte contre les maladies mentales, qui définira l'organisation et le fonctionnement de leur coopération, y compris les modalités de recours au(x) CMP, pendant leur période d'ouverture,

> organiser une permanence par un infirmier ayant une compétence en psychiatrie qui pourra être mis à disposition par les services de psychiatrie, ou d'un médecin psychiatre si l'activité de la structure fait apparaître un nombre important de passages,

> pouvoir disposer, y compris par téléphone, du recours 24 h/24 à un psychiatre qui pourra se déplacer en cas de nécessité,

> veiller à la formation continue régulière des médecins urgentistes sur la conduite à tenir face aux troubles du comportement.

5.3. Disposer d'une filière de prise en charge des urgences pédiatriques.

Les urgences pédiatriques concernent les nourrissons, les enfants et les adolescents, à l'exception de ceux qui relèvent des urgences périnatales. Ils devront être pris en charge de préférence par un pédiatre ou un praticien formé et des équipes soignantes formées spécifiquement à ce type de prise en charge. Le dispositif de prise en charge des urgences pédiatriques repose sur trois catégories d'établissement :

> des établissements accueillant les urgences et ne comportant pas de service de pédiatrie. Ces établissements qui ne bénéficient pas d'une disponibilité permanente de pédiatres n'ont pas vocation à accueillir de manière spécifique les enfants, notamment d'âge inférieur à trois ans. Dans ce cas de figure, la prise en charge doit être organisée en collaboration avec un service de pédiatrie d'un établissement de santé public ou les pédiatres libéraux exerçant dans un établissement de santé privé.

> des établissements accueillant les urgences et comportant un service de pédiatrie. L'organisation des services doit permettre l'identification d'un circuit spécifique d'accueil et de prise en charge des enfants dans des locaux adaptés et par des personnels formés à la prise en charge des urgences pédiatriques. Les enfants sont hospitalisés de préférence dans le service de pédiatrie. Un pédiatre du service de pédiatrie doit pouvoir répondre 24 h/24 à toute demande urgente de la structure des urgences. Dans les établissements qui sont autorisés à faire fonctionner une unité de néonatologie avec secteur de soins intensifs aux nouveau-nés (activité périnatale de niveau 2), le pédiatre de garde du service de néonatologie peut s'impliquer dans la prise en charge des urgences pédiatriques. Dans les établissements autorisés à faire fonctionner un service de réanimation néonatale (activité périnatale de niveau 3) et pédiatrique, le pédiatre de garde du service de réanimation peut s'impliquer dans la prise en charge des urgences pédiatriques en nuit profonde (0h-8h30) si les deux services (urgences et réanimation) sont situés à proximité l'un de l'autre. Lorsque l'activité le justifie, l'unité d'accueil et de prise en charge des urgences pédiatriques peut être individualisée et organisée en unité fonctionnelle. Celle-ci est placée sous la responsabilité du chef de service de pédiatrie. L'ensemble des pédiatres de l'établissement participe à la permanence de l'unité des urgences pédiatriques. Les pédiatres libéraux du secteur peuvent également participer à cette permanence. Des médecins urgentistes formés à la prise en charge des urgences pédiatriques peuvent également participer à la permanence des urgences pédiatriques. Les locaux seront situés de préférence à proximité de la structure des urgences pour adultes afin de bénéficier du plateau technique des urgences.

> des établissements accueillant les urgences et disposant d'un service de pédiatrie, d'un service de chirurgie pédiatrique et d'un service de réanimation pédiatrique. Ces établissements prennent en charge toutes les urgences médicales et chirurgicales de l'enfant et de l'adolescent qui requièrent un service d'anesthésie ou de réanimation pédiatrique. Cette prise en charge est organisée dans une structure des urgences pédiatriques, mentionnée à l'article R 6123-23-1 du CSP. Ils doivent organiser la prise en charge en pédiatrie, en chirurgie pédiatrique, en endoscopies, en radiologie pédiatrique, en réanimation pédiatrique, en anesthésie pédiatrique, en transports pédiatriques et en néonatologie. Ils constituent des établissements de proximité pour leur bassin de population, et des établissements de recours pour les établissements mentionnés dans les deux paragraphes précédents, auxquels ils doivent pouvoir apporter des conseils téléphoniques 24 h/24. La structure des urgences pédiatriques organise une filière d'accueil séparée. La structure des urgences organise une permanence pédiatrique, celle-ci peut être réalisée soit par un pédiatre hospitalier ou libéral ou soit par un médecin titulaire d'un diplôme d'urgences médico-chirurgicales en service de pédiatrie et ayant au moins deux années d'expérience en pédiatrie. Une astreinte opérationnelle en endoscopie doit être organisée pour la réalisation des endoscopies pédiatriques ORL, bronchiques et digestives assurées par des pédiatres formés à l'endoscopie ou à défaut par des spécialistes de l'endoscopie adulte. L'accueil pédiatrique est assuré par une infirmière ou une puéricultrice d'accueil et d'orientation (IAO/PAO).

L'organisation des transports sanitaires des nouveau-nés et des enfants : un SMUR pédiatrique est mis en place au niveau régional.

Organisation des transports périnataux [circulaire du 21 juin 2006] : les transferts de nouveau-nés vers une unité

de réanimation néonatale se feront prioritairement par le SMUR pédiatrique, après régulation par le SAMU territorialement compétent qui organisera une conférence à trois avec le SAMU 33. Le SAMU 33 régulera les transports médicalisés en lien avec une organisation régionale de régulation des transferts périnataux, y compris les transferts in utero, dans le cadre du réseau de périnatalité. Le recours au SMUR pédiatrique, lorsqu'il est prévu, doit être possible sur le territoire régional. Les autres transports de nouveau-nés qui justifient un transport médicalisé inter établissement seront réalisés après régulation par le SAMU départemental en lien avec le SAMU 33. Pour ce faire, l'intervention d'un pédiatre doit être privilégiée si l'effectif du service de pédiatrie le permet. Cette organisation doit être réfléchie au sein de chaque territoire. Pour pallier aux indisponibilités potentielles des pédiatres, chaque établissement siège d'un service de réanimation néonatale devra mettre en place un programme de formation continue pour former ses médecins urgentistes à ce type de prise en charge et ainsi pouvoir constituer un pool de médecins mobilisables pour ce type de transports. Les transports de nouveau-nés entre les sites d'accouchement et les sites de néonatologie. Les retours des nouveau-nés vers la structure d'origine pourront être réalisés par des transports pédiatriques infirmiers inter hospitaliers (TIIH), si les conditions médicales l'autorisent. L'infirmière puéricultrice, formée aux urgences pédiatriques, en charge du transport devra avoir une expérience en réanimation néonatale d'au moins un an et une formation au transport pédiatrique.

Organisation des transports pédiatriques : l'organisation retenue est articulée autour de deux types de transports :
- des transports médicalisés inter-hospitaliers assurés par le SMUR pédiatrique ou, à défaut, par un médecin expérimenté dans le cadre du SMUR adultes,
- des transports pédiatriques infirmiers inter-hospitaliers.

L'établissement qui accueille les urgences médicales et chirurgicales de l'enfant et de l'adolescent et qui dispose d'un service de pédiatrie, d'un service de chirurgie pédiatrique et d'un service de réanimation pédiatrique a une vocation régionale. Il est le siège du SMUR pédiatrique, qui a une vocation régionale. Chaque pôle de recours doit organiser l'accueil des urgences pédiatriques de manière spécifique en lien avec son service de pédiatrie.

Indicateurs : Nombre d'enfants accueillis dans les services d'urgence et motifs de recours, de sorties réalisées par le SMUR pédiatrique, de sorties réalisées par les SMUR polyvalents pour des enfants, de sorties réalisées par les Transports Infirmiers Inter-Hospitaliers.

Nombre de personnes formées au dépistage et à la prise en charge des situations de maltraitance.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Niveau territoire de santé
Structure des urgences SMUR terrestre ou antenne accessibles à 30 minutes
SAMU
Niveau régional (recours)
SMUR pédiatrique - SMUR héliporté
Filières de prise en charge spécifiques (cf. objectif4)
*[Plateaux techniques hautement spécialisés
Chirurgie de la main
Gironde : Hôpital Privé Saint Martin : chirurgie de la main
Cardiologie interventionnelle
Gironde : Hôpital Privé Saint Martin, Polyclinique Bordeaux – Caudéran, Clinique Saint-Augustin
Béarn et Soule : Clinique d'Aressy
Navarre - Côte Basque : Clinique Lafourcade, jusqu'au regroupement de l'activité sur le site du CHCB dans le cadre du GCS de cardiologie de la Côte Basque
Chirurgie cardiaque
Gironde : Clinique Saint-Augustin
Neurochirurgie
Béarn et Soule : Polyclinique Navarre
La reconnaissance en tant que plateau technique spécialisé est implicite dans les établissements disposant d'un service d'accueil d'urgences. Les établissements de santé dans cette situation et ayant une organisation permettant l'accès direct à un plateau technique spécialisé sont :
Chirurgie de la main : CHU de Bordeaux (Gironde), CH de la Côte Basque et Clinique Aguiléra (Navarre-Côte basque)
Cardiologie interventionnelle (angioplastie) : CH Périgueux (Dordogne), CHU de Bordeaux et CH de Libourne (Gironde), CH de Mont de Marsan (Landes), Clinique Esquirol-Saint Hilaire (Lot et Garonne), CH de Pau (Béarn et Soule)
Chirurgie cardiaque : CHU (Gironde)
Neurochirurgie : CHU de Bordeaux (Gironde), CH de la Côte Basque (Navarre-Côte basque).]

 *[Modification apportée par arrêté du 28 janvier 2013]

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Le schéma cible sera revu en 2013 au vu des résultats d'une évaluation quantitative et qualitative des services d'urgence et des SMUR.

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Dordogne		
1 SAMU - centre 15 : CH de Périgueux 3 SMUR terrestres : CH de Périgueux, CH de Bergerac, CH de Sarlat SMUR héliporté : CH de Périgueux 4 Structures des urgences : CH de Périgueux, Polyclinique Francheville, CH de Bergerac, CH de Sarlat	SAMU - centre 15 : 1 SMUR terrestre : 3 SMUR héliporté : 1 Structures des urgences : 4	
Gironde		
1 SAMU - centre 15 : CHU 7 SMUR terrestres : Clinique mutualiste du Médoc, CHU, CH de Libourne, CMC Wallerstein, CH de Blaye, CH de Langon, CH d'Arcachon 1 Antenne SMUR : CH de Sainte Foy la Grande 1 SMUR pédiatrique (région) : CHU 1 SMUR héliporté : CHU 1 SMUR maritime : CHU 11 Structures des urgences : Clinique mutualiste du Médoc, Clinique mutualiste de Pessac, CHU Pellegrin, CHU Saint André, CH de Libourne-Sainte Foy la Grande, CMC d'Arés, CH de Blaye, Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine, Polyclinique Bordeaux Rive Droite, CH de Langon-La Réole, CH d'Arcachon, Hors SROS : Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué – Villenave d'Ornon	SAMU - centre 15 :1 SMUR terrestre : 7+1 antenne SMUR pédiatrique : 1 (R) SMUR héliporté : 1 SMUR maritime : 1 Structures des urgences : 11	
Landes		
1 SAMU - centre 15 : CH de Mont-de-Marsan 3 SMUR terrestres : CH de Mont-de-Marsan, CH de Dax, Clinique d'Aire sur Adour ; 1 antenne : Labouheyre ; 3 antennes saisonnières à Mimizan, Biscarosse, Hossegor 3 Structures des urgences : CH de Mont-de-Marsan, CH de Dax, Clinique d'Aire sur Adour ; 2 antennes saisonnières à Biscarosse et Hossegor	SAMU - centre 15 : 1 SMUR terrestre : 3+1 antenne permanente +3 antennes saisonnières Structures des urgences : 3 + 2 antennes saisonnières	
Lot et Garonne		
SAMU - centre 15 : CH d'Agen 3 SMUR terrestres : CHI Marmande-Tonneins, CH d'Agen, CH de Villeneuve-sur-Lot ; 1 antenne : CH de Nérac 4 Structures des urgences : CHI Marmande-Tonneins, CH d'Agen, Clinique Esquirol-Saint-Hilaire, CH de Villeneuve- sur-Lot	SAMU - centre 15 : 1 SMUR terrestre : 3+1 antenne Structures des urgences : 4	
Béarn et Soule		
SAMU - centre 15 : CH de Pau 3 SMUR terrestres : CH de Pau, CH d'Oloron-Sainte-Marie, CH d'Orthez 4 Structures des urgences : CH de Pau, Polyclinique Marzet, CH d'Oloron-Sainte-Marie, CH d'Orthez	SAMU - centre 15 : 1 SMUR terrestre : 3 Structures des urgences : 4	
Navarre Côte basque		
*[SAMU - centre 15 et SAMU de coordination médicale maritime : CH Côte basque] SMUR terrestre : CH Côte basque SMUR héliporté : CH Côte basque SMUR maritime : CH Côte basque 5 Structures des urgences : CH Côte basque, Polyclinique Côte basque Sud, Polyclinique Sokorri, Polyclinique Saint-Etienne et du Pays basque, Polyclinique Aguiléra	*[SAMU - centre 15 et SAMU de coordination médicale maritime: 1] SMUR terrestre : 1 SMUR héliporté : 1 SMUR maritime : 1 Structures des urgences : 5	

[Modification apportée par arrêté du 28 janvier 2013]

CHAPITRE 9.
REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE

La prise en charge et le traitement des malades présentant des défaillances mono ou pluri-viscérales susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital sont assurés par les établissements de santé disposant d'unités de réanimation (plusieurs défaillances viscérales aigües mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance, art. R.6123-33 CSP) – et qui sont soumises à autorisation, d'unités de surveillance continue (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) ou de soins intensifs (patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aigüe 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), ces deux dernières activités n'étant pas soumises à autorisation et devant faire l'objet d'une reconnaissance contractuelle.

Principales références réglementaires :

> 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)

> Arrêté du 27 août 2003 fixant les conditions permettant de justifier d'une expérience attestée en réanimation prévues à l'article D. 712-108 du code de la santé publique

> 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

> 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

1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Offre de Soins

La réanimation spécialisée (de recours) intègre les unités de réanimation dédiées à la prise en charge des patients brûlés, l'unité de déchoquage, et les unités chirurgicales au CHU de Bordeaux (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie vasculaire et transplantation, chirurgie polyvalente) ainsi que le site de réanimation chirurgie cardiaque à la Clinique Saint Augustin

L'offre de soins existante (adulte) intègre :

> 13 établissements avec une autorisation de réanimation (10 établissements publics, 1 HIA et 3 établissements privés), correspondant à 252 lits de réanimation et 129 lits de surveillance continue installés (15 unités polyvalentes de réanimation avec 167 lits de réanimation et 78 lits de SC et 9 unités spécialisées avec 85 lits de réanimation et 51 lits de SC)

> 33 établissements avec une unité de surveillance continue autonome (233 lits)

> 11 établissements avec une unité de soins intensifs cardiologiques et 1 établissement avec une unité de soins intensifs neurologiques dédiée à la neurochirurgie

Données d'activité

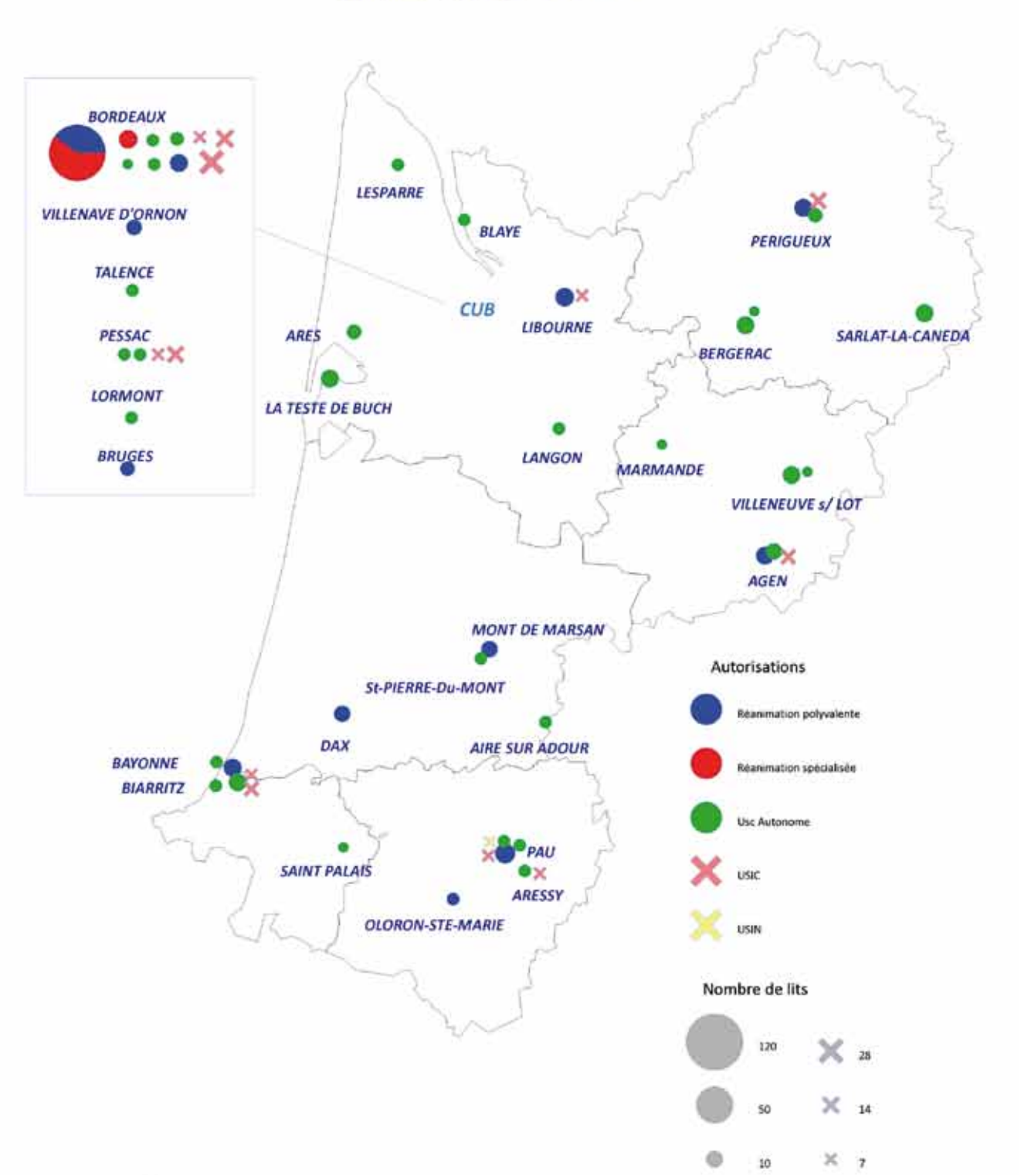
Activité PMSI

Les séjours ont augmenté de 14 % entre 2006 et 2010, mais on constate une stabilisation entre 2009 (12 533) et 2010 (11 693 séjours). La durée moyenne de l'ensemble de séjours en réanimation est de 6,9 jours. A noter que 40 % des patients n'ont pas les critères de gravité permettant la valorisation des suppléments de réanimation.

Globalement, la région est attractive avec un solde positif de 374 entrants dans les services de réanimation.

Le CHU de Bordeaux assure 58 % des séjours avec passage en réanimation en Aquitaine.

• Réanimation, soins continus et soins intensifs en Aquitaine au 1er Juillet 2011 (Adultes)



Fond de carte : Articque ©
Source : ARS Aquitaine - DOS
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études statistiques et prospectives
09/09/2011

Points de vigilance
1. Le nombre de lits de surveillance continue rattachés à une unité de réanimation correspond globalement aux préconisations du SROS 3 (moitié de la capacité de lits de réanimation). On constate cependant que pour 9 unités ce rapport n'est pas respecté, ce qui nuit au bon fonctionnement de la filière. Les engagements contractuels en nombre de lits de réanimation et de surveillance continue ne sont pas toujours respectés.
2. L'analyse des données du PMSI, ne permet pas de répondre à la question de la réponse aux besoins en nombre de lits de réanimation (270 lits occupés à 85 %, 248 lits occupées à 85 % lorsqu'on considère uniquement les séjours avec un supplément de réanimation, un solde régional positif). Ce besoin est difficilement objectivable à l'heure actuelle : le serveur régional de veille et de gestion hospitalière est insuffisamment renseigné et seulement deux établissements suivent le nombre de refus pour absence de place.
3. L'enquête déclarative sur le personnel soignant montre des disparités importantes en matière de personnel médical, infirmiers et aides-soignants qualifiés ainsi qu'un taux de conformité faible concernant la disponibilité en masseur-kinésithérapeute (20 % d'unités non conformes), psychologue ou psychiatre (80 % d'unité non conformes), en assistante sociale et diététicienne (30 % non-conformité). De la même façon, on constate une hétérogénéité dans la mise en place des procédures qualité (staffs de morbi-mortalité, staffs éthiques, accompagnement de familles, actions de prévention des infections nosocomiales, participation à l'activité de recensement de donneurs de prélèvement multi-organes). La traçabilité de la douleur dans les dossiers est systématique. On comptabilise en moyenne au niveau régional entre 4 et 10 patients avec des séjours prolongés dus au manque de lits pour admettre des patients en coma prolongé.
4. Compte tenu de la technicité des services de réanimation et des risques inhérents aux dispositifs invasifs, il est nécessaire que la politique de gestion des risques liés aux activités de soins soit bien intégrée à la politique de chaque unité de réanimation.
5. L'accès à des techniques d'assistance circulatoire et/ou respiratoire de courte durée (techniques invasives de sauvetage permettant de pallier de façon temporaire à une défaillance aigüe du système cardiovasculaire et/ou respiratoire devenue réfractaire malgré la mise en place selon les bonnes pratiques cliniques de stratégies conventionnelles) doit impérativement évoluer dans un environnement de réanimation de type polyvalent associant des compétences multidisciplinaires (réanimateurs, chirurgiens, cardiologues, perfusionnistes) justifiées par les possibles complications graves pouvant être fatales

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Afin de garantir l'accès aux soins de réanimation adaptés à l'état du patient dans tout le territoire, il est nécessaire d'améliorer la traçabilité des besoins non couverts :

1.1. Inciter l'ensemble des établissements autorisés à suivre les demandes de prise en charge qui font l'objet d'un refus pour manque de place.

Indicateurs : Nombre d'établissements ayant mis en place ce suivi, Nombre de refus par manque de place.

1.2. Veiller à l'exhaustivité et à la qualité des renseignements quotidiens du serveur régional des lits disponibles. Pour cela, il est nécessaire d'impliquer les responsables des services, d'homogénéiser les procédures de remplissage et de partager les informations.

Indicateur : Exhaustivité du serveur régional de veille et d'alerte.

1.3. Mettre en place d'un comité de suivi des besoins en réanimation intégrant en particulier les responsables des services de réanimation. Réuni par l'ARS, il analyse les données disponibles (refus de prise en charge, données issues du serveur régional, données PMSI) et se positionne chaque année sur la couverture des besoins.

Objectif 2 : Promouvoir et évaluer les actions mises en place pour améliorer la qualité des soins et le vécu du séjour en réanimation par les patients et leurs familles :

2.1. Compte tenu de la technicité de cette activité, il est nécessaire que les unités de réanimation portent une attention particulière à la politique de gestion des risques associés aux soins, comprenant le médicament, les dispositifs médicaux implantables, et la lutte contre les infections nosocomiales.

> La politique de l'unité doit être intégrée dans la politique globale de gestion de risques de l'établissement et son plan d'actions.

> Les patients et leurs familles doivent recevoir une information claire et compréhensible des risques liés aux soins.

> Des staffs de morbi-mortalité doivent avoir lieu régulièrement (a minima 4 fois par an) et les actions d'amélioration mises en œuvre devront être lisibles.

Indicateurs : nombre moyen annuel de staffs de morbi-mortalité/établissement, % de participation du personnel paramédical aux staffs, % d'unités avec une traçabilité des actions d'amélioration mises en œuvre.

> En matière de lutte contre les infections nosocomiales, il est obligatoire de participer aux enquêtes épidémiologiques de surveillance nationale (RAISIN) et aux enquêtes régionales (CCLIN) ainsi que de participer aux audits des pratiques nationaux et régionaux.

2.2. Généraliser les staffs éthiques réguliers et intégrant le personnel soignant non médical.

Indicateurs : % d'unités avec staffs éthiques réguliers, Nombre moyen annuel de staffs éthiques par établissement.

2.3. Améliorer le « bien-être » du patient et l'accompagnement des familles pendant le séjour en réanimation.

> Promouvoir l'élaboration d'un projet de « mieux vivre la réanimation » (méthodologie HAS) dans tous les services de réanimation.

Indicateur : % d'unités ayant un projet écrit.

> Garantir la mise en place d'une organisation spécifique pour l'accueil et l'accompagnement des familles et adapter les horaires de visites des familles.

Indicateurs : % d'unités ouvertes à la famille 24H/24, Durée moyenne des horaires de visites, Taux de satisfaction des familles.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social)

Objectif 3 : Améliorer le fonctionnement de la filière de prise en charge :

3.1. Garantir un nombre suffisant des lits en surveillance continue (SC) rattachés dans tous les services de réanimation.

Indicateur : % d'unités avec un nombre de lits de SC suffisants (50 % de la capacité du service de réanimation).

3.2. Créer une unité de soins dédiés aux patients cérébrolésés graves en post aigu dans tous les territoires de santé (voir chapitre SSR).

Objectif 4 : Garantir l'accès aux techniques « d'assistance circulatoire et ou respiratoire » de courte durée dans des conditions optimales de sécurité pour les patients :

4.1. La technologie d'assistance circulatoire et/ou respiratoire de courte durée relève d'un centre de recours doté d'un plateau de haute technologie et des compétences multidisciplinaires (réanimateurs, chirurgiens, cardiologues, perfusionnistes) permettant la prise en charge des complications graves pouvant être fatales.

4.2. Afin de garantir l'accès aux soins pour l'ensemble de la région, le centre de recours doit être doté d'une unité mobile d'assistance circulatoire et respiratoire qui aura la responsabilité de poser l'indication d'assistance circulatoire et/ou respiratoire de courte durée, de se déplacer au lit du patient si le transfert est impossible et de le rapatrier vers le centre de recours.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Niveau de proximité
Il n'a pas vocation à être doté de lits de réanimation, SC ou SI, mais doit garantir l'articulation entre les soins hospitaliers, le secteur ambulatoire et les services médico-sociaux pour garantir l'accès des patients dans les meilleurs délais aux soins nécessaires à leur état de santé.
Niveau territoire de santé
Dispose d'au moins une unité de réanimation avec une unité de surveillance continue ayant une capacité adaptée aux besoins et, en règle générale, égale à la moitié de la capacité de l'unité de réanimation
Dispose d'unités de SC autonomes conformes au cahier de charges régional et en nombre suffisant pour répondre aux besoins.
Dispose d'au moins une unité de soins intensifs cardiologiques
Niveau régional (recours)
> Dispose de plusieurs unités de réanimation, de surveillance continue et de soins intensifs destinées à la prise en charge de malades relevant d'activités spécialisées et de recours.
> Dispose d'un site de prise en charge des patients sous « assistance circulatoire et/ou respiratoire » de courte durée et d'une unité mobile d'assistance circulatoire et respiratoire permettant le rapatriement des patients vers le centre de recours.

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS ADULTES

Une implantation correspond à un site géographique, l'activité du CHU pour la réanimation étant exercée dans les 3 établissements, elle correspond à 3 implantations.

Territoire de Santé	Réanimation avec SC		SC autonome		SI cardiologique(USIC) ou neurologique (USIN)		Créations/ Suppression Recomposition
	Bilan 2011	Schéma cible SROS-PRS	Bilan 2011	Schéma cible SROS-PRS	Bilan 2011	Schéma cible SROS-PRS	
Dordogne	1	1	4	4	1 USIC	1 USIC	Aucune
Gironde	7	7 dont 3 de recours régional	15	15	6 USIC	6 USIC	Aucune
Landes	2	2	2	2	1USIC	1USIC	Aucune
Lot et Garonne	1	1	4	4	1USIC	1USIC	Aucune
Béarn et Soule	2	2	4	4	2USIC 1 USIN	2USIC 1 USIN	Aucune
Navarre Côte basque	1	1	4	4	2 USIC	1 USIC	-1 USIC dans le cadre du regroupement au sein du GCS cardiologique

BILAN DES IMPLANTATIONS 2011 (HORS UNV VOIR CHAPITRE AVC)

BILAN UNITES IMPLANTES 2011		Réa + USC	USC Autonome	SI cardio ou neurologique
Dordogne	Ville	Nb d'implantations	Nb d'implantations	Nb d'implantations
CENTRE HOSPITALIER PERIGUEUX	PERIGUEUX	1		1
CTRE HOSPITALIER BERGERAC	BERGERAC		1	
POLYCLINIQUE FRANCHEVILLE	PERIGUEUX		1	
CLINIQUE PASTEUR	BERGERAC		1	
CH JEAN LECLAIRE	SARLAT		1	

BILAN DES IMPLANTATIONS 2011 (HORS UNV VOIR CHAPITRE AVC)

BILAN UNITES IMPLANTES 2011		Réa + USC	USC Autonome	SI cardio ou neurologique
Gironde	Ville	Nb d'implantations	Nb d'implantations	Nb d'implantations
M.S.P.B. BAGATELLE	TALENCE		1	
INSTITUT BERGONIE	BORDEAUX		1	
CTRE HOSP INTERCOMMUNAL SUD GIRONDE	LANGON		1	
CLINIQUE SAINT AUGUSTIN (R Chirurgie cardiaque)	BORDEAUX	1	1	1
CLINIQUE TIVOLI	BORDEAUX		1	
CLINIQUE DES QUATRE PAVILLONS	LORMONT		1	
POLYCLINIQUE BORDEAUX CAUDERAN	BORDEAUX		1	1
POLYCLINIQUE BX-NORD AQUITAINE	BORDEAUX	1		
CLINIQUE MUTUALISTE DU MEDOC	LESPARRE		1	
HOPITAL PRIVE SAINT MARTIN	PESSAC		1	1
CLINIQUE MUTUALISTE	PESSAC		1	
CLINIQUE WALLERSTEIN	ARES		1	
CHU Pellegrin (R)	BORDEAUX	1*	1	
CHU Groupe Sud (R)	PESSAC	1*		1*
CHU St André (R)	BORDEAUX	1*		1*
CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON	LA TESTE DE BUCH		1	
C. H. SAINT NICOLAS DE BLAYE	BLAYE		1	
CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE	LIBOURNE	1		
POLYCLINIQUE DE BORDEAUX – TONDU	BORDEAUX		1	
POLYCLINIQUE JEAN VILLAR	BRUGES	1		
Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué (Hors SROS)	VILLENAVE D'ORNON	1		
Landes	Ville	Nb d'implantations	Nb d'implantations	Nb d'implantations
CH DE MONT-DE-MARSAN	MONT DE MARSAN	1		1
CENTRE HOSPITALIER DAX	DAX	1		
CLINIQUE DES LANDES	St PIERRE DE MONT		1	
POLYCLINIQUE LES CHENES	AIRE SUR ADOUR		1	
Lot-et-Garonne	Ville	Nb d'implantations	Nb d'implantations	Nb d'implantations
CLINIQUE ESQUIROL – SAINT-HILAIRE	AGEN		1	1
CLINIQUE DE VILLENEUVE	VILLENEUVE s/ LOT		1	
CENTRE HOSPITALIER AGEN	AGEN	1		
C. H. SAINT CYR	VILLENEUVE s/ LOT		1	
CH MARMANDE TONNEINS	MARMANDE		1	
Béarn et Soule	Ville	Nb d'implantations	Nb d'implantations	Nb d'implantations
CLINIQUE MARZET	PAU		1	
POLYCLINIQUE DE NAVARRE	PAU		1	1 (neuro chirurgicaux)
CENTRE HOSPITALIER OLORON	OLORON	1		
CENTRE HOSPITALIER PAU	PAU	1		1*
CLINIQUE MEDICALE ET CARDIOLOGIQUE	ARESSY		1	1*
CLINIQUE D'ORTHEZ	ORTHEZ		1	
Navarre - Côte basque	Ville	Nb d'implantations	Nb d'implantations	Nb d'implantations
CLINIQUE SOKORRI	SAINT PALAIS		1	
CLINIQUE SAINT ETIENNE	BAYONNE		1	
CLINIQUE LAFOURCADE	BAYONNE		1	(1)
POLYCLINIQUE AGUILERA	BIARRITZ		1	
CENTRE HOSPITALIER COTE BASQUE	BAYONNE	1		1

*Comptabilisées comme 1 implantation dans le SROS 3

(R) : Recours régional

SCHÉMA CIBLE RÉANIMATION PÉDIATRIQUE

Territoire de Santé	Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS -Nombre d'implantations-	Créations/Suppression Recomposition
Dordogne		1 Unité de surveillance continue pédiatrique autonome	+1
Gironde	1 Unité de réanimation pédiatrique spécialisée : CHU (R)	1 Unité de réanimation pédiatrique spécialisée	-
Landes	1 Unité de surveillance continue prend en charge les enfants atteints de pathologies chroniques et nécessitant une assistance respiratoire : Centre médical infantile de Montpribat	1 Unité de surveillance continue	
Lot-et-Garonne		1 Unité de surveillance continue pédiatrique autonome	+1
Béarn et Soule	1 Unité de réanimation pédiatrique : CH de Pau	1 Unité de réanimation pédiatrique	-
Navarre Côte basque	1 Unité de surveillance continue autonome : CH Côte basque	1 Unité de surveillance continue pédiatrique autonome	

(R) : Recours régional

4. INDICATEURS DE SUIVI DU GUIDE SROS

Pour la réanimation adulte et la réanimation pédiatrique :

> Taux d'occupation

> Taux de recours

> Durée moyenne de séjour par établissement

> Part des séjours avec indice de gravité simplifié « seconde version » (IGS2)

Pour les soins intensifs et la surveillance continue :

> Nombre de lits par établissement

> Nombre d'unité par établissement

CHAPITRE 10.

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE PAR EPURATION EXTRARENALE (IRC)

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) constitue le stade ultime de l'Insuffisance rénale qui est définie comme l'altération de la fonction excrétrice du rein. Elle nécessite pour assurer la survie du patient la mise en œuvre de techniques de suppléance de la fonction rénale et/ou une greffe rénale.

Les techniques de suppléance soumises à autorisation sont :

> l'hémodialyse en centre qui s'adresse principalement à des patients dont l'état de santé nécessite, au cours de la séance, la présence permanente d'un médecin,

> l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée qui concerne des patients nécessitant une présence médicale non continue pendant la séance de traitement,

> l'hémodialyse en unité d'auto dialyse simple ou assistée, offerte à des patients en mesure d'effectuer eux-mêmes ou avec l'assistance d'un infirmier les gestes nécessaires à leur traitement pendant la séance,

> la dialyse à domicile (hémodialyse ou dialyse péritonéale) qui s'adresse aux patients en mesure d'assurer couramment tous les gestes nécessaires à leur traitement, assistés ou non d'une tierce personne.

Principaux textes de référence :

> 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/E4/AFSSAPS/DGS n° 2007-52 du 30 janvier 2007 relative aux spécifications techniques et à la sécurité sanitaire de la pratique de l'hémodiafiltration et de l'hémodiafiltration en ligne dans les établissements de santé (BO Santé n° 2007/3 du 15 avril 2007, p. 51),

> Circulaire DHOS/O1 n° 2005-205 du 25 avril 2005 relative aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale (BO Santé 15 juillet 2005, n° 5, p. 20),

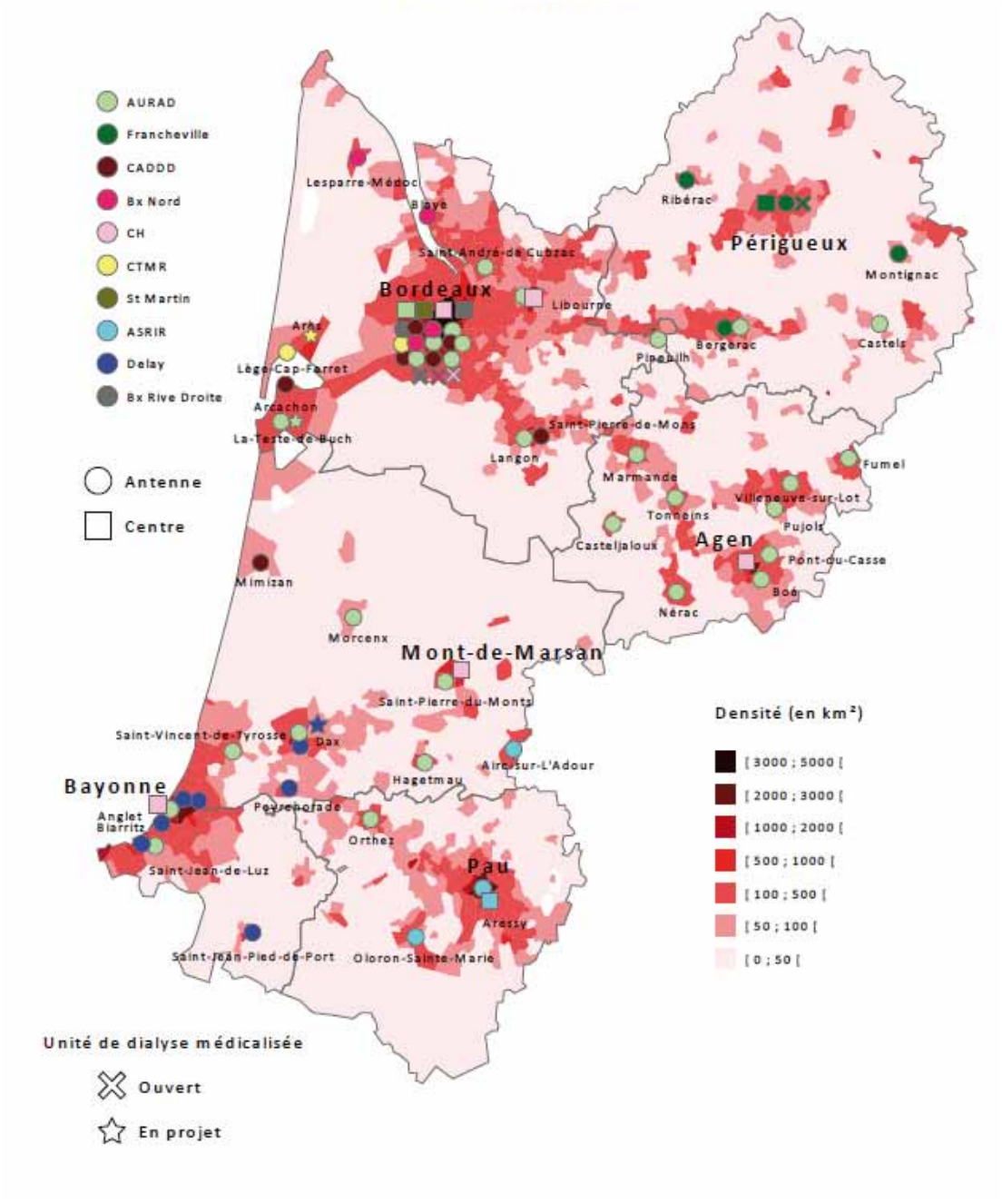
> Circulaire DHOS/SDO n° 2003-228 du 15 mai 2003 relative à l'application des décrets n° 2002-1197 et n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 (BOMSS 28 juin 2003 n° 2003/2004, p. 105),

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

1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Offre de Soins
Implantations
Centres d'hémodialyse :
Tous les territoires disposent d'au moins 1 centre d'hémodialyse. Sur le territoire Navarre Côte basque, 2 centres persistent alors que l'objectif OQOS du SROS 3 fixait à 1 seul centre en place à terme. Sur le territoire de Gironde, 6 centres, 5 sur la CUB et 1 à Libourne.
Unités de dialyse médicalisée :
Seuls les territoires de Dordogne (1 UDM) et Gironde (3 UDM) disposent d'UDM en activité, toutes étant accolées à un centre d'hémodialyse.
Seules 3 UDM ont été autorisées à distance d'un centre ; elles ne sont pas encore mises en œuvre (Arès, Arcachon, Dax).
Les territoires de Béarn et Soule, Navarre Côte Basque et de Lot-et-Garonne ne disposent pas d'autorisation d'UDM en cours de validité.
Antennes d'auto dialyse :
Le maillage actuel en antennes d'auto dialyse est satisfaisant.
Les temps d'accès médians témoignent d'un bon maillage territorial pour les centres et les antennes : seuls 12 % des malades traités en centre et 6 % des malades traités en antenne sont à plus de 45 minutes de temps d'accès.

• Les structures de dialyse en Aquitaine au 1er janvier 2011



Fond de carte : Articque ©
Source : INSEE, RP 2007 - FINESS au 01/01/2011
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études statistiques et prospectives
12/05/2011

Données d'activité

En 2010, on comptait 3593 malades atteints d'IRCT en Aquitaine, dont 56 % étaient en dialyse et 44 % porteurs d'un greffon rénal fonctionnel.

La prévalence globale était de 1136 malades par million d'habitants.

1. Modalités de prise en charge en dialyse

> Au plan régional :

La part des malades dialysés sur l'ensemble des patients en Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT) est de 56 % contre 54 % pour les 20 régions dont les données sont analysées dans le rapport REIN 2009.

La prévalence des malades dialysés a progressé de 15 % entre 2003 et 2010 (592/million d'habitants à 639/million d'habitants)

Le traitement par hémodialyse a légèrement progressé entre 2003 et 2010 : de 97,1 % à 98,5 % des patients dialysés.

L'essentiel est réalisé en centre : 59,1 % en 2010 (en baisse depuis 2003 : 63 %) contre 63 % au plan national. Les UDM, en augmentation, effectuent 2,9 % de l'activité d'hémodialyse en 2010 mais leur part d'activité reste faible au regard de la moyenne nationale (12,6 %). A noter l'importance de l'activité d'auto dialyse en Aquitaine, qui concerne 36,1 % des malades dialysés en 2010 alors que ce taux est à 22 % au plan national. En revanche, la part des patients pris en charge en dialyse péritonéale reste faible et s'est même réduite depuis 2007, passant de 2,9 % à 1,8 % en 2010 (7 % au plan national).

Les enfants en IRCT sont pris en charge par une équipe de néphropédiatres du CHU. L'hémodialyse est assurée dans une unité spécifique au sein du service adulte, la file active (2 à 6 patients) est limitée, les enfants étant greffés en priorité.

> Par territoire

Indisponibilité des données concernant l'origine géographique des patients pris en charge dans les différents centres, mais en considérant l'activité des centres dans les différents territoires et en postulant que les patients se font traiter dans leur territoire de domiciliation, on peut constater que pour 2010, sur le territoire de Béarn et Soule, la majorité des patients (90,6 %) est traitée en centre. Le constat est le même en Dordogne mais dans une moindre mesure (70,4 %).Les territoires des Landes et du Lot-et-Garonne par contre se caractérisent par l'importance du recours à l'autodialyse, respectivement 55 et 69 % des patients. S'agissant de la dialyse péritonéale, seuls les territoires de Gironde, Landes et Navarre Côte Basque proposent cette modalité de prise en charge mais dans des proportions très faibles (respectivement de 2,7 %, 1,1 %, 2,2 %).

2. Éducation thérapeutique:

On note une réelle dynamique régionale grâce à une bonne implication des équipes au sein de l'Association Aquitaine de Néphrologie et l'appui du CCECQA.

10 programmes ont été autorisés par l'ARS, au moins 1 par territoire, sauf dans le territoire des Landes.

Ces programmes concernent l'IRCT du stade 4 à la dialyse et la greffe. Il conviendra de poursuivre la réflexion sur l'élaboration de référentiels et d'outils régionaux.

3. Démographie des néphrologues

La densité globale est à la moyenne nationale, mais l'âge moyen des néphrologues est élevé (3e région française en âge moyen le plus élevé des néphrologues) et 2 territoires sont en situation de fragilité (Lot-et- Garonne, Landes). Le flux de formation (3 internes /an) permettrait à moyen terme le remplacement des départs à la retraite sous réserve que les internes formés s'installent dans les centres le nécessitant.

4. Transplantation rénale

On note depuis 2005 une progression de 76 % des prélèvements (172 en 2010), de 36 % des inscriptions sur la liste d'attente (160 nouveaux inscrits en 2010) et de 33 % des greffes (128 en 2010). Il existe par contre une stagnation du nombre des greffes rénales depuis 2007.

Des greffes à partir de donneurs vivants sont effectuées depuis 2009 (7 en 2009, 14 en 2010), ce qui implique un investissement important des équipes de transplantation.

A noter la mise en place d'un dossier informatique partagé permettant l'association des néphrologues des centres périphériques au suivi des malades greffés, limitant les déplacements des patients au CHU et allégeant la charge de travail de l'équipe du CHU.

La transplantation chez les enfants est réalisée sur le site de l'hôpital des enfants avec un agrément pour les enfants de petit poids. 6 greffes ont été réalisées en 2010 (et 22 enfants greffés sont suivis).

Points de vigilance

1. Presque la moitié des malades en IRCT sont diabétiques ou hypertendus. Des requêtes effectuées par la CNAMTS pour des assurés du régime général révèlent que la réalisation, chez des diabétiques de type 2, d'examens biologiques de dépistage de l'insuffisance rénale est inégale selon les départements et dans l'ensemble insuffisante. En Aquitaine, en 2009, un dosage annuel de l'albuminurie a été réalisé selon le département dans 22 % à 33 % des cas (34 % au niveau national) et une créatininémie annuelle dans 82 % à 84 % (81 % au niveau national). Des actions de dépistage et de prévention ciblées sur des populations à risque sont nécessaires.

2. Inégalités territoriales en matière de prise en charge des patients

> Disparités importantes entre les centres en matière de prise en charge en centre (de 33 % à 92 % de la file active), et corrélativement de prise en charge en auto dialyse. (de 9 % à 63 % en 2010).

> La dialyse péritonéale (DP) est très peu pratiquée : de 7 % à 0 % selon les centres. Sur 4 territoires (Périgord, Landes, Lot-et-Garonne, Béarn-Soule), avec des taux variant de 0 % à 1 %, on peut considérer que cette technique n'est pas accessible aux patients. Les 2 autres territoires ont des taux de DP inférieurs au taux national qui est de 7 %.

3. Développement limité des Unités de Dialyse Médicalisée et faible mobilisation des centres pour les mettre en place (3 territoires ne disposent pas d'autorisation valide).

Par ailleurs, les 4 UDM en activité sont accolées ou à proximité immédiate de centres d'hémodialyse, ce qui n'est pas de nature à éviter les transports de malades ne justifiant pas la prise en charge en centre lourd et résidant à distance.

4. Stagnation du nombre des transplantations rénales à rapporter à l'organisation :

> de l'activité de prélèvements (activité reposant sur la seule équipe chirurgicale d'urologie du CHU, qui est également en charge des greffes)

> de l'activité de greffe au CHU (nécessité de poursuivre la structuration de cette activité, sur le plan de la logistique et des moyens humains).

5. Recueil très insatisfaisant des données du registre REIN, depuis l'origine (début du recueil en 2007 pour l'Aquitaine), empêchant une bonne appréciation de l'évolution de la situation épidémiologique de la région, pour ce qui concerne en particulier la prévalence, l'incidence, les co-morbidités, sauf à extrapoler les données nationales, et l'évolution des modalités de prise en charge. L'Aquitaine est la seule région française qui ait constamment fait remonter des données avec des taux d'exhaustivité insuffisants empêchant une interprétation correcte

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Assurer sur tous les territoires, aux patients nécessitant un recours à la dialyse un accès équivalent à l'ensemble des modalités de prise en charge en centre et hors centre :

1.1. Tous les territoires devront disposer d'au moins une Unité de Dialyse Médicalisée (UDM), en privilégiant pour les nouvelles autorisations leur implantation à distance des centres lourds.

Pour pallier les difficultés tenant à une démographie de médecins néphrologues incompatible avec les contraintes réglementaires liées aux impératifs de continuité médicale des soins, un dispositif expérimental d'implantation d'UDM de proximité au sein d'un établissement de santé disposant d'une activité de soins de médecine d'urgence pourra être mis en place, avec une assistance par télé médecine à partir du centre d'hémodialyse de rattachement.

Ce dispositif doit permettre l'intervention de médecins urgentistes sous couvert de l'assistance de médecins néphrologues du centre en cas de nécessité d'intervention d'un médecin au cours de la séance.

Le cahier des charges correspondant sera rédigé par l'ARS en concertation avec le Comité Technique Régional IRC et devra être conforme aux recommandations de la HAS (« Les conditions de mise en œuvre de la télémédecine en unité de dialyse médicalisée, Janvier 2010 »).

1.2. Le taux de dialyse péritonéale doit progresser de manière homogène sur la région pour atteindre sur chaque territoire au moins 10 % en 2016.

Un plan de développement de la dialyse péritonéale en Aquitaine devra être élaboré dans le cadre du Comité Technique Régional IRC d'ici 2012. Il prendra en compte en particulier les dimensions formation, information des patients et des professionnels de santé, repli en hospitalisation, financements, intervention en institution (SSR, EHPAD, USLD).

Indicateur : Pourcentage des nouveaux patients traités par Dialyse Péritonéale (patients en DP/total des patients dialysés) par centre et par territoire.

1.3. Les taux de prise en charge hors centre devront progresser, en particulier pour les malades pris en charge dans les territoires de Dordogne et de Béarn-Soule.

Les centres devront contractualiser avec l'ARS sur des objectifs de diversification des modes de prise en charge en dialyse en fonction de leur situation en 2011.

Indicateur : Pourcentage des patients pris en charge hors centre (patients en UDM, antennes, DP, domicile/total des patients en dialyse), par centre et par territoire.

Objectif 2 : Améliorer la connaissance épidémiologique de l'insuffisance rénale chronique terminale en Aquitaine de façon à permettre les adaptations nécessaires de l'offre de soins et de prévention aux besoins des patients. Les données correspondant au registre national REIN devront être saisies et mises à jour dans l'ensemble des structures de dialyse :

2.1. Contractualiser avec les établissements de santé sur la saisie et la mise à jour des données du registre REIN avec l'appui de la cellule épidémiologique de l'Agence de Biomédecine.

Indicateurs : 90 % d'exhaustivité sur les données 2011, 100 % d'exhaustivité pour les données 2012.

Objectif 3 : Poursuivre le développement de la greffe rénale :

Malgré la progression du nombre des prélèvements et des greffes constatée depuis 2005, des difficultés persistent dans ces deux domaines. Il conviendra d'apporter les améliorations nécessaires.

3.1. Prélèvements : L'élargissement de la plateforme des chirurgiens préleveurs doit permettre de dégager du temps au sein des équipes de chirurgiens urologues du CHU pour la transplantation. Il convient d'organiser la participation des équipes de chirurgie vasculaire et des équipes chirurgicales des établissements périphériques pour la réalisation des prélèvements de rein.

Il conviendra de préserver les ressources des équipes de coordination hospitalières.

Indicateur : Nombre de prélèvements de rein.

3.2. Transplantations : Les moyens logistiques et humains du CHU devront être adaptés à l'objectif fixé par le SIOS greffes d'organes 2007-2012 (150 greffes par an) et aux besoins des patients en termes de suivi.

S'agissant des moyens opératoires, il conviendra que les équipes chirurgicales puissent disposer d'une salle opératoire opérationnelle dédiée à l'activité non programmée et particulièrement à la greffe rénale (SIOS 2007-2012).

Le nombre de greffons prélevés en région et non transplantés pour des raisons logistiques (28 en 2010) doit tendre vers zéro en 2013.

Indicateurs : Nombre de transplantations rénales (adulte et pédiatrique), nombre de transplantations à partir de donneurs vivants, durée médiane de séjours sur la liste d'attente greffes rénales, nombre de reins refusés pour raisons logistiques.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social)

Objectif 4 : Renforcer le dépistage de l'insuffisance rénale chronique chez des populations à risque de façon à éviter ou ralentir l'aggravation et éviter les dialyses débutées en urgence qui concernent 25 % des patients :

Il est préconisé de concentrer les actions de dépistage sur les personnes diabétiques et hypertendues compte tenu de la forte incidence de l'IRC chez ces patients et des possibilités de « ciblage » de cette population.

4.1. Interventions auprès des médecins généralistes pour rappeler les recommandations de la HAS en matière de diagnostic de l'IRC particulièrement chez les patients diabétiques et hypertendus (action développée par l'Assurance Maladie).

4.2. Renforcement de la formation et de l'information des médecins généralistes par le biais de la formation médicale continue, sur la base d'une évaluation des pratiques professionnelles actuelles à réaliser.

4.3. Assurer un maillage du territoire en matière de consultations avancées de néphrologie pour favoriser le recours à des avis spécialisés.

Indicateurs : Taux de diabétiques ayant eu un dosage de créatininémie, taux de diabétiques ayant eu un dosage d'albuminurie, taux d'hypertendus ayant eu un dosage d'albuminurie, taux d'hypertendus ayant eu un dosage de créatininémie.

Objectif 5 : Assurer le suivi et l'évaluation du SROS en concertation avec les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'insuffisance chronique et les associations d'usagers :

5.1. Mise en place d'un Comité Technique Régional de l'IRC.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Niveau territoire de santé
Au moins un centre d'hémodialyse
Au moins une unité de dialyse médicalisée en privilégiant l'implantation à distance d'un centre
Des antennes d'autodialyse réparties en fonction de la localisation géographique des patients à prendre en charge
Niveau de proximité
Organisation de la prévention et du dépistage de l'insuffisance rénale chronique
Niveau régional (recours)
Activité d'hémodialyse pédiatrique au sein du centre d'hémodialyse du CHU

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations -Nombre d'implantations-	Création / Suppression Recomposition
Dordogne		
> Centre d'hémodialyse Francheville – Périgueux	1 implantation de centre de dialyse	
> UDM : unité dialyse Francheville – Périgueux	2 implantations d'unités de dialyse médicalisée	+ 1 implantation d'unité de dialyse médicalisée
> 6 antennes d'autodialyse : Antenne d'autodialyse AURAD – Bergerac Antenne d'autodialyse AURAD – Castels Antenne d'autodialyse Francheville – Ribérac Antenne d'autodialyse Francheville – Montignac Antenne unité dialyse Francheville – Périgueux Antenne d'autodialyse Francheville – Bergerac	7 implantations d'antennes d'autodialyse réparties en fonction de la localisation géographique des patients	+ 1 implantation d'antenne d'autodialyse
Gironde		
> 6 implantations de centres de dialyse : Centre d'hémodialyse Bordeaux Rive Droite – Lormont CTMR Saint Augustin – Bordeaux Centre d'hémodialyse Saint Martin – Pessac CHU Pellegrin – Bordeaux (R) Centre d'hémodialyse Bordeaux nord – Bordeaux CH Robert Boulin – Libourne	6 implantations de centres de dialyse : dont une intégrant un centre de recours régional pour l'hémodialyse pédiatrique	
> 6 implantations d'Unités de dialyse médicalisée CUB (4) Nord bassin (1) Sud bassin (1) Antenne d'autodialyse AURAD – La Teste Centre d'hémodialyse Bordeaux Rive Droite – Lormont CA3D – Gradignan CTMR – Centre médico-chirurgical Wallerstein – Arès CHU Pellegrin – Bordeaux Centre d'hémodialyse Bordeaux Nord – Bordeaux	8 implantations d'Unités de dialyse médicalisée	+ 2 implantations d'unités de dialyse médicalisée
> 25 implantations d'antennes d'autodialyse réparties en fonction de la localisation géographique des patients Antenne d'autodialyse AURAD – Saint André de Cubzac 2 Antennes d'autodialyse CA3D – Gradignan Antenne d'autodialyse Bx Nord – Bordeaux Antenne d'autodialyse AURAD – Bordeaux Antenne d'autodialyse AURAD – Le Bouscat Antenne d'autodialyse AURAD – Artigues-Près-Bordeaux Antenne d'autodialyse AURAD -Talence Antenne d'autodialyse AURAD – La Teste Antenne d'autodialyse AURAD – Pineuilh Antenne d'autodialyse AURAD – Langon Antenne d'autodialyse AURAD – Libourne Antenne d'autodialyse AURAD – Gradignan Antenne d'autodialyse Bx Nord – Blaye Antenne d'autodialyse AURAD Daguey – Libourne Antenne d'autodialyse CTMR – Mérignac Antenne d'autodialyse Bx Nord – Lesparre-Médoc Antenne d'autodialyse CA3D – Bègles Antenne d'autodialyse AURAD – Gradignan Antenne d'autodialyse CTMR – Lège-Cap-Ferret Antenne d'autodialyse Bx Nord – Lormont CTMR - Centre médico-chirurgical Wallerstein – Arès Antenne d'autodialyse CA3D – Saint Pierre de Mons Antenne d'autodialyse CA3D – Cenon Antenne d'autodialyse CA3D – Arcachon	27 implantations d'antennes d'autodialyse réparties en fonction de la localisation géographique des patients	+ 2 implantations d'antennes d'autodialyse

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations -Nombre d'implantations-	Création / Suppression Recomposition
Landes		
> 1 implantation de centre de dialyse CH Mont-de-Marsan	1 implantation de centre de dialyse	
> 1 implantation d'unité de dialyse médicalisée Antenne d'autodialyse Delay – Dax	2 implantations d'unités de dialyse médicalisée	+ 1 implantation d'unité de dialyse médicalisée
> 9 implantations d'antennes d'autodialyse : Antenne d'autodialyse AURAD – Dax Antenne d'autodialyse AURAD – Saint Vincent de Tyrosse Antenne d'autodialyse AURAD – Morcenx Antenne d'autodialyse Delay – Dax Antenne d'autodialyse AURAD – Mont-de-Marsan Antenne d'autodialyse AURAD – Hagetmau Antenne d'autodialyse ASRIR – Aire-sur-l'Adour Antenne d'autodialyse CA3D – Mimizan Antenne d'autodialyse Delay – Peyrehorade	9 implantations d'antennes d'autodialyse réparties en fonction de la localisation géographique des patients	
Lot et Garonne		
> 1 implantation de centre de dialyse CH d'Agen	1 implantation de centre de dialyse	
	2 implantations d'unité de dialyse médicalisée	+ 2 implantations d'unités de dialyse médicalisée
> 9 implantations d'antennes d'autodialyse Antenne d'autodialyse AURAD – Pont du Casse Antenne d'autodialyse AURAD – Boé Antenne d'autodialyse AURAD – Marmande Antenne d'autodialyse AURAD – Casteljaloux Antenne d'autodialyse AURAD – Villeneuve-sur-Lot Antenne d'autodialyse AURAD – Tonneins Antenne d'autodialyse AURAD – Fumel Antenne d'autodialyse AURAD – Nérac Antenne d'autodialyse AURAD – Pujols	10 implantations d'antennes d'autodialyse réparties en fonction de la localisation géographique des patients	+ 1 implantation d'antenne d'auto dialyse
Béarn et Soule		
> 1 implantation de centre de dialyse Centre de dialyse du Béarn – ARESSY	1 implantation de centre de dialyse	
	2 implantations d'unité de dialyse médicalisée- :	+ 2 implantations d'unités de dialyse médicalisée
> 3 implantations d'antennes d'autodialyse : Antenne d'autodialyse AURAD – Orthez Antenne d'autodialyse ASRIR – Pau (fermée) Antenne d'autodialyse ASRIR – Oloron-Sainte-Marie	6 implantations d'antennes d'autodialyse réparties en fonction de la localisation géographique des patients	+ 3 implantations d'antennes d'autodialyse
Navarre – Côte basque		
> 2 implantations de centres de dialyse CHIC de la Côte basque – Bayonne Centre d'hémodialyse Delay – Bayonne	1 à 2 implantations de centres de dialyse	
	1 implantation d'unité de dialyse médicalisée	+ 1 implantation d'unité de dialyse médicalisée
> 6 implantations d'antennes d'autodialyse : Antenne d'autodialyse AURAD – Anglet Antenne d'autodialyse AURAD – St-Jean-de-Luz Antenne d'autodialyse Delay – St-Jean-de-Luz Antenne d'autodialyse Delay – Biarritz Antenne d'autodialyse Delay – St-Jean-Pied-de-Port Antenne d'autodialyse Delay – Bayonne	9 implantations d'antennes d'autodialyse réparties en fonction de la localisation géographique des patients	+ 3 implantations d'antennes d'autodialyse

4.
INDICATEURS DE SUIVI DU GUIDE SROS

> Part de nouveaux patients traités par DP

> Part des patients suivis hors centre

CHAPITRE 11.
TRAITEMENT DU CANCER

L'activité de soins de traitement du cancer consiste à traiter les tumeurs solides malignes ou les hémopathies malignes. Ce traitement est médical, chirurgical ou réalisé par radiothérapie externe, par curiethérapie, ou par utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées.

L'organisation de la cancérologie doit permettre une prise en charge pluridisciplinaire, garantir l'accessibilité et l'équité dans l'accès aux soins, garantir la qualité et la sécurité des soins, permettre une utilisation optimale des ressources par une mutualisation des moyens et une organisation transversale.

Principaux textes de référence :

> Code de la santé publique – 18° de l'article R.6122-25, R.6123-86 et suivants (issus des décrets du 21 Mars 2007) – et Plan cancer,

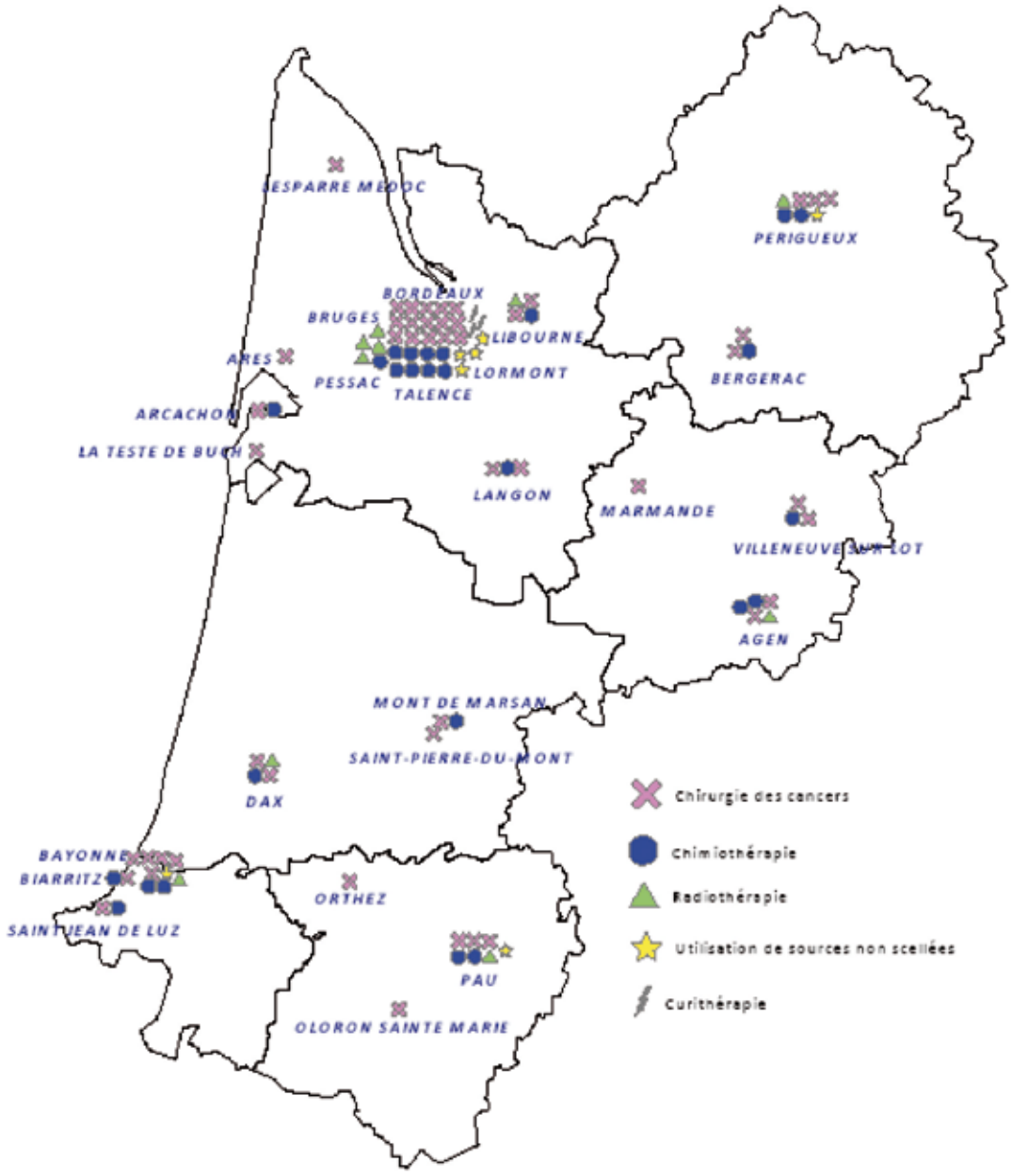
> Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle,

> Circulaires du 25 septembre 2007 relatifs aux réseaux régionaux de cancérologie, du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesures des seuils, critères d'agrément arrêtés par l'Institut National du Cancer.

1.
ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Offre de Soins	Données d'activité
Au 1/09/ 2011 : Outre l'hôpital d'instruction des armées Robert Picqué, 56 établissements sont autorisés pour le traitement des cancers : > 48 pour la chirurgie carcinologique > 24 pour les chimiothérapies > 10 centres de radiothérapie externe, dont 4 autorisés pour la curiethérapie > 6 pour les traitements par radioéléments en sources non scellées, dont 3 avec chambres protégées > 9 établissements associés pour le suivi des chimiothérapies dont 1 HAD, aucun SSR > 5 SSR spécialisés en oncologie (non opérationnels à ce jour) Un réseau régional en cancérologie depuis 2002, reconnu par l'INCa depuis novembre 2010, avec en son sein un réseau régional de cancérologie pédiatrique. 10 centres de coordination en cancérologie (3C). Une organisation pour la prise en charge des tumeurs rares : centres experts régionaux pour les tumeurs rares (CHU, CLCC), un centre expert national (CLCC) pour les sarcomes. Une organisation qui se met en place en onco-gériatrie, avec une unité régionale d'onco-gériatrie en cours de labellisation. Une organisation en onco-génétique (CCLC+CHU). Une plateforme régionale de génétique moléculaire des cancers. Une tumorothèque régionale accessible à l'ensemble des établissements autorisés d'Aquitaine. Un centre régional de recours d'Aide Médicale à la Procréation, spécialisé dans la conservation des gamètes et tissus germinaux à usage autologue. Des établissements préleveurs de cellules souches hématopoïétiques : maternités volontaires, CHU et EFSAL.	En 2010, 41 200 fiches de réunion de concertation pluridisciplinaire ont été enregistrées par les établissements de santé aquitains concernant 29 600 patients dont environ 19 200 nouveaux patients (65 %). Parmi ces patients, 4 250 (14 %) ont un cancer du sein, 3 425 (12 %) un cancer colorectal, 3170 (11 %) un cancer de la prostate et 2 660 (9 %) un cancer des poumons ; 8 584 (29 %) ont plus de 75 ans. 108 nouveaux patients ont été inclus en pédiatrie (<18 ans). En 2010, les établissements de santé aquitains ont pris en charge 15 247 patients en chimiothérapie dont 13 606 en hospitalisation de jour. On retrouve en Aquitaine, comme sur le reste de la France, une augmentation globale des prises en charge de chimiothérapie plus marquée sur les séances mais intéressant également les chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète. En 2010, les établissements de santé aquitains ont réalisé 3 572 séjours en chirurgie digestive, 4 018 en chirurgie mammaire, 1 022 en chirurgie gynécologique, 2 979 en chirurgie urologique, 1 118 en chirurgie thoracique, 1 440 en chirurgie ORL et maxillo-faciale. On constate un taux de recours à la chimiothérapie en Aquitaine inférieur au taux de recours national mais situé à la médiane du taux des recours des territoires de santé France entière, avec des disparités territoriales (taux de recours en Dordogne et en Lot-et-Garonne plus bas que dans les autres territoires) ; et un taux de recours à la chirurgie du cancer similaire au taux de recours national mais avec des disparités territoriales.

• Le traitement du cancer en Aquitaine, 2011



Fond de carte : Articque ©
Source : ARS Aquitaine, DOS arrêtés d'autorisation au 08/02/2011
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études statistiques et prospectives
19/09/2011

Points de vigilance

1. Une définition imprécise des soins relevant du niveau de recours

> les missions, l'organisation et le fonctionnement du pôle régional, constitué par le CHU et le CCLC (Institut Bergonié), ne sont pas suffisamment précis et connus ;
> la gradation de l'offre de soins doit être mieux définie (il n'existe pas de notion « organisationnelle » au sein des protocoles régionaux) ;
> on note des inégalités d'accès aux techniques spécialisées, souvent situées au niveau du pôle régional, et aux essais cliniques et traitements innovants.

2. Des difficultés pour la coordination des prises en charge :

> Au sein des établissements : organisation à améliorer afin de mieux faire le lien entre la cancérologie et les autres prises en charge (gériatrie, médecine d'urgence, HAD…).

> Entre le niveau de recours régional et le niveau infra-régional : ces difficultés sont majorées lorsque les malades résident dans un territoire éloigné du lieu de soin, elles concernent à la fois la coordination des soins entre les structures de soins de différents niveaux et le relais entre les établissements de santé et les professionnels de soins de premier recours.

> Entre les acteurs du niveau de proximité : coordination des acteurs du premier recours : depuis leur création en 2006, les 3C ont surtout privilégié la mise en place des mesures qualité du plan cancer dans le cadre des soins hospitaliers, la mission de coordination avec les soins de premier recours qui leur incombe également doit être renforcée. Le rôle du médecin traitant doit être précisé et renforcé.

> Insuffisance de la prise en compte de l'ensemble des besoins des patients et de leurs proches pendant et après le cancer : aspects sociaux, accès insuffisant aux soins de support, notamment problème de la continuité de ces prises en charge après la sortie de l'établissement de santé : malgré le développement de l'offre et des moyens alloués dans le cadre du plan cancer, notamment au sein des établissements de santé, les besoins, certainement mieux repérés par les mesures mises en place, restent importants notamment dans le cadre des soins de support.

3. Des difficultés d'accès à des soins de suite spécialisés pour certains malades cancéreux ne relevant plus d'une prise en charge en court séjour, mais nécessitant des soins lourds et/ou complexes :

La prise en charge de ces patients n'est pas possible en service de soins de suite « polyvalents » du fait de la lourdeur et/ou de la complexité de prise en charge, des limites de la tarification pour les chimiothérapies. Ces patients restent aujourd'hui en service de court séjour entraînant une saturation de ces services et un surcoût non négligeable.

4. Des difficultés d'accès à des soins adaptés pour les personnes âgées atteintes de cancer : retard au diagnostic, moindre accès aux traitements et aux essais thérapeutiques.

5. Des inégalités de recours aux soins :

Les taux de recours varient de 2,79 à 3,58 recours pour 100 habitants pour les chimiothérapies, et de 0,61 à 0,71 séjour pour 100 habitants pour la chirurgie des cancers

> Démographie médicale : sans qu'il soit possible de le démontrer formellement, on peut penser que la démographie médicale influe sur l'accessibilité aux soins. La région Aquitaine enregistre une densité de cancérologues de 0,2 pour 10 000 habitants, ce qui correspond à la moyenne nationale, cependant les départements ruraux ont une densité trois fois moins importante que la Gironde et les Pyrénées Atlantiques (pour 100 000 habitants : 0 à 1,1 oncologues médicaux, 0 à 1,5 hématologues, 0,5 à 1,5 radiothérapeutes, 0,8 à 3,8 anatomo-cytopathologistes).

> Éloignement géographique : Une proportion non négligeable des patients traités pour cancer résidant dans les départements ruraux sont pris en charge en dehors de leur département de domicile. Certaines zones géographiques se trouvent éloignées des structures autorisées ou associées pour le traitement du cancer (Médoc, Blayais, Sarladais, région de Saint Palais en Pyrénées-Atlantiques, Landes notamment…) et des équipements lourds. De ce fait, les patients rencontrent des difficultés pour rejoindre les lieux de soins, voire pour être hébergés sur ces lieux (prise en charge des déplacements des patients en cas d'hospitalisation ou de consultation loin du domicile, possibilité d'hébergement des patients par leurs familles en cas d'hospitalisation loin du domicile).

> Accessibilité financière : certaines activités comme la chirurgie et l'anesthésie notamment sont exercées majoritairement en secteur à honoraires libres. Sur certains territoires, il n'existe aucune alternative pour l'accès à ces spécialités en dehors des dépassements d'honoraires conventionnels, tant dans le secteur public que dans le privé.

6. Une mauvaise lisibilité du dispositif sur l'organisation des soins en cancérologie et leur gradation, tant pour les soignants que pour les usagers : Ce manque de lisibilité accroît les difficultés d'accès et de coordination.

7. En matière de radiothérapie, un parc vieillissant, la saturation de certains centres et l'insuffisance des moyens humains pour faire face à la file active des patients (nécessité d'anticiper les départs prévisibles à la retraite afin de maintenir, voire améliorer quantitativement, les compétences requises : onco-radiothérapie, radio-physique, manipulateurs radio, dosimétristes), conditions d'accès aux techniques spéciales.

8. En matière de qualité et sécurité des soins, mise en œuvre hétérogène des revues de morbi-mortalité en cancérologie, et des actions d'évaluation de pratique ou d'évaluation ciblée sur les référentiels de pratique clinique.

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Définir et organiser les soins de recours :

1.1. Clarifier les missions, l'organisation et le fonctionnement du pôle régional en cancérologie CHU/CLCC (Institut Bergonié).

Conformément à l'annexe 6 de la circulaire du 22 février 2005 qui précise que « les établissements qui constituent le pôle régional de cancérologie doivent formaliser, par la définition des itinéraires de soins appropriés, leur participation à l'organisation de recours, qui peut prendre plusieurs modalités : avis sans délocalisation du patient, accès à un traitement spécifique ou à un plateau technique, accessibilité de l'innovation en proximité, incluant les conditions de retour et les flux d'aval ».

Le CHU et le CCLC doivent finaliser la réflexion sur la constitution et le fonctionnement du pôle régional de cancérologie initiée en 2005.

Indicateur : Document organisationnel du pôle de cancérologie.

1.2. Préciser l'articulation optimum de chaque niveau de prise en charge : enrichir les protocoles de soins régionaux de notions organisationnelles.

Le RCA (réseau de cancérologie aquitain) proposera à l'ARS et à l'ensemble des acteurs des recommandations organisationnelles qui enrichiront les référentiels régionaux élaborées en coopération avec le pôle régional de cancérologie et les groupes thématiques régionaux. Elles préciseront ce qui relève du niveau régional de recours, ce qui peut être pris en charge au niveau de chaque territoire après avis du niveau régional, ce qui peut être totalement pris en charge au niveau de chaque territoire. Enfin, des procédures permettant une information des professionnels de santé sur l'ensemble des protocoles régionaux existants et des essais cliniques en cours doivent être élaborées et mises en œuvre par le RCA en lien avec les 3C.

Indicateur : Recommandations organisationnelles élaborées et validées par les acteurs concernés, conventions de coopération.

1.3. Consolider l'activité des centres de coordination en cancérologie (3C).

Ils doivent développer leur mission de coordination des acteurs pour la prise en charge des patients atteints de cancer (coordination et communication entre les acteurs hospitaliers et de ville, guichet d'information mis à disposition des patients et de leurs proches, information et orientation des patients, suivi individualisé des parcours patients, intégrant les soins de support, les soins à domicile et la coordination avec les acteurs du réseau, ainsi que les relations avec les établissements du pôle régional pour permettre l'accès au recours). A cette fin les centres de coordination en cancérologie pourront s'appuyer sur les réseaux polyvalents de proximité, les pôles de santé et/ou maisons pluri-professionnelles de santé.

Indicateur : Rapports d'activité des 3C.

Objectif 2 : Mettre à disposition l'ensemble des modalités de prise en charge du cancer :

2.1. Compléter les maillons manquants de l'offre de soins graduée en cancérologie.

En dehors des traitements oraux, la réalisation des chimiothérapies à domicile doit être envisagée dans une structure d'hospitalisation à domicile (établissement associé). Le développement de l'offre de soins en chimiothérapie mise en œuvre par les HAD sera examiné au vu des résultats de l'évaluation du dispositif après expérimentation.

En matière de radiothérapie, le développement de l'accès territorial aux techniques de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) doit être poursuivi dans les principales indications validées (cancers ORL et cancers de la prostate) et l'accès à de la radiothérapie de haute technicité (RCMI dynamique-tomothérapie-stéréotaxie intra et extra crânienne) doit être développé, ces nouvelles techniques étant associées à un nombre moins élevé de séances. En matière de curiethérapie, les techniques spéciales (curiethérapie à haut débit, à débit pulsé, dosimétrie 3D, implants permanents) doivent être disponibles au moins au niveau du pôle régional de cancérologie.

Il est nécessaire de disposer sur chaque territoire d'une offre de soins en soins de suite et de réadaptation permettant d'accueillir des patients atteints de cancer dont la charge en soins est lourde et complexe.

Indicateurs : Nombre de patients en chimiothérapie dans des établissements de santé associés, part des séjours en cancérologie (hors Soins Palliatifs) en HAD : activité cancérologique en HAD hors soins palliatifs (nombre de séjours/an), part des séjours en cancérologie en hospitalisation de jour (indicateur national).

2.2. Disposer de professionnels formés et compétents, et anticiper les évolutions à venir :

Encourager les coopérations hospitalières pour mutualiser des ressources humaines et des équipements. Il convient d'adapter les moyens humains (oncologues médicaux, hématologues, radiothérapeutes, radio-physiciens…) et d'anticiper pour conserver, voire accroître, les compétences techniques. Favoriser la formation des internes en oncologie et faciliter leur installation en région, encourager la création de postes médicaux partagés, faciliter la mise à disposition de radio-physiciens « dédiés », veiller à la démographie des manipulateurs et inciter à la spécialisation en radiothérapie, reconnaissance du métier de « dosimétriste » (action menée au niveau national).

Indicateurs : Nombres de postes d'internes, nombre d'installations d'oncologues en Aquitaine, nombre de conventions de partenariat entre établissements de santé.

Objectif 3 : Poursuivre la structuration des filières spécifiques de prise en charge :

3.1. Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes d'un cancer.

L'organisation de l'onco-gériatrie doit :

3.1.1. Garantir l'accessibilité au dépistage, au diagnostic, et aux soins des patients âgés atteints de cancer dans la région afin de la rendre accessible à tous et d'éviter les retards au dépistage, diagnostic, traitement.

3.1.2. Permettre à tout patient âgé atteint d'un cancer doit pouvoir bénéficier d'un repérage des facteurs de fragilité (outil oncodage) :

Faciliter la collaboration entre oncologues, gériatres, médecins généralistes, chirurgiens, spécialistes d'organes et autres acteurs de la prise en charge afin de mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer.

Assurer la promotion et la diffusion du concept d'évaluation en onco-gériatrie (au sein des équipes mobiles de gériatrie et des structures de soins, en lien avec le RCA et les 3C). Faire connaître l'outil d'évaluation gériatrique « le G8 » pour promouvoir son utilisation.

3.1.3. Soutenir la formation et l'information en onco-gériatrie.

Indicateurs : Traçabilité d'une évaluation gériatrique au niveau des RCP, % personnes âgées de + de 75 ans parmi les patients traités.

3.2. Améliorer la prise en charge des enfants et des adolescents atteints par le cancer :

L'organisation de la cancérologie pédiatrique doit proposer une RCP pédiatrique pour chaque dossier d'enfant ou adolescent atteint de cancer, une organisation spécifique pour la prise en charge des adolescents (projet de création d'une prise en charge spécifique pour les adolescents et adultes jeunes en cours de « récupération » de leur cancer), une prise en charge de suivi au long cours pour les personnes ayant eu un cancer pendant l'enfance (appel d'offre INCa).

Indicateur : Taux de RCP pour les moins 18 ans.

3.3. Garantir à la population l'accessibilité à une offre d'oncogénétique :

3.3.1. Faciliter l'accès à des prestations en oncogénétique (gènes de prédisposition).

> Augmenter l'offre de consultations en oncogénétique (doubler le nombre de consultations d'oncogénétique pour 100 000 habitants pour atteindre 60) et en améliorer l'accessibilité (par la création de consultations délocalisées) avec mise à disposition de moyens supplémentaires qui seront de façon privilégiée affectés au niveau de recours sur des postes à vocation régionale ;

> Favoriser un développement concerté et programmé de l'expertise de l'offre de soins en oncogénétique en Aquitaine : création d'outils de pilotage régional (bilans et allocations de ressources, audit financier, indicateurs relatifs aux besoins) ;

> Améliorer l'accès aux consultations par des mesures d'aides financières si nécessaire ;

> Améliorer la qualité de la prise en charge des personnes porteuses de prédispositions : diffusion de recommandations, organisation en réseau pour la prise en charge des porteurs de mutation ;

> Développer le partenariat avec les professionnels de santé : intégration de l'expertise en génétique constitutionnelle au sein du RCA, optimisation du recours au pôle d'expertise (encadrement de la prescription des tests génétiques par un dispositif organisant le dialogue entre professionnels de santé prescripteurs et effecteurs) ;

> Développer la formation des professionnels de santé (formation continue, appui sur les réseaux: RCA, collèges professionnels, URPS, ordres…) ;

> Améliorer la lisibilité du dispositif : développer l'information des professionnels de santé, des malades, de leurs familles et de la population générale.

Indicateurs : Nombre de consultations en oncogénétique, délai de RV pour une consultation.

3.3.2. Soutenir le développement de la génétique moléculaire des tumeurs (aide au diagnostic et au pronostic).

Soutenir le fonctionnement de la plateforme de génétique moléculaire des cancers et l'accès aux tests moléculaires : cette plateforme assure des investigations moléculaires dans un but diagnostique, pronostique et prédictif de réponse au traitement.

3.4. Garantir à la population l'accessibilité à une offre d'onco-hématologie :

3.4.1. Le groupe thématique régional « hémopathies malignes » au sein du RCA doit définir une gradation des soins concernant les prises en charge diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les suivis pouvant être réalisés dans une structure périphérique ou nécessitant le niveau de recours et d'expertise du pôle régional de cancérologie. Il devra définir les conditions garantissant l'accès à une prise en charge pluridisciplinaire d'oncologie-hématologie pour tout patient aquitain : définition des pathologies et des situations cliniques nécessitant obligatoirement un passage par une réunion de concertation pluridisciplinaire, définition des pathologies et des situations cliniques relevant d'une réunion de concertation pluridisciplinaire régionale d'expertise et de recours.

3.4.2. En termes d'organisation territoriale, l'accès à une prise en charge pour des soins en onco-hématologie doit être possible sur chaque territoire dans un établissement autorisé ou associé. La collaboration entre établissements est préconisée avec la création de postes médicaux partagés afin de faciliter l'accès aux soins.

3.4.3. Une formation/information des médecins généralistes doit être organisée pour faciliter les diagnostics et orientations.

Indicateurs : Document d'organisation, Implantations, Conventions inter-hospitalières.

3.5. Organiser l'accès aux centres experts régionaux chargés des tumeurs rares.

L'accessibilité à des soins de qualité pour tout patient aquitain atteint d'un cancer rare doit être garantie au niveau régional de préférence et, si besoin, en collaboration avec un établissement extra-régional.

Indicateur : Nombre de sollicitations des experts régionaux.

Objectif 4 : Garantir à chaque patient l'accessibilité ainsi que la qualité et la sécurité des soins :

4.1. Améliorer la connaissance sur l'organisation des soins et la prise en charge des cancers :

4.1.1. Le recueil des données relatives à la cancérologie doit être pérennisé. Les données doivent faire l'objet d'une analyse régionale. Cette mission relève du réseau de cancérologie d'Aquitaine, en partenariat avec les centres de coordination en cancérologie, l'OMEDIT et le registre girondin des cancers.

4.1.2. Mettre à disposition les données actualisées sur l'offre de soins (site internet) pour la région et par territoire de santé, en différenciant le cas échéant les conditions d'accès pour les professionnels de santé et pour la population générale.

Indicateur : Site internet ou tout autre dispositif d'information actualisé sur l'offre de soins en cancérologie mis à disposition des soignants et du public.

4.2. Optimiser le délai de prise en charge.

Tout habitant de la région doit pouvoir bénéficier d'un accès égal à tous les traitements dans des délais compatibles avec les standards reconnus. L'offre de soins doit permettre d'apporter une réponse pour des soins de qualité avec une couverture optimale du territoire. Le délai de prise en charge est un indicateur majeur de la qualité : une enquête spécifique sera mise en œuvre par le réseau régional pour certaines pathologies ciblées documentées au regard des études nationales.

4.3. Une attention particulière devra être portée aux conditions d'accès aux examens d'imagerie nécessaires pendant les phases de dépistage, de diagnostic et de traitement du cancer en termes d'accessibilité financière et de délais de rendez-vous. (Cf. chapitre imagerie médicale). Des recommandations devront être élaborées par les radiologues en lien avec le RCA et l'ARS afin de hiérarchiser les priorités de rendez-vous en matière d'examens d'imagerie. Le cas échéant, des plages horaires dédiées à la cancérologie ou des appareils dédiés pourront être proposés.

Indicateurs : Délais de prise en charge par modalité de prise en charge dont délai de rendez-vous pour un examen en lien avec une pathologie cancéreuse (IRM, PET SCAN), document de recommandations sur la hiérarchisation des examens.

4.4. Améliorer les conditions d'accessibilité financière aux soins en cancérologie :

4.4.1. Garantir l'accessibilité à l'information sur les tarifs.

4.4.2. Inciter les professionnels à garantir au moins une offre par spécialité au tarif opposable par territoire.

Indicateur : Nombre d'offres de soins par spécialité au tarif opposable par territoire.

4.5. Améliorer l'accès aux traitements innovants et essais cliniques :

4.5.1. Garantir l'information sur les protocoles régionaux et les essais cliniques en cours dans la région : rôle des centres de coordination en cancérologie en lien avec le réseau régional de cancérologie et l'OMEDIT.

4.5.2. Améliorer l'accès aux essais thérapeutiques et traitements innovants au niveau de chaque établissement autorisé.

4.5.3. Faciliter l'accès aux essais cliniques et traitements innovants du niveau de recours : référentiel régional.

Indicateurs : Évolution du taux d'inclusion des malades dans les essais par établissement, par territoire, pour la région.

4.6. Faciliter l'accès aux soins de recours :

Outre l'organisation de l'accès à la chirurgie de recours et aux plateaux techniques de médecine interventionnelle (référentiels d'organisation), faciliter les déplacements et les solutions d'hébergement en cas d'hospitalisation à distance du lieu d'habitation pour les malades et/ou les familles (en lien avec les structures associatives le cas échéant).

Indicateurs : Référentiels organisationnels, solutions d'hébergement.

4.7. Garantir la pluridisciplinarité comme facteur de qualité et de sécurité des soins.

L'activité de soins « traitement du cancer » doit répondre à un impératif de pluridisciplinarité. Cette approche pluridisciplinaire doit s'appuyer sur les travaux du réseau régional de cancérologie et plus particulièrement des groupes thématiques régionaux. A partir des recommandations nationales, des référentiels régionaux doivent préciser les modalités de fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaires : « moment » dans le déroulement de la prise en charge, spécialités des professionnels nécessaires à leur fonctionnement afin d'établir un « quorum ». Une évaluation de ces organisations devra être mise en œuvre par le réseau régional en lien avec les centres de coordination en cancérologie.

Le développement de la visioconférence ou webconférence doit être poursuivi afin de faciliter l'accès des services périphériques aux consultations pluridisciplinaires du pôle régional, ainsi que l'accès aux consultations interrégionales, voire nationales.

Indicateur : Taux de dossiers de patients enregistrés en RCP (nombre de fiches pour nouveaux patients/nombre nouveaux patients estimé).

4.8. Garantir la sécurité des prises en charge :

Chaque établissement autorisé en cancérologie doit organiser la sécurisation de la prise en charge et des complications éventuelles dues à la maladie ou aux traitements, par un environnement adapté du plateau technique, des matériels et personnels et par une organisation permettant la continuité et la permanence des soins (astreinte médicale spécialisée, éventuelle structure de « gestion des imprévus », disponibilité de lits d'hospitalisation, matériel, médicaments, protocoles, procédures…), et l'accès aux traitements en urgence (formaliser l'organisation de la prise en charge des urgences en hématologie au niveau des établissements autorisés en lien avec le CHU, et l'organisation de la prise en charge des urgences et complications dues au cancer et aux traitements dans tous les établissements autorisés pour le traitement des cancers).

Parallèlement, tout malade doit bénéficier d'une information sur les complications les plus fréquentes et disposer d'un programme personnalisé de soins (PPS).

4.9. Chaque établissement mettant en œuvre des chimiothérapies doit :

> Appliquer les mêmes règles de fonctionnement et conditions de sécurité pour la reconstitution des médicaments, qu'il soit autorisé ou associé.

> S'engager à participer aux travaux de l'OMEDIT en vue d'assurer le suivi, l'analyse et l'évaluation des pratiques de prescription au niveau régional ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (Contrat de Bon Usage du Médicament).

> S'engager à respecter les référentiels de bon usage et la transparence des situations hors AMM et collaborer aux échanges réguliers sur les pratiques relatives à l'usage des médicaments (notamment médicaments hors GHS).

Indicateurs : % de prescription hors AMM, taux de contribution aux travaux de l'OMEDIT.

4.10. Les centres de radiothérapie doivent :

> Adapter les équipements à l'activité et favoriser le renouvellement des appareils les plus anciens ;

> Adapter les moyens humains à l'activité (radiothérapeutes, radio-physiciens..) ;

> Développer l'accès aux techniques de RCMI (radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité) dans les principales indications validées ;

> Développer l'accès à de la radiothérapie de haute technicité (RCMI dynamique-tomothérapie-stéréotaxie intra et extra-crânienne),

> Poursuivre le développement du management de la qualité.

Indicateurs : Taux de vétusté des équipements de radiothérapie, taux de renouvellement, étude sur les délais de prise en charge en radiothérapie pour certaines pathologies (RCA), suivi de la saturation des centres de radiothérapie, pourcentage d'actes en RCMI pour des pathologies documentées, tableau de bord INCA.

4.11. Évaluer les pratiques.

Chaque établissement autorisé pour le traitement des cancers organise un comité de retour d'expérience (CREX) permettant une analyse pluridisciplinaire et l'exploitation des dysfonctionnements en vue de contribuer à la mise en œuvre d'actions correctives et au développement de la culture de sécurité.

Indicateur : Nombre d'actions correctives par an suite aux CREX.

4.12. Soutenir le fonctionnement du centre AMP pour la conservation de gamètes et tissus germinaux à usage autologue situé au CHU.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social)

Objectif 5 : Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et coordonné :

Prendre en compte l'ensemble des besoins dans le cadre d'un parcours personnalisé pendant et après les soins (soins de support, accompagnement des malades et des proches). Personnaliser les parcours des patients en impliquant les médecins généralistes et améliorer la qualité de vie pendant et après le cancer. La mise en œuvre du nouveau dispositif sera conditionnée par la mise à disposition de moyens complémentaires.

5.1. Mieux préparer le parcours personnalisé pendant et après le cancer.

5.1.1. Développer et faciliter l'accompagnement des malades et de leurs proches pendant et après les soins « aigus » du cancer (rôle des soignants, des 3C, équipes de soins de support, rôle des associations, maisons de santé pluridisciplinaires, services sociaux…).

5.1.2. Chaque établissement doit organiser la prise en charge globale en collaboration avec le centre de coordination en cancérologie et les acteurs externes, au premier rang desquels figure le médecin traitant, en tissant les liens entre les acteurs concernés en utilisant les différents dispositifs existants : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, dispositif d'annonce avec bilan social, programme personnalisé de soins remis au malade et au médecin traitant, soins de support, afin d'organiser le suivi du patient sans discontinuité entre la prise en charge en établissement de santé et le domicile.

5.1.3. Le dispositif à mettre en place sera notamment orienté par les résultats de l'évaluation de l'expérimentation relative à la mise à disposition d'infirmiers de coordination (appel à projet national INCa) au CHU de Bordeaux et à l'institut Bergonié ; il pourra varier selon la configuration de l'environnement (territoire urbain ou rural, 3C mono-établissement ou pluri-établissements).

Indicateurs : Taux de patients ayant bénéficié d'une consultation d'annonce (nombre de patients bénéficiaires/ nombre de nouveaux patients estimé), Taux de patients ayant reçu un PPS formalisé (nombre de patients bénéficiaires/ nombre de nouveaux patients estimé cancers.

5.1.4. Soutien et développement des modalités de transfert d'informations sécurisées : messagerie sécurisée et dossier communicant de cancérologie pour lequel la région Aquitaine est expérimentatrice (DCC-DMP).

5.1.5. Organiser l'offre de soins de support et de soins palliatifs.

Tous les patients atteints de cancer doivent, quel que soit leur lieu de prise en charge, avoir accès à des soins de support. Ils nécessitent une approche globale des patients et répondent à des besoins concernant principalement la douleur, les problèmes nutritionnels, les difficultés sociales, la souffrance psychique, l'accompagnement de fin de vie. Les besoins en soins de support doivent être évalués à tout moment de la prise en charge des patients, dès la réunion de concertation pluridisciplinaire. Les centres de coordination en cancérologie doivent identifier et formaliser une information pour les patients sur l'accès aux soins de support (dont la douleur, la nutrition, le social, les modalités d'accès à un soutien psychologique, y compris au domicile, les soins palliatifs).

5.1.6. Les soins de support doivent pouvoir être mis en œuvre aussi bien en intra-hospitalier qu'au domicile sans discontinuité. Cela suppose de pouvoir coordonner ces soins au niveau du territoire, qu'il soit départemental ou infra-départemental, via des interventions de professionnels à partir d'établissements de santé, en lien avec une organisation départementale de soins de support. Les modalités de coopération et de mutualisation entre les équipes de soins palliatifs et les équipes de soins de support devront être étudiées au niveau de chaque territoire de santé en associant l'ensemble des acteurs concernés.

L'organisation de la prise en charge de la douleur dans le domaine de la cancérologie doit répondre à certaines recommandations : tout établissement prenant en charge des patients atteints de cancer doit mettre en œuvre une organisation de la prise en charge de la douleur ; pour toute prise en charge d'un patient présentant une douleur réfractaire insuffisamment calmée, une consultation douleur pluridisciplinaire doit être sollicitée, soit sur place, soit par convention ; les consultations de recours au niveau régional doivent être organisées dans le cadre du pôle régional de cancérologie ; la diffusion de référentiels auprès des centres de coordination en cancérologie doit être assurée.

Indicateurs : Nombre de 3C ayant identifié ou formalisé une information pour les patients sur l'accès aux soins de support, cahier des charges des interventions en soins de support et organisation par territoire de santé.

5.2. Coordination des prises en charge de proximité.

La place et le rôle du médecin généraliste doivent être reconnus et renforcés : transmission des informations utiles dans un délai correct selon un mode sécurisé, liens avec le(s) référent(s) des soins en cancérologie tout au long du parcours du patient, accès à un annuaire des acteurs concernés, modalités de travail à définir avec le centre de coordination en cancérologie et avec le réseau territorial lorsqu'il existe.

Les expérimentations visant à accroître l'implication des médecins de ville dans le suivi des patients doivent être confortées et développées.

L'ensemble des acteurs potentiels intervenant dans la prise en charge sanitaire mais aussi sociale, diététique, psychologique… devront collaborer en fonction des besoins repérés et réévalués régulièrement. Action mise en œuvre par les centres de coordination en cancérologie en lien avec un réseau polyvalent de proximité chargé de la coordination des prises en charge au domicile, et le réseau associatif, voire l'organisation en pôles de santé ou maisons de santé pluridisciplinaires.

Indicateurs : Convention (ou autre modalité) de collaboration entre 3C et réseau polyvalent de proximité, projets locaux de santé incluant la thématique cancer, Tableau de bord des 3C.

5.3. Faciliter l'accès aux structures de prise de charge des addictions, facteurs de risque de développement de certains cancers et former les professionnels sur le thème des addictions.

Les produits addictifs tels le tabac, l'alcool et le cannabis sont connus pour leur implication dans le risque de survenue de certains cancers. Il convient donc de faciliter l'accès à des structures de prise en charge de ces addictions, au sein de l'établissement de santé lui-même ou au sein du territoire et de développer la formation des professionnels sur ce thème.

Indicateur : Conventions (ou autres modalités de collaboration) avec les structures de prise en charge des addictions, coordonnées reportées sur le PPS, dans les annuaires de correspondants des 3C, nombre de formations sur les addictions.

Objectif 6 : Développer des actions de prévention des conduites à risque (addictions, nutrition) et des risques environnementaux, dont l'impact est déterminant pour l'incidence de certains cancers (avec une attention particulière pour les jeunes et les publics en situation de précarité) ;

Indicateur : Nombre d'actions réalisées par territoire de santé (cf. SRP).

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Niveau de proximité

Prise en charge multidisciplinaire coordonnée par un réseau polyvalent de proximité en lien avec les 3C, autour du médecin traitant.

Niveau territoire de santé

Sous réserve que les critères réglementaires, les critères d'agrément de l'INCa et les conditions techniques de fonctionnement soient respectés ou satisfaits, privilégier un accès au plus près du malade pour :

- la dispensation des traitements :
  > par chimiothérapie (établissement autorisé ou associé)
- les soins de support et les soins palliatifs (lits identifiés)
- la prise en charge de la douleur chronique

Prévoir, par territoire de santé au moins une offre sans dépassement d'honoraires pour chaque pratique thérapeutique relevant de l'activité de soins de traitement du cancer (chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer, radiothérapie externe, utilisation des radioéléments en sources non scellées, chirurgie des cancers pour chaque spécialité)

Prévoir, par territoire de santé :

- au moins un établissement autorisé pour les chimiothérapies ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer, hors traitement des hémopathies malignes
- au moins un établissement prenant en charge le traitement des hémopathies malignes (autorisé ou associé)
- au moins un établissement autorisé pour la chirurgie des cancers des pathologies mammaires, digestives, urologiques, gynécologiques, ORL et maxillo-faciales, du thorax, et autres, non soumises à seuil (thyroïde, dermatologie, orthopédie, ophtalmologie …),
- au moins un établissement autorisé en SSR spécialisés en oncologie
- un moins une structure d'HAD avec capacité de mettre en œuvre des traitements par chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer (établissement autorisé ou associé), et les soins palliatifs
- au moins un établissement autorisé pour les traitements par radioéléments en sources non scellées (traitements réalisés en ambulatoire, hors traitements nécessitant une hospitalisation en chambre protégée)
- au moins un centre de coordination en cancérologie (3C)
- au moins une organisation des soins de support et des soins palliatifs dont une unité de soins palliatifs, une unité ou une consultation pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique, une organisation départementale de coordination des soins de support et des soins palliatifs au moins un établissement autorisé pour la pratique de la radiothérapie externe (un centre de radiothérapie par 3C)

Niveau régional

- un pôle régional mettant en œuvre des missions hautement spécialisées : recours, expertise, recherche clinique, innovation, plateforme régionale de génétique moléculaire, plateau technique de radiothérapie de haute technicité, centres d'essais précoces, sites de recherche intégrés en cancérologie)
- centres experts tumeurs rares
- un réseau régional de cancérologie intégrant la problématique des soins de support (dont les soins palliatifs)
- un réseau régional spécifique de cancérologie pédiatrique

Prévoir :

- pour la chirurgie des cancers
  > une filière de prise en charge spécifique de chaque tumeur rare,
  > une filière de prise en charge spécifique des cancers des enfants et adolescents (1 centre de référence en cancérologie pédiatrique)
- pour la radiothérapie externe
  > le maintien et le développement des techniques spéciales d'irradiation
- pour l'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées
  > la filière de prise en charge des patients nécessitant une hospitalisation en chambre protégée
- pour la curiethérapie
  > une implantation supplémentaire en sus des 3 implantations déjà existantes
- pour la prise en charge des hémopathies malignes
  > des chambres équipées de traitement d'air et de contrôle de l'air en service d'hématologie

Niveau interrégional

RCP interrégionale ou nationale avec relais local au niveau du pôle régional de recours (tumeurs rares, onco-pédiatrie)

Schéma cible Implantations

Pour chaque pratique thérapeutique soumise à autorisation dans le cadre de l'activité de soins de traitement du cancer, le nombre d'implantations pourra évoluer au regard du respect des seuils d'activité, des critères réglementaires, des critères d'agrément de l'INCa, et de la qualité et la sécurité des soins, dans une recherche de mutualisation des ressources disponibles.

Lorsque l'activité de soins de traitement du cancer est regroupée au sein d'un pôle hospitalier unique regroupant des établissements différant par leur statut juridique, sans que les autorisations soient portées par un GCS, le maintien des autorisations ou l'attribution d'une autorisation supplémentaire en chirurgie carcinologique est conditionnée par :

> Le respect des critères réglementaires et des critères d'agrément de l'INCa par chaque établissement constituant le pôle ;

> le respect du seuil d'activité minimale annuelle pour chaque pratique thérapeutique concernée et par établissement autorisé au sein du pôle ;

> l'existence concrète d'une organisation basée sur un projet médical commun entre les établissements constituant le pôle, projet incluant notamment :

- la permanence et la continuité des soins pour chaque pratique thérapeutique autorisée relevant de l'activité de soins de traitement du cancer,
- la qualité et la sécurité des soins,
- l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) dépendant du même centre de coordination en cancérologie (3C commun) lorsqu'une activité de soins de traitement du cancer est commune à au moins deux des établissements du pôle,

> l'accès aux soins de support (dont la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs) pour chaque établissement du pôle.

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations -Nombre d'implantations-	Création / Suppression Recomposition
Dordogne		
Chirurgie : Cf. Tableau infra chirurgie sein : 4 implantations chirurgie digestive : 4 implantations chirurgie urologique : 3 implantations chirurgie gynécologique : 3 implantations chirurgie ORL et maxillo-faciale : 2 implantations	Chirurgie : chirurgie sein : 2 à 3 implantations chirurgie digestive : 3 à 4 implantations chirurgie urologique : 2 à 3 implantations chirurgie gynécologique : 2 implantations chirurgie ORL et maxillo-faciale : 2 implantations chirurgie non soumise à seuil : 2 implantations *[chirurgie thoracique : 1 implantation[1]]	chirurgie sein : -1 à -2 chirurgie digestive : 0 à -1 chirurgie urologique : 0 à -1 chirurgie gynécologique : - 1 chirurgie non soumise à seuil : autres : + 2 *[chirurgie thoracique : + 1[1]]
Chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer : CH Bergerac CH Périgueux Polyclinique Francheville	Chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer : 3 implantations	
Radiothérapie externe : SELARL Imagerie Médicale Radiothérapie Oncologie de Dordogne	Radiothérapie externe : 1 implantation	
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées : traitements réalisés en ambulatoire : SARL Imagerie Nucléaire Francheville	Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées : traitements réalisés en ambulatoire : 1 implantation	

[1] *Sous réserve de l'atteinte de deux conditions :*
- la réalisation d'une prévision d'activité conforme avec les volumes attendus par l'INCA,
- la formalisation de partenariats locaux entre les acteurs impliqués en cancérologie et avec le centre régional de référence en la matière.

 **[Modification apportée par arrêté du 23 janvier 2014]*

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations	Création / Suppression Recomposition
Gironde		
Centre de référence en cancérologie pédiatrique : CHU Bordeaux (R)	Centre de référence en cancérologie pédiatrique : 1 implantation (R)	
Chirurgie : Cf. Tableau infra chirurgie sein : 14 implantations chirurgie digestive : 14 implantations chirurgie urologique : 11 implantations chirurgie gynécologique : 12 implantations chirurgie ORL et maxillo-faciale : 9 implantations chirurgie thoracique : 3 implantations chirurgie non soumise à seuil : 5 implantations dont 2 (R) Hors SROS : Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué – Villenave d'Ornon (chirurgie digestive et ORL et maxillo-faciale)	Chirurgie : chirurgie sein : 11 à 13 implantations *[chirurgie digestive : 13 à 14 implantations] chirurgie urologique : *[9 à 12 implantations] chirurgie gynécologique : 11 à 12 implantations chirurgie ORL et maxillo-faciale : 6 à 8 implantations *[chirurgie thoracique : 2 implantations] chirurgie non soumise à seuil : 9 à 10 implantations dont 2 (R)	*[(1)chirurgie sein : -3 à -1] *[chirurgie digestive : -1 à 0] chirurgie urologique : *[+1] (1)chirurgie gynécologique : -1 à 0 chirurgie ORL et maxillo-faciale : -3 à -1 (dont 1 par transformation en autres « thyroïde ») *[chirurgie thoracique] chirurgie non soumise à seuil : +4 à +5 (1) Dans les zones géographiques en situation de fragilité et les territoires ayant engagé une démarche de coopération public-privé (GCS de moyens par exemple), il est préconisé de regrouper les activités de chirurgie carcinologique gynécologique et du sein avec celle d'obstétrique.
Chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer : CHU Bordeaux Institut Bergonié – Bordeaux Clinique Tivoli – Bordeaux Polyclinique Bordeaux-Nord Aquitaine – Bordeaux Maison de Santé Protestante Bordeaux-Bagatelle – Talence Polyclinique Jean Villar – Bruges Polyclinique Bordeaux Rive Droite – Lormont CH Libourne Clinique d'Arcachon – Arcachon Clinique Sainte-Anne – Langon Hors SROS : Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué – Villenave d'Ornon	Chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer : 8 à 10 implantations	
Radiothérapie externe : Institut Bergonié – Bordeaux SDF des Drs BONICHON, LAMICHHANE et JAUBERT – Bordeaux MSP Bordeaux-Bagatelle – Talence Radiothérapie Bordeaux-Nord – Bordeaux CH Libourne	Radiothérapie externe : 5 implantations	
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées : Traitements réalisés en ambulatoire : CHU Bordeaux, Institut Bergonié, Bordeaux Polyclinique Bordeaux-Nord Aquitaine – Bordeaux Traitements nécessitant une hospitalisation en chambre protégée : CHU Bordeaux(R), Institut Bergonié (R)	Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées : Traitements réalisés en ambulatoire : 3 implantations Traitements nécessitant une hospitalisation en chambre protégée : 2 implantations (R)	
Curiethérapie : 4 implantations	Curiethérapie : 4 implantations	
Reconnaissance contractuelle Chambres équipées de traitement d'air et de contrôle de l'air en hématologie : 2 implantations (R)	Reconnaissance contractuelle Chambres équipées de traitement d'air et de contrôle de l'air en hématologie : 2 implantations (R)	

(R) : Recours régional

[Modification apportée par arrêté du 7 janvier 2015] *[Modification apportée par arrêté du 22 décembre 2015]*

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations -Nombre d'implantations-	Création / Suppression Recomposition
Landes		
Chirurgie : Cf. Tableau infra chirurgie sein : 3 implantations chirurgie digestive : 4 implantations chirurgie urologique : 3 implantations chirurgie gynécologique : 3 implantations chirurgie ORL et maxillo-faciale : 2 implantations	Chirurgie : chirurgie sein : 3 implantations chirurgie digestive : 3 à 5 implantations chirurgie urologique : 3 implantations chirurgie gynécologique : 2 implantations chirurgie ORL et maxillo-faciale : 1 implantation *[chirurgie non soumise à seuil : 3 implantations]	chirurgie digestive : -1 à +1 chirurgie gynécologique : -1 chirurgie ORL et maxillo-faciale - 1 (par transformation en autres « thyroïde ») *[Chirurgie non soumise à seuil : +3]
Chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer : CH Dax CH Mont-de-Marsan	Chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer : 2 implantations	
Radiothérapie externe : CH Dax	Radiothérapie externe : 1 implantation	
	Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées : traitements réalisés en ambulatoire : 1 implantation	Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées : traitements réalisés en ambulatoire : +1
Lot et Garonne		
Chirurgie : Cf. Tableau infra chirurgie sein : 5 implantations chirurgie digestive : 5 implantations chirurgie urologique : 2 implantations chirurgie gynécologique : 3 implantations chirurgie ORL et maxillo-faciale : 1 implantation chirurgie thoracique : 1 implantation Chirurgie non soumise à seuil : 3 implantations	Chirurgie : *[chirurgie sein : 4 implantations] *[chirurgie digestive : 4 implantations] chirurgie urologique : 2 implantations chirurgie gynécologique : 2 implantations chirurgie ORL et maxillo-faciale : 1 implantation chirurgie thoracique : 1 implantation Chirurgie non soumise à seuil : 3 implantations	*[chirurgie sein : -1] *[chirurgie digestive : -1] chirurgie gynécologique : -1
Chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer : CH Agen Clinique Calabet – Agen CH Villeneuve-sur-Lot	Chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer : 3 implantations	
Radiothérapie externe : Centre de Radiothérapie de Moyenne Garonne Agen	Radiothérapie externe : 1 implantation	
	Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées : (traitements réalisés en ambulatoire : 1 implantation	Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées : traitements réalisés en ambulatoire : + 1

*[Modification apportée par arrêté du 28 janvier 2013]
*[Modification apportée par arrêté du 7 janvier 2015]

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations -Nombre d'implantations-	Création / Suppression Recomposition
Béarn et Soule		
Chirurgie : Cf. Tableau infra chirurgie sein : 4 implantations chirurgie digestive : 5 implantations chirurgie urologique : 2 implantations chirurgie gynécologique : 2 implantations chirurgie ORL et maxillo-faciale : 3 implantations chirurgie thoracique : 2 implantations chirurgie non soumise à seuil : 1 implantation	Chirurgie : chirurgie sein : 2 à 3 implantations chirurgie digestive : 4 à 5 implantations chirurgie urologique : 2 implantations chirurgie gynécologique : 2 implantations chirurgie ORL et maxillo-faciale : 3 implantations chirurgie thoracique : 2 implantations chirurgie non soumise à seuil : 1 implantation	chirurgie sein : -2 à -1 chirurgie digestive : -1 à 0
Chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer : CH Pau Polyclinique Marzet – Pau	Chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer : 2 implantations	
Radiothérapie externe : SCM Béarn Bigorre – Pau	Radiothérapie externe : 1 implantation	
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées : traitement réalisé en ambulatoire CH Pau	Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées : traitements réalisés en ambulatoire : 1 implantation	
Navarre – Côte basque		
Chirurgie : Cf. Tableau infra chirurgie sein : 4 implantations chirurgie digestive : 6 implantations chirurgie urologique : 5 implantations chirurgie gynécologique : 4 implantations chirurgie ORL et maxillo-faciale : 2 implantations chirurgie thoracique : 2 implantations	Chirurgie : chirurgie sein : 3 implantations chirurgie digestive : 4 à 5 implantations *[chirurgie urologique : 2 implantations] chirurgie gynécologique : 2 implantations chirurgie ORL et maxillo-faciale : 2 implantations chirurgie thoracique : 2 implantations chirurgie non soumise à seuil : 2 à 3 implantations	chirurgie sein : -1 chirurgie digestive : -2 à -1 *[chirurgie urologique : -3] chirurgie gynécologique : -2 chirurgie non soumise à seuil : 2 à 3 implantations Le nombre d'implantations tient compte du regroupement des établissements CAPIO
Chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer : CHIC Côte basque – Bayonne Polyclinique d'Aguiléra – Biarritz Polyclinique Côte basque Sud – St Jean de Luz Clinique Paulmy – Bayonne	Chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer : 3 à 4 implantations	Chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer : -1 à 0
Radiothérapie externe : Centre d'Oncologie et de Radiothérapie de Haute Energie du Pays Basque – Bayonne	Radiothérapie externe : 1 implantation	
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées : traitements réalisés en ambulatoire et traitements nécessitant une hospitalisation en chambre protégée) CHIC Côte basque – Bayonne	Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées : (traitements réalisés en ambulatoire et traitements nécessitant une hospitalisation en chambre protégée) : 1 implantation	
Reconnaissance contractuelle : Chambres équipées de traitement d'air et de contrôle de l'air en hématologie : 1 implantation (R)	Reconnaissance contractuelle : Chambres équipées de traitement d'air et de contrôle de l'air en hématologie : 1 implantation (R)	

(R) : Recours régional

*[Modification apportée par arrêté du 7 janvier 2015]

4.
INDICATEURS DE SUIVI DU GUIDE SROS

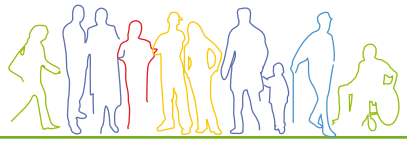
> Part des séjours de médecine en cancérologie en hospitalisation de jour

> Part des séjours en cancérologie en HAD pour des traitements curatifs du cancer (poursuite de traitement de chimio-thérapie)

> Part de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements dits associés (indicateur CPOM)

BILAN DES AUTORISATIONS EN CHIRURGIE DES CANCERS - 30 JUIN 2011

Etablissement	Ville	Chirurgie soumise à seuil					
		Mammaire	Digestive	Urologique	Gynécologique	ORL et maxillo-faciale	Thoracique
CH Samuel Pozzi	Bergerac		1				
CH Périgueux	Périgueux	1	1	1	1	1	
Polyclinique Francheville	Périgueux	1	1	1	1	1	
Clinique Pasteur	Bergerac	1	1	1	1		
Clinique du Parc	Périgueux	1					
TOTAL DORDOGNE	TOTAL	4	4	3	3	2	0
Clinique Bel Air	Bordeaux			1			
Clinique Saint-Augustin	Bordeaux			1		1	
Clinique Tivoli	Bordeaux	1	1	1	1	1	
Clinique d'Arcachon	Arcachon	1		1		1	
Polyclinique Bordeaux Rive Droite	Lormont	1	1	1	1		
Polyclinique Bordeaux-Nord Aquitaine	Bordeaux	1	1	1	1	1	1
Hôpital Privé Saint-Martin	Pessac	1			1		
Clinique Sainte-Anne	Langon	1	1				
Centre Médico-Chirurgical	Arès	1	1		1		
Polyclinique Jean Villar	Bruges	1	1	1	1		
Clinique Chirurgicale du Libournais	Libourne		1	1			
Clinique Saint-Antoine de Padoue	Bordeaux	1					
Clinique Tourny	Bordeaux					1	
Maison de Santé Protestante Bordeaux-Bagatelle	Talence	1	1		1		
CHU de Bordeaux	Talence	1	1	1	1	1	1
CH Jean Hameau	La Teste-de-Buch		1		1		
CHIC Sud Gironde	Langon				1		
CH Robert Boulin	Libourne	1	1	1	1	1	
Institut Bergonié	Bordeaux	1	1		1	1	1
Clinique Mutualiste du Médoc	Lesparre	1	1				
Clinique Mutualiste de Pessac	Pessac		1			1	
TOTAL GIRONDE	TOTAL	14	14	10	12	9	3
Clinique Saint-Vincent de Paul	Dax		1	1			
Clinique des Landes	St Pierre de Mont	1	1	1	1	1	
CH Mont de Marsan	Mont-de-Marsan	1	1	1	1	1	
CH Côte d'Argent	Dax	1	1		1		
TOTAL LANDES	TOTAL	3	4	3	3	2	0
CH Agen	Agen	1	1				
CH Saint-Cyr	Villeneuve-sur-Lot	1	1		1		
Clinique de Villeneuve	Villeneuve-sur-Lot	1	1	1	1		
CHIC Marmande-Tonneins	Marmande	1	1				
Clinique Esquirol Saint-Hilaire	Agen	1	1	1	1	1	1
TOTAL LOT-ET-GARONNE	TOTAL	5	5	2	3	1	1
Polyclinique Marzet	Pau	1	1	1		1	1
Polyclinique de Navarre	Pau	1	1	1	1	1	
Clinique Labat	Orthez		1				
CH Oloron Sainte-Marie	Oloron Sainte-Marie	1	1				
CH Pau	Pau	1	1		1	1	1
TOTAL BEARN-SOULE	TOTAL	4	5	2	2	3	2
Polyclinique d'Aguiléra	Biarritz	1	1	1			
Polyclinique Côte Basque Sud	Saint-Jean-de-Luz		1	1	1		
CHIC de la Côte Basque	Bayonne	1	1	1	1		1
Clinique Saint-Etienne et du Pays Basque	Bayonne		1	1		1	1
Clinique Lafargue	Bayonne	1			1	1	
Clinique Lafourcade	Bayonne	1	1	1	1		
Clinique Paulmy	Bayonne		1				
TOTAL NAVARRE-COTE BASQUE	TOTAL	4	6	5	4	2	2
	TOTAL AQUITAINE	*34*	*38*	*25*	*27*	*19*	*8*



CHAPITRE 12.

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES

L'activité clinique de consultation de génétique n'est pas concernée par les autorisations à délivrer mais est essentielle à prendre en compte. Elle a comme objectif de porter un diagnostic dès lors qu'une maladie génétique est suspectée, d'orienter le patient en cas de confirmation et d'identifier les personnes dans l'entourage du patient potentiellement porteuses de l'anomalie génétique. Il appartient au patient d'informer ses proches. Dès lors qu'un individu est identifié comme porteur d'une anomalie génétique se pose la question de la transmission transgénérationnelle et de l'accompagnement nécessaire. Une orientation peut être proposée vers les activités d'assistance médicale à la procréation (AMP) ou de diagnostic prénatal (DPN). Le diagnostic prénatal intègre aussi le dépistage des maladies génétiques chez des femmes à risque (envisageant une grossesse ou enceintes) (cf. chapitre « périnatalité »).

Dès lors que le diagnostic concerne une pathologie cancéreuse, on parle d'ONCOGENETIQUE ; les autres pathologies relèvent de la terminologie de GENETIQUE POST-NATALE. On intègre aussi dans ce schéma, la PHARMACOGENETIQUE qui a comme objet d'identifier la susceptibilité individuelle de certains patients à développer des réactions indésirables graves ; en effet, cette discipline, relevant actuellement de la recherche, devrait connaître des applications concrètes dans le cadre des activités cliniques pendant la durée du SROS.

Le cadre des autorisations concerne actuellement uniquement les laboratoires réalisant les analyses qui confirment le diagnostic suspecté cliniquement. On distingue 2 types de techniques 1) la cytogénétique et 2) la biologie moléculaire.

Principaux textes de référence :

> 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 :

1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

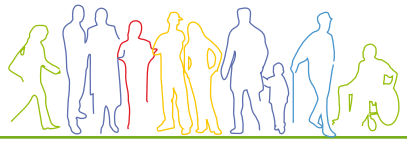
Offre de Soins et données d'activité
Le niveau de recours régional recouvre 3 types d'activités de soins :
A. La génétique post-natale
B. L'oncogénétique constitutionnelle
C. La pharmacogénétique

		Clinique (N consultations de génétique, 2010)	Biologie Laboratoires autorisés en 2011 (N examens, 2010)	
			Cytogénétique	Biologie moléculaire
Génétique post-natale	CHU	oui * (3000 consultations)	oui * (343 caryotypes)	oui * (1469 examens)
	Laboratoire Bioffice, Bordeaux	oui (796 consultations)	oui (975 caryotypes)	-
Oncogénétique	CHU	oui * (154 consultations)	-	
	CLCC IB	oui (807 consultations)	-	oui (1385 examens)
Pharmacogénétique	CHU			oui
	CLCC IB			oui

* Service de génétique médicale, au CHU de Bordeaux sur le site de Pellegrin. Ce service fédère les ressources en génétique au sein du CHU tant sur le plan clinique que sur le plan biologique. Il s'agit à la fois d'un service à vocation régionale et nationale pour le diagnostic et la prise en charge de certaines maladies rares.

Points de vigilance

1. Dans le domaine de la génétique, les connaissances scientifiques sont très évolutives. L'appropriation de cette information apparaît difficile pour les professionnels de santé et les usagers du système de santé. Il en découle la possibilité d'écarts dommageables concernant le recours aux examens de génétique : recours tardif ou absent (perte de chance) ; recours inapproprié suscitant angoisse et dépenses injustifiées.
2. Au regard de l'augmentation des besoins (ce dont témoigne l'augmentation des examens et des consultations pour la génétique post-natale comme pour l'oncogénétique), on constate une relative stagnation des moyens humains et des perspectives de recrutement limitées, en partie dues à la complexité de la formation.
3. Cependant, la demande de tests en génétique paraît sujette à inflation, notamment en génétique post-natale, d'autant que les tests de génétique des malades peuvent être prescrits par des médecins non généticiens. Il n'y pas de dispositif de régulation prévu par les textes. Dans ces conditions, le seul mécanisme régulateur risque d'être budgétaire.
4. En oncogénétique, et malgré une progression importante au cours de dernières années, l'Aquitaine se situe parmi les régions françaises ayant le plus faible taux de consultations.
5. Le maintien des activités de cytogénétique pourrait être remis en question : la cytogénétique connaît en effet une diminution tendancielle du nombre de caryotypes, aggravée par la concurrence de laboratoires extrarégionaux ; cette diminution en volume de l'activité de laboratoire pourrait entraîner une perte des cliniciens experts en cytogénétique. Cette perte aurait aussi des conséquences sur l'organisation du diagnostic pré-natal.
6. On constate une sur-représentation de la population de Gironde dans les files actives de patients, surtout pour la génétique post-natale ; d'où on peut faire l'hypothèse d'une hétérogénéité de l'accessibilité selon le département de résidence du patient. Ces éléments sont à rapprocher de l'absence ou de la faiblesse des consultations avancées liées : à la limitation actuelle des ressources humaines support de l'expertise, à l'absence de suivi de cet indicateur par les équipes, au degré d'intégration des équipes de génétique au sein de réseaux de professionnels.
7. La lisibilité du dispositif doit être améliorée. Des relais nationaux d'information (Orphanet, Institut National du Cancer) existent mais il n'existe pas de relais régional centralisant les informations sur les consultations et laboratoires de génétique en Aquitaine. La coordination des acteurs, y compris des associations de soutien aux malades, doit être confortée. Il n'existe pas de système d'information permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge des personnes porteuses de gènes pathologiques et la mise en parallèle avec les données épidémiologiques régionales.



2.
OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Développer l'information des malades, de leurs familles et du public :

Conforter la mission des associations de malades dans leur mission d'information des citoyens et de soutien aux malades et à leurs familles ; promouvoir auprès du public des campagnes médiatiques d'information.

Objectif 2 : Développer la coopération entre professionnels et établissements de santé en vue de garantir une offre de soins graduée en Aquitaine et en inter-région :

> Améliorer la lisibilité de l'offre de soins en génétique post-natale et en oncogénétique, auprès des professionnels de santé, par l'identification des acteurs et des filières de prise en charge.

> Identifier dans chaque territoire de sante, un professionnel de santé et/ou une équipe, d'une part en tant que référent adulte et, d'autre part en tant que référent pédiatrique. Ce dispositif devra privilégier le regroupement des professionnels exerçant au sein des établissements de santé développant l'activité en rapport avec le domaine d'expertise de génétique sur chaque territoire de santé.

> Définir les indications de sollicitation du niveau expert. Il est nécessaire de mieux encadrer la prescription des tests génétiques afin d'éviter les prescriptions inappropriées et de favoriser les orientations justifiées. Il est donc recommandé de mettre en œuvre tout moyen susceptible d'analyser la pertinence des prescriptions et d'informer les prescripteurs de cette analyse par la création de conditions formelles d'un dialogue entre professionnels de santé prescripteurs (spécialistes d'organes, oncologues,…) et effecteurs (généticiens).

> Mettre en place une organisation dans les services d'expertise permettant de répondre aux demandes des professionnels de santé (procédure rapide de rendez-vous en cas d'urgence ; plages horaires dédiées permettant un contact avec un expert en génétique,…) et communiquer sur ce dispositif de conseil.

> Intégrer l'expertise en génétique dans le réseau de cancérologie et dans le réseau périnatalité.

> Veiller à l'articulation de l'activité avec les filières de prise en charge des maladies rares et du cancer.

> Dynamiser la mutualisation des activités entre centres de génétique au sein de l'inter-région Sud-Ouest.

Objectif 3 : Garantir l'accès à une expertise en génétique dans l'ensemble du territoire régional en augmentant l'offre de consultations en génétique :

3.1. Pour l'oncogénétique, doubler en 3 ans le taux de consultations d'oncogénétique pour 100 000 habitants (passer à 60 /100 000 habitants au lieu de 30 actuellement) dans l'optique de rattraper le retard de l'Aquitaine par rapport à la moyenne des régions françaises.

3.2. Diversifier les modes de consultations par le développement de consultations délocalisées.

Au plus tard début 2012, un document prévisionnel devra proposer un plan de développement des consultations délocalisées pour l'Aquitaine selon une stratégie de déploiement géographique. S'il est souhaitable à terme de pouvoir offrir des consultations de génétique dans tous les territoires de santé, en priorité, ce développement devra cibler le sud de la région en privilégiant le principe d'une mise en coopération des établissements sur les territoires concernés (territoires de santé des Landes, Béarn et Soule, Navarre Côte basque). A une phase ultérieure, la pertinence et la faisabilité d'organiser au moins une consultation délocalisée dans chacun des territoires devront être précisées.

3.3. Favoriser la mise en place d'une mutualisation de moyens entre génétique post-natale et prénatale, voire oncogénétique, pour le déploiement de ces consultations, notamment en ce qui concerne les conseillers en génétique.

3.4. Afin de ne pas disperser des ressources rares, les professionnels experts en génétique dévolus à ces consultations avancées seront affectées de façon privilégiée au sein des équipes existantes (CHU, CLCC Bergonié), si nécessaire via des postes à vocation régionale.

Objectif 4 : Veiller à la pérennisation de l'activité clinique et biologique en génétique en Aquitaine :

4.1. Les structures d'expertise en génétique doivent maintenir leur effort pour développer des actions de formation initiale et continue des professionnels de santé, en s'appuyant sur tous les réseaux constitués (réseaux de soins existants ; Collèges professionnels, Université, Union Régionale des Professionnels de Santé, Ordres,…). Ces professionnels sont au premier chef les médecins, mais d'autres professionnels de santé sont aussi à cibler : notamment biologistes des laboratoires de biologie médicale, infirmier(e)s, chirurgiens-dentistes….

4.2. Développer une démarche prospective de formation des spécialistes en génétique par la mise en place d'une cellule de conseil au sein du pôle régional d'expertise, associant l'Université et l'ARS afin d'anticiper les besoins de la région et d'accompagner le développement de la discipline ; l'ensemble des professionnels intervenant au niveau d'expertise est concerné : cytogénéticiens, généticiens moléculaires, ingénieurs, techniciens, conseillers en génétique.

4.3. Apporter une attention particulière au remplacement des départs programmés (retraite) des médecins généticiens.

4.4. Accompagner l'évolution nécessaire des moyens humains (médecins généticiens, biologistes en génétique, conseillers en génétique, psychologues, techniciens, ingénieurs) et techniques (moyens matériels).

4.5. Privilégier le niveau d'expertise régional en cytogénétique pour la réalisation des analyses chromosomiques de façon à garantir le maintien de l'expertise clinique apportée par les médecins généticiens également biologistes, et favoriser les coopérations entre laboratoires au niveau régional.

Objectif 5 : Évaluer le fonctionnement du dispositif d'offre de soins en génétique :

5.1. Mettre en place sous l'impulsion des services de recours régional, les outils de recueil et d'analyse qui permettront notamment a) d'apprécier en routine l'accessibilité des populations aux examens de génétique, par territoire de santé de résidence ou tout autre facteur pertinent, b) d'avoir une approche épidémiologique à l'échelon régional, c) d'identifier les difficultés concernant les filières de prise en charge afin de pouvoir y apporter correction.

5.2. Instaurer un comité technique régional « Génétique » associant notamment les services de recours régional et l'ARS en vue de procéder à des bilans réguliers, favoriser la mutualisation des ressources et la cohérence des projets entre structures porteuses de l'expertise, à des ajustements d'allocations de ressources.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social)

Objectif 6 : Mettre en place une politique de soutien des associations d'aide aux malades.

3.
SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Territoire de proximité
> Information, formation des professionnels de santé (médecins, dentistes, infirmières libérales, pharmaciens, biologistes)
> Information des usagers du système de santé
> Coopération inter-laboratoires de biologie médicale
Territoire de santé
> Identification d'une équipe référente « support » dans chaque territoire de santé (pertinence des prescriptions, des examens complémentaires en génétique, mise en place de consultations avancées de génétique avec approche pluridisciplinaire en lien avec les ressources en spécialités médicales du territoire de santé
Niveau régional (recours)
Le niveau de recours régional recouvre les activités cliniques et biologiques en matière de génétique post-natale, d'oncogénétique constitutionnelle et de pharmacogénétique Organise en lien avec les territoires de santé des consultations avancées

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations -Nombre d'implantations-	Création / Suppression Recomposition
Aquitaine (recours)		
Laboratoires de biologie médicale autorisés pour : Analyses de cytogénétique, y compris moléculaire : 2 implantations : CHU, Laboratoire de biologie médicale SELAFA «BIOFFICE» Analyses de génétique moléculaire : 5 implantations : CHU (2 implantations sur le site Pellegrin et 2 implantations Haut Lévêque, Institut Bergonié Analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'outil de biologie moléculaire» : 1 implantation : CHU	Laboratoires de biologie médicale autorisés pour : Analyses de cytogénétique, y compris moléculaire : 2 implantations Analyses de génétique moléculaire : 6 implantations Analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'outil de biologie moléculaire : 1 implantation	Analyses de génétique moléculaire : +1 implantation pour la pharmacogénétique

4.
INDICATEURS DE SUIVI DU GUIDE DU SROS

> 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.

CHAPITRE 13.
IMAGERIE MEDICALE

L'imagerie médicale recouvre dans le présent chapitre les examens réalisés sur les équipements matériels lourds d'imagerie soumis à autorisation : caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographie à émissions, caméras à positons ; appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ; scanographe à utilisation médicale ; cyclotrons à utilisation médicale.

Principaux textes de référence :

Code de la santé publique, notamment article R. 6122-26, Circulaires n° 2002-242 du 22 avril 2002 relative aux modalités d'implantation des tomographes à émission de positions (TEP) et des caméras à scintillation munies d'un détecteur d'émission à positions (TEDC) et n° 2002-250 du 24 avril 2002 relative aux recommandations pour le développement de l'imagerie en coupe par scanner et IRM.

Instruction CNAMTS/DGOS/R3/2011du 27 avril 2011 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale en 2010-2011

1.
ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Offre de Soins

Les implantations prévues au SROS 3 ont été autorisées et installées comme suit au 30 septembre 2011 :

> IRM : 32 à 44 implantations prévues, 43 appareils autorisés et 31 effectivement installés, auxquelles il faut ajouter le scanner de l'hôpital Robert Picqué

>Scanner : 46 à 52 implantations prévues ; 51 appareils autorisés, auxquels il faut ajouter le scanner de l'hôpital Robert Picqué, 46 installés,

> TEP : au 1er octobre 2011, sur les 5 implantations autorisées, 4 sont installés,

> Gamma-Caméras : 9 implantations prévues au SROS 3 ont été autorisées et 23 caméras installées (rappelons qu'une implantation en ce qui concerne la médecine nucléaire inclut au minimum deux caméras), 3 gamma-caméras sont en projet (2 à Mont-de-Marsan et 1 à Agen).

> 1 cyclotron à utilisation médicale

Le SROS 3 a permis le développement des appareils IRM, favorisant la substitution d'examens entre les actes réalisés par scanners et ceux réalisés par IRM. Cette progression s'est inscrite dans la volonté de regroupement des nouveaux appareils autorisés, en adossant les IRM à un scanner. La progression du nombre de TEP a permis de rattraper une partie du retard pris par l'Aquitaine dans le développement de cette technologie, mais des perspectives d'évolution sont incluses au sein du SROS-PRS.

Points de vigilance

1. Un taux d'équipement satisfaisant à améliorer par l'installation effective des matériels autorisés en veillant à une répartition mieux équilibrée entre les territoires.

1.1 Un délai important entre la date d'autorisation des équipements et la date de mise en service : 6 scanners et 12 IRM ne sont pas installés.

1.2 La répartition des équipements est inégale entre les territoires au regard de la population desservie. Le SROS PRS devra prendre en compte cet élément, tout en le pondérant avec l'état des lieux de la démographie médicale. En effet, au-delà d'un équilibre territorial, il s'agit de prévoir les conditions de fonctionnement de ces appareils.

2. L'étude sur les « Délais d'attente pour un rendez-vous IRM 2011 » réalisée par Cemka Eval pour Imagerie Santé Avenir indique que l'Aquitaine se situe parmi les régions où les délais de rendez vous sont les plus élevés, malgré un taux d'équipement de 9,3 IRM par million d'habitants pour une moyenne nationale à 9,43 (le Plan Cancer fixe un objectif de 12 appareils par million d'habitants). Les délais de RDV sont en effet de 47,8 Jours dans cette enquête pour une moyenne nationale de 32,2 jours et une cible du plan Cancer de 15 jours (une enquête menée en région Aquitaine en 2009 évaluait le délai de RDV entre 31 à 62 jours pour les territoires les plus défavorisés).

3. L'activité réalisée par les équipements installés :

- l'activité en scanographie :

Il ressort de l'analyse de l'activité réalisée par les scanners, que les niveaux d'activité sont disparates et qu'ils ne sont pas toujours en relation avec le nombre d'équipements installés. Il conviendra d'analyser les nouvelles demandes d'autorisation d'équipements en scanners, au regard de ces chiffres d'activité, ainsi que du niveau d'activité proposé par le promoteur et de l'optimisation des équipements existants.

Examens réalisés par territoire	Nombre total d'examens	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Réalisés hors région
Ensemble des examens diagnostic	505 748	43 769	249 070	42 007	42 956	112 595	15 351

- L'activité IRM en région Aquitaine :

Le niveau de l'activité en nombre d'examens réalisés démontre un fort dynamisme. Cette activité importante en volume d'actes réalisés pourrait expliquer les délais de rendez-vous. Une étude plus approfondie permettrait d'identifier s'il existe en région Aquitaine des pratiques de prescription d'IRM plus soutenue comparativement à la moyenne nationale.

Nombre d'examens IRM total régional	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Réalisés hors région
150 509	14 233	78 586	9 550	7 891	34 971	5 278

Cette analyse permet de démontrer que les appareils actuellement installés réalisent une activité soutenue dans l'ensemble des territoires. A partir du détail des examens réalisés par territoire, il a été possible d'identifier le volume d'activité qui pourrait être du ressort d'équipements « spécialisés en ostéo-articulaires ou dédiés » (cet objectif de diversification est précisé à l'objectif 1 du présent chapitre).

4. Le nombre de radiologues exerçant en Aquitaine et le constat que le nombre de professionnels s'installant dans la région est supérieur au nombre d'internes formés, sont des points forts. Cependant, même si la densité régionale de radiologues (1,4/10000 habitants) est supérieure à la densité moyenne nationale (1,3/10000 habitants), seuls deux territoires (la Gironde et les Pyrénées-Atlantiques) présentent une densité de radiologues très supérieure à la moyenne nationale. Trois territoires se trouvent en situation très critique - Dordogne, Landes et Lot-et-Garonne. Ces inégalités sont accrues par une pyramide des âges défavorable à ces trois territoires.

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Répondre aux besoins en privilégiant les matériels non irradiants et en optimisant leur utilisation :

1.1. *[Pour les scanners : installer les appareils autorisés et renforcer l'offre en fonction des besoins et de l'optimisation des matériels existants. Les demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation devront faire apparaitre l'optimisation des matériels existants. Si la demande concerne l'implantation d'un scanner non située géographiquement à proximité d'un plateau technique, outre l'identification d'un besoin non couvert, le projet devra faire apparaitre une collaboration avec les établissements de santé environnants et garantir la continuité et la permanence de soins.]

1.2. Pour les IRM : installer les 12 appareils autorisés et poursuivre l'équipement en IRM en fonction de l'activité en diversifiant le parc par l'acquisition d'appareils « dédiés ostéo-articulaires » ou « spécialisés ostéo-articulaires ». La substitution des actes de scanners au profit des actes IRM demeure un objectif du SROS, ainsi que l'adossement d'une IRM « dédiée » ou « spécialisée ostéo-articulaire » à une IRM polyvalente.

1.3. Pour les TEP : la progression du nombre d'équipements doit se faire au regard du respect de l'équilibre territorial, du plateau technique disponible (notamment 2 gamma caméras opérationnelles), des délais de RV, des besoins de la population, de l'augmentation des indications et des compétences médicales et non médicales disponibles.

1.4. Pour les caméras à scintillation : achever la couverture des besoins (un territoire non pourvu) et suivre les évolutions technologiques.

1.5. L'autorisation d'un équipement lourd comportera des mentions relatives à ses capacités techniques qui détermineront le niveau du forfait technique correspondant à la puissance de l'appareil et assureront la concordance de l'installation avec les objectifs de qualité de l'offre auxquels le projet prétend répondre.

*[1.6. Pour les nouvelles techniques d'imagerie interventionnelle : cette technique est appelée à se développer dans différents domaines. L'imagerie interventionnelle ou radiologie interventionnelle (R.I) comprend des actes médicaux invasifs ayant pour but le diagnostic et/ou le traitement d'une pathologie, réalisés sous guidage et sous contrôle d'un moyen d'imagerie (Rayons X, ultrasons, scanner, IRM). Les nouvelles autorisations de scanners à envisager pour les établissements pratiquant des actes interventionnels scanno-guidés doivent répondre aux recommandations et être pratiqués dans un environnement spécifique.]

Indicateurs : Taux des matériels autorisés installés ; taux d'équipement par type de matériel (scanners, IRM, TEP).

Objectif 2 : Mettre en place une politique visant à diminuer les délais de rendez-vous en IRM :

2.1. Optimiser la productivité des machines par un renforcement de la mutualisation des ressources humaines disponibles permettant d'étendre les plages horaires et d'assurer un accès permanent pour les sites participant à la permanence des soins. Il est vivement conseillé d'utiliser les outils organisationnels de l'ANAP.

2.2. Mettre en place des IRM dédiées « ostéo-articulaires » ou « spécialisées ostéo-articulaires » adossées à des IRM polyvalentes. Les dossiers de demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation devront faire référence à l'objectif de diversification figurant dans le tableau ci-dessous établi au regard de l'activité actuelle :

	IRM SROS 3	SROS-PRS			
Territoire d'implantation	TOTAL	IRM polyvalent	IRM spécialisé	IRM dédié	Total 2015
Dordogne	4	4	2	0	6
Gironde	24	26	*[5]	*[0]	*[31]
Landes	4	*[4]	*[1]	0	5
Lot-et-Garonne	4	4	1	0	5
Béarn et Soule	4	4	1	0	5
Navarre-Côte Basque	4	4	1	0	5
Région Aquitaine	**44**	*[46]	*[11]	*[0]	*[57]

NB : le tableau ci-dessus inclut l'IRM du HIA Robert Picqué pour le territoire de Gironde

2.3. Mesurer les délais de RDV (observatoire régional de suivi et d'évaluation des délais de rendez-vous).

2.4. Faire de la diminution des délais de RDV l'un des critères d'instruction des dossiers de demande d'autorisations d'équipement de matériel lourd, ainsi que le

*[Modification apportée par arrêté du 28 janvier 2013]
*[Modification apportée par arrêté du 23 janvier 2014] *[Modification apportée par arrêté du 22 décembre 2015]

délai prévisionnel d'installation de l'équipement.

2.5. Les dossiers de demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation devront faire référence à l'objectif de diversification figurant ci-dessus au regard de l'activité actuelle.

Indicateur : Délais de RDV par équipement matériel lourd, nombre d'IRM dédiées spécialisées installées.

Objectif 3 : Privilégier les implantations d'équipement en matériels lourds (EML) dans le cadre de plateaux d'imagerie médicale mutualisés à vocation territoriale :

3.1. Faire de la recherche de coopération et de mutualisation entre les acteurs d'un même bassin de santé un des critères de sélection des dossiers de demande d'autorisations d'EML : a minima, obligation de fournir au dossier de demande d'autorisation un projet de coopération formalisé ; a maxima projet formalisé de plateau d'imagerie mutualisé entre l'ensemble des acteurs publics et privés.

3.2. Élaborer et diffuser des recommandations de coopération portant sur les modalités de coopération en matière d'équipements lourds.

Indicateurs : Nombre de plateaux d'imagerie médicale mutualisés ou toute structure juridique créée dont l'objectif est le partage d'un nouvel équipement lourd ; existence d'un document support de recommandations.

Objectif 4 : Définir une stratégie régionale en matière de développement d'outils de télé-radiologie et télé-interprétation, en lien avec le programme régional de télémédecine :

4.1. Élaborer une enquête visant à répertorier les expériences existantes,

4.2. Élaborer des recommandations régionales d'organisation et de mutualisation en conformité avec les recommandations et les référentiels des sociétés savantes de radiologie.

Indicateur : Répertoire des outils existants de télé-radiologie.

Objectif 5 : Mettre en place une veille régionale liée au développement des nouvelles technologies d'imagerie médicale mobile afin de vérifier le respect des règles de sécurité sanitaire liées à la radioprotection :

5.1. Recenser les matériels concernés, leur implantation et intervenir en lien avec l'ASN.

Indicateurs : Nombre de matériels, d'implantations, % contrôles ASN.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social)

Objectif 6 : Susciter des coopérations entre médecins radiologues et/ou des établissements de santé afin de favoriser l'accès des équipements lourds d'imagerie médicale à l'ensemble des radiologues du territoire et de permettre un fonctionnement optimisé des plateaux techniques d'imagerie en Aquitaine :

6.1. Aider à la mise en place de réflexions territoriales concernant les coopérations possibles.

6.2. Proposer des modèles de conventions de coopérations et des recommandations de bonnes pratiques en matière de coopération et de partage de l'utilisation de matériels d'imagerie.

Indicateurs : Nombre de conventions de coopérations signées, % radiologues par territoire de santé ayant accès à un scanner, à un IRM.

Objectif 7 : Dans le cadre de la PDSES (permanence des soins en établissement de santé), développer la participation de l'ensemble des radiologues à la permanence des soins, dans un cadre contractuel concerté au niveau territorial :

7.1. Mettre en place des concertations territoriales se traduisant par des engagements contractuels notamment dans le cadre de la MIG « permanence des soins en établissement de santé ».

7.2. Intégrer systématiquement cet objectif dans les dos-

siers de demandes d'autorisation et de renouvellement.

7.3. Optimiser l'organisation de l'imagerie cérébrovasculaire en urgence.

Chaque établissement disposant d'une structure d'urgences et d'une IRM sur site devra s'organiser pour :

> permettre l'accès à l'IRM en première intention 24h sur 24 (organisation spécifique à prévoir dans les établissements où il existe un partage de l'IRM avec le privé),

> disposer d'un effectif suffisant de manipulateurs formés à la réalisation H24 d'examen IRM en cas de suspicion d'AVC,

> rédiger un protocole d'examen IRM en cas d'AVC pour réalisation par le manipulateur dans le contexte de l'urgence.

> développer la téléexpertise radiologique.

Objectif 8 : Créer un comité régional de l'imagerie médicale chargé de suivre la mise en œuvre et l'évaluation du SROS, et être force de proposition sur l'organisation de l'imagerie dans la région.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Territoire de proximité
Le niveau de proximité se caractérise par la possibilité d'avoir recours à la radiologie conventionnelle. La permanence des soins en imagerie n'est pas assurée à ce niveau mais les praticiens peuvent participer à des astreintes au niveau territorial. La mise en place de dispositifs de télé-interprétation peut être suscitée au niveau de proximité, de manière coordonnée avec le niveau territorial.
Territoire de santé
Le niveau territorial est le niveau d'implantation des IRM, scanners, caméras à scintillation *[et des TEP], et de structuration des futurs plateaux d'imagerie médicale mutualisés. La PDSES en imagerie s'organise dans le cadre du niveau territorial.
Niveau régional (recours)
*[Le niveau régional est celui de l'expertise nécessitant des compétences médicales et des appareils très spécialisés.]
Niveau interrégional
Certains équipements lourds peuvent s'envisager au niveau interrégional pour desservir des zones géographiquement proches (ex : TEP interrégional Aquitaine/ Midi-Pyrénées).

Schéma cible Implantations

Scanner, IRM et TEP : nombre d'appareils.

Gamma-caméra : en nombre d'implantation et d'appareils : le schéma cible en nombre d'appareils sera réactualisé dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du SROS.

Concernant le nombre de TEP et leur implantation à horizon 2015 : ceci sera soumis à examen lors de l'actualisation du SROS PRS.

 *[Modification apportée par arrêté du 28 janvier 2013]

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations -Nombre d'implantations-	Création / Suppression Recomposition
Dordogne		
Scanner : 5 appareils	Scanner : 7 appareils	+1 scanner à partir de 2013 et autorisé dans le cadre d'un plateau d'imagerie médicale mutualisé +1 scanner autorisé en octobre 2011
IRM : 4 appareils	IRM :6 appareils	IRM : +2 dans le cadre de plateaux d'imagerie médicale mutualisés
TEP : O	TEP : 1 appareil	+1 TEP à partir de 2015
-caméra : 1 implantation /2 appareils	Gamma-caméra : 1 implantation /2 appareils	
Gironde		
Scanner : 24 appareils dont 1 de recours pour la prise en charge des obèses Hors SROS : Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué – Villenave d'Ornon : 1 appareil	Scanner : 28 à 29 appareils dont 1 de recours pour la prise en charge des obèses	+4/5 scanners autorisés à partir de 2013 dans le cadre de plateaux d'imagerie médicale mutualisés
IRM : 23 appareils Hors SROS : Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué – Villenave d'Ornon : 1 appareil	IRM : *[30 appareils]	*[+ 7 IRM]
TEP : 3 appareils Cyclotron : 1	TEP : 4 appareils Cyclotron : 1	*[+ 1 TEP]
Gamma-caméra : 4 implantations / 13 appareils	Gamma-caméra : 4 implantations / 13 appareils	
Landes		
Scanner : 5 appareils	Scanner : 6 appareils	*[+1 scanner à partir de 2013]
IRM : 4 appareils	IRM : 5 appareils	+ 1 IRM dans le cadre d'un plateau d'imagerie médicale mutualisé
TEP : O	TEP : 1 appareil	+1 TEP à partir de 2015
Gamma – caméras : 1 implantation/2 appareils	Gamma – caméras : 1 implantation/2 appareils	
Lot et Garonne		
Scanner : 4 appareils	Scanner : 5 appareils	+1 scanner à partir de 2013 et autorisé dans le cadre d'un plateau d'imagerie médicale mutualisée
IRM : 4 appareils	IRM : 5 appareils	+ 1 IRM dans le cadre d'un plateau d'imagerie médicale mutualisé
TEP : 1 appareil	TEP : 1 appareil	
Gamma-caméra : 1 implantation / 4 appareils	Gamma-caméra : 1 implantation / 4 appareils	

[Modification apportée par arrêté du 28 janvier 2013]
[Modification apportée par arrêté du 23 janvier 2014]
[Modification apportée par arrêté du 22 décembre 2015]

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS d'implantations -Nombre d'implantations-	Création / Suppression Recomposition
Béarn et Soule		
Scanner : 7 appareils	Scanner : 8 appareils	+1 scanner à partir de 2013 et autorisé dans le cadre d'un plateau d'imagerie médicale mutualisé
IRM : 4 appareils	IRM : 5 appareils	+1 IRM dans le cadre d'un plateau d'imagerie médicale mutualisé
TEP : 0	TEP : 1 appareil	*[+ 1 TEP interrégional prévu au SROS de la région Midi-Pyrénées]
Gamma-caméra : 1 implantation / 2 appareils	Gamma-caméra : 1 implantation / 2 appareils	
Navarre Côte basque		
Scanner : 6 appareils	Scanner : 6 appareils	
IRM : 4 appareils	IRM : 5 appareils	+ 1 IRM dans le cadre d'un plateau d'imagerie médicale mutualisé
TEP : 1 appareil	TEP : 1 appareil	
Gamma-caméra : 1 implantation / 3 appareils	Gamma-caméra : 1 implantation / 3 appareils	

4.
INDICATEURS DE SUIVI DU GUIDE SROS

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

> Suivi des délais de rendez-vous à l'IRM et au scanner (méthodologie à mettre en place)

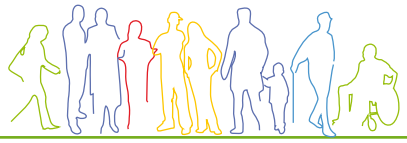
> Mesure de l'activité réalisée par type d'équipement

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

> Nombre d'examens de cancérologie réalisés par machine

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

 *[Modification apportée par arrêté du 28 janvier 2013]



CHAPITRE 14.

SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs sont des soins actifs, délivrés par une équipe multidisciplinaire, dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort et doivent notamment permettre de soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage.

Les acteurs de soins palliatifs sont les professionnels de santé, effecteurs de soins, que sont le médecin traitant du patient et les professionnels libéraux ainsi que les structures intervenant au domicile du patient, hospitalisation à domicile (HAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), centres de soins infirmiers (CSI), les professionnels ayant un rôle de coordination des acteurs de soins palliatifs, et assurant une mission d'expertise, de conseil et de soutien auprès des intervenants du domicile ou substitut (établissements et services médico-sociaux), notamment les réseaux de santé de proximité pour la coordination de la prise en charge au domicile et l'HAD pour la coordination des soins complexes.

Trois structures ont vocation à intervenir en établissement médico-social : les réseaux de soins palliatifs en tant qu'experts auprès des intervenants en fin de vie du malade et en tant que coordonnateurs du parcours de soin du patient en situation palliative ; les équipes mobiles de soins palliatifs, confortées dans leur rôle de conseil, de soutien, d'expertise et de formation par l'instruction du 15 juillet 2010 dans les EHPAD et les structures d'HAD, depuis le décret du 22 avril 2007.

La prise en charge hospitalière comporte trois niveaux :

> Le premier niveau correspond à des soins palliatifs de base dans un service hospitalier sans lit identifié.

> Le deuxième niveau correspond à une prise en charge en lits identifiés de soins palliatifs (LISP) se définissant par une démarche palliative spécifique au sein des services non totalement dédiés aux soins palliatifs, mais confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents.

> Le troisième niveau correspond à une prise en charge en unité de soins palliatifs (USP), unités spécialisées qui concernent les situations les plus complexes de fin de vie. Elles sont non seulement un lieu de soins pour des personnes malades et leurs proches mais également un lieu de vie et assurent l'évaluation et le traitement des symptômes complexes ou réfractaires, pouvant nécessiter une compétence ou une technicité spécifiques ou le recours à un plateau technique, la gestion des situations dans lesquelles des questions complexes relevant de l'éthique se posent, l'accompagnement des personnes malades et/ou de leur entourage présentant des souffrances morales et socio-familiales complexes. Elles assurent une mission d'expertise et de recherche.

Les services d'hospitalisation classique, les LISP et les USP, doivent pouvoir bénéficier de l'intervention intra ou inter-hospitalière d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). Ces équipes multidisciplinaires et pluri professionnelles ont un rôle de conseil, de soutien et de formation auprès des équipes soignantes, et elles participent à la diffusion de la démarche palliative au sein de l'établissement.

Il existe par ailleurs au niveau régional une équipe ressource de soins palliatifs ayant une compétence pédiatrique exerçant à la fois une activité intra-hospitalière et extrahospitalière.

Principaux textes de référence :

> 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.

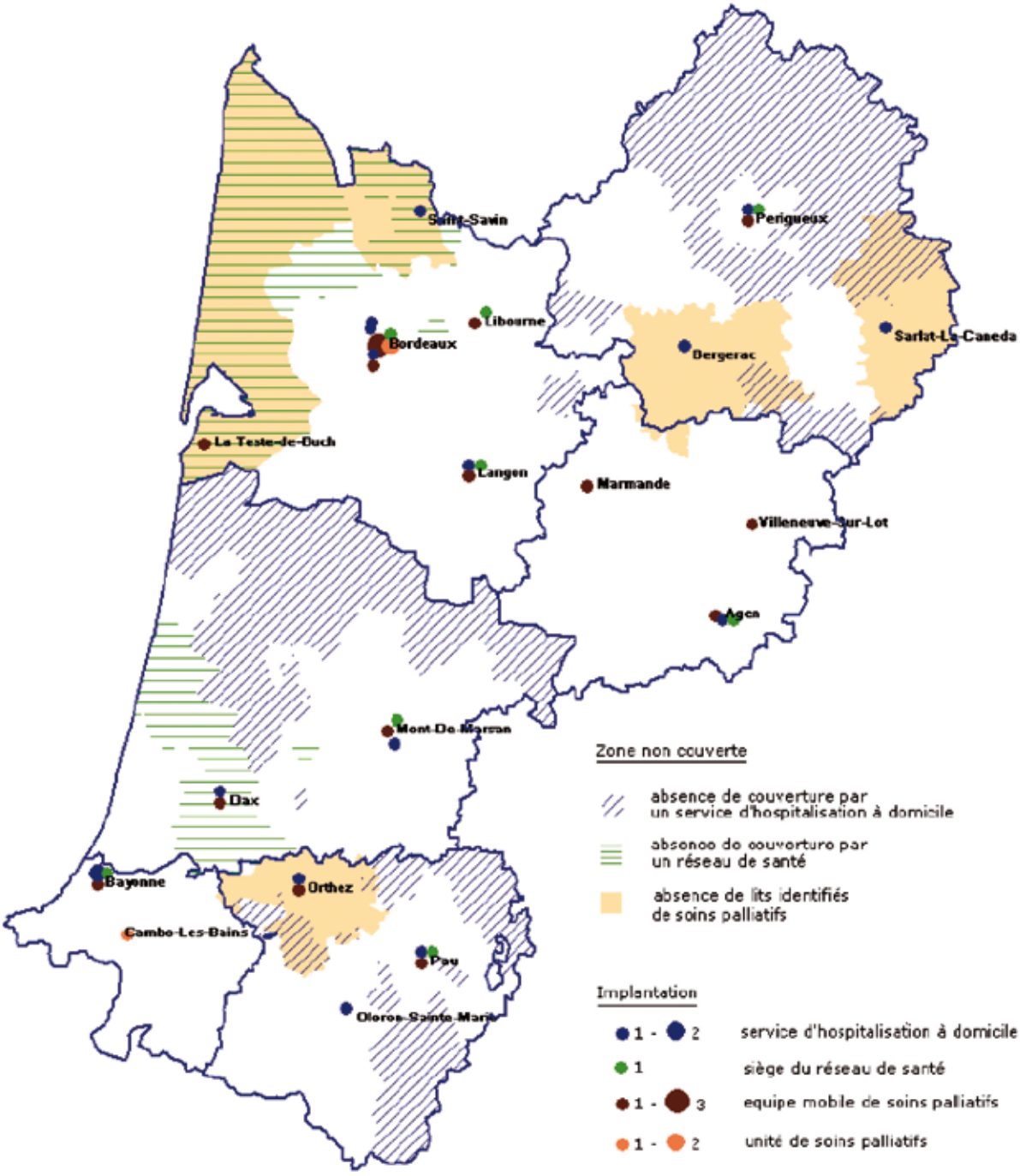
> Instruction N°DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

> Circulaire DHOS/O3 n° 2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.

> Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012.

> Rapport au Président de la République sur l'état des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010.

• Soins palliatifs



1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Offre de Soins et données d'activité
3 USP implantées en Aquitaine ; 114 LISP en établissements MCO ayant représenté en 2010 : 9 006 séjours avec diagnostic de soins palliatifs, dont 27 % (2 420) séjours en LISP, les autres séjours ayant eu lieu dans des lits indifférenciés ; 51 LISP en établissements SSR, en 2009 : 2 286 séjours de prise en charge en soins palliatifs
16 EMSP implantées en Aquitaine en 2010 ayant pris en charge 4 209 patients ; 1 équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques au CHU de Bordeaux, en cours de création
13 structures de HAD intervenant pour des prises en charges palliatives (en moyenne 19 % de leur activité) avec une activité en progression : 2009 : 36 754 journées ; 2010 : 54 858 journées
8 réseaux de santé dédiés aux soins palliatifs avec 694 patients adhérents à un réseau et ayant un plan personnalisé de soins

Points de vigilance
1. Seules 3 USP ont été installées en Aquitaine sur 7 préconisées dans le SROS 2006-2011.
2. Un taux d'équipement en LISP MCO et SSR inférieur à la moyenne nationale, malgré un ratio de 5 LISP pour 100 000 habitants atteint conformément au SROS 2006-2011 (diversité territoriale de 3,3 à 8,6 LISP pour 100 000 hab.). A noter une grande dispersion des ratios régionaux au plan national (de 4,6 à 17,6 lits/100 000 habitants). En infra-territorial, absence de LISP dans les établissements de Bergerac, Sarlat, Arcachon, Blaye, Lesparre, Arès, Orthez.
3. Un nombre d'équipes mobiles rapporté au nombre de décès en établissement de santé en deçà de la moyenne nationale (1 EMSP pour 1 250 décès hospitaliers en moyenne en Aquitaine / France 1 EMSP pour 890 décès).
4. Des difficultés pour répondre aux demandes émanant du domicile, malgré la présence d'un réseau de soins palliatifs sur chaque territoire de santé (ratio d'1 réseau pour 400 000 habitants atteint), et constat d'un allongement de leurs délais de prise en charge.
5. Des disparités de prise en charge des soins palliatifs dans les établissements hébergeant des personnes âgées de la région.
6. Un manque de lisibilité sur le rôle et le périmètre d'intervention de chaque structure de soins palliatifs, pour les professionnels de santé et le grand public.
7. La nécessité de promouvoir les Projets Personnalisés de Soins (PPS)
8. Le constat de ruptures du parcours de soins du patient caractérisées par un taux encore trop élevé d'hospitalisations d'urgence non justifiées, malgré, dans certains cas, l'existence de PPS.
9. Une activité en soins palliatifs dans les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) de la région, inférieure à la moyenne nationale : on compte 14 services d'HAD en Aquitaine, dont le nombre de journées pour soins palliatifs représente 19 % du nombre total de journées (contre 25 à 30 % en France).

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs spécifiques « Parcours de santé »

Objectif 1 : Clarifier le rôle et le périmètre d'intervention de chaque acteur de santé et veiller, dans chaque territoire de santé, au respect de ce cadre par les acteurs afin de garantir la complémentarité entre les différentes structures du domicile, y compris les EHPAD :

> Prendre en compte la volonté du patient ainsi que son environnement de vie pour déterminer la meilleure prise en charge possible entre l'hospitalisation ou le maintien à domicile (maintenir les liens existants avec le médecin traitant et les infirmières libérales).

> Recourir aux instances de coordination dans des cas de situations complexes et multidimensionnelles (somatique, psychologique, éthique, social, existentiel, ou familial).

> Mobiliser l'intervention d'une HAD lorsque la complexité concerne les soins : technicité des soins, fréquence des actes, nécessité d'une permanence des soins.

> Dans le cadre de la coordination au sein des établissements médico-sociaux, rechercher les partenariats

existants avec une EMSP ou un réseau et définir leur périmètre d'intervention respectif : une concertation territoriale devra déterminer leur zone d'intervention respective (favoriser le critère de proximité géographique).

Indicateurs : 1 projet par territoire ; nombre de conventions signées entre les structures par territoire.

1.1. Accroître la lisibilité de l'offre de soins sur chaque territoire de santé par l'élaboration d'un projet de coordination des soins palliatifs identifiant les missions de chaque professionnel, et décliné en protocoles de soins signés par chaque intervenant.

1.2. Renforcer l'interface et la complémentarité entre les spécialités médicales, notamment de cancérologie et de soins palliatifs.

Objectif 2 : Diffuser la culture palliative auprès des professionnels de santé, associations de bénévoles et familles :

2.1. Intensifier les actions de formation initiale et continue auprès des professionnels de santé hospitaliers, du domicile et médico-sociaux.

2.2. Veiller au soutien des aidants naturels dans l'accompagnement des personnes en fin de vie.

2.3. Reconnaitre et soutenir les associations de bénévoles.

2.4. Favoriser les partenariats entre les acteurs de soins et les associations de bénévoles.

2.5. Valoriser la recherche et l'innovation en soins palliatifs.

Indicateur : Nombre et nature des formations annuelles distinguées par type de publics.

Objectif 3 : Favoriser le maintien à domicile :

3.1. Développer des protocoles pré-et-post hospitalisation, mis en œuvre conjointement par les réseaux et les établissements de santé, pour réduire le recours aux urgences (dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou des contrats de performance).

Indicateur : Nombre de passages de patients relevant du soin palliatif aux urgences déjà pris en charge par un réseau, une HAD…

3.2. En EHPAD, conforter les missions des HAD et accroître les interventions des Équipes Mobiles de Soins Palliatifs.

Indicateur : Nombre de séjours HAD de patients en EHPAD.

3.3. Développer les réseaux polyvalents de proximité rapprochant les soins palliatifs, la douleur, la perte d'autonomie, la gérontologie, assurant le rôle d'interface entre les acteurs de santé de premier recours et toutes les offres de soins autour du patient. Ces réseaux polyvalents constituent une réponse organisationnelle permettant en outre une mutualisation des moyens matériels et humains.

3.4. Inciter les réseaux à intervenir dans les établissements médico-sociaux et notamment dans le secteur du handicap.

3.5. Garantir la continuité des soins par des coopérations Réseaux/EMSP/HAD/médecins traitants et hospitaliers/professionnels du domicile afin d'éviter les hospitalisations d'urgence non justifiées et les fractures dans le parcours de soins du malade.

Objectifs généraux

Objectif 4 : Implanter une USP sur chaque territoire :

4.1. *[Implanter au moins 1 USP par territoire, ainsi que dans chaque établissement où sont comptabilisés au moins 600 décès annuels en court séjour. Cet objectif quantitatif sera affiné, territoire par territoire, afin de tenir compte de l'ensemble des réponses sanitaires et médico-sociales et garantir leur complémentarité.]

4.2. Contractualiser dans le cadre des orientations stratégiques du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de 4e génération l'engagement des établissements de santé à respecter le cahier des charges régional sur les USP existantes, assorti d'une évaluation annuelle.

Indicateur : Part d'établissements comptabilisant plus de 600 décès par an et possédant une USP.

*[Modification apportée par arrêté du 28 janvier 2013]

Objectif 5 : Développer l'implantation de LISP sur les territoires non couverts :

5.1. Mettre en place des outils de suivi et d'évaluation de la plus-value d'une prise en charge en LISP (élaboration d'une enquête) et de l'adéquation au référentiel régional.

5.2. Développer une offre de soins hospitalière de proximité sur les territoires sous-dotés en implantant des LISP sur les territoires de Bergerac, Sarlat, Arcachon, Blaye, Lesparre, Arès et Orthez, avec une capacité recommandée minimale de 5 lits regroupés au sein d'un même service pour les nouveaux projets.

5.3. Contractualiser dans le cadre des orientations stratégiques du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de 4e génération l'engagement des établissements de santé à respecter le cahier des charges régional existant sur les LISP, assorti d'une évaluation annuelle.

Objectif 6 : Conforter le rôle et les interventions des EMSP dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux :

6.1. Systématiser la formalisation de conventions inter-hospitalières.

6.2. Conforter l'offre de soins en EMSP sur le territoire de la Dordogne (Sarlat, Bergerac) notamment dans le cadre de la coopération entre les établissements de santé concernés.

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

Objectif 7 : Créer un comité régional chargé de suivre la mise en œuvre et l'évaluation du volet soins palliatifs du SROS et être force de proposition sur l'organisation des soins palliatifs dans la région :

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Niveau de proximité

Prise en charge par les professionnels de santé de premier recours, autour du médecin traitant, et avec l'appui

> des structures intervenant au domicile du patient : hospitalisation à domicile (HAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), centres de soins infirmiers (CSI)…

> des réseaux polyvalents de proximité

Niveau territoire de santé

Sur chaque territoire :

> Au moins une USP, *[ainsi que dans chaque établissement où sont comptabilisés au moins 600 décès annuels en court séjour.]

> Assurer un ratio d'au moins 10 LISP pour 100 000 habitants en veillant à une répartition régionale harmonieuse, *[en priorisant les établissements où sont comptabilisés au moins 200 décès annuels en court séjour.]

> Au moins 1 EMSP

> Au moins 1 réseau polyvalent de proximité

Niveau régional (recours)

> une unité de soins palliatifs régionale

> une équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques

*[Modification apportée par arrêté du 28 janvier 2013]

SCHÉMA CIBLE DE RECONNAISSANCES CONTRACTUELLES

Offre de soins au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS de reconnaissance contractuelle	Création / Suppression Recomposition
Dordogne		
	1 USP	+ 1 USP
11 LISP MCO (clinique Francheville (6), CH Périgueux (5) 10 LISP SSR (Chateau de Bassy (5), CH Lanmary (5)	Reconnaissance de LISP supplémentaires en fonction du ratio régional	
Gironde		
2 USP sur la CUB (CHU ; Marie Galène)	2 USP sur la CUB dont 1 de recours régional	
54 LISP MCO (CHU (24), Cl Bx Nord (5), Cl Tivoli (6), CLCC Bergonié (9), MSP Bagatelle (5), CH Sud Gironde (5)) 22 LISP SSR : MRC Les Lauriers (4), MRC Châteauneuf (4), CH Libourne (3), Polyclinique Bx Rive droite (11)	Reconnaissance de LISP supplémentaires en fonction du ratio régional	
Landes		
	1 USP	+ 1 USP
15 LISP MCO : CH Dax (5), CH Mont-de-Marsan (5), CH Saint Sever (3), IHM Labenne (2)	Reconnaissance de LISP supplémentaires en fonction du ratio régional	
Lot et Garonne		
	1 USP	+ 1 USP
20 LISP MCO : (Cl Esquirol St Hilaire (5), CH Agen (5), CHIC Marmande Tonneins (5), CH de Villeneuve (5) 5 LISP SSR (CH Fumel)	Reconnaissance de LISP supplémentaires en fonction du ratio régional	
Béarn et Soule		
	1 USP	+ 1 USP
20 LISP MCO : CH Oloron (3), Cl Marzet (10), CH Pau (7) 2 LISP SSR (Le Nid Béarnais)	Reconnaissance de LISP supplémentaires en fonction du ratio régional	
Navarre – Côte basque		
1 USP (Centre Annie Enia à Cambo les Bains)	1 USP	
11 LISP MCO : Cl St Etienne (2), Cl Aguilera (5), polyclinique Côte basque Sud (4) 15 LISP SSR : MRC St Vincent (5), Centre Annie Enia (10)	Reconnaissance de LISP supplémentaires en fonction du ratio régional	

Les implantations en réseaux et les soins hors hospitalisation ou concernés par d'autres chapitres notamment HAD, SSR, figurent soit dans le volet ambulatoire du schéma (réseaux), soit dans le chapitre concerné.

4. INDICATEURS DE SUIVI DU GUIDE SROS

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

>*[Part d'établissements de santé dont le nombre de décès annuels est supérieur à 200 disposant de lits identifiés de soins palliatifs,]

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

 *[Modification apportée par arrêté du 28 janvier 2013]

CHAPITRE 15.
SOINS AUX DETENUS

Les soins dispensés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier constituent une mission de service public et s'exercent comme suit :

> des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), présentes dans chaque établissement pénitentiaire, unités hospitalières dépendant directement d'un établissement de santé et placées sous la responsabilité de son directeur. La prise en charge psychiatrique est assurée par une équipe pluridisciplinaire associant, en général, médecin psychiatre, infirmier, psychologue rattachés à un secteur de psychiatrie générale ;

> une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) qui permet l'accueil de toute personne détenue devant bénéficier de soins en milieu hospitalier ;

> l'accueil de personnes détenues nécessitant des soins urgents assuré dans des chambres sécurisées implantées dans un service hospitalier de l'établissement de santé de rattachement de l'UCSA. La durée d'hospitalisation dans ces chambres est généralement inférieure à 48 heures ;

> Un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR localisé au centre pénitentiaire de Gradignan - service du CH Charles Perrens), unité d'accueil pour des soins psychiatriques librement consentis, intensifs, en ambulatoire, à temps partiel (hospitalisation de jour) pour les personnes détenues de l'ensemble des établissements pénitentiaires de son secteur ;

> Les unités d'hospitalisation des établissements de santé habilités à accueillir des malades mentaux hospitalisés sans leur consentement qui ont signé un protocole au titre des soins psychiatriques aux personnes détenues (hospitalisation d'office, article D.398 du code de procédure pénale) ;

> Une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) destinée à prendre en charge les hospitalisations psychiatriques des personnes détenues avec et sans consentement.

Principaux textes de référence :

> Code de la santé publique : 2° de l'article L. 1431-2 et 5° de l'article L. 1434-9 ;

> Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale ;

> Loi d'orientation du 9 septembre 2002 qui prévoit la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à prendre en charge les hospitalisations psychiatriques des personnes détenues ;

> Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (articles 45 à 56) et notamment les articles 55 et 56 qui insèrent des modifications et ajouts dans la rédaction des articles du code de la santé publique ;

> Arrêté interministériel du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées ;

> Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice »

> Recommandations IGAS-IGSJ « Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues », 2 novembre 2011 ;

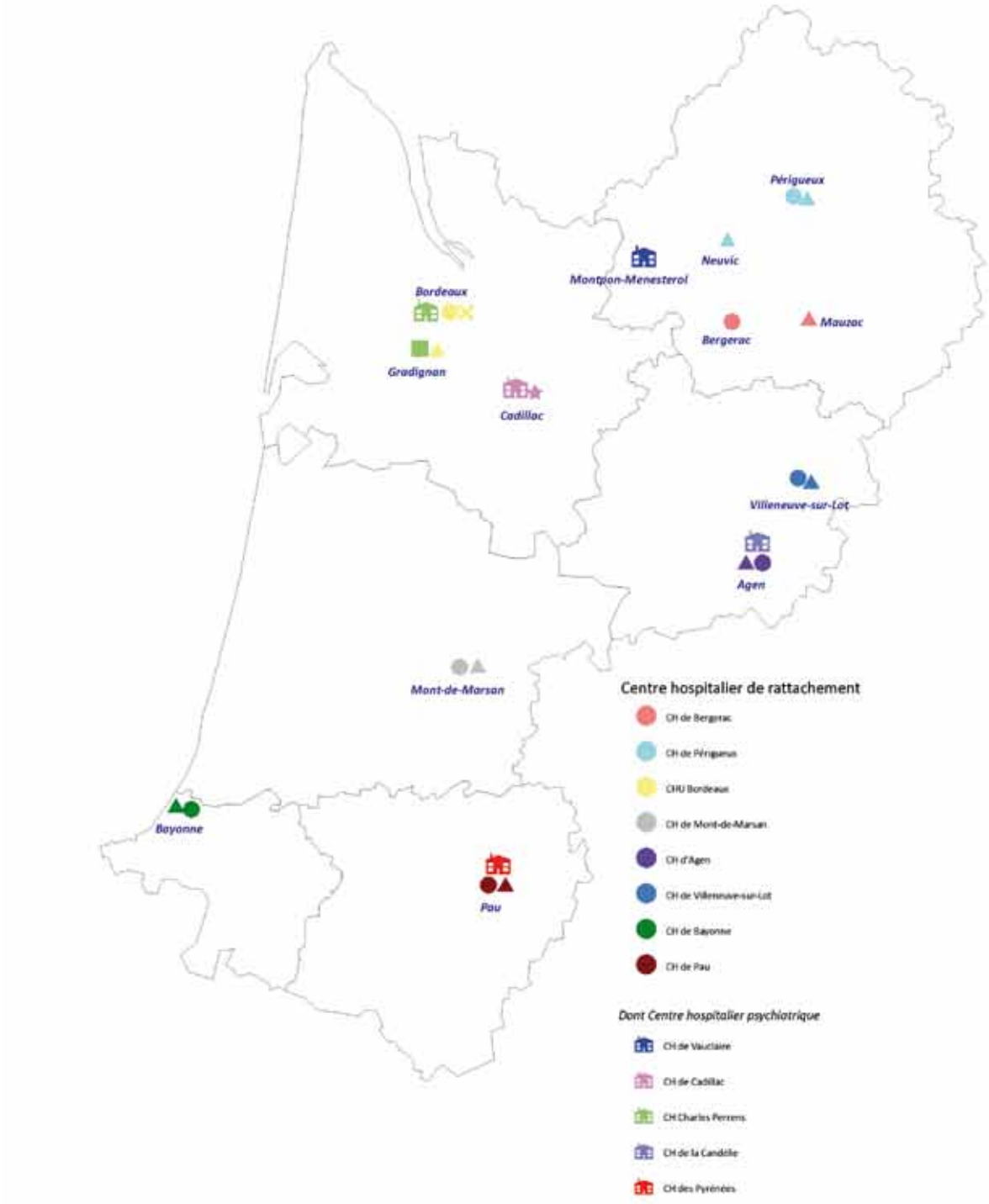
> Instruction DGS/MC1/DGOS/R4/2011/206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues.

1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Offre de Soins
La région compte 9 établissements pénitentiaires dont :
4 maisons d'arrêt : Périgueux (24), Agen (47), Bayonne et Pau (64)
2 centres pénitentiaires : Gradignan (33), Mont-de-Marsan (40)
3 centres de détention : Neuvic sur l'Isle (24), Mauzac (24), Eysses (47)
Chacun de ces établissements dispose d'une UCSA.
Une UHSI est implantée au sein du CHU de Bordeaux.
Un SMPR, service du CH Charles Perrens, est localisé au centre pénitentiaire de Gradignan
Une UHSA est en projet au CH de Cadillac.
Une équipe régionale d'information, d'observation et de soutien (ERIOS)

Données d'activité
Au 21 décembre 2010, 2 457 personnes étaient incarcérées dans les établissements pénitentiaires d'Aquitaine.
Activité des UCSA en 2009 :
25 944 consultations de médecine générale , 6 764 consultations de chirurgie dentaire, 2 258 de consultations spécialisées autres que psychiatriques, 10 775 consultations psychiatriques, 13 105 consultations de psychologues et 422 séjours à l'UHSI

• Les soins aux détenus en Aquitaine



Fond de carte : Articque ©
Source : ARS Aquitaine, DOS
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études statistiques et prospectives
15/09/2011

Points de vigilance

UCSA soins somatiques

> Insuffisance des locaux : 3 UCSA sur 9 offrent des locaux satisfaisants. Dans les autres, les surfaces sont insuffisantes.

> Problèmes récurrents de personnel médical, en particulier de chirurgiens dentistes (en moyenne 1 chirurgien dentiste pour 632 détenus).

> Des inégalités entre établissements concernant le personnel paramédical

> Absence de certains métiers dans les locaux des UCSA. A ce jour, très peu d'UCSA disposent d'assistants dentaires. Leur présence aux cotés des chirurgiens-dentistes permettrait de libérer du temps infirmier ou de praticien qui assurent ces fonctions. La préparation à la sortie est un élément important de la vie du détenu. Faute de travailleurs sociaux dans les UCSA, cette préparation est assurée par les IDE.

> La rééducation fonctionnelle est un des parents pauvres de la prise en charge : seuls, deux services de rééducation fonctionnelle en France (Paris et Marseille) sont accessibles aux détenus. Une hospitalisation dans ces structures est par ailleurs difficilement acceptable compte tenu de leur éloignement de la région Aquitaine. Pour pallier ce problème, l'UHSI peut débuter une rééducation dans ses locaux mais ne trouve pas de réel relais dans les UCSA, faute de temps spécifique de kinésithérapie.

> Les consultations spécialisées représentent un volume important de consultations. Elles sont pour la plupart réalisées dans les services hospitaliers. Leur organisation est complexe, dépendante des créneaux de consultations disponibles, de l'organisation des escortes et consommatrice de temps de secrétariat, voire infirmier, pour leur gestion.

> Le respect au quotidien de certains régimes alimentaires médicalement indiqués est parfois difficile.

> Insuffisance de la prévention. Si le dépistage des maladies transmissibles est correctement assuré, la prévention demeure insuffisante faute de crédits, de temps et de personnel spécifiquement identifié. Le développement d'actions de prévention et d'éducation à la santé apparait assez disparate d'un établissement à l'autre. Les structures de gestion du dépistage des cancers ont peu ou pas connaissance du milieu carcéral. Le dépistage radiographique de la tuberculose doit être organisé dans tous les établissements pénitentiaires conformément aux protocoles élaborés dans le cadre de la circulaire interministérielle DGS/MC1/DHOS/O2/DAP/DAGE/RI/2007/272 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels.

> Insuffisance de la couverture maladie des personnes détenues. Si l'affiliation au régime général de l'assurance maladie est effective, la couverture maladie complémentaire n'est pas assurée de façon équitable, limitant ainsi l'accès des détenus aux soins prothétiques dentaires, par exemple.

UHSI

> Des durées d'hospitalisation parfois plus longues que prévues par défaut d'escorte : par exemple, les patients nécessitant une radiothérapie doivent être extraits tous les jours pour aller au centre de radiothérapie ; leur état ne nécessite pas toujours une hospitalisation mais ces extractions quotidiennes embolisent les escortes accordées à l'UCSA de l'établissement pénitentiaire – on préfère donc hospitaliser le patient pendant toute la durée du traitement, soit 4 à 5 semaines.

> Absence d'admissions ou de sorties le week-end d'où une augmentation de la durée de séjour puisque les patients qui ont une intervention ou un examen programmé le lundi doivent être admis le vendredi après-midi.

> Difficultés d'accès à certaines spécialités non présentes sur le site de Pellegrin, en particulier pour ce qui touche à la cardiologie (soins aigus et rééducation fonctionnelle)

> Éloignement des deux centres de rééducation (Paris et Marseille) à l'origine de difficultés dans ce type de prise en charge.

SMPR

> Le SMPR n'assure que très ponctuellement son rôle régional, faute de conditions matérielles d'accueil satisfaisantes (hébergement fait en détention)

> L'analyse des données issues de l'observatoire des structures de santé des personnes détenues met en évidence des différences dans la saisie des données, en particulier des données d'activité infirmière, rendant difficile leur exploitation régionale.

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1. : Renforcer le partenariat entre administration pénitentiaire et administration et services de santé dans le cadre des restructurations des locaux des établissements pénitentiaires :

Toute réflexion autour d'un projet de restructuration architecturale ou de création d'une UCSA doit associer tous les personnels concernés, qu'ils soient pénitentiaires ou soignants.

1.1. Mise en œuvre, en lien avec les intervenants de santé, du nouveau programme immobilier pénitentiaire rendu public par le Garde des Sceaux le 5 mai 2011 : ce programme prévoit, pour la région Aquitaine, la fermeture des maisons d'arrêt d'Agen et de Bordeaux Gradignan et la reconstruction d'un centre pénitentiaire à Bordeaux Gradignan.

Indicateur : Nombre de réunions organisées avec les services de santé autour des projets de restructuration ou de construction.

Objectif 2. : Développer la prévention en direction des personnes sous main de justice :

2.1. Prévention primaire

L'article R.6112-20 du code de santé publique précise que « l'établissement public de santé coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire ». L'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 stipule que « l'administration pénitentiaire favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires ».

2.1.1. Afin d'harmoniser les pratiques, les actions de prévention se feront dans le cadre d'une programmation régionale pluri-annuelle autour de thématiques identifiées au préalable comme la promotion de l'activité physique, la sensibilisation aux questions nutritionnelles, la prévention bucco-dentaire, le bon usage des médicaments, les addictions, la sexualité, la prévention des risques infectieux lors des rapports sexuels, la prévention du suicide.

2.1.2. Ces actions doivent tenir compte du contexte particulier dans lequel elles sont réalisées et s'inscrire dans un parcours de santé qui va au-delà du temps de l'incarcération.

Pour ce faire, un référent désigné parmi l'équipe soignante assurera l'élaboration, la coordination et le suivi des actions engagées.

2.1.3. La prévention du suicide passe par la poursuite de la formation des professionnels pénitentiaires et de santé au repérage de la crise suicidaire dans laquelle la région Aquitaine est engagée depuis plusieurs années dans le cadre d'un partenariat entre services de l'Agence régionale de santé et de la Direction interrégionale des services pénitentiaires de Bordeaux.

Indicateurs : Nombre de suicides en établissements pénitentiaires, document partagé Justice /Santé de programmation régionale des actions de prévention, nombre d'UCSA disposant d'un référent prévention éducation à la santé, nombre de sessions de formation organisées par an.

2.2. Prévention secondaire – dépistage

Les personnes détenues doivent avoir accès aux programmes de dépistage organisé des cancers actuellement développés. Toutefois, cette organisation doit être adaptée au contexte carcéral.

2.2.1. Les établissements de rattachement des UCSA passeront convention avec les structures de gestion du dépistage des cancers afin qu'un dépistage soit proposé à tous les détenus répondant aux critères d'inclusion du programme de dépistage.

2.2.2. Le dépistage des infections sexuellement transmissibles ainsi que le dépistage radiologique de la tuberculose seront confortés et proposés au-delà de la consultation réglementaire réalisée auprès de tout nouvel entrant.

Indicateurs : Nombre de détenus ayant bénéficié d'un dépistage de la tuberculose et des cancers.

Objectif 3. : Garantir une offre de soins de qualité :

3.1. Soins somatiques

3.1.1. Développer la fonction d'assistant dentaire.

L'assistant dentaire contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire et la prévention des risques infectieux. Cette fonction permettrait, dans un contexte démographique défavorable, de libérer du temps de chirurgien-dentiste ou d'IDE qui assurent, à ce jour, cette fonction dans la plupart des établissements.

3.1.2. Renforcer la fonction de kinésithérapie au sein des UCSA.

Identifier dans chaque établissement de santé, dans la mesure du possible, un temps de kinésithérapie spécifiquement dédié aux besoins de l'UCSA. Parallèlement, on s'attachera à prévoir un espace pour la kinésithérapie dans les UCSA des nouveaux établissements pénitentiaires.

3.1.3. Développer les consultations spécialisées intra-muros pour limiter les extractions de détenus

Pour les pathologies fréquemment rencontrées en détention, la mise en place de consultations spécialisées au sein de l'UCSA doit être privilégiée. Ces consultations concernent, entre autres, les spécialités de gastroentérologie (suivi des hépatites), médecine interne, infectiologie (suivi des infections à VIH), dermatologie, ophtalmologie (si possibilité d'installer le matériel nécessaire dans les locaux de l'UCSA). Pour les établissements pénitentiaires dotés d'un quartier « femmes », une consultation de gynécologie obstétrique devra être organisée.

3.1.4. Développer l'éducation thérapeutique

En détention, de nombreuses personnes détenues sont porteuses de pathologies chroniques, en particulier infectieuses, qui nécessitent des traitements au long cours. La mise en place de programmes d'éducation thérapeutique en direction de ces personnes est nécessaire et permet d'agir sur la prise en charge du patient au-delà de la période de détention.

3.1.5. Veiller à la bonne application des prescriptions hygiéno-diététiques

Afin de permettre à chaque patient de bénéficier d'un régime alimentaire adapté à son état de santé, l'intervention, à la demande de l'équipe soignante de l'UCSA, d'une diététicienne du centre hospitalier de rattachement devra être développée. Il s'agit également d'offrir la possibilité aux personnels des cuisines de l'établissement pénitentiaire et aux fournisseurs de produits alimentaires (cantine) de prendre contact avec une diététicienne pour obtenir un conseil pour la composition des repas.

3.1.6. Développer la télémédecine et l'informatisation des UCSA

Le présent schéma s'attachera à mener à son terme le projet régional de télémédecine débuté en Dordogne en lien avec l'espace numérique régional de santé d'Aquitaine et à initier d'autres projets.

Les établissements qui n'ont pas vocation à être reconstruits ou rénovés doivent faire l'objet d'une programmation prioritaire.

La généralisation du câblage informatique des UCSA à toute la région est une priorité. A ce jour, certaines de ces unités ne sont pas informatisées au détriment de la qualité de la prise en charge des patients, de la coordination des soins, du recueil des actes et des facturations. Au terme du schéma, toute UCSA devra disposer d'un système d'information interactif avec l'établissement de rattachement permettant la mise en œuvre d'un dossier patient et d'un suivi de la production des soins.

3.1.7. Moderniser le dispositif de chambres sécurisées, notamment pour permettre un accueil des patients en urgence

En région Aquitaine, le déploiement de ce dispositif n'est pas complètement achevé. La réalisation d'une évaluation du dispositif des établissements de rattachement permettra de poursuivre la mise en place de ces chambres dans les établissements qui n'en sont pas encore pourvus.

Indicateurs : ETP d'assistant dentaire /UCSA, ETP kinésithérapeute/UCSA, nombre de consultations spécialisées proposées en intra-muros par établissement, nombre de programmes d'éducation thérapeutique mis en place dans les UCSA, nombre d'interventions de diététicienne pour l'UCSA ou les personnes détenues, nombre d'actes de télémédecine, nombre de patients disposant d'un dossier médical informatisé, nombre de chambres sécurisées conformes au cahier des charges.

3.2. Soins psychiatriques

3.2.1. Améliorer l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire par la définition d'une offre graduée

Trois niveaux de prise en charge psychiatrique ont été identifiés et doivent être mis en place :

> un niveau de proximité : outre des activités de consultation, une prise en charge à temps partiel de type « atelier thérapeutique » ou « CATTP » devra être systématiquement développée.

> Un niveau régional : outre les activités du niveau de proximité, il assure une prise en charge de type « hôpital de jour » de patients hébergés hors de la structure de soins.

> l'accueil en hospitalisation complète dans un service de psychiatrie de l'établissement de rattachement dans l'attente de l'ouverture de l'UHSA d'une capacité de 40 lits au centre hospitalier de Cadillac à l'horizon 2014.

3.2.2. Améliorer la prise en charge des patients avec addictions

L'amélioration de la prise en charge des patients qui présentent une addiction passe par trois axes :

> Le renforcement de la coordination des acteurs intervenants auprès des personnes détenues

Il conviendra, dans chaque établissement pénitentiaire, de désigner un référent Addictions (note interministérielle du 9 août 2001) qui aura la charge d'organiser en coopération avec les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) le lien entre les différents acteurs du sanitaire et du médico-social.

> La mise en œuvre des traitements de substitution pour tout détenu incarcéré le nécessitant.

Des études montrent que la baisse ou l'arrêt d'un traitement de substitution fait augmenter les risques d'injection de drogue. C'est dire l'importance, voire la nécessité, de poursuivre ou d'initier un traitement de substitution en prison. Ces traitements doivent pouvoir être accessibles à tous les détenus dépendants qui en ont besoin.

Cette substitution aux opiacés doit être réalisée en fonction de l'état du patient, par buprénorphine haut dosage ou méthadone.

> La mise en place de consultations d'addictologie

Au-delà des addictions aux opiacés, toutes les addictions doivent pouvoir être prises en charge dans les UCSA. La mise en place de consultation d'addictologie doit permettre de répondre à ces problématiques qui font l'objet d'un dépistage systématique lors de l'examen médical d'entrée réalisé pour chaque arrivant. Ces consultations pourront être assurées par un médecin de l'UCSA formé à l'addictologie ou par l'ELSA de l'établissement de rattachement.

3.2.3. Développer la prise en charge des auteurs de violence sexuelle

Cette action se décline autour de deux axes :

> La mise en place d'interventions de l'équipe mobile régionale (ERIOS) pour des prises en charge de groupe au sein des centres de détention de Mauzac et Neuvic sur l'Isle (24), interventions venant en complément des prises en charge individuelles réalisées par les psychologues et le psychiatre de l'UCSA. Par ailleurs, l'équipe a vocation à venir en appui de l'ensemble des UCSA sous forme de rencontres avec les professionnels de santé.

> Le développement de la continuité des soins entre la détention et l'ambulatoire

Dans ce cadre, en plus des prises en charge individuelles, l'identification dans chaque département d'une équipe référente qui pourra assurer des prises en charge de groupe. (cf. objectif 6)

Par ailleurs, le CRIAVS constitue un appui aux professionnels amenés à prendre en charge ces patients. La mise en place de ce dispositif doit être faite en lien avec le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), en particulier pour tout ce qui concerne le financement des transports du patient de son domicile vers les lieux de soins.

Indicateurs : Nombre de détenus ayant bénéficié de prise en charge de psychiatrie à temps partiel, nombre d'UCSA disposant d'un référent addictologie, nombre d'UCSA où tous les traitements de substitution sont proposés, nombre de personnes détectées mises sous traitement ou poursuivant leur traitement, nombre d'UCSA disposant d'une consultation d'addictologie, nombre d'UCSA où intervient l'ERIOS.

Objectif 4. : Améliorer la connaissance de l'activité réalisée par les UCSA-SMPR :

4.1. Un groupe de travail régional associant les intervenants concernés au sein des UCSA devra proposer une harmonisation des pratiques de codage de l'activité.

Indicateur : Taux d'exhaustivité des données.

Objectif 5. : Développer une culture commune entre tous les professionnels intervenant dans les établissements pénitentiaires :

5.1. Au-delà des rencontres régulières institutionnelles comme la commission pluridisciplinaire unique ou les commissions santé au sein de chaque établissement, les personnels, tant soignants que pénitentiaires, souhaitent pouvoir disposer de temps d'échanges sur des sujets qu'ils ont à traiter ensemble, au quotidien.

La mise en place de séances de formations communes autour de thématiques définies en commun au sein de chaque établissement sera à développer.

Indicateur : Nombre de sessions de formation réalisées à ce titre.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social)

Objectif 6. : Organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie des personnes sous main de justice :

Il s'agit d'accompagner la personne dans un parcours intégrant le suivi antérieur si celui-ci existe et permettant de rassembler les conditions pour mettre en œuvre l'accès, le maintien et la continuité des soins en incluant la protection sociale.

Les risques encourus pour la santé individuelle peuvent être prévenus en évitant les ruptures de prise en charge et de traitements.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation, le greffe de l'établissement et les services éducatifs de la PJJ pour les mineurs contribuent, avec les services de la CPAM, à établir ou à rassembler l'ensemble des documents administratifs nécessaires à la personne détenue pour bénéficier, après sa sortie, d'un suivi médical et social. La mobilisation de divers services nécessite leur coordination. Cette coordination passe par le développement au sein des UCSA de fonctions d'assistantes sociales.

S'agissant de la protection sociale, il convient de garantir un accès aux droits et l'ouverture des droits des personnes détenues et de leurs ayants droit. Pour ce faire, les établissements de santé de rattachement, les établissements pénitentiaires, passeront convention avec les CPAM pour structurer au mieux les conditions de ces prises en charge. Ces conventions permettront de développer les permanences ou la désignation de personnes référentes par les organismes de sécurité sociale au sein des établissements pénitentiaires.

Pour les soins psychiatriques, l'UCSA doit garantir le lien entre le SMPR et l'établissement psychiatrique de référence du détenu pour formaliser un protocole de prise en charge à la levée d'écrou.

Indicateurs : ETP assistantes sociales/UCSA, nombre d'UCSA disposant d'un référent chargé de la préparation de la sortie, convention CPAM /établissements pénitentiaires, nombre de détenus ayant un programme de prise en charge à la sortie.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Niveau territoire de santé
UCSA pour chaque établissement pénitentiaire
Niveau régional (recours)
SMPR
1 UHSI : CHU Pellegrin
1 UHSA : CH de Cadillac
1 SMPR : CH Charles Perrens
1 ERIOS / CRIAVS : CH Charles Perrens
Niveau interrégional
UHSI - UHSA

CHAPITRE 16.

PRISE EN CHARGE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC)

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est une urgence médicale qui nécessite le recours rapide à une filière de soins coordonnée. Les Unités Neuro-Vasculaires (UNV), la thrombolyse à la phase aiguë et la prise en charge en rééducation multidisciplinaire et coordonnée améliorent significativement le pronostic vital et fonctionnel.

L'accident vasculaire cérébral (AVC) constitue un important problème de santé publique, troisième cause de mortalité en France, deuxième en Aquitaine (avec une surmortalité chez l'homme) et première cause de handicap acquis chez l'adulte.

Le pronostic vital et fonctionnel est grandement influencé par la prise en charge. C'est pourquoi l'Aquitaine s'est investie de façon active dans une démarche d'amélioration de la filière de prise en charge des AVC au sein du Plan Aquitain de lutte contre les maladies cardio neuro-vasculaires. Ce plan régional, élaboré en lien étroit avec les professionnels de terrain, a débuté en avril 2010 et comporte de multiples actions programmées, en cohérence avec le Plan national AVC.

Principaux textes de référence :

> Loi du 9 Août 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/O4/2007 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires,

> Circulaire DHOS/DGS/DGAS du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC,

> Plan d'actions national AVC 2010-2014,

> Rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC, juin 2009.

1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Offre de Soins

La densité en neurologues pour 100 000 habitants varie de 1,5 en Dordogne à 4,5 en Pyrénées Atlantiques

5 établissements ont individualisé une UNV, une 6e voire une 7e devraient être mises en place en 2011.

Données d'activité

En 2010, on dénombrait 8427 séjours ayant un diagnostic principal d'AVC (dont 1908 accidents ischémiques transitoires et 5958 AVC constitués), soit une augmentation de 12,7 % par rapport au nombre de séjours en 2006.

26 % des séjours de patients aquitains pour AVC ont été pris en charge en UNV en 2010.

La mortalité hospitalière pour les AVC constitués est de 15,8 %.

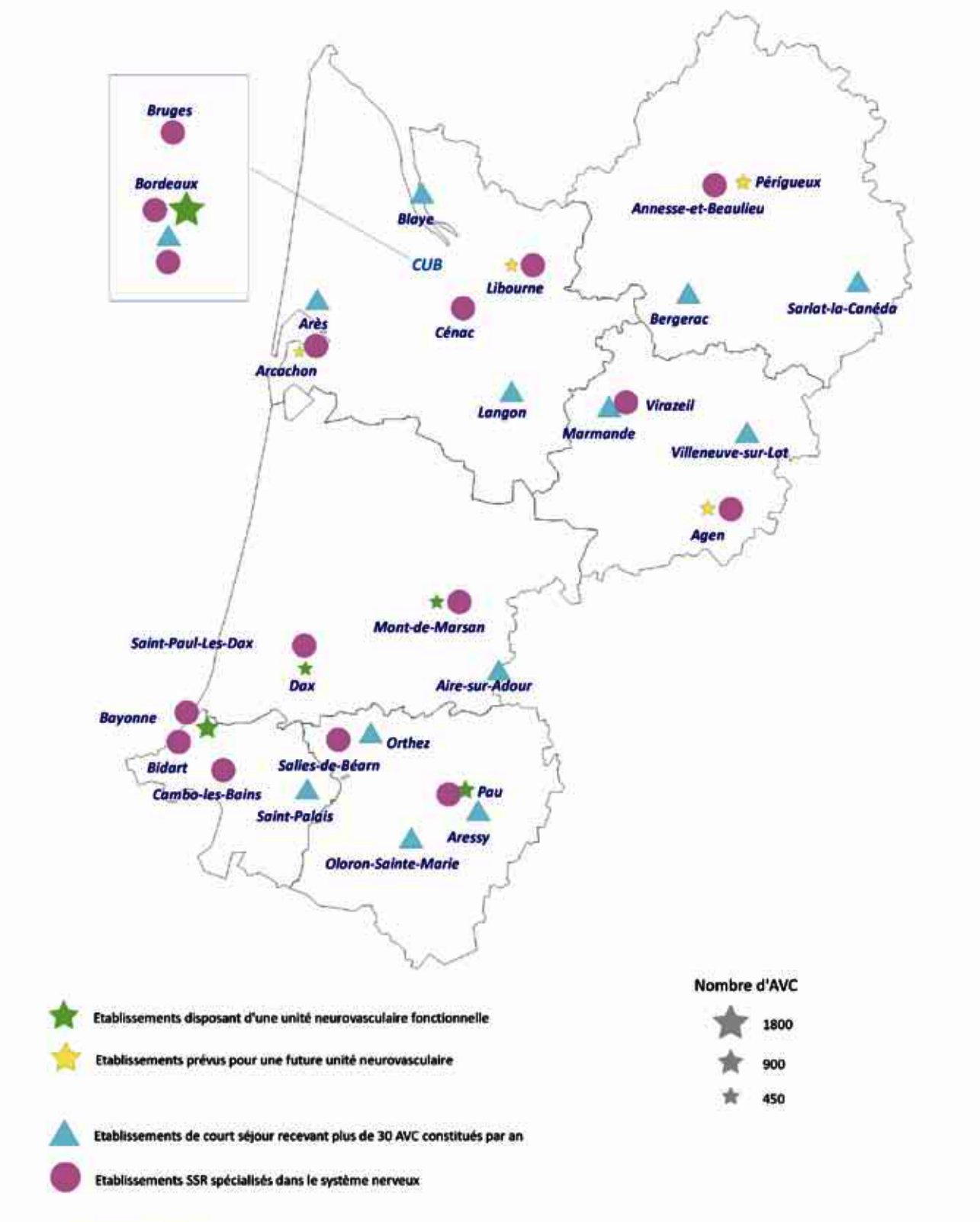
Sur la région, 23,7 % des patients (non décédés) sont transférés en SSR (17 % pour le TS de Gironde à 39 % pour le TS Navarre- Côte basque).

Seuls 0,1 % des patients sont pris en charge en HAD.

L'AVC est à l'origine de 50 % des séjours prolongés évoluant pour une part en États Végétatifs Chroniques ou pauci relationnels.

En 2010 (PMSI), on retrouve 62 séjours pour pathologie neurologique d'une durée supérieure à 3 mois dont 23 pour AVC. On peut donc penser que, par année, une soixantaine de patients pourraient être pris en charge dans des structures SSR spécifiques en post aigu pendant une durée de 6 à 18 mois avant placement en lieu de vie. Actuellement seuls 5 lits à Château Rauzé pour la prise en charge des traumatisés crâniens sont fonctionnels.

• AVC en Aquitaine : Structures de prise en charge



Fond de carte : Articque ©
Source : ARS Aquitaine, DOS
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études statistiques et prospectives
16/09/2011

Points de vigilance

1. La principale cause de retard dans le traitement reste liée à la mauvaise reconnaissance des signes d'AVC par le patient et son entourage et à l'absence d'appel direct au Centre 15.
2. Deux territoires de santé (Dordogne et Lot-et-Garonne) n'ont pas mis en place d'unité neuro-vasculaire. De même l'unité neuro-vasculaire prévue sur Libourne n'a pas encore été créée.
3. La prise en charge des patients lors de la phase aigue de l'AVC reste très dispersée (59 établissements en 2010, 62 en 2009), ce qui témoigne d'une structuration insuffisante des filières de prise en charge. A noter, parmi les 40 % de séjours AVC pris en charge dans des établissements qui ne seront pas siège d'UNV, 25 % sont accueillis dans des structures n'ayant pas de temps de neurologue.
4. Malgré une augmentation notable, la proportion des séjours passant par une unité neuro-vasculaire, reste faible (15 % des séjours en 2009, 26 % en 2010).
5. Il existe une importante disparité entre les territoires pour la prise en charge d'aval : taux d'orientation en SSR allant du simple au double selon le lieu de résidence des patients.
6. La très faible prise en charge par l'HAD.
7. Le besoin de renforcer les liens entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux et la médecine de ville afin d'organiser un retour au domicile dans des conditions optimales et permettant la poursuite des soins nécessaires.
8. L'occupation prolongée des lits de réanimation puis de neurologie et de neurochirurgie faute de structures adaptées à l'accueil des patients cérébrolésés en « post réanimation ».
9. L'absence d'un recueil régional de données permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge et de suivre l'évolution des patients.

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Poursuivre la structuration de la filière hospitalière de prise en charge des AVC :

1.1. Finaliser le déploiement des UNV dans tous les territoires de santé.

> Toute structure prenant en charge 300 séjours AVC par an devra s'organiser pour individualiser une UNV avec une organisation conforme au cahier des charges régional en vue d'une reconnaissance contractuelle.

> Toute structure d'accueil des urgences implantée dans un établissement ne disposant pas d'une UNV individualisée devra disposer d'un outil de télémédecine en liaison avec l'UNV du territoire ou la cellule régionale de coordination pour avis d'expert en vue d'exploration et éventuelle décision thérapeutique préalable à l'orientation vers l'UNV.

Indicateur : Pourcentage de patients ayant présenté un AVC pris en charge en UNV, % des patients ayant bénéficié d'une thrombolyse.

1.2. Garantir l'accès à une offre de soins optimale en SSR neurologique dans chaque territoire de santé et améliorer la prise en charge des patients hospitalisés dans les établissements SSR polyvalents et gériatriques.

> Établir ou renforcer les liens existants entre les équipes assurant la prise en charge lors de la phase aigüe (UNV) et les équipes SSR afin de préciser l'organisation de l'évaluation par un médecin de médecine physique et de réadaptation de tout patient pris en charge pour AVC en vue de son orientation et de la programmation du suivi le plus adapté (éventuelle ré-évaluation) en fonction de son état.

> Lorsque l'offre de soins SSR spécialisée est insuffisante, notamment dans les territoires de santé ayant un taux d'accès faible, veiller au renforcement des moyens humains nécessaires à la prise en charge et à l'accompagnement des équipes de SSR polyvalent prenant en charge les patients en post AVC.

> Rendre plus fluide la filière d'aval par la mise en place d'un outil régional partagé de gestion de demandes et des places disponibles en fonction de l'état du patient.

Indicateurs : Nombre de patients pris en charge en structure SSR à orientation « Système Nerveux ».

1.3. Mener une réflexion dans chaque territoire de santé afin d'évaluer la place de l'HAD dans la prise en charge des patients.

1.4. Coordonner les acteurs afin d'optimiser le fonctionnement de la filière de prise en charge.

Mise en place d'une cellule régionale de coordination chargée, en lien avec les responsables des UNV de chaque territoire de santé, de fédérer les acteurs, de promouvoir la coordination des acteurs lors de la phase aigüe et après l'accident, de diffuser les recommandations visant l'amélioration des pratiques et de contribuer à la mise en place de l'observatoire régional des AVC. La cellule régionale formalise en lien avec l'ensemble des acteurs les procédures suivantes :

> Procédure d'orientation des patients suspects d'AVC.

> Procédure d'orientation des patients au sortir de l'épisode aigu.

> Procédures de suivi et de prévention secondaire.

Elle met en place les actions nécessaires à l'évaluation de l'application des procédures.

1.5. Toute structure d'accueil des urgences devra participer à la démarche d'amélioration de la prise en charge des AVC coordonnée par la cellule régionale au sein du plan en appliquant les procédures de prise en charge , avec participation au recueil des informations destinées à l'observatoire.

1.6. Formaliser les échanges entre la structure siège de l'Unité Neurovasculaire du territoire de santé et les autres établissements du territoire afin de permettre la prise en charge dans l'UNV et le retour du patient vers l'établissement d'origine dans les meilleurs délais compatibles avec les besoins du patient.

1.7. Il conviendra de conclure une convention avec les structures de SSR à orientation neurologique du territoire de santé afin de préciser l'organisation de l'évaluation, de l'orientation, du suivi.

Objectif 2 : Réduire les délais de prise en charge et d'accès à la thrombolyse et à l'expertise neurologique :

2.1. Promouvoir l'appel direct au Centre 15 en cas de symptômes évocateurs d'AVC (cf. objectifs 5.1 parcours de soins) et le travail en réseau avec tous les services d'accueil d'urgences et développer la téléthrombolyse.

2.2. Optimiser l'organisation de l'accès à l'imagerie cérébrovasculaire en urgence.

Chaque établissement disposant d'une structure d'urgences et d'une IRM sur site devra s'organiser pour :

> permettre l'accès à l'IRM en première intention 24h sur 24 (organisation spécifique à prévoir dans les établissements où il existe un partage de l'IRM public/privé),

> disposer d'un effectif suffisant de manipulateurs formés à la réalisation H24 d'examen IRM en cas de suspicion d'AVC,

> rédiger un protocole d'examen IRM en cas d'AVC pour réalisation par le manipulateur et interprétation par le neurologue dans le contexte de l'urgence,

> développer la téléexpertise radiologique.

Indicateurs : Part de séjours AVC avec IRM en première intention par établissement, délai moyen entre arrivée dans l'établissement et IRM, délai moyen entre arrivée dans l'établissement et début de thrombolyse.

Objectif 3 : Poursuivre la mise en place d'un observatoire des AVC :

3.1. Mettre en place un observatoire des AVC afin de repérer les besoins d'amélioration et d'accompagnement par territoire.

3.2. Faire une évaluation annuelle de la progression des indicateurs de qualité de prise en charge des AVC à partir des données saisies au sein de l'observatoire.

Indicateurs : Part de séjours PMSI ayant un DP AVC constitué et retrouvé dans l'observatoire par établissement et régionalement, nombre de thrombolyses par établissement, rapport annuel des données issues de l'observatoire.

Objectif 4 : Optimiser la prise en charge au long cours des patients cérébrolésés graves :

4.1. Garantir sur chaque territoire de santé, au moins 5 lits permettant la prise en charge des patients cérébrolésés graves en post aigu, en soins de suite et de réadaptation spécifiques.

4.2. Élaborer un cahier des charges régional précisant la population accueillie, les critères d'admission,

les conditions de fonctionnement, les procédures d'évaluation au minimum bi-annuelles, en vue d'une orientation adaptée à leur état dans les 6 à 18 mois vers un lieu de vie adapté.

4.3. Veiller à ce que chaque territoire de santé offre des possibilités d'accueil en structure adaptée pour cérébrolésés stabilisés végétatifs permanents ou pauci relationnels type MAS pour les plus lourds, type FAM ou maison relais pour les pauci relationnels.

4.4. Organiser une formation spécifique à la prise en charge des cérébrolésés des personnels de structures souhaitant individualiser un accueil spécifique pour cérébrolésés.

Indicateurs : Nombre de lits d'accueil de cérébrolésés graves en post aigu par territoire de santé.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social)

Objectif 5 : Sensibiliser le grand public à la reconnaissance des symptômes d'alerte d'AVC et à l'appel direct au Centre 15 :

5.1. Mettre en place une campagne pluriannuelle d'information grand public sur les signes d'alerte de l'AVC et la nécessité d'appel du centre 15.

5.2. Associer les médecins traitants aux actions régionales de communication afin de renforcer le message auprès des patients sur la reconnaissance des symptômes d'alerte d'AVC.

5.3. A partir des données issues de l'observatoire de l'AVC, suivre spécifiquement les délais « patient » (délai entre le début de symptômes et l'appel au centre 15) chaque année.

Indicateur : Nombre d'appels au centre 15 pour AVC.

Objectif 6 : Améliorer la coordination entre les professionnels libéraux et les établissements de santé afin de mettre en place les ressources nécessaires au retour et au maintien du patient à domicile :

6.1. Identifier les ressources nécessaires pour répondre à cet objectif au sein des instances territoriales de coordination des soins.

6.2. Structurer sur chaque territoire de santé une organisation assurant une consultation pluridisciplinaire de suivi du patient en post AVC afin d'évaluer l'évolution, assurer l'orientation éventuelle et prévoir la prise en charge de prévention secondaire.

6.3. Soutenir, suivre et capitaliser les expériences visant à permettre la prise en charge des patients en ville.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Niveau territoire de santé
Au moins 1 UNV
Au moins une unité spécifique SSR pour la prise en charge des cérébrolésés graves en post aigu
Au moins un SSR prenant en charge les affections du système nerveux
Structuration d'une interconnexion des structures d'accueil des urgences avec l'UNV et/ ou la cellule régionale de référence en vue du recours autant que de besoin à la télé expertise et éventuellement télé thrombolyse
Niveau régional (recours)
Cellule de coordination régionale AVC

SCHÉMA CIBLE DE RECONNAISSANCES :

Reconnaissances au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS	Création / Suppression Recomposition
Dordogne		
aucune UNV	1 UNV	Création d'une UNV au CH de Périgueux en cours de reconnaissance
Gironde		
1 UNV au CHU de Bordeaux	3 UNV	1 UNV déjà prévue au SROS 3 et non mise en œuvre à Libourne 1 Nouvelle implantation UNV sur le CH d'Arcachon
Landes		
1 UNV au CH de Dax et 1 UNV au CH Mont de Marsan	2 UNV	
Lot et Garonne		
aucune UNV	1 UNV	1 UNV
Béarn et Soule		
1 UNV au CH de Pau	1 UNV	
Navarre – Côte basque		
1 UNV au CHCB	1 UNV	

Concernant les implantations SSR pour la prise en charge des affections neurologiques ainsi que pour les unités de prise en charge des patients cérébrolésés grave en post aigu, se référer à la fiche SSR.

4.
INDICATEURS DE SUIVI DU GUIDE SROS

> Proportion de patients AVC admis en UNV.

CHAPITRE 17.
PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

Chez l'adulte (>18 ans), le surpoids est défini par un IMC >25 kg/m^2, l'obésité par un IMC >30 kg/m^2, l'obésité sévère par un IMC de 35 à 40 kg/m_ et l'obésité morbide par un IMC au delà de 40 kg/m^2.

Chez l'enfant, on parle de surpoids lorsque l'IMC ≥ 97ème percentile des courbes de corpulence françaises et d'obésité lorsque l'IMC ≥ seuil IOTF 30 (International Obesity Task Force).

Le PLAN OBESITE réunit en un ensemble coordonné une série de mesures et d'actions articulées autour de l'optimisation de l'organisation d'une offre de soins accessible et plus lisible pour les patients et les professionnels en lien avec le Programme National Nutrition Santé 3 (PNNS3), le Programme national pour l'alimentation (PNA) et le Programme Éducation Santé (PES).

Il comprend quatre axes principaux : l'amélioration du dépistage chez l'enfant et chez l'adulte et la meilleure structuration de l'organisation des soins (accessibilité, lisibilité et cohérence de la chaîne de soins), la mobilisation des partenaires de la prévention (agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique), la prise en compte des situations de vulnérabilité et la lutte contre les discriminations et la recherche.

La structuration de l'offre de soins spécialisée pour les patients obèses intègre au niveau régional :

> La mise en place d'une coordination territoriale de l'offre de soins en lien avec les réseaux existants.
> L'amélioration de l'accueil en soins de suite et en réadaptation.
> La reconnaissance des équipes spécialisées en éducation thérapeutique.
> La disponibilité des transports sanitaires bariatriques.

Principaux textes de référence :

> PNNS 2011-2015, Plan Obésité 2010-2013.
> Recommandations HAS : Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent (septembre 2002), Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte (janvier 2009).
> Instruction N°DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS3) et du plan obésité (PO) par les ARS.

1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Selon l'enquête OBÉPI 2009, la prévalence de l'obésité chez l'adulte en Aquitaine est de 13,7 % (France 14,5 %), soit 438 772 personnes. Le pourcentage de personnes obèses augmente de 5,9 % chaque année. Un adulte sur deux est en surpoids ou obèse.

Selon les résultats des enquêtes réalisées dans le cadre du Programme Nutrition, prévention et santé des enfants et adolescents en Aquitaine, la prévalence du surpoids était de 9,4 % (dont 2,2 % d'enfants obèses) en 2007-2008 chez les enfants de grande section de maternelle (5-6 ans) et de 15,6 % (dont 2,9 % d'enfants obèses) en 2008-2009 pour les enfants de CE2 (7 à 10 ans).

Offre de Soins

> 28 établissements de santé prennent en charge des patients obèses (séjours hospitaliers avec diagnostic principal d'obésité) : 8 avec des séjours uniquement médicaux et 20 avec des séjours médicaux et chirurgicaux.

> 8 structures ont une activité supérieure à 80 séjours et regroupent 85 % des séjours hospitaliers.

> 9 structures sont autorisées en SSR affections métaboliques,

> 7 programmes d'ETP autorisés,

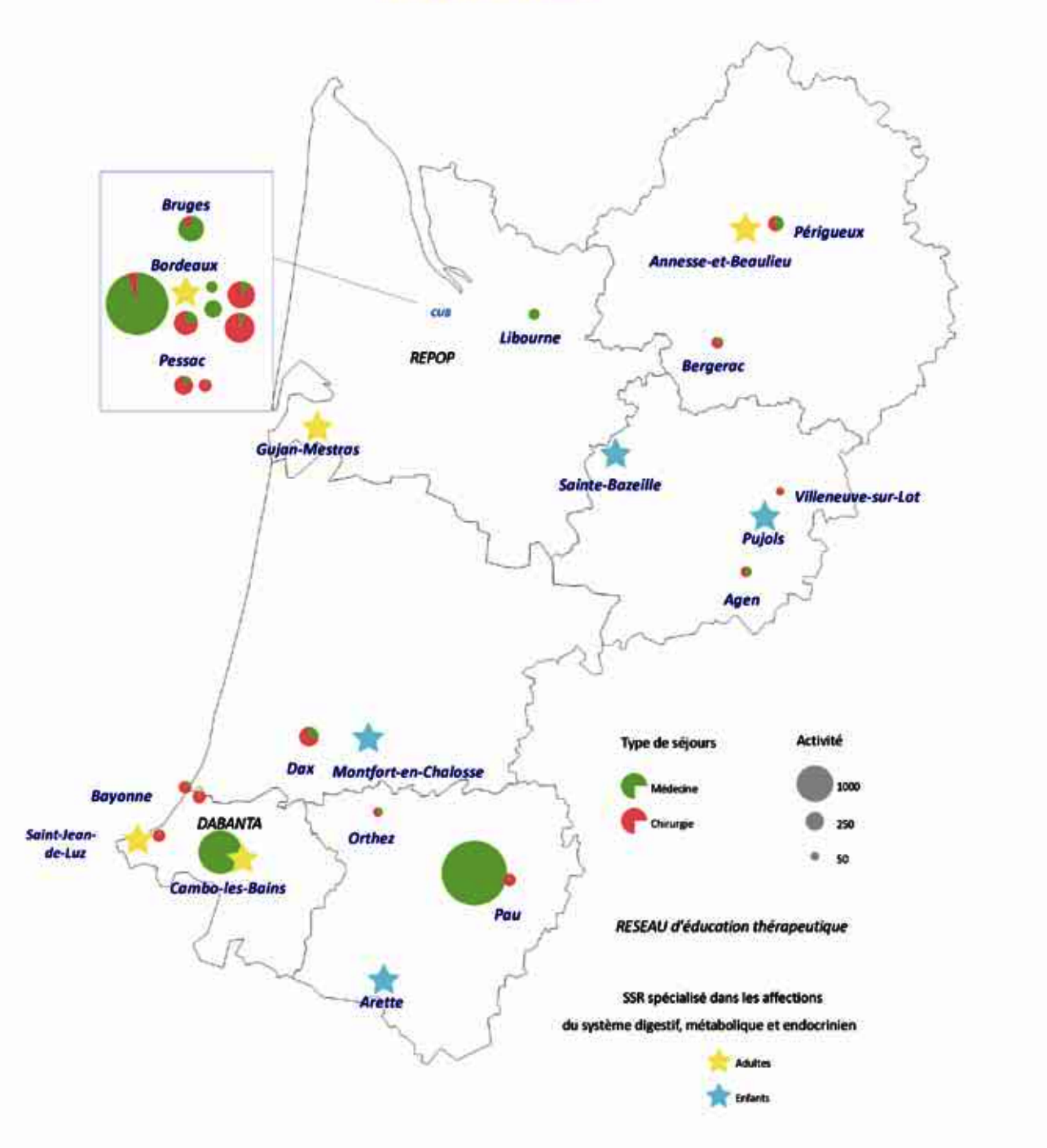
Deux réseaux spécialisés assuraient la coordination de soins : un réseau enfant (REPOP) sur la Gironde (intervenant aussi sur les Landes, Périgueux et Agen mais de façon limitée) et un réseau adultes et enfants pour les troubles du comportement alimentaire (DABANTA) sur Bayonne.

Données d'activité

Les séjours hospitaliers avec DP d'obésité ont progressé globalement (médecine et chirurgie) de 22 % entre 2009 et 2010 (4 732 séjours) alors que les séjours de chirurgie de l'obésité ont progressé de 14 %.

Les séjours chirurgicaux représentent 24 % des séjours. Une obésité massive (IMC >40) est codée dans la moitié de séjours (49,6 %).

• Offre de soins : Prise en charge de l'obésité (activité >15 séjours)



Fond de carte : Articque ©
Source : PMSI MCO 2010 - Arrêtés d'autorisations
Cartographie : ARS Aquitaine - PAS, Service études statistiques et prospectives
09/09/2011

Points de vigilance

> L'obésité en Aquitaine a progressé de 61,2 % en 12 ans et concernait en 2009, 438 772 adultes et environ 15 000 enfants, sa prévalence est inversement proportionnelle au niveau d'instruction scolaire. Les séjours hospitaliers pour obésité ont progressé de 22 % en un an.

> La structuration de la filière de prise en charge hospitalière n'a pas eu lieu et les établissements de santé sont mal équipés pour prendre en charge des patients obèses présentant une pathologie intercurrente.

> S'il existe une dynamique régionale en matière de prévention et de dépistage du surpoids pour les enfants, la prise en charge coordonnée de l'obésité n'est pour l'instant essentiellement disponible que pour les enfants de Gironde et dans le territoire de Navarre Côte basque.

> En ce qui concerne la prise en charge de l'obésité chez l'adulte, il n'existe pas de politique régionale globale et coordonnée. Les patients sont insuffisamment dépistés et insuffisamment pris en charge lorsqu'ils sont dépistés.

> Les médecins traitants se disent « dépourvus » face à cette maladie.

> L'offre de soins existante ne permet pas de garantir le caractère multidisciplinaire du suivi ainsi que sa poursuite dans le temps, indispensables à la réussite dans la prise en charge de cette pathologie

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Poursuivre la politique régionale de prévention de l'obésité chez les enfants et les adultes :

Le programme régional de prévention de l'obésité de l'enfant existe depuis 2004. Déclinaison du PNNS en Aquitaine pour les enfants et adolescents, il propose des actions de prévention (dépistage, offre alimentaire, action pédagogique et activité physique) en lien avec de nombreux partenaires et, en particulier, les services de santé scolaire et de PMI des 5 départements d'Aquitaine, l'IREPS, l'assurance maladie et les services jeunesse et sports. Ce programme est articulé avec une prise en charge en réseau de la population des enfants et des adolescents. La démarche évaluative a permis de mettre en évidence, par un suivi épidémiologique rigoureux, une stabilisation du surpoids et de l'obésité autour de 15 % dont 3 % d'obèses en classe de CE2 (enfants âgés de 7 à 10 ans) depuis la mise en place du programme. Son caractère multi partenarial lui a valu un prix OMS en 2006. L'inflexion observée doit être consolidée.

1.1. Formaliser la gouvernance de la politique nutritionnelle en Aquitaine : mise en place d'un comité de pilotage conjoint avec la DRAAF (Direction régionale de l'alimentation et de l'agriculture et de la forêt) ; y associer les partenaires que sont l'éducation nationale et la DRJSCS ; travailler à une coordination et à une mise en cohérence des politiques et des actions.

1.2. Poursuivre le programme régional de prévention de l'obésité de l'enfant ; contractualiser en termes d'objectifs et de moyens avec le promoteur du programme sur la durée du SROS PRS

Indicateur : Prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant.

1.3. Contribuer à la promotion de l'allaitement maternel

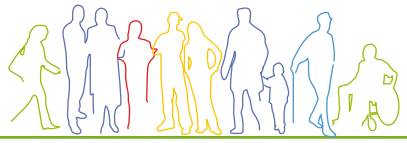
Indicateur : Taux d'allaitement maternel.

1.4. Travailler, avec les collectivités territoriales actives du PNNS, les villes membres du réseau des villes santé OMS, les villes sièges d'un atelier santé ville, et les professionnels de santé à améliorer l'accessibilité économique, culturelle, géographique à une offre alimentaire de qualité et à une activité physique régulière ; favoriser les échanges de pratiques entre collectivités ; inscrire, à terme, cette politique dans les contrats locaux de santé signés avec l'ARS.

Indicateur : Nombre de contrats locaux de santé avec les collectivités comprenant la thématique « prévention de l'obésité de l'enfant à l'adulte ».

Objectif 2 : Permettre et développer l'accès des personnes obèses ou en surpoids à l'activité physique adaptée :

2.1. Développer l'accès des patients aux séances d'activité physique adaptées et encadrées, notamment par la mise en place de coopérations entre les établissements de santé et les services sportifs des Mairies, et garantir une meilleure lisibilité de l'offre.



2.2. Prescrire l'activité physique en tant que composante indispensable de la prise en charge thérapeutique.

Indicateur : Nombre d'actions de sensibilisation auprès des médecins libéraux et hospitaliers, nombre de structures identifiées intégrées dans le parcours du patient.

2.3. Intégrer des enseignants d'activité physique adaptée (APA) dans toutes les équipes prenant en charge des patients obèses.

Indicateur : Nombre d'enseignants d'APA intégrés aux soins dans chaque territoire de santé.

2.4. Promouvoir les liens des soignants avec les acteurs de la médecine du sport.

Objectif 3 : Développer le calcul systématique de l'IMC par les soignants selon les recommandations de l'HAS :

3.1. Adresser à chaque médecin traitant un outil de calcul de l'IMC et promouvoir la mesure du périmètre abdominal.

Indicateur : Nombre d'outils-réglettes, disques adressés (cf. outils diffusés par l'INPES).

3.2. Simplifier le message envers les médecins traitants selon les recommandations de l'HAS.

> Tout patient adulte avec un IMC>30 doit bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire.

> Tout patient adulte avec un IMC>40 doit bénéficier d'une prise en charge spécialisée.

Indicateur : Nombre d'actions de communication.

3.3. Étudier l'utilisation des méthodes et des outils de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB) dans le cadre de la prise en charge de patients obèses.

Indicateur : Mise à disposition des médecins traitants d'un outil RPIB pour l'obésité.

3.4. Veiller au calcul systématique de l'IMC lors de toute hospitalisation.

3.5. Chez l'enfant et l'adolescent, il est recommandé de surveiller la corpulence systématiquement quel que soit leur âge, quelle que soit leur corpulence apparente, quel que soit le motif de la consultation, au minimum 2 à 3 fois par an.

3.6. Chez l'enfant, une prise en charge est proposée lorsque l'IMC est >97e percentile selon les recommandations de l'HAS.

Objectif 4 : Fédérer les acteurs et garantir une prise en charge globale et coordonnée dans chaque territoire de santé :

4.1. Conforter la place du médecin traitant et du pédiatre, en lien avec la médecine scolaire et les services de protection materno-infantile (PMI) : promouvoir l'adressage systématique des patients dépistés vers le médecin ou pédiatre traitant et développer des actions de repérage.

4.2. Garantir l'accès aux soins en médecine de ville et en établissement de santé par l'action coordonnée des acteurs en s'appuyant sur les réseaux polyvalents de proximité, en lien avec les centres spécialisés et le réseau expert.

4.3. Veiller à garantir l'accès aux soins des patients en situation de vulnérabilité.

4.4. Garantir une offre en éducation thérapeutique dans chaque territoire de santé.

4.5. Améliorer la lisibilité de l'offre par l'identification des acteurs dans chaque territoire de santé (Publication de l'annuaire, diffusion des données).

Indicateurs : Nombre d'annuaires distribués, Disponibilité par internet, nombre de liens avec d'autres sites d'information patient.

4.6. Fédérer les professionnels et les décideurs politiques autour d'un comité régional obésité responsable du suivi épidémiologique.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social)

Objectif 5 : Garantir la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère et multi compliquée :

5.1. Structurer la filière hospitalière de prise en charge en trois niveaux de prise en charge pour l'adulte et l'enfant :

> Un centré intégré ou centre régional de recours, assurant en plus de ses missions en tant que centre spécialisé, des missions de formation, de recherche et d'enseignement.

> Un centre spécialisé au nord de la région (centre intégré) et un centre spécialisé au sud répondant aux missions inscrites dans le plan obésité (soins, coordination et diffusion des compétences).

> Identifier dans chaque territoire de santé, non pourvu de centre spécialisé, une équipe territoriale de référence au sein d'un établissement de santé.

> Intégrer dans la filière des soins les centres SSR spécialisés dans la prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien.

5.2. Formaliser dans chaque territoire de santé les relations entre les établissements de santé et les acteurs libéraux, en lien avec les réseaux de proximité, afin de garantir la prise en charge graduée et cordonnée entre les différents acteurs.

5.3. Développer des RCP obésité dans chaque territoire de santé en lien avec les centres spécialisés et veiller au respect des critères qualité dans la prise en charge des patients.

5.4. Définir un projet spécifique pour les 16-20 ans en lien avec la pédopsychiatrie dans le cadre des troubles des conduites alimentaires.

5.5. Intégrer des préparateurs physiques dans toutes les équipes prenant en charge des patients obèses.

5.6. Garantir l'équipement d'au moins un établissement de santé polyvalent par territoire de santé pour permettre la prise en charge des patients obèses présentant des maladies intercurrentes.

5.7. Identifier et garantir les besoins en matière de transport sanitaire bariatrique.

5.8. Dans le cadre de la contractualisation avec les établissements de santé, identifier les mesures prises par l'établissement pour prendre en compte la discrimination des personnes obèses.

Objectif 6 : Évaluer le fonctionnement des filières de prise en charge et la réponse aux besoins :

6.1. Le réseau expert et les centres spécialisés produisent chaque année un rapport d'évaluation de la filière de prise en charge dans la région et présentent les résultats de l'évaluation au comité régional obésité.

6.2. Une attention particulière est portée à l'évaluation de l'accès précoce aux soins, au respect de recommandations de l'HAS et au suivi régional des patients récusés en RCP.

6.3. Au vu des résultats et des données épidémiologiques, le comité régional obésité propose à l'ARS les actions correctives nécessaires pour assurer une prise en charge satisfaisante.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Niveau de proximité
Dépistage, bilan et prise en charge initiale ainsi que suivi assurés par les médecins traitants et pédiatres
Prise en charge multidisciplinaire en ville (accompagnement psychologique et diététique, accès aux structures d'activité physique adaptée) coordonnée par le médecin traitant s'appuyant sur une démarche d'éducation thérapeutique, soutenue par les réseaux de proximité en lien avec le réseau expert.
Formation des professionnels de santé sur la base des recommandations HAS (adulte enfant) pouvant être assurée par le réseau expert en lien avec les centres spécialisés.
Organisation de l'accès à des soins spécialisés en cas de besoin.
Niveau territoire de santé
Lorsque le territoire ne comporte pas un centre spécialisé, une équipe territoriale de référence est identifiée. Elle prend en charge les patients qui ne relèvent pas des centres spécialisés, et constitue le maillon territorial pour le déploiement de la coordination des acteurs en lien avec le réseau polyvalent de proximité
Organise l'accès aux centres spécialisés.
Comporte une offre en éducation thérapeutique.
Comporte une prise en charge en SSR polyvalents ou spécialisés pouvant accueillir les patients avec des obésités sévères et/ou compliquées (au moins une implantation SSR Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien par territoire de santé)
Garantit la prise en charge des enfants et adolescents au sein de structures pédiatriques et organise l'accès à des centres de recours si besoin.
Au moins un programme d'éducation thérapeutique pour les patients obèses par territoire de santé
Niveau régional (recours)
Au moins deux centres spécialisés (nord, pour les territoires de santé de Dordogne, Gironde et Lot-et-Garonne et sud, pour les autres territoires de santé) dont un avec la qualification de centre intégré (formation, recherche, enseignement) chargés d'assurer une prise en charge globale des patients atteints d'une obésité sévère et compliquée et d'organiser la pluridisciplinarité. Ils doivent aussi organiser les filières de prise en charge du territoire.
Un centre intégré proposant une expertise pour la prise en charge des enfants, des adolescents et des adultes, pour les situations complexes en mettant à disposition leur plateau technique et développant une activité de recherche, d'enseignement et de formation.
Un réseau régional « expert »

CHAPITRE 18.

HOSPITALISATION A DOMICILE

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une modalité d'hospitalisation concernant des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, qui, en l'absence d'un tel service, seraient pris en charge en établissement de santé. Elle permet la poursuite ou l'initialisation de techniques de soins hospitalières à domicile.

Avec la loi HPST, les services d'HAD sont devenus des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations.

Deux autorisations sont nécessaires : l'une pour les activités de soins (médecine, obstétrique, soins de suite,…) et l'autre pour la forme d'exercice en HAD.

En tant qu'établissement de santé, l'HAD a les mêmes obligations : permanence et continuité des soins, gestion des risques, sécurité et qualité des soins.

Ne relèvent pas de l'Hospitalisation à Domicile, les malades dont les soins peuvent être assurés par des professionnels libéraux ou/et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui n'ont pas besoin de la logistique et de la coordination assurées par l'HAD, dont l'état justifie le maintien au sein d'une structure de soins traditionnels en raison de la permanence et de la spécificité de leurs soins ou de l'aggravation ou de l'instabilité de leur état.

Ne doivent pas être assimilés à de l'HAD : le maintien à domicile des personnes âgées, les réseaux de soins/de santé, les prestataires de matériel médical, les services à la personne.

Principaux textes de référence :

> Article L 6122-1, Article R 6121-4-1, Article D 6124-306 à D 6124-311 du code de la santé publique.

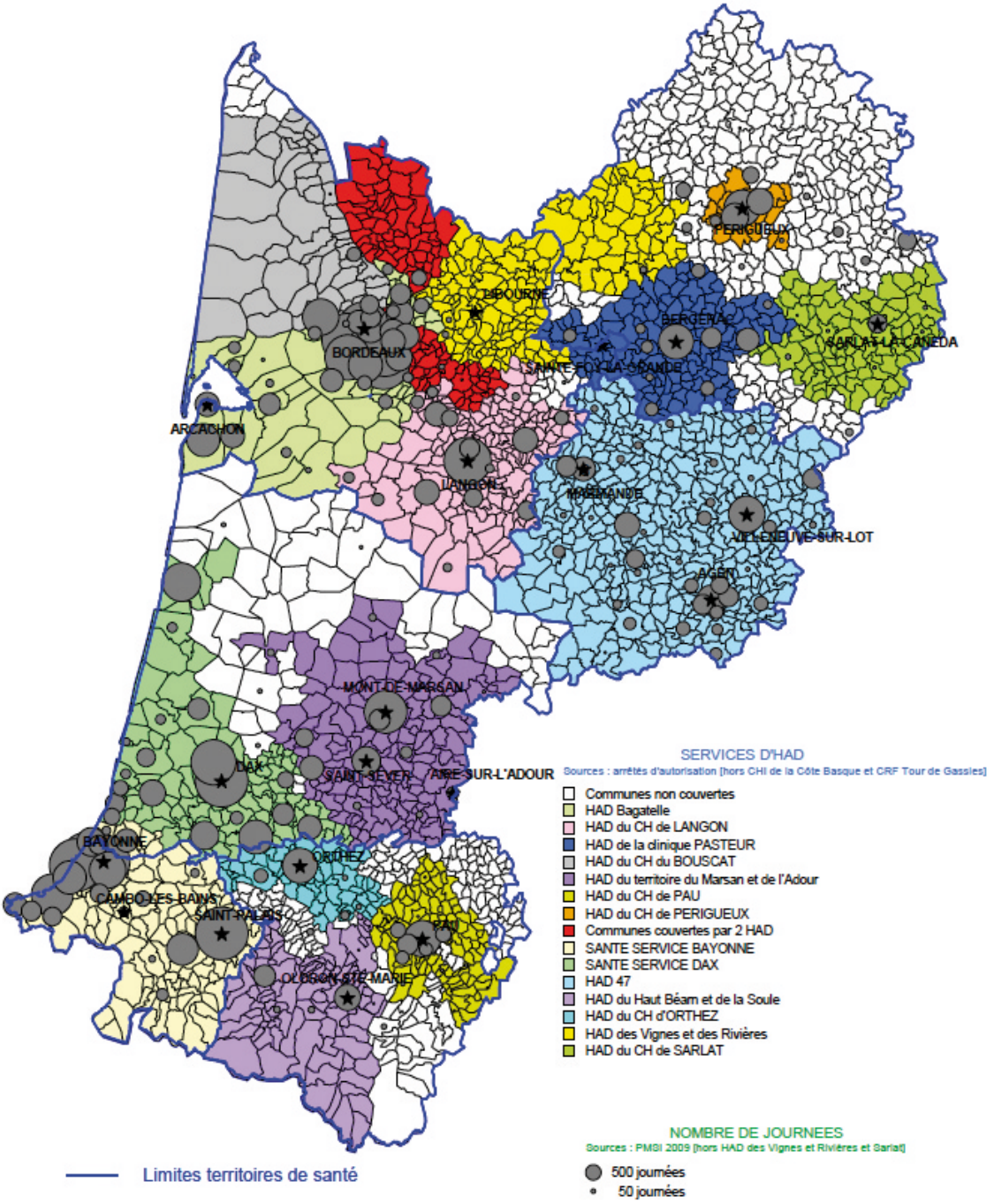
> Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires.

1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Offre de Soins
14 structures d'HAD sont installées pour un total de 611 places occupées en 2010.

Données d'activité
7078 journées pour 100 000 hab. ont été produites en 2010 (vs moyenne nationale : 5 842 j) mais des disparités importantes subsistent entres les territoires (3 249 j en Dordogne et 11 309 j dans les Landes). La part importante des patients de plus de 75 ans et dépendants est une spécificité de l'Aquitaine (30,1 % vs 23,5 % au plan national), d'où une DMS plus élevée qu'au plan national (33,7 vs 25,1). Le taux de réhospitalisation à la sortie de l'HAD est également plus important (33,3 vs 27,7) ainsi que la part des décès (10,6 vs 8,4). La part de patients admis à partir du domicile baisse de 10 % entre 2008 et 2009 (de 46 % à 35 %), se rapprochant de la moyenne nationale (37,5 % en 2008). Le bilan fait état d'une bonne activité globale de l'HAD en Aquitaine sur des prises en charge relativement polyvalentes, même si l'essentiel de l'activité (soit 45,5 % des journées HAD en 2009) est réalisé, comme au plan national (43,6 %), en soins palliatifs (19,4 %) et pansements complexes (26,1 %). L'importance de l'activité en soins de nursing lourds (16,6 % vs 9,6 % au plan national) est une particularité aquitaine.

• Zones d'intervention des services d'hospitalisation à domicile en Aquitaine



Points de vigilance

1. Un mode de prise en charge méconnu des prescripteurs : Malgré une incitation forte au développement de l'HAD depuis 2004, ce mode de prise en charge reste relativement méconnu des prescripteurs, des professionnels de santé et des usagers par rapport à la place qu'elle peut occuper dans le parcours de soins et à la typologie des patients pouvant être pris en charge. Fréquemment, l'activité de l'HAD est comparée à des soins coordonnés ambulatoires et parfois même à l'activité des prestataires de matériel à domicile alors que la spécificité de l'HAD se situe sur des activités d'hospitalisation et de suivi coordonné à domicile. Par ailleurs, de nouveaux domaines d'intervention pourraient être développés et une inscription plus marquée dans certaines filières de soins (notamment gériatrique) devrait être encouragée.

2. Nécessité de parfaire la collaboration entre les intervenants :

> les professionnels de santé libéraux et en tout premier lieu le médecin traitant, pivot de la prise en charge du patient, mais également les IDE, kinésithérapeutes,…

> les établissements médico-sociaux (EHPAD, SSIAD,…)

Dans les faits cette collaboration n'est pas toujours avérée et devrait être identifiée, structurée et renforcée.

3. Difficulté pour assurer la continuité et la permanence des soins : Elles sont assurées de manière assez hétérogène selon les structures d'HAD et en fonction des contraintes de chaque territoire. Pour certaines HAD, il est difficile de respecter les termes de la circulaire du 1er décembre 2006 relative à l'HAD qui précise qu'il ne doit pas être fait appel au Centre 15 (le GHT rémunérant la continuité des soins). A noter également que le médecin coordonnateur de l'HAD ne peut prescrire qu'en cas d'urgence (en principe c'est le médecin traitant qui est responsable de la prise en charge de son patient et qui doit prescrire). Une enquête auprès des structures d'HAD aquitaines montre que pour la majorité des services, aucune astreinte médicale n'est assurée, seule une astreinte infirmière est assurée par l'HAD.

4. Malgré une bonne couverture du territoire et un développement important du nombre de structures d'HAD (+ 46 % depuis 2006) :

> Il reste encore quelques zones non couvertes : Nord de la Dordogne, Nord des Landes, Nord et Sud de Pau,

> Certaines zones théoriquement couvertes ne paraissent pas « investies » par l'HAD,

> Les taux de recours à l'HAD sont disparates selon les territoires, les structures sont de taille hétérogène et le développement de l'activité n'est parfois pas celui attendu.

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Améliorer la lisibilité pour les acteurs sur la place de l'HAD dans l'offre de soins :

1.1. Améliorer la connaissance de l'HAD pour les prescripteurs d'HAD, les professionnels de santé, établissements de santé partenaires et usagers.

1.1.1. Former et/ou informer les prescripteurs sur les prises en charge et indications de l'HAD afin de favoriser l'orientation vers une structure d'HAD plus fréquente et précoce et une meilleure coordination.

Les moyens suivants peuvent notamment être envisagés :

> Mise en place d'un temps dédié d'IDE cadre ou de coordination au sein de l'hôpital et/ou formation d'une personne ressource au sein de l'hôpital qui assure le lien avec l'HAD.

> Information des médecins traitants et des professionnels de santé libéraux via les structures d'HAD, le Conseil de l'Ordre des médecins, le bulletin de l'URPS,…

> L'HAD en tant que terrain de stage (internes, IDE, AS, kinesithérapeute,…).

1.1.2. Étudier, dans le cadre des travaux du comité régional de l'HAD, la possibilité de mettre en place un guichet unique régional comprenant les adresses et contacts des HAD, d'outils communs (comme les fiches de pré-admission, …).

Indicateurs : Bilan annuel des actions menées pour améliorer la connaissance de l'HAD, Nombre de nouveaux prescripteurs par territoire.

Objectif 2 : Identifier l'HAD comme un élément constitutif du parcours de soins du patient :

2.1. Identifier la place de l'HAD dans le parcours de soins.

Cela nécessite de la part des services d'HAD d'élaborer (avec les établissements et les médecins) les procédures suivantes :

> procédure de sortie d'un établissement de santé vers la structure d'HAD pour permettre :

- une grande réactivité afin de satisfaire les sorties d'hospitalisation provenant du court séjour, tout en s'assurant des conditions de réalisation au domicile et de la prise en compte des attentes du patient et de sa famille,
- une anticipation renforcée de la part des établissements de court séjour qui implique une bonne connaissance des indications d'HAD.

> procédure de pré-admission et d'évaluation : temps important pour l'organisation d'une prise en charge et éviter une hospitalisation ou une réhospitalisation.

En amont comme en aval, le lien entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant est indispensable.

Indicateur : Procédures rédigées.

2.2. Intégration de l'HAD par activité dans le parcours de soins.

2.2.1. Soins palliatifs en HAD

> Préciser la place de l'HAD dans l'organisation des soins palliatifs dans les différents territoires de santé

> Définir les places respectives des différents acteurs (HAD, équipes mobiles, réseaux et professionnels de santé de premiers recours).

> Formaliser, respecter et rendre « effectives » les conventions liant réseaux et structures d'HAD.

Indicateur : Taux de patients pris en charge en soins palliatifs ré-hospitalisés (régional, par territoire et par établissement).

2.2.2. Pathologies du vieillissement et prise en charge gériatrique en HAD.

> Inscrire l'HAD dans la filière de soins gériatriques.

> Communiquer auprès des EHPAD et encourager l'intervention de l'HAD en EHPAD selon les modalités prévues par la réglementation, afin notamment d'éviter les hospitalisations à partir des EHPAD et d'accompagner la fin de vie dans ces établissements.

Indicateurs : Part des prises en charge d'HAD en EHPAD = Nombre de journées d'HAD en EHPAD, Nombre de journées en HAD des personnes de 75 ans et plus.

2.2.3. Cancérologie

Dans l'attente des travaux de l'Inca sur les protocoles de chimiothérapies réalisables en HAD, les structures d'HAD devront sécuriser la prise en charge par :

> la mise en place de conventions de partenariat et de protocoles partagés avec les services d'oncologie (détermination de protocoles réalisables en HAD),

> la sécurisation du transport des préparations médicamenteuses (réactivité, couverture du territoire,…),

> une procédure à définir pour l'« accord chimio » avec le prescripteur,

> le 1er jour de chaque cure nécessairement réalisé dans une structure de chimiothérapie (autorisée ou associée),

> une coordination impérativement assurée par le médecin coordonnateur situé à l'interface entre le médecin oncologue et le médecin traitant du patient.

Les structures d'HAD doivent passer une convention avec les établissements autorisés en tant qu'« établissements associés » en cancérologie.

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

2.2.4. Pédiatrie

Compte tenu de la spécificité de cette activité, seules les structures d'HAD disposant de personnels formés en pédiatrie et disposant des compétences spécifiques des médecins coordonnateurs et des soignants pourront assurer ce type de prise en charge. Il est également recommandé de :

> Mettre en place des conventions de partenariat avec les réseaux de soins spécialisés.

> Mettre en place une collaboration étroite HAD–services hospitaliers spécialisés (ex. : hôpital des enfants) : participation de l'HAD aux staffs, transmissions organisées à l'HAD avec participation des équipes hospitalières, formations dispensées à l'HAD par les professionnels des services hospitaliers.

> Réfléchir à la faisabilité du développement d'antennes pédiatriques au plan régional dans le cadre du comité régional HAD.

2.2.5. Périnatalité

Pour raccourcir ou éviter un séjour hospitalier conventionnel dans le cadre d'un projet individualisé global de soins. (cf. recommandations de la HAS – juillet 2011).

Compte tenu de la spécificité de cette activité, seules les structures d'HAD disposant de personnels formés en pédiatrie et disposant des compétences spécifiques des médecins coordonnateurs et soignants pourront assurer ce type de prise en charge. Il est également recommandé de :

> Respecter les recommandations de la HAS sur les indications d'HAD en périnatalité.

> Mettre en place des conventions de partenariat avec les réseaux ou services spécialisés.

> Étudier la possibilité de développer au niveau des territoires :

- des antennes pour proposer un service de plus grande proximité,
- des coopérations avec les sages femmes en libéral,
- des partenariats entre service d'HAD et établissement de santé en tant que de besoin pour proposer cette offre sur chaque territoire.

Situations ne relevant pas de l'HAD :

Sorties précoces de maternité simples, suites de couches physiologiques, difficulté d'allaitement sans facteur de risque, pathologies infectieuses non compliquées, situations pouvant être prises en charge en libéral / ambulatoire.

Indicateur : Suivi annuel du nombre de journées et séjours HAD réalisées pour les modes de prises en charge correspondants aux activités de périnatalité.

2.2.6. SSR

L'HAD est un type de prise en charge pouvant être envisagé dans le parcours de soins des personnes atteintes d'une maladie invalidante comme un accident vasculaire cérébral (à la condition de pouvoir mobiliser toutes les compétences spécialisées nécessaires, et en partenariat étroit avec les médecins de médecine physique et de réadaptation des établissements de référence).

Indicateur : Part des journées HAD réalisées en rééducation neurologique et orthopédique.

2.2.7. HAD et services des urgences

Dès lors que le médecin traitant est d'accord, améliorer les relais entre services des urgences et structures d'HAD pour éviter de garder les patients aux urgences quand une prise en charge en HAD est possible (en amont ou à la place d'une hospitalisation traditionnelle), prioritairement pour les patients relevant de soins palliatifs et les personnes âgées, en élaborant des protocoles et des fiches de liaison.

Indicateur commun à l'ensemble des activités : Taux d'évolution de la DMS pour les séjours en médecine suivis d'un séjour en HAD.

Objectif 3 : Organiser la permanence et la continuité des soins en HAD :

L'organisation de la permanence et de la continuité des soins est une obligation pour les structures d'HAD.

3.1. Inscrire l'organisation de la permanence et de la continuité des soins (pouvant être différente selon la taille des structures et les contraintes de territoires) dans le CPOM des établissements sur la base d'un socle commun prévoyant a minima :

> Que le médecin traitant assure la continuité des soins pour son patient en lien avec l'HAD qui intervient en appui et conseil.

> Une procédure spécifique en cas d'indisponibilité du médecin traitant pendant les horaires réglementaires de la PDSA.

> Une permanence soignante (astreinte téléphonique d'un infirmier salarié de l'HAD et intervention sur place si nécessaire) et une permanence de coordination médicale (astreinte téléphonique d'un médecin salarié de l'HAD pour conseil, aide à la décision et à la régulation sur appel de l'infirmier d'astreinte). La permanence de coordination médicale sera garantie par le médecin coordonnateur de l'HAD ou, sur certains territoires, par une mutualisation des médecins coordonnateurs d'HAD du territoire.

3.2. Une convention avec le centre 15 est recommandée notamment pour prévoir de disposer au moins

de la liste nominative des patients « à risque » pris en charge par l'HAD avec indication de leur(s) pathologie(s).

L'utilisation de la télémédecine, en tant qu'outil pour améliorer la permanence des soins, devra être étudiée, idéalement en commun entre les structures d'HAD.

Indicateur : Inscription de l'organisation de la permanence et de la continuité des soins dans les CPOM de toutes les structures d'HAD (sur la base du socle minimum prévu).

Objectif 4 : Compléter la couverture de l'ensemble du territoire régional :

4.1. Privilégier le dispositif d'antennes à partir de services d'HAD existants pour couvrir les zones encore dépourvues d'offre d'HAD (Nord de la Dordogne, Nord des Landes, Nord et Sud de Pau).

4.2. Accroître le taux de recours à l'HAD sur les territoires théoriquement couverts mais peu « investis » par l'HAD.

Indicateur : Nombre de communes non couvertes par une HAD.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social)

Objectif 5 : Renforcer les liens avec les professionnels de santé libéraux et les structures médico-sociales :

Bien qu'appartenant au monde hospitalier, l'HAD constitue une forme de prise en charge à domicile, un domaine marqué à la fois par une grande hétérogénéité (acteurs hospitaliers, libéraux, médico-sociaux et sociaux) et une faible structuration.

5.1. Formaliser davantage et valoriser la coordination avec les libéraux, conforter la place du médecin traitant en HAD :

> en tant que médecin responsable de la prise en charge du patient en HAD,

> en améliorant la connaissance sur les prises en charge en HAD du médecin traitant en tant que prescripteur et en favorisant le rapprochement HAD / médecins traitants (réunion, formation, information, lien direct,…) via le médecin coordonnateur de l'HAD, l'URPS, le Conseil de l'Ordre des médecins et le comité régional sur l'HAD.

5.2. Renforcer la collaboration entre HAD et professionnels de santé libéraux, notamment avec les IDE et les kinésithérapeutes et les sages femmes :

> par la participation aux réunions de coordination,

> par des actions de formation de l'HAD en direction des intervenants libéraux (EPP, EPU, FMC,…),

> en améliorant la connaissance sur les prises en charge en HAD (réunion, formation, information, lien direct, …) via le médecin coordonnateur de l'HAD, les URPS, et le comité régional sur l'HAD (à créer),

> en assurant aux professionnels de santé paramédicaux libéraux, une réponse médicale en cas d'indisponibilité du médecin traitant,

> en travaillant avec les professionnels de santé libéraux afin de garantir une collaboration dans les prises en charge.

Indicateur : Nombre de séjours HAD avec une entrée à partir du domicile (prescription du médecin traitant) / Nombre total des séjours (PMSI HAD).

5.3. Renforcer la complémentarité avec le secteur médico-social (SSIAD, EHPAD,…)

5.3.1. Encourager la coopération avec les EHPAD et éviter les hospitalisations à partir des EHPAD.

Généraliser les conventions avec les EHPAD et les faire vivre, notamment en assurant un repérage et un suivi des patients à risque d'hospitalisation ou sortant de MCO pour être admis ou réadmis en EHPAD. A cette fin, les conventions doivent prévoir des échanges réguliers entre les médecins coordonnateurs des deux structures.

5.3.2. Faciliter la coopération et la complémentarité entre HAD et SSIAD.

Encourager et systématiser les partenariats ; formaliser des conventions d'organisation de relais (signalement, transmission du dossier de soins, fiche de liaison, protocoles d'évaluation…).

Indicateur : Part des prises en charge d'HAD en EHPAD.

Objectif 6 : Créer un comité régional de l'HAD :

L'objectif est de constituer un observatoire sur l'HAD, une instance de coordination et de réflexion régionale sur le développement de l'HAD, le suivi et l'évaluation du SROS.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS

Niveau de proximité
Le médecin traitant organise l'accès à l'HAD à chaque fois que ce mode de prise en charge peut éviter une hospitalisation complète
Niveau territoire de santé
Au moins 1 structure d'HAD

SCHÉMA CIBLE IMPLANTATIONS :

Autorisations au 30 juin 2011	Schéma Cible SROS PRS	Création / Suppression Recomposition
Dordogne		
1 clinique Pasteur, 2 CH Périgueux, 3 CH Sarlat	3 implantations + antenne(s)	aucune
Gironde		
1 MSP Bagatelle, 2 hôpital Suburbain, 3 CH Langon, 4 HAD des vignes et des Rivières	4 implantations	aucune
Landes		
1 santé service Dax, 2 HAD du territoire de Marsan et de l'Adour	2 implantations	aucune
Lot et Garonne		
1 HAD 47	1 implantation + 3 antennes	aucune
Béarn et Soule		
1 CH de Pau, 2 CH d'Orthez, 3 HAD du Haut Béarn et de Soule	3 implantations + antenne(s)	aucune
Navarre – Côte basque		
1 santé service Bayonne 2 CHCB (spécialisée en obstétrique)	2 dont une spécialisée en obstétrique	aucune

4. INDICATEURS DE SUIVI DU GUIDE SROS

> Taux de recours standardisé en HAD pour 100 000 habitants

CHAPITRE 19.

PEDIATRIE

Définition

Malgré sa spécificité, l'activité de soins de pédiatrie ne fait pas l'objet d'une réglementation spécifique, ni en médecine, ni en chirurgie.

Les textes précisent les conditions techniques de fonctionnement dans les activités suivantes : réanimation, urgences, cardiologie interventionnelle, psychiatrie infanto-juvénile et cancérologie ainsi que pour les activités relevant des Schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS).

L'offre de soins hospitalière doit permettre à tout enfant et adolescent jusqu'à l'âge de 18 ans d'être pris en charge par des professionnels ayant une formation spécifique et dans un environnement adapté aux soins des enfants et adolescents.

Sont traitées dans ce chapitre uniquement les recommandations propres à l'activité, de médecine et de chirurgie pédiatriques. Pour les autres thèmes la prise des enfants est traitée dans la fiche correspondante.

Principaux textes de référence :

- Circulaire n° 517/DHOS/DGS/DGAS du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent,
- Circulaire n°DHOS/O/2004/161 du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique.

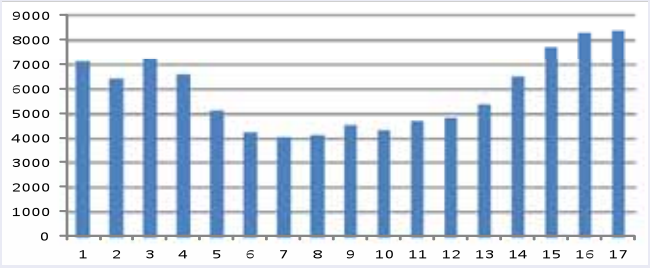
1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

La population infantile de l'Aquitaine (2008) compte :

CLASSES D'ÂGE	AQUITAINE	GIRONDE	FRANCE MÉTRO
0 - 4 ANS	170 557 (23,75 %)	81 356 (24,08 %)	3 808 623 (24,87 %)
5 - 9 ANS	180 550 (25,15 %)	83 702 (24,78 %)	3 840 974 (25,08 %)
10 - 14 ANS	177 760 (24,76 %)	81 520 (24,13 %)	3 708 329 (24,21 %)
15 - 19 ANS	189 119 (26,34 %)	91 320 (27,02 %)	3 957 289 (25,84 %)

Données d'activité PMSI 2010 et offre de soins

Analyse des séjours de patients de moins de 18 ans : on retrouve 146 900 séjours dont 47 056 pour des enfants de moins de 1 an. La répartition de séjours selon l'âge, à partir d'un an est la suivante :



L'analyse des séjours selon les classes d'âge montre :

Entre 1 mois et moins de 3 ans (17 230 séjours) :

- 77 % des séjours en médecine pris en charge exclusivement dans le secteur public (42 % des séjours en médecine pris en charge au CHU). Les diagnostics les plus fréquents : gastroentérites, bronchiolites, maladies virales, infection urinaire, otites et infections des Voies Aériennes Supérieures, commotions cérébrales
- 20 % des séjours chirurgicaux, 2/3 en hospitalisation de jour (40 établissements ont au moins 1 séjour) et 1/3 en hospitalisation complète (80 % de l'activité concentrée sur 3 établissements : 54 % au CHU, 15,6 % à la PC Bordeaux-Tondu, 8,2 % au CH de Pau, et 20 % dispersés sur 26 établissements). On distingue deux groupes : 70 % concernent les interventions de la sphère ORL (drains transtympaniques, adénoïdectomies..), génitale, hernies et 30 % des interventions lourdes (chirurgie cardiaque, digestive, urologique, réparatrice).
- 124 séjours avec transfert immédiat.

Entre 3 et 6 ans : (16 413 séjours) :

- 54 % de séjours en chirurgie (dont 2/3 de chirurgie ORL) et 43 % des séjours en médecine (dont la moitié prise en charge au CHU)

Entre 6 et 12 ans (14 904 séjours), avec une prédominance des séjours médicaux (54 %), et des séjours chirurgicaux représentés majoritairement par les appendicectomies, les interventions ORL et les circoncisions.

Entre 12 et 17 ans, 24 721 séjours.

Offre de Soins

Chirurgie pédiatrique

La chirurgie pédiatrique spécialisée se concentre sur trois établissements : le CHU de Bordeaux, la PC Bordeaux Tondu et le CH de Pau. Parallélement au recrutement de 2 chirurgiens pédiatres, la structuration d'une unité spécifique est en cours à la PNBA.

Médecine pédiatrique

Les établissements qui disposent d'un service individualisé de médecine pédiatrique sont : le CH de Périgueux, le CH de Bergerac, le CHU de Bordeaux, le CH de Libourne, le CH d'Arcachon, le CH de Dax, le CH de Mont-de-Marsan, le CH d'Agen, le CHIC de Marmande-Tonneins, le CH de Villeneuve-sur-Lot, le CH de la Côte Basque (CHCB) et le CH de Pau.

Réanimation pédiatrique

Est assurée au niveau régional par le CHU de Bordeaux et également par le CH de Pau. Parmi les 3 unités de surveillance continue pédiatriques prévues dans le SROS 3, seule celle du CHCB s'est mis en place.

Points de vigilance

1. La densité de pédiatres est inférieure à la moyenne nationale avec des inégalités territoriales allant de 0,5 ETP pédiatre pour 10 000 habitants en Lot-et-Garonne à 1,1 en Gironde. Ainsi, en dehors de la CUB et de la Côte Basque, il existe des difficultés parfois importantes à pourvoir les postes hospitaliers.
2. L'absence de référents pour chacune des sur-spécialités pédiatriques au niveau de certains des territoires de santé peut entraver la structuration des filières pédiatriques spécialisées permettant l'accès égal aux soins de recours en proximité.
3. La synergie entre les médecins urgentistes et les pédiatres est encore insuffisante.
4. En dehors de la chirurgie pédiatrique de recours, on constate une dispersion importante des sites prenant en charge des enfants, dont un certain nombre d'établissements pratiquant moins de 10 actes par an.

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Garantir une prise en charge de proximité articulant les acteurs ambulatoires et hospitaliers :

1.1. Organiser un travail en réseau des acteurs de proximité ville-hôpital-PMI-santé scolaire.

Cette organisation doit préciser les rôles respectifs de ces différents acteurs.

La collaboration doit être formalisée, identifier des référents constituant le réseau, préciser les modalités d'accès au plateau technique hospitalier, l'organisation des demandes de bilans en hôpitaux de jour et l'accès direct au service d'hospitalisation.

Indicateur : Etablissements ayant formalisé l'organisation ville-hôpital en pédiatrie

1.2. Permettre à tout enfant ou adolescent, chaque fois que ceci est possible, d'être pris en charge par des professionnels formés à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.

Les services de pédiatrie générale ont un rôle pivot dans la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent en établissement de santé. En cas d'hospitalisation d'enfants ou d'adolescents en services d'adultes, des accords de collaboration devront être formalisés entre le service de pédiatrie et le service d'adultes.

Le plateau technique du service de pédiatrie générale doit permettre l'accès, in situ ou par convention dans des conditions adaptées aux enfants, aux examens d'imagerie,

fibroscopies digestives et bronchiques, pHmétrie, Electro-Encéphalogramme (EEG), épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR), dans des conditions adaptées aux enfants.

Une réflexion particulière doit être menée sur les aspects médicaux et organisationnels de la sédation lors de ces examens, principalement en ce qui concerne les IRM, les scanners, les fibroscopies et les EFR.

Si une anesthésie générale est nécessaire, elle sera réalisée, pour les enfants de moins d'1 an, uniquement dans les centres spécialisés disposant d'une équipe d'anesthésie réanimation comprenant des praticiens ayant une expérience pédiatrique.

Pour les enfants de 1 à 3 ans, ces investigations pourront être pratiquées en dehors des centres spécialisés, si l'établissement dispose de compétences en anesthésie de l'enfant et un service de pédiatrie.

Pour les enfants de plus de 3 ans, ces investigations pourront être pratiquées par tout établissement disposant d'anesthésistes ayant une pratique régulière de l'anesthésie de l'enfant.

Indicateur : Existence de protocoles internes entre les services de pédiatrie et les services d'adultes prenant en charge des enfants ou adolescents

1.3 Garantir la continuité des soins hospitaliers de l'enfant et de l'adolescent

- L'établissement qui dispose d'un service de pédiatrie doit organiser l'aval des urgences, notamment en adaptant les capacités d'hospitalisation à la fluctuation saisonnière de l'activité pédiatrique.
- Chaque service de pédiatrie doit établir des liens étroits avec les services qui assurent les prises en charge spécialisées, afin d'organiser les demandes d'avis et les conditions de transfert de l'enfant ou de l'adolescent nécessitant des soins spécifiques.
- Les services hospitaliers doivent organiser le relais de la prise en charge des adolescents passant à l'âge adulte, en particulier dans le cas de maladies chroniques. Ce relais peut prendre la forme de consultations communes de transition entre les pédiatres et les médecins prenant en charge les adultes.

Indicateur : Nombre de consultations de transition avec la médecine adulte

1.4 Développer les modalités de prises en charge destinées à prévenir les hospitalisations à temps complet (consultations, hôpital de jour pour bilan et évaluation, hospitalisation à domicile) en lien avec la médecine de ville.

Indicateur : Nombre de patients de moins de 18 ans ayant bénéficié d'une prise en charge alternative à l'hospitalisation complète

1.5 Organiser l'accueil des parents au sein des services de pédiatrie et leur participation aux soins.

L'établissement qui dispose d'un service de pédiatrie devra organiser une réflexion au sein du service de pédiatrie sur la place des parents et sur l'organisation qui facilite leur participation aux soins et notamment à l'évaluation de la douleur. Une attention particulière devra être portée au cas des jeunes enfants et à celui des maladies chroniques. La présence des parents auprès de leur enfant, en particulier la nuit, doit être privilégiée.

Les liens avec les associations de parents doivent être favorisés.

Indicateur : nombre de protocoles d'intégration des parents

1.6 Organiser la prise en charge psychologique et sociale de l'enfant et de l'adolescent.

Chaque service prenant en charge des enfants et des adolescents doit disposer d'un temps de psychologue, intégré dans un travail en réseau, et rattaché à l'équipe de psychiatrie de liaison.

Le service devra assurer une prise en charge éducative et sociale.

Indicateur : Nombre de services de pédiatrie disposant de temps de psychologue

1.7 Définir un projet commun de prise en charge globale des enfants et des adolescents entre chaque service de pédiatrie et le ou les secteurs de pédo-psychiatrie correspondants.

Les services de pédiatrie et les services de pédo-psychiatrie doivent organiser conjointement l'intégration de la psychiatrie de liaison au sein de la pédiatrie. Cette mission doit être intégrée dans l'évaluation des moyens dont ils disposent.

Indicateur : services de pédiatrie disposant en leur sein de consultations régulières de pédo-psychiatrie

Objectif 2 : Prise en charge identifiée des adolescents :

Identifier un secteur de prise en charge des adolescents au sein des services de pédiatrie référents du territoire de santé. Ce secteur doit disposer d'un temps d'éducateur, d'assistante sociale et de psychologue. A défaut de secteur identifié, au minimum un médecin référent adolescent devra être identifié.

Une formation spécifique des personnels médicaux et para-médicaux devra être organisée, en particulier à la prise en charge des tentatives de suicide.

Les liens avec les services de pédo-psychiatrie doivent être particulièrement étroits.

Indicateur : Nombre de territoires de santé disposant d'une unité d'hospitalisation pour adolescents au sein du service de pédiatrie référent

Objectif 3 : Prise en charge des situations de maltraitance :

- Favoriser dans chaque établissement, référent de son territoire de santé pour la pédiatrie, l'organisation d'une cellule pluridisciplinaire destinée à une analyse conjointe des suspicions de maltraitance.
- Organiser la formation des personnels médicaux et paramédicaux des services accueillant des enfants et des adolescents au repérage et à la prise en charge des situations de maltraitance.

Objectif 4 : Prise en charge de la douleur :

- Intégrer la pédiatrie dans le programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur dans chaque établissement prenant en charge des enfants.
- Développer les protocoles de prise en charge de la douleur liée aux soins, notamment chez le nourrisson et le petit enfant.
- Mettre en place une consultation pluridisciplinaire régionale de prise en charge des syndromes douloureux chroniques de l'enfant et de l'adolescent, comportant au moins un médecin expérimenté dans les soins aux enfants et un temps de pédo-psychiatre.

Indicateur : Nombre d'établissements ayant développé des protocoles « douleur chez l'enfant »

Objectif 5 : Mise en place d'un repérage et d'une prise en charge coordonnée des troubles de l'apprentissage :

Le diagnostic et la prise en charge des troubles de l'apprentissage doivent reposer dans chaque territoire de santé sur une équipe pluridisciplinaire (pédiatre, pédopsychiatre, PMI, santé scolaire,…) en lien avec le centre de référence régional. Une information des associations de parents doit être organisée.

Indicateur : Nombre de territoires disposant d'une équipe pluridisciplinaire

Objectif 6 : Prise en charge du handicap chez l'enfant :

Indicateur : Nombre d'établissements ayant formalisé l'adaptation de la prise en charge des enfants et adolescents handicapés

6.2 Développer la formation des équipes hospitalières à la prise en charge du handicap.

Indicateur : Nombre et nature des formations proposées ; nombre et qualification des personnels ayant suivi ces formations

6.3 Organiser le suivi des enfants et adolescents handicapés.

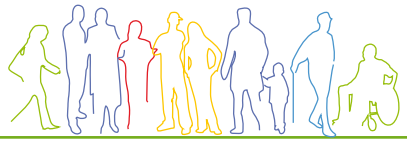
Développer la coopération entre les acteurs de proximité œuvrant dans la prise en charge des enfants et adolescents handicapés, permettant notamment d'identifier et de définir le rôle de chacun.

Indicateur : Identification des établissements n'ayant pas développé cette coopération de proximité

6.4 Diversifier l'offre de soins en réadaptation pour les enfants et adolescents handicapés.

En complément de l'établissement dédié aux soins de réadaptation en hospitalisation complète pour les enfants et les adolescents, le pôle régional pourra développer une offre de rééducation en hospitalisation de jour pour les prises en charge de ces patients à la sortie des services d'hospitalisation à temps complet.

Indicateur : Nombre de places en hospitalisation de jour SSR identifiées pour la prise en charge des enfants et adolescents handicapés



Objectif 7 : Organisation de la chirurgie pédiatrique :

7.1 La prise en charge chirurgicale des enfants doit être organisée en réseau régional inter-établissements pour la chirurgie pédiatrique, viscérale et orthopédique, l'ORL, l'ophtalmologie et l'anesthésie permettant d'articuler les différents niveaux de prise en charge entre eux.

7.2 Le centre de 1er niveau prend en charge l'activité programmée et non programmée des enfants de plus de 3 ans en chirurgie, traumatologie simple, et actes diagnostiques réalisés sous anesthésie générale. Il doit disposer de chirurgiens et d'anesthésistes ayant une pratique régulière d'actes opératoires chez l'enfant.

Indicateur : Nombre d'interventions sur enfants de plus de 3 ans dans les centres de niveau 1.

7.3 Le centre spécialisé réalise les actes chirurgicaux chez l'enfant et l'adolescent à l'exception de ceux nécessitant une réanimation pédiatrique spécialisée ou nécessitant la présence de plusieurs spécialistes pédiatres, chirurgiens et non chirurgiens. Il dispose de chirurgiens pédiatriques et d'anesthésistes ayant une pratique pédiatrique régulière.

7.4 Le centre spécialisé à vocation régionale permet la prise en charge spécialisée des pathologies chirurgicales pédiatriques très spécifiques et/ou nécessitant une réanimation pédiatrique, spécialisée et/ou nécessitant la présence de plusieurs spécialistes pédiatres, chirurgiens et non chirurgiens. Il doit identifier des référents dans chacun des domaines de la chirurgie de l'enfant qui animent le réseau régional de chirurgie de l'enfant.

Objectif 8 : Organisation de la prise en charge des pathologies chroniques :

8.1 Identifier pour chaque type de pathologie chronique de l'enfant (diabète, mucoviscidose, asthme, …) un praticien référent, hospitalier ou libéral, pour chaque territoire de santé et organiser la prise en charge coordonnée afin de prévenir les hospitalisations.

Indicateurs : Nombre de territoires de recours ayant identifié des référents pour les pathologies chroniques.

8.2 Mettre en place une organisation ville - hôpital régionale d'éducation thérapeutique qui regroupera les moyens autour de la prise en charge des pathologies chroniques.

8.3 Développer les structures de prise en charge à temps partiel à la sortie de l'hospitalisation complète.

8.4 Favoriser l'intégration du patient atteint de maladie chronique dans les structures d'accueil de la petite enfance et le milieu scolaire.

Indicateurs : Nombre d'enfants atteints de maladies chroniques intégrés à l'école.

8.5 Développer les capacités de rééducation fonctionnelle nutritionnelle.

Objectif 9 : Organisation de la cancérologie :

9.1 Le centre régional de cancérologie pédiatrique a vocation à prendre en charge toutes les pathologies cancéreuses de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte. Il doit veiller à ce que tous les patients bénéficient d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) pédiatrique.

9.2 Les services de pédiatrie générale des CH doivent participer au réseau de cancérologie pédiatrique.

Ils doivent s'engager à disposer de personnels référents, formés 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 diagnostiques ou thérapeutiques invasifs.

Les services de pédiatrie doivent participer à l'accompagnement des enfants et de leur famille ainsi qu'aux soins de support, en concertation avec les demandes des parents.

Objectif 10 : Organisation des soins palliatifs :

Permettre à l'équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques d'améliorer la réponse aux besoins sur l'ensemble des territoires de santé de la région, notamment en développant une compétence pédiatrique médicale ou paramédicale au sein des EMSP des établissements disposant d'un service de pédiatrie.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

GRADATION DES SOINS EN MÉDECINE

Niveau de proximité

- Organiser un travail en réseau des acteurs de proximité ville-hôpital-PMI-santé scolaire.

Niveau territoire de santé

- Permettre à tout enfant ou adolescent d'être pris en charge au sein d'un établissement de santé, par des professionnels formés à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent et dans un environnement spécifique.
- Assurer une permanence de soins pour le territoire de santé en lien avec les services d'urgence et de pédiatrie du territoire.
- Identifier au moins un référent « sur-spécialiste pédiatrique » par territoire de recours dans chacune des principales sur-spécialités pédiatriques.
- Organiser l'accès au recours régional pour les pathologies complexes et les maladies rares.

Niveau régional (recours)

- Un centre de recours régional qui développe l'ensemble des sur-spécialités pédiatriques, qui anime un travail en réseau avec les services de pédiatrie et les pédiatres libéraux afin de garantir un accès aux soins adapté aux besoins des enfants et des adolescents.

GRADATION DES SOINS EN CHIRURGIE

Niveau de proximité

- Assurer l'organisation permettant le recours aux soins chirurgicaux et garantir le suivi des patients (consultations spécialisées avancées si nécessaires, télémédecine).

Niveau territoire de santé

- Prise en charge de l'activité programmée et non programmée pour les enfants de plus de trois ans en chirurgie viscérale et en traumatologie et pour les actes diagnostiques réalisés sous anesthésie générale.
- Chez les enfants de un à trois ans, actes de chirurgie programmée pouvant être réalisés en ambulatoire.
- Tous ces actes doivent être pratiqués par un chirurgien participant au réseau de chirurgie pédiatrique ou d'ORL ou d'ophtalmologie à condition qu'il ait une pratique pédiatrique régulière.
- Définition de l'indication face à une pathologie chirurgicale pédiatrique en lien avec le centre de recours et organisation du transfert de l'enfant.
- Lorsqu'il existe un service de pédiatrie médicale dans l'établissement, la traumatologie simple et les urgences chirurgicales simples de l'enfant de 1 à 3 ans peuvent être prises en charge à condition de disposer des compétences mobilisables 24h/24 en chirurgie et en anesthésie de l'enfant.

Niveau régional (recours)

- Des centres spécialisés réalisant les actes chirurgicaux chez l'enfant et l'adolescent à l'exception de ceux nécessitant une réanimation pédiatrique spécialisée ou nécessitant la présence de plusieurs spécialistes pédiatres, chirurgiens et non chirurgiens.
- Un centre spécialisé de recours régional permettant la prise en charge spécialisée des pathologies chirurgicales pédiatriques très spécifiques et/ou nécessitant une réanimation pédiatrique, spécialisée et/ou nécessitant la présence de plusieurs spécialistes pédiatres, chirurgiens et non chirurgiens.

CHAPITRE 20.

FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES

Les principes généraux de la filière gériatrique sont présentés dans le document « thème transversal parcours de santé : les pathologies du vieillissement ».

Principaux textes de référence : circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière gériatrique ; circulaire DHOS du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du Plan Alzheimer 2008-2012.

1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Offre de soins

UNITÉS DE MÉDECINE, SSR ET PSYCHIATRIE À ORIENTATION GÉRIATRIQUE

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot et Garonne	Béarn-Soule	Navarre-Côte basque	Aquitaine
Réseaux de santé gérontologique	1			2	1		4
Équipe mobile	1	2	2	3	1	1	10
Consultations externes de gériatrie	2	8	2	3	3	2	20
Hôpital de jour de médecine gériatrique		3	3	1	1		8
Service de court séjour gériatrique	1	3		2	2	1	9
SSR gériatrique (hors UCC)	5	8	4	6	3	6	32
Equipe mobile de géronto-psychiatrie		1			1	1	3
HDJ de géronto-psychiatrie		1	1	1	1		4
Service de géron-to-psychiatrie	2	4	1	1	1		9
Unité cognitivo-comportementale en SSR	1		1			1	3
Consultations mémoire	3	8	3	3	4	3	23

Points de vigilance

Les points de vigilance sont présentés dans le PSRS et la fiche thématique transversale : ils portent notamment sur l'insuffisante coordination, la gestion difficile des situations de crises et de rupture, les effets trop souvent délétères des hospitalisations.

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectif général : Favoriser la mise en œuvre d'un parcours coordonné de soins et d'accompagnement (cf. fiche transversale du PRS)

Objectif n°1 : Poursuivre la structuration des filières de soins gériatriques intra-hospitalières :

La structuration des filières gériatriques intra hospitalières repose sur plusieurs axes :

> développer l'évaluation gérontologique globale,

> prévenir les hospitalisations évitables,

> adapter l'offre d'hospitalisation à temps complet aux besoins des patients gériatriques.

La filière gériatrique doit comprendre :

> un court séjour gériatrique situé dans l'établissement de santé support de la filière,

> une équipe mobile de gériatrie (EMOG),

> une unité de consultations externes,

> une unité d'hospitalisation de jour (HJ),

> un ou plusieurs soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique à temps complet ou en hôpital de jour,

> une ou plusieurs unités de soins de longue durés (USLD).

Une filière gériatrique implique un ou plusieurs établissements de santé, quel que soit le statut ou la catégorie de l'établissement, dont le rôle respectif est formalisé par une convention. Les diverses structures composant une même filière gériatrique peuvent être réparties sur plusieurs établissements de santé localisés dans le territoire.

Une coordination administrative de la filière ainsi qu'une coordination médicale assurée par un gériatre est indispensable.

La filière de soins gériatrique doit organiser, au niveau de son territoire d'implantation, des partenariats avec les professionnels de santé libéraux, les acteurs de la prise en charge médico-sociale (EHPAD, SSIAD..), les structures de coordinations (CLIC, MAIA, réseaux).

1.1. Renforcer l'offre en unités de court séjour gériatrique

Les unités de courts séjours gériatriques (CSG) prennent en charge les patients âgés poly-pathologiques, le plus souvent très dépendants sur le plan physique, psychique, social, et avec souvent des troubles du comportement.

Les hospitalisations à la demande des médecins généralistes libéraux doivent être rendues possibles dans des délais courts en fonction d'une évaluation partagée des situations.

Recommandations :

> Les unités de court séjour gériatriques sont installées dans les établissements de santé disposant d'un service d'urgence dont l'activité permet le fonctionnement d'au moins 20 lits, et donc a minima dans les établissements suivants : CHU de Bordeaux, CH de Libourne, CH de Périgueux, CH de Dax, CH de Mont de Marsan, CH d'Agen, CH de Pau, CH de Bayonne.

> Dans les établissements de santé dont la capacité en lits de médecine ne permet pas de créer une unité spécifique de gériatrie de 20 lits, des lits de gériatrie disposant de temps de gériatre sont identifiés au sein de services de médecine polyvalente.

> Les unités de court séjour gériatriques et les lits identifiés de gériatrie s'appuient sur des équipes pluridisciplinaires formées à la prise en charge des personnes âgées.

> Les établissements disposant d'un court séjour gériatrique ou de lits identifiés élaborent un projet gériatrique sous la responsabilité d'un médecin gériatre, coordonateur des activités gériatriques internes et des liens avec le secteur extrahospitalier. Il est préconisé de regrouper au sein d'un pôle unique les dispositifs de gériatrie et les structures médico-sociales pour personnes âgées.

> Les établissements de soins disposant d'un court séjour gériatrique ou de lits identifiés facilitent le développement des hospitalisations directes non programmées en service de court séjour gériatrique, sans passage préalable aux urgences, en lien avec les médecins généralistes libéraux.

> Les conditions de la sortie doivent être préparées dès l'entrée du patient.

> La pertinence d'installation d'unités de post urgence gériatriques (UPUG), avec une DMS de 3 à 5 jours, dans les plus gros hôpitaux de la région, doit être étudiée.

1.2. Favoriser l'organisation de consultations d'évaluation gériatrique

Les consultations externes de gériatrie permettent de réaliser un bilan global chez des personnes âgées, afin de préciser un diagnostic et d'adapter une thérapeutique mais aussi de dépister et de prévenir les situations à risque. Elles offrent une évaluation médicale afin de prendre en considération les risques iatrogéniques et de réévaluer les prescriptions médicales en fonction des risques et bénéfices de choix thérapeutiques. Elles permettent de réaliser les examens complémentaires nécessaires à l'étayage du diagnostic. Elles doivent être accessibles et facilement mobilisées par les professionnels de santé libéraux.

Recommandations :

> Permettre l'accès à une consultation d'évaluation gériatrique dans un délai de 45 mn au maximum.

> Développer les consultations avancées d'évaluation gériatrique dans les établissements de santé ne disposant pas de court séjour gériatrique ou de lits identifiés et dans les EHPAD, au besoin en développant les consultations à distance (visio conférence, e-consultation).

> Faciliter l'accès aux consultations d'évaluation gériatriques pour les patients des médecins libéraux et des résidents des EHPAD (information, prise de rendez vous, rétro-information).

Indicateurs : Évolution du nombre de consultations d'évaluation gériatrique pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ; délai d'accès aux consultations.

1.3. Favoriser le développement des unités de consultations et d'hospitalisation de jour de gériatrie (HJG)

Conformément à la circulaire de 2007 sur les filières gériatriques, les hospitalisations de jour permettent, pour les cas complexes, de réaliser sur une journée une évaluation gérontologique globale, médico-psycho-sociale, à la demande du médecin traitant, afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée et de prévenir des décompensations et des hospitalisations longues.

Les hospitalisations de jour de gériatrie permettent également de réaliser les traitements impossibles à dispenser à domicile, surveiller et ajuster les thérapeutiques et pratiquer les soins lourds (transfusions, plaies complexes..). Des expérimentations de diagnostic à distance par télé-consultation doivent être favorisées pour limiter les transferts des personnes âgées vers l'hôpital.

L'implantation des unités de jour en gériatrie doit tenir compte :

> d'une couverture optimale des territoires de santé : objectif d'une unité d'hospitalisation de jour accessible à 1H environ du domicile au terme du PRS,

> d'une activité suffisante pour permettre une individualisation d'une unité d'une capacité minimale de 5 places.

Recommandations :

> mettre en place, a minima, dans les établissements de santé disposant d'un court séjour gériatrique, une unité d'hospitalisation de jour de gériatrie,

> prévoir l'installation d'unités d'hospitalisation de jour gériatrique en fonction de la population à couvrir et de l'activité minimale,

> confier la régulation de l'accès à l'hospitalisation de jour au médecin gériatre coordonnateur du court séjour gériatrique,

> mettre en place une régulation des hospitalisations de jour permettant aux médecins généralistes, aux médecins coordonnateurs des EHPAD, d'obtenir une évaluation gérontologique ou de faire réaliser des soins lourds dans des délais courts.

Indicateurs : nombre d'hospitalisations de jour réalisées à la demande de médecins coordonnateurs d'EHPAD, nombre d'hospitalisations de jour réalisées à la demande de médecins libéraux.

1.4. Mettre en place une Équipe Mobile de Gériatrie (EMOG) dans chaque centre hospitalier disposant d'un court séjour gériatrique.

Les EMOG interviennent dans l'ensemble des services hospitaliers pour donner des avis sur la prise en charge des personnes âgées. Elles peuvent intervenir en inter hospitalier et seront incitées à intervenir aussi en extra hospitalier.

Recommandations :

> A terme, au moins chaque établissement de soins disposant d'un court séjour gériatrique, devra disposer d'une EMOG.

> Organiser l'intervention des EMOG dans les EHPAD et les ex-hôpitaux locaux dans le cadre de consultations avancées.

> Mener une évaluation médico-économique des apports des EMOG dans la prise en charge des personnes âgées et dans la coordination de ces prises en charge.

Indicateurs : Nombre d'EMOG ayant une activité extra-hospitalière. Nombre d'EHPAD faisant intervenir une EMOG.

1.5. Adapter les services de soins de suite et réadaptation (SSR) à la prise en charge des patients gériatriques

Les SSR gériatriques doivent assurer une prise en charge globale, incluant une évaluation médico-psycho-sociale, des soins de rééducation adaptés et une éducation thérapeutique.

Les SSR gériatriques accueillent en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour des patients âgés, soit à l'issue d'une hospitalisation, soit directement en provenance du domicile (ou d'un EHPAD).

Les SSR doivent préparer la sortie des patients dans le cadre de la filière gériatrique.

Le rôle imparti aux soins de suite gériatriques dans la préparation de la sortie implique une collaboration étroite entre les structures de soins de la filière mais aussi avec les acteurs sociaux et médico-sociaux, les professionnels libéraux, le CLIC, la MAIA éventuellement, les réseaux de soins et les proches des patients. Les SSR gériatriques devront donc s'insérer dans les organisations de coordination dès leur mise en place.

Ils doivent disposer d'au moins 20 lits regroupés en une unité.

Recommandations :

> mettre en conformité avec leur cahier des charges, les SSR gériatriques au sein des établissements de santé,

> répartir les SSR gériatriques sur le territoire aquitain de façon équitable, en fonction de la population de personnes âgées et adaptée aux conditions locales notamment géographiques,

> organiser l'intégration les SSR gériatriques dans la filière gériatrique.

Indicateurs : Nombre de lits et places SSR gériatriques pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus par territoire santé.

1.6. Adapter les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) dans les établissements faisant partie de la filière gériatrique.

Le rôle des USLD est d'accueillir et de soigner les personnes ayant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entrainer un handicap psychique et/ou physique durable. Ces patients ne peuvent pas être pris en charge en EHPAD car leur état nécessite une permanence médicale et une présence infirmière continue et peuvent requérir l'accès à un plateau technique.

Recommandations :

> évaluer les besoins dans chaque territoire (coupe Pathos en EHPAD et en USLD),

> prévoir la formation systématique du personnel médical et non médical à la gériatrie et à la maladie d'Alzheimer (DU, ASG…),

> améliorer la répartition équitable des lits d'USLD au niveau régional,

> intégrer les USLD dans les filières gériatriques,

> créer au sein des USLD des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) pour prendre en charge les patients Alzheimer avec troubles du comportement conformément au plan Alzheimer.

1.7. Labelliser les filières de soins gériatriques ayant organisé une collaboration avec le secteur extra-hospitalier.

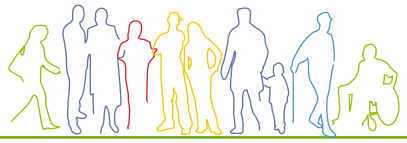
Une évaluation fonctionnelle des filières de soins gériatriques existantes, en se basant notamment sur le référentiel d'organisation des soins qui figure en annexe de la circulaire du 28 mars 2007, devra être réalisée, en particulier :

> Un coordinateur médical, qualifié en gériatrie, organise la filière intra hospitalière.

> L'établissement de santé support de la filière a mis en place les conventions définissant le mode d'organisation interne, notamment les conditions d'admission et de sortie des personnes âgées, les délais cibles en termes de prise en charge, les procédures de transfert…

> Les supports d'information médicale communs (notamment fiches de liaison médicale et infirmière) doivent être développés.

> Une convention devra avoir été passée avec les médecins libéraux, les HAD, les EHPAD, les SSIAD, les structures de coordination (CLIC) pour coordonner la prise en charge au niveau du secteur hospitalier et du secteur extra hospitalier.



Recommandation:

> établir un cahier des charges régional et une procédure pour la labellisation des filières gériatriques par l'ARS. Ce cahier des charges régional devra être élaboré en concertation avec les Conseils généraux, l'URPS, l'Université, les fédérations des établissements sanitaires et médico-sociaux, les représentants des différentes catégories de professionnels concernés et des usagers.

Le cahier des charges précisera le contenu de la filière (ses dispositifs), ses missions et les liens qu'elle doit prévoir en son sein, mais surtout avec les autres acteurs intervenant dans le soin et la prise en charge de la personne âgée. La coordination entre les établissements qui la composent devra être formalisée par une convention type. Celle-ci visera notamment à faciliter les flux de patients, favoriser les échanges d'informations, diffuser les bonnes pratiques et la formation gériatrique, déterminer les conditions de recours à une équipe mobile.

> labelliser les filières gériatriques qui répondent au cahier des charges régional, selon une procédure à déterminer,

> intégrer dans les contrats d'objectifs et de moyens des objectifs d'amélioration du fonctionnement de la filière gériatrique intra et extra hospitalière.

Indicateur : nombre de territoires disposant d'une filière gériatrique labellisée.

Objectif général : Améliorer les articulations entre les professionnels de santé du 1er recours, les établissements de santé et le secteur médico-social (cf. fiche transversale).

L'amélioration des articulations ville-hôpital nécessite :

> un accès rapide et facile pour les médecins traitants et les établissements d'hébergement aux expertises gériatriques hospitalières,

> l'intervention des équipes hospitalières dans un cadre organisé et protocolisé à l'extérieur de l'établissement pour éviter des hospitalisations inutiles en favorisant l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication,

> une organisation anticipée du retour à domicile ou en établissement d'hébergement permettant de réelle solution d'aval aux hospitalisations.

Objectif 2 : Faciliter l'accès aux services gériatriques hospitaliers aux médecins traitants et aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes :

Les expérimentations de mise en place de ligne téléphonique directe permettant aux médecins libéraux et aux médecins coordonnateurs d'EHPAD de communiquer directement avec un médecin du pôle gériatrique pour gérer les hospitalisations et les sorties d'hôpital, mais aussi pour obtenir un appui technique (avis spécialisé sous la forme d'une télé expertise) doivent être développées.

Par ailleurs des dispositifs de télé-consultation permettent d'éviter le déplacement des personnes âgées fragilisées et de faciliter l'accès à des avis spécialisés.

Recommandations :

> mener au niveau des territoires de proximité des expérimentations de permanence téléphonique dans les courts séjours gériatriques,

> favoriser la mise en place de dispositifs de télé-consultation entre hôpitaux et EHPAD dans le cadre du programme régional de télémédecine.

Indicateurs : Nombre de courts séjours ayant mis en place une permanence téléphonique avec ligne téléphonique directe, nombre de dispositifs de télé-consultation mis en place, nombre d'hospitalisations en urgence évitées.

Objectif 3 : Favoriser l'intervention des équipes mobiles gériatriques en dehors du secteur hospitalier :

Les équipes mobiles gériatriques doivent pouvoir intervenir en interface entre les établissements de soins, les établissements pour personnes âgées dépendantes et les intervenants à domicile pour faciliter les transferts vers l'hôpital et la sortie des patients après hospitalisation. Elles doivent donc s'intégrer dans les structures de coordinations existantes ou prévues (CLIC, MAIA, réseaux de soins…).

Recommandations :

> favoriser l'intervention des équipes mobiles de gériatrie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, à la demande du médecin traitant ou du médecin coordonateur, pour des consultations d'évaluation gériatrique et des conseils dans le cadre de la prise en charge,

> mener une expérimentation d'intervention de certaines équipes mobiles de gériatrie auprès des intervenants à domicile (médecin traitant, SSIAD, réseaux de santé..) pour apporter des conseils et une aide technique dans le cadre de la gestion de crises mais aussi dans la gestion du parcours de soins des personnes âgées,

> intégrer les équipes mobiles de gériatrie dans les structures de coordinations existantes ou prévues.

Indicateurs : Nombre d'équipes mobiles de gériatrie ayant formalisé des interventions extra hospitalière dans son programme d'activité, nombre d'interventions d'équipes mobiles de gériatrie en EHPAD.

Objectif 4 : développer la complémentarité entre la filière gériatrique et les services de psychiatrie :

Recommandations :

> organiser par convention les complémentarités et coordinations entre la filière gériatrique et le secteur psychiatrique, notamment pour organiser des soins de recours dans des unités de géronto-psychiatrie et articuler les différents dispositifs (dont les équipes mobiles et dispositifs d'intervention en EHPAD et au domicile),

> permettre à chaque établissement de santé de la filière gériatrique, de recourir à un spécialiste de la géronto-psychiatre (médecin, psychologue, infirmier),

> permettre l'intervention d'un personnel de géronto-psychiatrie dans les EHPAD/USLD/UCC.

Indicateurs : Nombre de filières gériatriques dotées d'une compétence en géronto-psychiatre, nombre d'interventions du géronto-psychiatrie dans les EHPAD.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE LA FILIÈRE DE SOINS GÉRIATRIQUES

GRADATION DES SOINS

Niveau de proximité
Consultations, visites à domicile, dispositif de coordination de proximité (gestion des cas complexes).
Niveau territoire de santé
Court séjour gériatrique : au moins dans les établissements siège de service d'urgence/SAMU-SMUR
EMOG et hôpital de jour : idem, et si possible dans un délai d'accès d'une heure environ
Une UCC par territoire de santé.
Au moins une UHR par territoire de santé.
Consultations mémoires et consultations d'évaluation gérontologiques accessibles en moins d'une heure.
SSR gériatriques répartis sur les territoires dans un souci d'accessibilité en moins d'une heure
Niveau régional (recours)
CMRR

4. INDICATEURS DE SUIVI DU SROS

> Part des séjours de médecine et de chirurgie pour lesquels les patients de 75 ans et plus sont arrivés par les services des urgences.

> Taux de ré hospitalisation dans les 6 mois et pour un motif identique des personnes âgées de 75 ans et plus, en court séjour.

> Part de séjours des personnes de 75 ans et plus dont la durée est supérieure à la borne haute en médecine.

> Part des prises en charge d'HAD en EHPAD.

CHAPITRE 21.

PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

1. ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Offre de soins

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 le soir le plus souvent, et jusqu'à 8h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

Elle permet :

> D'améliorer l'accès aux soins :

- Améliorer la permanence d'accès aux activités de soins autorisées, en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés ;
- Permettre une organisation au niveau de l'échelon territorial le plus adapté selon les disciplines concernées ;
- Permettre de garantir l'accessibilité financière.

> D'améliorer la qualité de la prise en charge :

- Permettre une réduction des délais d'attente et d'orientation en aval des urgences ;
- Permettre une sécurisation des parcours de soins non programmés.

> D'améliorer l'efficience :

- Optimiser le recours aux ressources médicales disponibles (mutualisations entre établissements, participation des praticiens libéraux) ;
- Identifier les doublons en termes de lignes d'astreintes et proposer des mutualisations, dans le respect d'une prise en charge de qualité des patients.

La PDSES concerne le seul champ MCO. Les hôpitaux locaux, SSR, USLD et la psychiatrie hors service d'urgences, ne relèvent donc pas du dispositif de PDSES. Il en est de même pour 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 qui font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes. La PDSES englobe en revanche l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-OQN.

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES « PARCOURS DE SANTÉ »

Objectifs généraux

Objectif 1 : Mettre en place un schéma cible de la PDSES :

1.1. Mettre en place une montée en charge progressive dans le temps ; prévoir des outils de recueils d'activité et de mesure de la qualité de prise en charge ; prévoir une actualisation annuelle du schéma cible de la PDSES.

Indicateurs : Recueil de l'activité en permanence des soins, par discipline et par établissement de santé ayant contractualisé avec l'ARS, recueil d'indicateurs qualité de la prise en charge.

Objectif 2 : Mettre en place une procédure de contractualisation *[de la PDSES dans le cadre du CPOM] :

2.1. Mettre l'accent sur les obligations des co-contractants, mettre en place un nouveau dispositif de l'allocation de ces ressources MIGAC.

Indicateurs : nombre d'avenants contractuels signés.

Objectifs spécifiques « Parcours de santé » (articulation avec les soins de 1er recours, la prévention et le médico-social)

Objectif 3 : Produire un état des lieux des lignes d'astreintes en établissements de santé et des permanences libérales ambulatoires, afin d'identifier les améliorations à organiser en termes de coordination :

3.1. Permettre une confrontation des deux états des lieux PDSES et PDSA à l'issue des concertations territoriales.

3.2. Mettre en évidence des actions correctives à horizon 2016.

*[Objectif 4 : Mettre en place une organisation de la PDSES graduée, territorialisée et soutenable

4.1. Offrir une réponse adaptée et spécialisée aux besoins de soins urgents.

4.2. Organiser une réponse par territoire grâce à la mutualisation des compétences.]

*[Modification apportée par arrêté du 22 décembre 2015]

3.
SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

*[3.1 L'organisation liée à l'activité autorisée ou faisant l'objet d'une reconnaissance contractuelle :

> Maternité : gynécologie obstétrique – pédiatrie - anesthésie sous forme d'astreinte ou de garde en fonction de l'activité selon les dispositions de l'Art. D 6124-44 CSP,

> Réanimation (chirurgicale, médicale, polyvalente, néonatale, pédiatrique,…): selon les dispositions de l'Art. D6124-29 CSP,

> Cardiologie - Unité de soins intensifs cardiologiques (USIC) : selon les dispositions de l'Art. D6124-109 CSP,

> Neurologie – Unité neuro-vasculaire (UNV) : selon le cahier des charges régional de reconnaissance des UNV .

3.2 La gradation des soins : recommandations en termes de disciplines par niveau de recours.]

*[3.2.1. Disciplines de recours « Région » :

Spécialités à organiser au plan régional	
Spécialités adultes	Spécialités pédiatriques
Médecine endocrinienne	Hématologie clinique
Dermatologie	Gastroentérologie
Chirurgie cardiaque	Pneumologie
Caisson hyperbare	Neurochirurgie
Maladies infectieuses	Cardiologie
Ophtalmologie	
Chirurgie rétinienne le week-end	
Pharmacie/Biologie	
Neuroradiologie AVC	
Rythmologie	
Pneumologie	

3.2.2. Disciplines de recours « infra-régional » :

Afin d'améliorer l'accès aux soins spécialisés sur le territoire, la permanence des soins est organisée en recours Nord/Sud pour les disciplines suivantes.

Spécialités à organiser au plan infra régional	
Spécialités adultes	Spécialités pédiatriques
Chirurgie thoracique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Chirurgie de la main	Chirurgie viscérale et digestive
Chirurgie du rachis	Anesthésie
Neurochirurgie	
Chirurgie maxillo-faciale	
Hématologie	
Radiologie interventionnelle hors neuroradiologie	
Neuroradiologie interventionnelle	
Néphrologie	

*[Modification apportée par arrêté du 22 décembre 2015]

*[3.2.3. Disciplines de recours « Territoire de santé » :

Spécialités à organiser au niveau du territoire de santé	
Cardiologie interventionnelle	Radiologie imagerie médicale
Chirurgie vasculaire	Urologie
Anesthésie	Néphrologie jusqu'à minuit
Chirurgie orthopédique et traumatologique	Ophtalmologie jusqu'à minuit
Chirurgie viscérale et digestive	Pneumologie jusqu'à minuit
Gastroentérologie	Urgences pédiatriques
ORL	

A noter que le schéma cible tient compte de l'organisation mise en place à l'Hôpital interarmées.

3.2 Les principes d'organisation, de mise en œuvre et de suivi

3.2.1 La gradation des lignes de garde et astreinte :

En complément des lignes de gardes et d'astreintes liées à des autorisations d'activité et/ou des reconnaissances contractuelles, la PDSES des autres spécialités s'organise en 3 niveaux :

- un niveau régional mobilisable par l'ensemble des acteurs de la région,
- un niveau territorial mobilisable par l'ensemble des acteurs du territoire,
- un niveau de soutien des lignes territoriales dans certains établissements.

Le niveau de soutien des lignes territoriales peut s'organiser sur les spécialités :

- Anesthésie
- Chirurgie orthopédique et traumatologique
- Chirurgie viscérale et digestive
- Cardiologie
- Médecine générale ou gériatrique

Et uniquement dans les établissements disposant d'un service d'urgences.

3.2.2 La mutualisation :

Plusieurs établissements peuvent se mettre en commun pour la réalisation d'une ligne de garde ou d'astreinte selon un schéma d'organisation qu'ils élaboreront pour répondre aux appels à candidature.

3.2.3 La mise en œuvre du schéma cible, par la reconnaissance de la mission de service public, repose sur :

- L'inventaire des établissements de santé exerçant les missions précédemment
- L'identification du besoin non couvert ou partiellement couvert.

Trois étapes seront mobilisées successivement :

- La reconnaissance préférentielle de la mission aux établissements qui l'exercent déjà
- L'appel à candidatures en cas de besoin non couvert ou partiellement couvert
- Une désignation unilatérale en cas d'échec de l'appel à candidature.

Un suivi annuel de la mise en œuvre sera réalisé par le groupe de travail « SROS PDSES » piloté par l'ARS.]

*[Modification apportée par arrêté du 22 décembre 2015]

14 missions de service public

En application de l'article L.1434-9 du code de la santé publique, le SROS procède à un inventaire des établissements de santé et de toute personne ou structure définie à l'article L.6112-2 du code de la santé publique, exerçant des missions de service public. Cet inventaire ne vaut pas reconnaissance prioritaire par lui-même. La reconnaissance interviendra postérieurement à la publication du présent SROS dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) 2012-2017 des établissements de santé.

Lorsque l'inventaire dressé pour une mission pointe l'insuffisance d'établissements l'exerçant pour couvrir le besoin, le besoin non couvert en nombre d'implantations est précisé.

Définition

Cette mission, constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1 du code de la santé publique. Elle contribue notamment à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Inventaire des établissements

Tous les établissements ont vocation à assumer cette mission.

Évaluation des besoins

Seront favorisées les actions conformes avec l'axe 1 du PSRS : Développer les politiques et actions de prévention, dans un objectif de réduction des inégalités de santé et le schéma régional de prévention.

1. LA PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Définition

La mission de permanence des soins en établissement de santé (PDSES) consiste en 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, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés. Elle concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique.

Inventaire des établissements ayant bénéficié de la MIG PDSES ou d'un contrat de pratiques professionnelles (CPP).

Dordogne	CH Périgueux - Polyclinique Francheville - CH Bergerac - CH Sarlat
Gironde	CHU - Clinique mutualiste du médoc - Clinique mutualiste de Pessac - CH de Libourne-Sainte Foy la Grande - CMC d'Arés - CH de Blaye - Polyclinique Bordeaux nord Aquitaine - Polyclinique Bordeaux rive droite - CH Sud Gironde - CH d'Arcachon - Polyclinique Saint Martin - Polyclinique Bx-Cauderan - Clinique Saint Augustin - Polyclinique Jean Villar - CH Bazas - Hôpital Suburbain Du Bouscat - M.S.P.Bx. - Bagatelle - Institut Bergonié
Landes	CH Mont de Marsan - CH Dax - Clinique - Les Chênes d'Aire sur Adour - CH Saint Sever
Lot et Garonne	CHI Marmande-Tonneins - CH d'Agen - Clinique Esquirol-Saint-Hilaire - CH de Villeneuve sur Lot
Béarn et Soule	CH Pau - Polyclinique Marzet - CH d'Oloron Sainte-Marie - CH d'Orthez - Clinique d'Orthez - Clinique Cardiologique d'Aressy - Polyclinique De Navarre
Navarre Côte basque	CHI Côte basque - Polyclinique Côte basque sud - Polyclinique Sokorri - Polyclinique Saint-Etienne et du Pays basque - Polyclinique Aguiléra - Centre médical Toki Eder - Clinique Lafourcade - Clinique Paulmy

Évaluation des besoins

Le recensement des besoins par implantation, discipline et ligne de garde ainsi que le schéma cible sont déterminés dans le chapitre PDSES et seront réactualisés chaque année par avenant contractuel avec les établissements concernés.

2. LA PRISE EN CHARGE DES SOINS PALLIATIFS

Définition

La mission de prise en charge des soins palliatifs consiste pour un établissement de santé à disposer d'une ou plusieurs unités identifiées (équipe mobile ou unités de soins palliatifs) ainsi que des personnels en capacité de dispenser des formations relatives aux soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé.

Ce périmètre n'englobe pas :

> Les réseaux de maintien à domicile, qui sont chargés de coordonner l'action des soignants et des équipes mobiles prenant en charge un patient atteint d'une maladie grave et potentiellement mortelle ;

> les unités d'hospitalisation à domicile, à moins qu'elles n'exercent un rôle spécifique de recours en ce domaine ;

> les lits identifiés pour la pratique des soins palliatifs au sein d'un service ;

> les unités de médecine, de chirurgie, de SSR ou de soins de longue durée, qui sans avoir le titre d'unités de soins palliatifs peuvent également assurer cette mission.

Inventaire des établissements : Unité de soins palliatifs(USP) et Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)

	EMSP
Dordogne	CH Périgueux
Gironde	CHU - MS Marie Galène - Institut Bergonié - MSP Bagatelle - CH Libourne - CH Sud Gironde - CH Arcachon - *[CMC Wallerstein à Arès]
Landes	CH Mont de Marsan - CH Dax
Lot et Garonne	CH Agen - CH Villeneuve/Lot - CHIC Marmande Tonneins
Béarn et Soule	CH Pau - CH Orthez
Navarre Côte basque	CH Côte basque

	USP
Gironde	CHU - MS Marie Galène
Navarre Côte basque	Centre Annie Enia

Évaluation des besoins

Les besoins qui ont été identifiés sont les suivants :

> Pour les USP : Périgueux, Mont de Marsan, Agen et Pau, *[ainsi que dans chaque établissement où sont comptabilisés au moins 600 décès annuels en court séjour]

> Pour les EMSP : Bergerac, Sarlat

Cf. Chapitre Soins palliatifs

3. L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE ET POST-UNIVERSITAIRE

Définition

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

Inventaire des établissements agréés pour recevoir des internes :

Dordogne	CH Bergerac - CH Périgueux - Fondation John Bost - CH Vauclaire
Gironde	CHU - CH Ste Foy la Grande - Institut Bergonié - CH Charles Perrens - CH Cadillac - CH Arcachon - CH Sud Gironde - CH Libourne - CH Blaye - MSP Bagatelle - Clinique Mutualiste du Médoc à Lesparre - Hôpital Suburbain du Bouscat - CRF Tour de Gassies - Clinique Saint Augustin - Polyclinique de Bordeaux du Tondu - Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine - Clinique Les Grands Chênes - CRF Château Rauzé à Cénac - Clinique du Sport Hors schéma régional : Hôpital d'instruction des Armées Robert Picqué
Landes	CH Dax - CH Mont de Marsan - CERS
Lot et Garonne	CH Agen - CH Marmande - CH Villeneuve - Clinique Esquirol St Hilaire - CH la Candélie
Béarn et Soule	CH Pau - CH des Pyrénées - CH Orthez - CH Oloron - Centre de biologie et de médecine du sport à Pau
Navarre Côte basque	CH Cote Basque - Clinique Saint Etienne et du Pays Basque - CRF les Embruns - Hôpital marin d'Hendaye

Évaluation des besoins

Le nombre d'internes à former d'ici 2016 est fixé à 1976.

Les modalités d'agréments des lieux de stage sont définies par l'arrêté du 4 février 2011 des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé : le directeur général de l'ARS procède à l'agrément des lieux de stage après

 *[Modification apportée par arrêté du 28 janvier 2013

avis de la Commission de la subdivision d'internat. Dans le cadre de la réforme de l'organisation du 3e cycle des études de médecine la procédure d'agrément des établissements privés à la formation des internes est engagée.

En 2011, l'ARS a délivré des agréments pour 8 établissements de santé privés lucratifs de la région.

La commission d'évaluation des besoins de formation du 3e cycle des études de médecine sous la présidence du Doyen de l'UFR de sciences médicales définit les spécialités concernées par les besoins en formation.

4. LA RECHERCHE

Définition

La mission de recherche consiste pour un établissement de santé en la réalisation, d'un ou plusieurs programmes de recherche ayant pour but de faire avancer le progrès médical dans ses deux composantes :

> l'amélioration de la qualité du soin et du diagnostic,

> l'amélioration du coût de la prise en charge des patients.

Inventaire des établissements bénéficiant d'un financement au titre des missions d'enseignement, de recherche de référence et d'innovation (MERRI) :

Dordogne	
Gironde	CHU - Institut Bergonié CH Libourne
Landes	CH Mont de Marsan
Lot et Garonne	
Béarn et Soule	CH Pau
Navarre Côte basque	CH Côte basque

Évaluation des besoins

La définition des besoins de recherche ne se fait pas au niveau régional mais national voire européen et international. Au niveau national, la définition des orientations est réalisée notamment dans le cadre des axes prioritaires définis au sein des appels à projet du Ministère de la santé.

Il s'agit de la mission et du rôle spécifiques des centres hospitaliers et universitaires (Article L. 6142-1 du CSP).

Toutefois, il est important que les malades pris en charge dans des centres hospitaliers hors CHU puissent bénéficier des protocoles de recherche clinique.

5. LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC) DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET NON HOSPITALIERS

Définition

La mission de développement professionnel continu pour les personnels médicaux consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, dans le cadre de la mise en œuvre du développement professionnel continu (DCP), à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville.

Inventaire des établissements :

Par définition, tous les établissements de santé publics et privés ont l'obligation de mettre en œuvre cette mission.

Évaluation des besoins

Dans la mesure où tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC, le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert « en volume » (sauf si besoin régional identifié).

L'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 mois après la publication des décrets relatifs au DPC.

6. LA FORMATION INITIALE ET LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES SAGES FEMMES ET DU PERSONNEL PARAMÉDICAL ET LA RECHERCHE DANS LEURS DOMAINES DE COMPÉTENCES

Définition

La formation initiale du personnel paramédical comprend toute formation qui vise l'acquisition de compétences par une personne qui n'a jamais exercé la profession pour laquelle elle désire se préparer.

La mission de développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, à destination de professionnels hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé.

Inventaire des établissements

Par définition, tous les établissements de santé publics et privés ont l'obligation de mettre en œuvre cette mission.

Évaluation des besoins

Dans la mesure où tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC, le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert « en volume » (sauf si besoin régional identifié).

L'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 mois après la publication des décrets relatifs au DPC.

7. LES ACTIONS D'ÉDUCATION ET DE PRÉVENTION POUR LA SANTÉ ET LEUR COORDINATION

Définition

Cette mission, constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1 du code de la santé publique. Elle contribue notamment à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Inventaire des établissements

Tous les établissements ont vocation à assumer cette mission.

Évaluation des besoins

Seront favorisées les actions conformes avec l'axe 1 du PSRS : Développer les politiques et actions de prévention, dans un objectif de réduction des inégalités de santé et le schéma régional de prévention.

8. L'AIDE MÉDICALE URGENTE, CONJOINTEMENT AVEC LES AUTRES PRATICIENS ET LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, PERSONNES ET SERVICES CONCERNÉS

Définition

La mission de service public se recoupe avec les missions des services d'aide médicale urgente qui ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence.

Inventaire des établissements (selon les autorisations délivrées au 30 juin 2011 : structures d'urgence, SAMU, SMUR)

Dordogne	CH Périgueux - Polyclinique Francheville - CH Bergerac - CH de Sarlat
Gironde	Hors Communauté urbaine de Bordeaux : Clinique mutualiste du médoc - CH de Libourne - CMC d'Arés - CH Blaye - CH Sud Gironde - CH d'Arcachon Communauté urbaine de Bordeaux : CHU - Clinique mutualiste de Pessac - Polyclinique Bordeaux nord Aquitaine - Polyclinique Bordeaux rive droite Hors schéma régional : Hôpital d'instruction des Armées Robert Picqué
Landes	CH Mont de Marsan - CH Dax - Clinique Les Chênes d'Aire sur Adour
Lot et Garonne	CH d'Agen - Clinique Esquirol-Saint-Hilaire - CH de Villeneuve sur Lot - CHI Marmande-Tonneins
Béarn et Soule	CH de Pau - Polyclinique Marzet, - CH d'Oloron Sainte-Marie - CH d'Orthez
Navarre Côte basque	CHI Côte basque - Polyclinique Côte basque sud - Polyclinique Sokorri - Polyclinique Saint-Etienne et du Pays basque - Polyclinique Aguiléra

Évaluation des besoins

Aucun besoin en implantation supplémentaire nécessaire n'a été identifié.

Cf. Chapitre « Médecine d'urgence »

9.
LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION, EN RELATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONS ET INSTITUTIONS COMPÉTENTES EN CE DOMAINE, AINSI QUE LES ASSOCIATIONS QUI ŒUVRENT DANS LE DOMAINE DE L'INSERTION ET DE LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION ET LA DISCRIMINATION

Définition

La mission de lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante :

1°) une permanence d'accès aux soins de santé établie au sein de l'établissement de santé (PASS) ;

2°) une équipe mobile assurant le suivi et les soins de personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie ;

3°) l'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité.

Inventaire des établissements : (PASS, PASS mobile + MIG Précarité)

Dordogne	CH Bergerac - CH Périgueux - CH Sarlat
Gironde	Clinique mutualiste du Médoc Lesparre - CHU - Hopital Suburbain du Bouscat - CH Perrens - CRF Tour de Gassies - CH Arcachon - CH Blaye - CH Sud Gironde - CH St Foy La Grande - Polyclinique Bordeaux Rive Droite Lormont, *[CH de Libourne]
Landes	CH Mont de Marsan - CH Dax - CH St Sever
Lot et Garonne	CH d'Agen - CH Villeneuve - CHi Marmande Tonneins
Béarn et Soule	CH Pau - CH Oloron - CH Orthez - *[CH Pyrénées de Pau]
Navarre Côte basque	CHI Côte basque

Évaluation des besoins

Chaque territoire de santé dispose d'au moins une PASS.

10.
LES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Définition

Cette mission, constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1 du code de la santé publique. Elle contribue notamment à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Inventaire des établissements :

Tous les établissements ont vocation à assumer cette mission.

Evaluation des besoins

Seront favorisées les actions conformes avec l'axe 1 du PSRS : Développer les politiques et actions de prévention, dans un objectif de réduction des inégalités de santé et le schéma régional de prévention.

11.
LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN APPLICATION DES CHAPITRES II À IV DU TITRE I^{ER} DU LIVRE II DE LA TROISIÈME PARTIE DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE OU DE L'ARTICLE 706-135 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE

Définition

La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement est exercée dans le respect des dispositions des articles L. 3212-1 et suivants et L. 3213-1 et suivants.

Inventaire des établissements disposant d'une habilitation à accueillir des patients en soins sans consentement

Dordogne	CH Montpon - CH Sarlat - *[CH Périgueux]
Gironde	CH Charles Perrens - CH Cadillac - CH Libourne
Landes	CH Mont de Marsan - *[CH Dax]
Lot et Garonne	CH La Candélie
Béarn et Soule	CH des Pyrénées
Navarre Côte basque	CHI Côte basque

*[Modification apportée par arrêté du 28 janvier 2013]

Évaluation des besoins

L'ouverture prévisionnelle en 2012 d'une unité au CH de Périgueux permettra de couvrir les besoins de la région.

Cf. chapitre « Psychiatrie ».

12. LES SOINS DISPENSÉS AUX DÉTENUS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE ET, SI NÉCESSAIRE, EN MILIEU HOSPITALIER

Définition

La mission de soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier s'exerce dans le respect des dispositions des articles L.6141-5 et suivants.

Dans ce cadre, pour chaque établissement pénitentiaire, le directeur général de l'ARS désigne un établissement de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins adaptés en matière de soins somatiques comme de soins psychiatriques. Les hospitalisations sont réalisées, conformément à la réglementation, soit dans des établissements de proximité soit dans des unités spécialement affectées à cette mission.

Inventaire des établissements

Dordogne	CH Périgueux (Maison d'arrêt Périgueux et Centre de détention Neuvic sur l'Isle) - CH de Bergerac *[(Centre de détention de Mauzac), CH Vauclaire à Montpon]
Gironde	CHU - CH Charles Perrens
Landes	CH Mont de Marsan
Lot et Garonne	CH Agen - CH Villeneuve sur Lot - *[CH La Candélie à Agen]
Béarn et Soule	CH de Pau - *[CH des Pyrénées à Pau]
Navarre Côte basque	CHI Côte basque

Évaluation des besoins

Une unité hospitalière spécialement aménagée est en projet au Centre hospitalier de Cadillac.

Aucun besoin en implantation supplémentaire n'a été identifié.

Cf. chapitre « Soins aux détenus ».

13. LES SOINS AUX PERSONNES RETENUES EN APPLICATION DE L'ARTICLE L. 551-1 DU CODE DE L'ENTRÉE ET DU SÉJOUR DES ÉTRANGERS ET DU DROIT D'ASILE

Définition

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres de rétention est exercée dans le respect des dispositions des articles L.551-1 et suivants du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Inventaire des établissements de santé apportant des soins aux personnes retenues, dans le cadre d'une convention entre le préfet territorialement compétent et le centre de rétention.

Dordogne	
Gironde	CHU (CRA de Bordeaux)
Landes	
Lot et Garonne	
Béarn et Soule	
Navarre Côte basque	CHI Côte basque (CRA d'Hendaye)

Évaluation des besoins

Aucun besoin en implantation supplémentaire n'a été identifié.

14.
LES SOINS DISPENSÉS AUX PERSONNES RETENUES DANS LES CENTRES SOCIO-MÉDICO-JUDICIAIRES DE SÛRETÉ

Définition

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté est exercée dans le respect des dispositions des articles L.706-53-13 et suivants du code de procédure pénale ; elle est assurée par des établissements désignés directement par le Gouvernement.

Inventaire des établissements :

Aucun établissement en Aquitaine.

Évaluation des besoins

Il n'existe actuellement qu'un seul centre expérimental situé à Fresnes, dont l'évaluation est prévue après 5 ans de fonctionnement. Cette mission de service public ne pourra donc pas faire l'objet d'une attribution dans le SROS-PRS.

Glossaire

3C	Centre de Coordination en Cancérologie

A

ACIRA	registre Activité des Centres de Cardiologie Interventionnelle
AME	Aide Médicale d'Etat
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché (médicaments)
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
ANAP	Agence Nationale d'Amélioration de la Performance
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
ARS	Agence Régionale de Santé

C

CAMSP	Centre d'Action Médico Sociale Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps partiel (psychiatrie, santé mentale)
CCECQA	Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
CHIC	Centre Hospitalier InterCommunal
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination (gérontologique)
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
COFRAC	COmité FRançais d'Accréditation
CME	Commission Médicale d'Etablissement (public)
CME	Conférence Médicale d'Etablissement (privé)
CMP	Centre Médico Psychologique
CMPP	Centre Médico Psycho Pédagogique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNP	Conseil National de Pilotage (des ARS)
CNSA	Caisse Nationale Solidarité Autonomie
COTPA	Cellule d'Orientation des Transports Périnataux en Aquitaine
CMRR	Centre de mémoire de ressources et de recherche
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPDPN	Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels (Centre 15)
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSAPA	Centre de Soins Ambulatoires et de Prévention en Addictologie
CUB	Communauté Urbaine de Bordeaux

D

DCC	Dossier Communicant en Cancérologie
DMP	Dossier Médical Personnel
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DP	Dialyse Péritonéale
DPC	Développement Professionnel Continu
DPN	Diagnostic PréNatal
DPI	Diagnostic Pré Implantatoire
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale

E

EFSAL	Etablissement Français du Sang Aquitaine Limousin
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EML	Equipement(s) Matériel(s) Lourd(s)
EMOG	Equipe MObile Gériatrique
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
ENRS	Espace Numérique Régional de Santé (e-santé, télésanté Aquitaine)
EPP	Entretien Prénatal Précoce
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETP¨	Education Thérapeutique du Patient
ETP	Equivalent Temps Plein
Ex-DG	ex-Dotation Globale : hôpitaux publics
Ex-OQN	ex-OQN Objectif Quantifié National : établissements privés à but lucratif

F

FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé (handicapés)
FMC	Formation Médicale Continue

G

GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GDR	Gestion du Risque (assurantiel)
GHM	Groupe Homogène de Malade
GHS	Groupe Homogène de Séjours
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

H

HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation Complète
HJ	Hôpital de Jour
HN	Hôpital de Nuit
HPST	(loi) Hôpital Patients Santé Territoires
HTP	Hospitalisation à Temps Partiel

I/L

IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IMC	Indice de Masse Corporelle
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
INCA	Institut National du Cancer
IPA	Indicateur de Pilotage de l'Activité
IRC(T)	Insuffisance Rénale Chronique (Terminale)
IRM	Imagerie par Résonnance Magnétique nucléaire
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LISP	Lit(s) Identifié(s) de Soin(s) Palliatif(s)

M/N

MAIA	Maison d'Accueil et d'Intégration des Malades d'Alzheimer
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée (pour handicap lourd)
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MEAH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MIG	Missions d'Intérêt Général
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Accompagnement des Contrats
MRC	Maison de Repos et de Convalescence
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

O

OMEDIT	Observatoire du MEdicament des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
ONDPS	Observatoire National Des Professions de Santé
OPCA	Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (organismes formateurs)
OQN	Objectif Quantifié National
OQOS	Objectif Quantifié de l'Offre de Soins
ORL	Oto – Rhino – Laryngologiste
ORSA	Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine

P

PACES	Première Année Commune des Etudes de Santé
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (Alzheimer)
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDS	Permanence des Soins
PDSA	Permanence des Soins Ambulatoires
PDSES	Permanence Des Soins des Etablissements de Santé
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme Médicalisé du Système d'Information
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PPS	Plan Personnalisé de Soins
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé

R

RCA	Réseau de Cancérologie d'Aquitaine
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RPIB	Repérage Précoce et Intervention Brève
REANIM	registre de prise en charge initiale des syndromes coronariens ST+

S

SAE	Statistique Annuelle des Etablissements
SADCR	Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SC	Surveillance Continue
SCM	Société Civile de Moyens
SDC	Structure d'étude et de traitement de la Douleur Chronique
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SESSAD	Service d'Education Spécialisée, de Soins et d'Accompagnement à Domicile
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SMPR	Service Médico Psychologique Régional
SIOS	Schéma Interrégional d'Organisation des Soins
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation

T

T2A	Tarification A l'Activité
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TIIH	Transports Infirmiers Inter Hospitaliers

U/V

UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UDM	Unité de Dialyse Médicalisée
UFR	Unité de Formation et de Recherche en sciences (médicales, odontologiques, pharmaceutiques = faculté de médecine, d'odontologie, de pharmacie)
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (urgence)
UHSA	Unité d'Hospitalière Spécialement Aménagé
UHSI	Unité d'Hospitalière Sécurisée Interrégionale
UHR	Unité d'Hébergement Renforcé (Alzheimer)
UNV	Unité Neuro-Vasculaire
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USP	Unité de Soins Palliatifs
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Décembre 2011
Maquette et mise en page : Otempora 05 56 81 01 11
Crédits photos : DR - Fotolia - ARS Aquitaine

Otempora 05681011

ars
Agence Régionale de Santé
Aquitaine

www.ars.aquitaine.sante.fr

Agence Régionale de Santé d'Aquitaine

Espace Rodesse
103 bis rue Belleville - CS 91704
33063 Bordeaux Cedex

Tél : 05 57 01 44 00 / Fax : 05 57 01 47 85

ars-aquitaine-contact@ars.sante.fr