

Schéma

EN RÉGION CENTRE

2012-2016

*régional
d'organisation
des soins*



I/ ÉLÉMENTS DE CONTEXTE ET DE CADRAGE	6
II/ LE VOLET HOSPITALIER	10
PRÉAMBULE	11
1. LES ACTIVITES DE SOINS	12
1.1 Médecine	12
1.2 Chirurgie	19
1.3 Périnatalité	27
1.4 Médecine d'urgence	33
1.5 Hospitalisation a domicile	39
1.6 Psychiatrie	42
1.7 Soins de suite et de réadaptation	51
1.8 Unité de soins de longue durée	67
1.9 Traitement du cancer	72
1.10 Examen des caractéristiques génétiques	85
2. LES PLATEAUX TECHNIQUES	93
2.1 Cardiologie interventionnelle	93
2.2 Réanimation, Soins intensifs, Surveillance continue volet Adulte	100
2.3 Volet réanimation pédiatrique, surveillance continue pédiatrique	107
2.4 Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	111
2.5 Imagerie	118
3. LES FILIERES	123
3.1 La prise en charge des personnes âgées et la filière Alzheimer	123
3.2 Les traumatismes crânio cérébraux	129
3.3 L'addictologie	134
3.4 La prise en charge de la douleur	144
3.5 Les soins palliatifs	150
3.6 Les accidents vasculaires cérébraux	156
3.7 Les soins aux détenus	162
3.8 La prise en charge de l'obésité	171
3.9 Les maladies chroniques	172
4. LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC	176
4.1 Les missions faisant l'objet d'une procédure d'attribution ou d'autorisation par ailleurs	177
4.2 Les missions devant faire l'objet d'une procédure de reconnaissance ad hoc	180
5. ÉTAT DES LIEUX DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC	191
GLOSSAIRE	194

III/ LE VOLET AMBULATOIRE 200

PRÉAMBULE	201
1. DIAGNOSTIC ET PROBLÉMATIQUES	201
1.1 Définition du champ du schéma : l'offre de soins de proximité.	201
1.2 Caractéristiques de la région Centre.	205
2. LA PLANIFICATION D'UNE ORGANISATION CIBLÉE À CINQ ANS	210
2.1 Identifier des territoires de proximité à consolider	210
2.1.1 Définir les zones "fragiles" en professionnels du premier recours	211
2.1.2 Prioriser des territoires de projets.	212
2.2 Maintenir et attirer des professionnels de santé sur un territoire.	213
2.2.1 Sensibiliser à l'exercice libéral de la médecine et des autres professions	213
2.2.2 Favoriser les stages en médecine générale et développer le réseau des maîtres de stages	214
2.2.3 Travailler sur le développement des lieux de stage en milieu rural des futurs professionnels de santé	215
2.2.4 Favoriser les exercices regroupés en fonction de besoins identifiés	215
2.2.5 Développer la fonction d'information et de conseil auprès des professionnels de santé pour faciliter leur exercice quotidien	221
2.3 Mobiliser les professionnels de santé autour de projets locaux de santé	222
2.3.1 Contribuer à faciliter l'exercice au quotidien et rompre l'isolement des professionnels de santé.	222
2.3.2 Accompagner des actions améliorant la qualité et la sécurité des soins	224
2.3.3 Favoriser l'émergence de protocoles de coopération permettant le transfert d'activités entre professionnels de santé	228
3. PLAN D' ACTIONS	230
4. ARTICULATION AVEC LES AUTRES SCHÉMAS	232
4.1 Articulation avec le schéma régional prévention	232
4.2 Articulation avec le volet hospitalier du SROS	236
4.3 Articulation avec le schéma régional médico-social	238
4.3.1 Améliorer la prise en charge des personnes âgées	238
4.3.2 Garantir l'accès aux soins des personnes handicapées	239
ANNEXES	240

IV/ LE VOLET BIOLOGIE MÉDICALE 268

1. LA RÉGLEMENTATION	269
1.1 Le contexte réglementaire	269
1.2 Les textes	269
2. L'ÉTAT DES LIEUX	270
2.1 Maillage : répartition et diversité de l'offre	270
2.1.1 Répartition	270
2.1.2 Densité	271
2.1.3 Les regroupements	271
2.1.4 Situations particulières	271
2.2 Démographie et formation	274
2.3 L'accréditation	275
2.4 La permanence des soins dans sa dimension infra régionale	275
2.5 Données d'activité	277
2.6 Les systèmes d'information	279
2.7 Les relations EFS/Etablissements de santé	279
3. ORIENTATIONS ET ACTIONS ENVISAGÉES	279
4. INDICATEURS	280
GLOSSAIRE	282

Éléments de contexte et de cadrage



LA PLACE DU SCHÉMA DANS LE PRS

F

ixé pour une durée de cinq ans, le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) est un outil de mise en œuvre et de déclinaison opérationnelle du Projet régional de santé (PRS) introduit par la Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

Le PRS constitue l'outil de planification unifié de la politique de l'ARS. Il privilégie une approche transversale des politiques publiques de santé dans l'objectif d'opérer une meilleure complémentarité des offres, des ressources et des compétences mobilisées pour la santé des citoyens et d'assurer une fluidité des parcours.

Le Plan stratégique régional de santé (PSRS), première composante du PRS, a fixé des priorités et des objectifs généraux d'amélioration de la santé et de l'offre en région en ciblant plus spécifiquement six domaines d'intervention : l'autonomie, la veille et la sécurité sanitaires, la périnatalité et la petite enfance, la santé mentale, les maladies chroniques et les conduites à risque.

Le SROS constitue un outil opérationnel de mise en œuvre de ce plan stratégique.

Il doit s'inscrire en cohérence - voire même dans le cadre d'une approche intégrée - avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention et à l'organisation médico-sociale, dans l'objectif d'améliorer le parcours de vie et de soins des personnes. A ce titre :

- il précise la contribution des acteurs du soin au développement de la prévention et de la promotion de la santé et à la gestion des risques sanitaires,
- il prévoit les évolutions nécessaires de l'offre de soins au regard des besoins de santé territoriaux, compte tenu du diagnostic régional établi,
- il détermine les modalités de coordination des soins de toute nature apportés à l'utilisateur et précise les complémentarités ainsi que les coopérations nécessaires, notamment entre les établissements de santé, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux et les établissements et services médico-sociaux.

LES ENJEUX ET LES PRINCIPES

Le SROS participe dans ses deux volets aux trois enjeux du PRS (améliorer l'espérance de vie en bonne santé, promouvoir l'égalité devant la santé, développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient), qu'il décline par l'amélioration de :

- l'accès aux soins et la réduction des inégalités d'accès aux soins,
- la qualité et la sécurité des prises en charge,
- l'efficacité.

Pour cela, il tient compte des contraintes imposées par la faible densité des professionnels de santé en proposant notamment :

- dans son volet hospitalier :
 - le renforcement et la formalisation des partenariats entre les structures, l'organisation de la Permanence des soins en établissement de santé (PDSES) et le développement de la télémédecine,

- la consolidation et le maintien d'une offre de soins accessible à la population fondée sur l'implantation des activités de soins soumises à autorisation, la modernisation des plateaux techniques, l'organisation des filières de soins et des missions de service public, le tout dans un contexte économique difficile,
- le développement des modes de prise en charge substitutifs à l'hospitalisation conventionnelle,
 - dans son volet ambulatoire :
 - l'identification de territoires de proximité à consolider,
 - des leviers d'action susceptibles d'attirer et de maintenir les professionnels de santé sur le territoire,
 - la mobilisation des professionnels de santé autour de projets locaux de territoire.

LES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ

L'ARS du Centre a retenu les six départements de la région comme territoires de santé, notion administrative et opposable dans le cadre de la planification de l'offre de soins (article L.1434-9 du Code de santé publique (CSP)) et de l'installation des conférences de territoires.

Au-delà de cette définition juridique, le SROS doit aussi tenir compte des territoires dits "de proximité".

Le volet hospitalier du SROS s'inscrit dans la continuité du précédent schéma sanitaire avec des établissements ou pôles de référence correspondant aux principales villes de la région, approche qui a été confortée par le

choix de l'ARS de retenir le département comme territoire de santé. Les territoires infra départementaux correspondent aux zones d'attractivité des établissements de santé installés dans les villes de sous-préfectures auxquelles s'ajoutent les zones de Gien et d'Amboise-Chateaufort.

Pour le schéma de l'offre ambulatoire, le territoire de proximité correspond à un territoire de projet qui renvoie à un espace de coopération issu des volontés locales ; il n'est pas défini a priori et n'a pas vocation à être figé dans le temps.

LES ÉLÉMENTS DE RÉFÉRENCE NATIONAUX

Le SROS s'inscrit dans le cadre :

- des dispositions du Code de la santé publique et plus particulièrement de ses parties 4 (Professions de santé) et 6 (établissements et services de santé) telles que modifiées notamment par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dans ses titres 1 (Modernisation des établissements de santé) et 2 (Accès de tous à des soins de qualité),
- des orientations nationales précisées par la circulaire n°DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins.

LE CADRE RÉGLEMENTAIRE DU SCHÉMA

Le SROS instauré par la loi HPST comporte deux innovations majeures par rapport au précédent schéma régional d'organisation sanitaire : son intégration au sein du Projet régional de santé (PRS) et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire.

Prévu par les articles L.1434-7 et suivants du Code de la santé publique précisés par l'article R.1434-4 tel qu'il ressort du décret n°2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé, "le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de 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".

Son contenu :

Le schéma régional d'organisation des soins comporte :

- **une partie relative à l'offre de soins hospitaliers et aux équipements lourds qui se décline de la façon suivante :**
 - les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret,
 - les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds,
 - les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements,
 - les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L.6112-2,
 - les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire,

- **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.

Son caractère opposable :

La première partie, relative à l'offre de soins hospitalière, 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. En effet, les autorisations accordées par le directeur général de l'Agence régionale de santé doivent être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

Le volet ambulatoire du SROS a une valeur essentiellement indicative ; cela a été confirmé par les modifications des dispositions du code de la santé publique par l'article 4 de la loi n°2011-940 du 10 août 2011 (modifiant la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009) : le SROS "précise dans le respect du principe de la liberté d'installation des professionnels de santé" les évolutions de l'offre de soins.

Le volet ambulatoire du SROS indique par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des

soins de premier et second recours, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé. L'article 2 de la loi du 10 août susvisée prévoit que le projet de santé des maisons de santé "est compatible avec les orientations des schémas régionaux" et qu'il "est transmis pour information à l'ARS".

Il détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique de l'offre ambulatoire. A ce titre, il a vocation à guider l'action publique - notamment celle de l'ARS - pour l'attribution d'éventuels moyens. Par ailleurs, le zonage prévu à l'article L4134-7 du code de santé publique est, quant à lui, opposable et il a vocation à être intégré au premier schéma régional d'organisation des soins (article 4 de la loi du 10 août 2001).

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut par ailleurs s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle aurait pour effet de porter, sur le territoire de santé infrarégional considéré, l'offre d'examen de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional d'organisation des soins.

1.6

LES LEVIERS DE L'ARS

La réalisation des objectifs du schéma régional de l'offre de soins sera possible par la mobilisation de plusieurs leviers :

• pour le volet de l'offre hospitalière :

- la délivrance et le renouvellement des autorisations pour les activités de soins et les équipements lourds en application des dispositions des articles L.6122-1 et suivants du Code de la santé publique,
- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre l'ARS et chaque établissement de santé ou titulaire d'autorisation en application des articles L.6114-1 et suivants du CSP,
- la possibilité pour le directeur général de l'ARS de demander aux établissements publics de santé de coopérer sous l'une des formes prévues par l'article L.6131-2 du CSP (conventions de coopération, communautés hospitalières de territoire...),

• pour le volet de l'offre ambulatoire :

- la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé,
- la plateforme d'appui aux professionnels de santé,
- la mobilisation des aides au maintien et à l'installation des professionnels de santé y compris par le recours aux financements prévus dans le contrat de projet État-Région pour les maisons de santé,
- l'accompagnement des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins,
- les systèmes d'information et la télémédecine,
- l'articulation entre l'ARS et les autres acteurs concernés et notamment les Unions régionales des professionnels de santé (URPS), l'Université et les Collectivités territoriales.

2

Le volet hospitalier



Préambule

Le volet hospitalier du SROS s'inscrit dans la continuité du SROS 3. Il s'appuie sur un diagnostic régional établi dans le cadre d'une large concertation, organisée avec les professionnels et acteurs de santé de chaque territoire.

La répartition et le dimensionnement de l'offre de soins, destinée à répondre aux besoins de santé dans notre région pour les cinq années à venir, sont estimés au travers des Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS).

Ceux-ci, désormais circonscrits au nombre d'implantations, restent adossés au découpage territorial basé sur les six départements, au sein desquels la pertinence de l'offre s'affiche dans la gradation de niveaux de soins.

Les travaux menés dans les différentes matières ont montré que des coopérations, des mutualisations, des filières destinées à améliorer l'efficacité de l'offre de soins pouvaient être engagées opportunément en intra-territorialité.

A ce titre, **chaque territoire doit s'inscrire dans une logique de coopération hospitalière** notamment au travers de Communautés hospitalières de territoire (CHT) déjà initialisées en région Centre, mais également toutes autres formes de collaborations visant une meilleure cohérence du dispositif (ex : groupement de coopération sanitaire dont l'objet vise la prise en charge de spécialités...).

Au plan régional, la mise en œuvre d'une coopération hospitalière formalisée entre le CHRU de Tours et le CHR d'Orléans est à impulser, particulièrement dans le domaine des soins, de la recherche et de l'enseignement.

Les propositions du présent schéma tiennent également compte des contraintes imposées par la faible densité des professionnels de santé, nécessitant parfois de repenser les organisations territoriales pour consolider et maintenir une offre de soins accessible à la population.

L'impact du développement de la **télé médecine** (qui fait l'objet d'un programme régional spécifique) est intégré à cette réflexion.

L'organisation de l'offre de soins hospitalière doit permettre l'accès aux soins de l'ensemble de la population et particulièrement des personnes en situation de handicap pour lesquelles des dispositifs de prise en charge adaptés (locaux, recours à des personnels spécialisés...) sont à prévoir, notamment dans le cadre de l'obligation de mise en conformité des établissements au regard des normes d'accessibilité.

Une attention particulière est également portée à la prise en charge des **personnes en situation de précarité** en lien avec le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) intégré au PRS.

Le volet hospitalier du SROS est opposable dans sa globalité et sera relayé dans les Contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre l'Agence régionale de santé et les détenteurs d'autorisation.

Il est décliné selon l'organisation suivante :

- **les activités de soins et les plateaux techniques soumis à autorisation**, labellisation ou reconnaissance, pour lesquels des objectifs quantifiés en implantations sont positionnés au sein de chaque territoire,
- **les filières de soins** (impactant plusieurs matières du volet hospitalier) à organiser et rendre lisibles pour améliorer le parcours de soins du patient, en articulation avec les autres schémas,
- **les missions de service public** dont l'inventaire et l'évaluation peuvent conduire à la mise en œuvre d'une procédure d'attribution.

S'agissant des équipements ou activités soumis à autorisation, **le présent schéma fixe les Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) en nombre d'implantations et d'appareils par territoire de santé**. Seul ce niveau territorial est opposable (article D.6121-7 du Code de la santé publique).

Néanmoins, le schéma précise selon les matières et en tant que de besoin **les secteurs infra-territoriaux** concernés par une ou plusieurs implantations ou appareils, afin de faciliter la compréhension et la lisibilité de l'organisation cible et prioritaire au sein du territoire de santé, pour une satisfaction optimale des besoins de la population.

Ces **secteurs infra territoriaux** correspondent aux aires de rayonnement des principales villes de chaque territoire de santé, comme l'indique la carte ci-dessous :



Le **Schéma interrégional de l'offre de soins (SIOS)** adopté récemment, est repris intégralement dans sa dernière forme validée, permettant ainsi de donner une plus large lisibilité au dispositif d'ensemble.

L'articulation avec le volet ambulatoire du SROS et avec les autres schémas (prévention, médico-social) a fait l'objet d'une attention particulière, relayée dans chaque thématique, afin d'améliorer le parcours de soins entre les différentes prises en charge.

Une instance opérationnelle de dialogue avec les fédérations représentant les établissements de santé sera mise en place par l'ARS dans le cadre du suivi de pilotage de l'activité hospitalière.

1. Les activités de soins

1.1

MÉDECINE

Le volet "Médecine" concerne tous les établissements, publics ou privés, titulaires d'une autorisation de médecine et les spécialités s'y rapportant, incluant la pédiatrie.

Est exclue de ce champ, la cardiologie interventionnelle, traitée dans un volet spécifique du SROS.

La gradation des soins hospitaliers et la permanence des soins ont guidé la réflexion notamment pour le volet interventionnel de la médecine de spécialité, la médecine polyvalente et la pédiatrie.

La prise en charge spécifique des personnes âgées fait l'objet d'un développement au sein de la filière dédiée aux pathologies du vieillissement.

De fait, la gériatrie et les soins de longue durée sont traités dans les deux Schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS) et de l'organisation médico-sociale (SROMS).

Le volet "Médecine" du SROS a pour objectif l'amélioration de l'accès, la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins, en structurant et formalisant les articulations entre les différents partenaires : ville-hôpital-secteur médico-social.

1.1.1 Le contexte

L'impact de la problématique de la démographie médicale dans la région

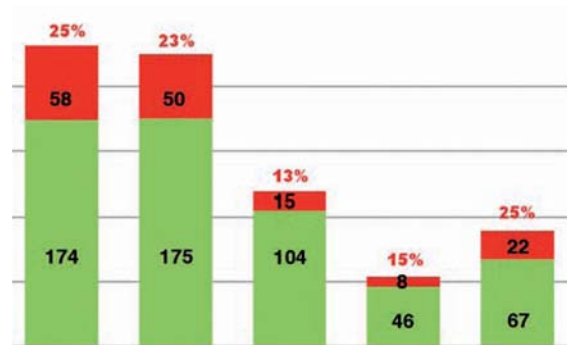
La région Centre se classe à l'avant-dernière place pour la densité de médecins en activité régulière : 242 pour 100 000 habitants contre 370 en région PACA et 366 en Ile de France. En 2010, seulement 3 % des nouveaux inscrits se sont installés dans la région. (Source: Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2011 - Conseil National de l'Ordre des Médecins)

Les départs en retraite se font en moyenne vers 65 ans et ne seront pas compensés en totalité en raison de la baisse générale de la démographie et de la faible attractivité actuelle de la région Centre.

Dans les cinq années à venir, les cinq spécialités étudiées plus précisément dans ce volet, seront touchées inégalement par les départs en retraite. Un quart des pédiatres et des pneumologues actuellement en exercice auront plus de 65 ans en 2017.

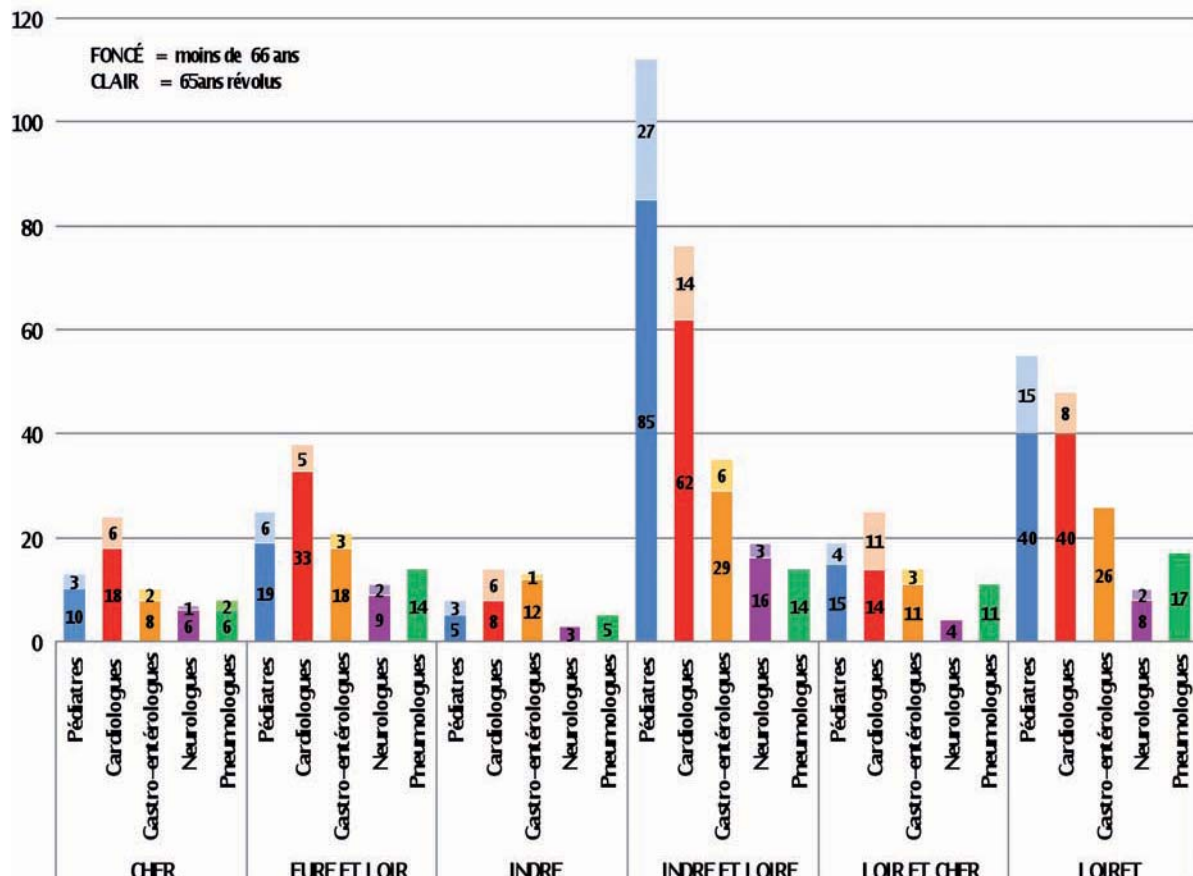
On note également une répartition inégale des **médecins spécialistes** sur la région et au sein des territoires : plus forte densité sur l'axe ligérien et au niveau des pôles urbains. Il existe des zones d'emploi dépourvues de neurologues, de pédiatres, de gastroentérologues, de pneumologues.

Projection en 2017 de la répartition par tranches d'âges des spécialistes exerçant actuellement dans la région



Source ADELI au 01/01/2011

Projection en 2017 de la répartition par tranches d'âges, des spécialistes et par département des médecins actuellement en exercice



Source ADELI au 01/01/2011

Le secteur libéral sera le secteur le plus touché.

En 2010 :

- le secteur libéral représente 46 % des médecins inscrits à l'Ordre au 1er janvier et 11,5 % ont un mode d'exercice mixte,
- 78,5 % des médecins sortants sont des médecins libéraux,
- 9,4 % des 5 392 nouveaux médecins inscrits au cours de l'année ont choisi le secteur libéral et 0,6 % un exercice mixte¹.

L'ensemble des autres professions de santé présente également une faible densité. Ceci est un obstacle aux coopérations et aux délégations de tâches qui pourraient permettre l'optimisation du recours aux compétences médicales et une réponse alternative au déficit quantitatif en médecins.

La problématique des activités de médecine

La gradation des activités de soins comporte quatre niveaux dont le premier "soins de premier recours", est repris dans le volet ambulatoire du SROS.

Elle est complémentaire et superposable aux différents niveaux décrits dans le précédent SROS 3 et le Plan stratégique régional de santé :

- niveau de proximité,
- niveau de référence (niveau de recours infrarégional),
- niveau régional.

Il existe un parallélisme entre spécialisation et gradation : l'offre de proximité relevant du niveau le plus important de polyvalence.

L'étude de l'activité des services de médecine a été séparée en trois groupes : la médecine polyvalente, la médecine de spécialité - notamment dans sa composante interventionnelle - c'est-à-dire l'endoscopie avec anesthésie générale ou locorégionale, et la pédiatrie.

Médecine polyvalente et médecine de spécialité

L'activité de médecine polyvalente est variable selon le niveau de gradation de l'établissement.

Dans les hôpitaux de proximité, la médecine polyvalente accueille tous types de pathologies avec une prédominance de personnes âgées. Elle possède souvent une orientation de spécialité.

Les hôpitaux de référence possèdent des services de spécialité. Les services de médecine polyvalente accueillent les patients atteints de polyopathologies ou de pathologies pour lesquelles un service de spécialité à part entière n'existe pas dans l'établissement. Ces services peuvent avoir une ou des orientations de spécialité ou une activité de médecine interne.

Les hôpitaux de niveau régional offrent des services de spécialités voire de "sur-spécialité" en fonction du niveau de haute technicité du plateau.

La médecine de spécialité est présente au sein des services de médecine polyvalente en fonction de la qualification des médecins qui y exercent. Son activité, qui peut être qualifiée de "généraliste", est sous-estimée dans l'activité du service et doit être quantifiée.

Les avis spécialisés (cardiologues, pneumologues, diabéto-endocrinologues, neurologues, géro-psy-chiatres...) restent indispensables dans les services de médecine polyvalente.

La médecine interniste est également à privilégier.

Actuellement, huit centres hospitaliers (ex hôpitaux locaux) sont autorisés au titre de l'offre de soins en médecine :

Eure-et-Loir :

- CH de la "La Loupe" (15 lits de médecine).

Indre-et-Loire :

- CH de St Maure de Touraine (14 lits de médecine).

Loir et Cher :

- CH de St Aignan (25 lits de médecine),
- CH de Montoire sur Loir (10 lits de médecine).

Loiret :

- CH de Neuville aux Bois (15 lits de médecine),
- CH de Beaugency (15 lits de médecine),
- CH de Sully/Loire (11 lits de médecine),
- Hôpital de Briare (15 lits de médecine).

Ces petits services accueillent principalement des personnes âgées. La part des séjours des personnes de 75 ans et plus représente plus de 80 % des séjours sans actes classant avec ou sans nuitée, hormis pour les CH de Sully (75,5 %) et de Neuville (58.7 %) (Source : PMSI MCO 2010).

L'activité de médecine des ex-hôpitaux locaux ne pourra se maintenir que si ces établissements :

- mettent en place des partenariats pour accueillir des patients dont le profil est compatible avec le plateau technique de l'établissement,
- sont en mesure d'organiser une permanence médicale et para médicale,
- répondent aux exigences du cahier des charges régional relatives aux modalités d'organisation.

L'activité d'endoscopie

L'activité d'endoscopie nécessitant une anesthésie générale ou locorégionale fait désormais partie intégrante du SROS Médecine.

Jusqu'alors, cette activité était pratiquée dans un établissement possédant une autorisation pour une activité de chirurgie ou d'obstétrique, ce qui ne sera plus toujours le cas à l'avenir. Aussi son organisation doit se définir selon l'environnement dans lequel elle sera exercée.

1 - (Source : Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1^{er} janvier 2011 - Conseil National de l'Ordre des Médecins)

La gradation des plateaux techniques résulte de la présence ou l'absence d'un environnement chirurgical, de la technicité des acteurs et du plateau technique ainsi que du dynamisme de l'équipe médicale.

Comme toute activité médicale, l'activité d'endoscopie doit être suffisamment importante quantitativement pour permettre des actes de qualité.

La pédiatrie

L'organisation des différents niveaux de prise en charge a été décrite précisément dans le SROS 3 et est inchangée :

- deux centres hospitaliers de niveau régional, CHU de Tours et CHR d'Orléans, offrant un site d'urgence, des services d'hospitalisation complète et partielle, des consultations spécialisées, des services de chirurgie et de réanimation pédiatriques, ainsi que des centres d'expertise et de référence,
- au moins un hôpital de référence dans chaque département hormis l'Indre-et-Loire, (les centres hospitaliers de Bourges, Chartres, Dreux, Châteauroux, Blois et le centre hospitalier de l'agglomération montargoise), comportant un service d'hospitalisation complète et partielle et un accueil d'urgence,
- trois hôpitaux de proximité de la région comportant un service de pédiatrie. Ils possèdent de petites unités d'hospitalisation et assurent le niveau premier recours en raison de la faiblesse de l'offre de pédiatrie libérale sur leur zone géographique :
- Vierzon : 10 lits - deux pédiatres : un hospitalier et un libéral,
- Romorantin-Lanthenay : 12 lits - un pédiatre hospitalier, aucun pédiatre libéral,
- Gien : 20 lits - quatre pédiatres hospitaliers, aucun pédiatre libéral.

La baisse de la démographie des médecins généralistes et des pédiatres libéraux entraîne déjà un recours subsidiaire aux services d'urgences des hôpitaux pour des demandes non satisfaites par le secteur ambulatoire et menace l'activité de dépistage réalisée par les pédiatres, les médecins généralistes, les services de la Protection maternelle infantile (PMI) et de promotion de la santé en faveur des élèves de l'Education nationale.

Le secteur hospitalier connaît également des difficultés de recrutement.

Le parcours du patient adulte, de son admission

- programmée ou non - à sa sortie

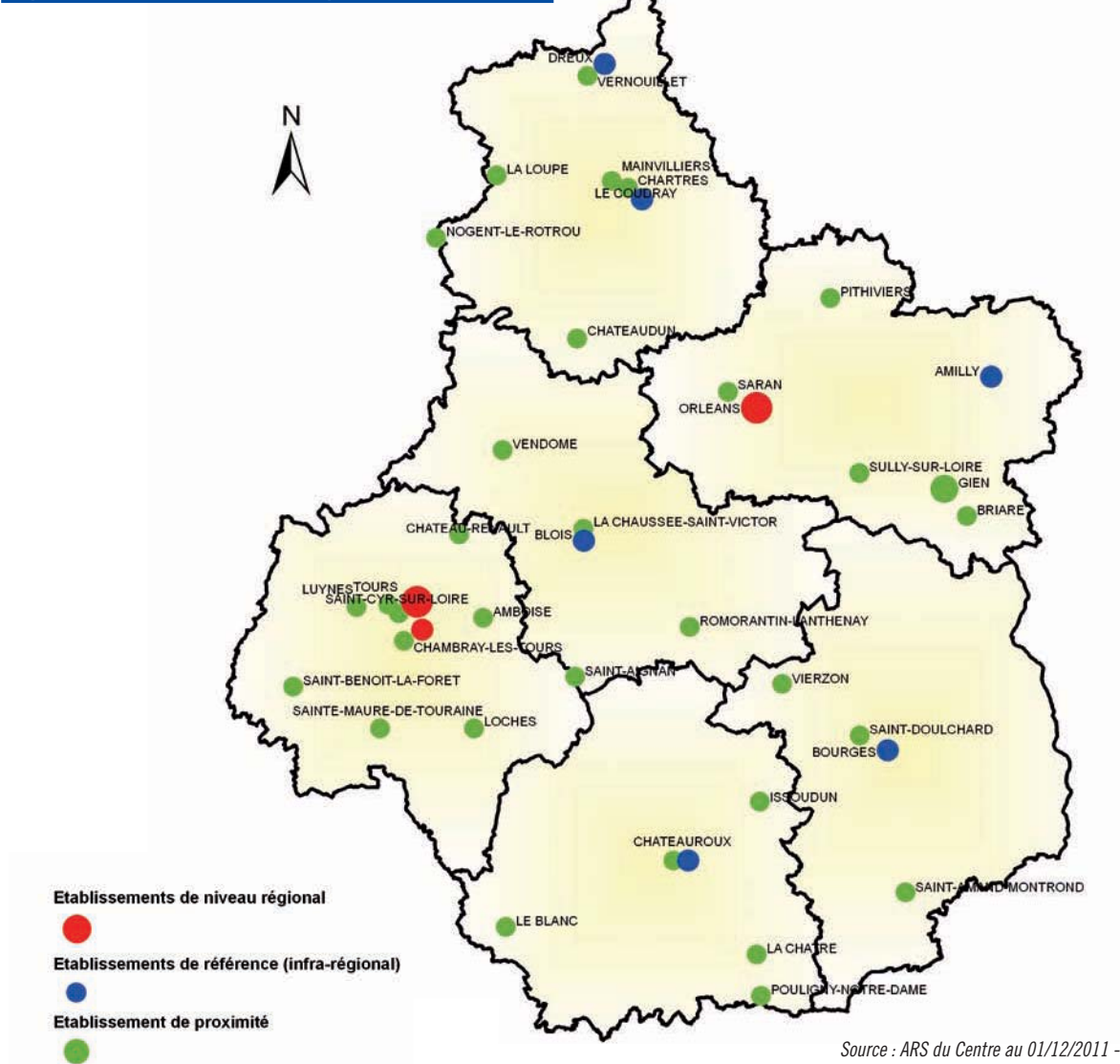
d'hospitalisation en Médecine

Des recours à l'hospitalisation par manque d'anticipation et des séjours prolongés au-delà de la phase aiguë de la maladie sont à l'origine du blocage d'un nombre important de lits et par conséquent d'engorgement des services de médecine polyvalente, de spécialité et d'urgence.

Cette inadéquation hospitalière est le plus souvent liée au délai de prise en charge médicosociale ou rééducative de la perte d'autonomie de la personne âgée ou de la personne en situation de handicap.

- 1) Dès l'admission, le service social doit être chargé d'analyser et d'organiser les modalités de sortie en prenant en compte le pronostic du médecin, l'autonomie envisageable, l'environnement socio familial plus ou moins mobilisable ainsi que les ressources financières.
- 2) Les sorties sont retardées par les difficultés rencontrées par les services sociaux des établissements de santé pour organiser une prise en charge adaptée en aval de l'hospitalisation en raison :
 - de l'attente de prise en charge, d'une part dans les structures ou services d'aval dans le champ sanitaire (SSR, notamment des SSR spécialisés, USLD, HAD), d'autre part dans le champ médico-social et social pour l'admission en établissement ou pour le maintien à domicile,
 - d'un nombre insuffisant de structures médico-sociales pour les personnes de moins de 60 ans ne pouvant vivre à domicile,
 - du délai d'attente pour la mise en place des mesures de protection,
 - des ressources financières des patients insuffisantes pour avancer les frais de prise en charge d'un service d'aide à domicile ou pour financer le prix de l'hébergement en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) en attendant le versement de prestations. Il est à noter que le délai de versement de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est variable en fonction des départements.
- 3) L'heure de sortie est souvent retardée en raison de l'insuffisance de disponibilité des transports sanitaires. Toutefois, l'établissement peut mettre en place une organisation permettant de libérer les lits le plus tôt possible.
- 4) Des hospitalisations pouvant être évitées, sont réalisées en urgence par manque d'anticipation ou par impossibilité de prise en charge médicale dans la journée, en raison :
 - d'un besoin de soins pour les personnes en établissement médico-social,
 - d'un besoin de soins ou de prise en charge d'une perte d'autonomie pour les personnes à domicile.
- 5) L'attente d'avis médical spécialisé peut aussi retarder la sortie.
- 6) Lorsque l'état d'un patient atteint de polyopathologies s'aggrave et nécessite des soins techniquement plus complexes que ceux dispensés dans un service de médecine polyvalente, son maintien dans le service se fait au prix de la mobilisation plus importante du personnel et donc avec un risque de diminution de la qualité de la prise en charge des autres patients.

Implantations des établissements hospitaliers selon leur niveau



1.1.2 Les objectifs 2012-2016

Le volet Médecine du SROS s'attache à améliorer l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. De ce fait, il participe à l'atteinte des objectifs de l'ensemble des thématiques du Plan stratégique régional de santé, notamment en lien avec les thématiques "maladies chroniques" et "autonomie".

Les objectifs de ce volet visent à :

- maintenir la polyvalence comme réponse de proximité en favorisant l'activité de consultations, la prise en charge au sein de filières de soins et le regroupement des activités autour de structures de proximité comme les Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP),
- assurer la sécurité de la prise en charge en mutualisant et en optimisant les ressources médicales liées à la continuité et à la permanence des soins, en fonction de la taille des services et de la gradation des activités,
- définir la répartition des implantations en tenant compte de l'ensemble de ces facteurs, en proposant une offre

de proximité polyvalente complémentaire d'une offre de spécialité graduée en fonction de la technicité et des moyens humains qu'elle requiert.

Les priorités à retenir s'articulent autour des axes suivants :

FLUIDIFIER LE PARCOURS DU PATIENT ADULTE DE SON ADMISSIION (PROGRAMMÉE OU NON) À SA SORTIE D'HOSPITALISATION EN MÉDECINE

- renforcer l'offre de médecine polyvalente et en particulier, favoriser son développement au sein des établissements comportant un service d'urgence (formaliser les liens entre les services d'urgence et de médecine),
- favoriser la recherche de prises en charge d'aval précoce par les services sociaux des établissements, afin d'éviter les retards de sorties,
- recenser les besoins qualitativement et quantitativement, afin de pouvoir programmer les structures adaptées et le nombre de places nécessaires.

DIVERSIFIER LES MODALITÉS DE L'OFFRE HOSPITALIÈRE EN COHÉRENCE AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS

L'hospitalisation en service de médecine à temps complet doit être réservée aux soins aigus et aux bilans justifiés par la nature des actes effectués et/ou par l'état du patient.

Le recours à l'hospitalisation à domicile doit être promu. Les alternatives à l'hospitalisation à temps complet doivent être renforcées notamment en développant au sein des services une offre de prise en charge en hospitalisation de jour.

L'hospitalisation de jour permet² les prises en charge nécessitant :

- soit un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie pour des raisons de sécurité liées à la pratique des actes réalisés,
- soit le recours à "une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin" c'est-à-dire dans le cadre des bilans diagnostiques ou thérapeutiques.

L'organisation de consultations : la baisse de la démographie médicale a des répercussions au niveau des hôpitaux de référence et de proximité comportant une activité de médecine d'urgence et une demande de consultations non programmées non satisfaites en ville apparaît, notamment en pédiatrie.

La mutualisation de la ressource médicale doit s'organiser autour :

- de consultations non programmées en journée au sein des établissements,
- de consultations de spécialités avancées dans les hôpitaux de proximité, dans les structures de premier recours, dans les établissements médico-sociaux.

STRUCTURER L'ACCÈS AUX SOINS DES PLATEAUX TECHNIQUES POUR LA RÉALISATION DES ACTES D'ENDOSCOPIE AVEC ANESTHÉSIE GÉNÉRALE OU LOCO RÉGIONALE

L'organisation et la gradation de l'activité doivent tenir compte de l'environnement opératoire présent dans l'établissement.

Dans une structure où un bloc opératoire chirurgical et/ou obstétrical est présent, elle bénéficie de la présence du pôle d'anesthésie et de la mutualisation de moyens logistiques.

Dans un établissement sans aucun environnement chirurgical, l'anesthésiste est présent sur le site suivant le planning des endoscopies programmées nécessitant son intervention.

La continuité de soins est assurée pour la prise en charge d'éventuelles complications chirurgicales :

- soit par l'équipe chirurgicale présente si elle est compétente,

- soit par convention avec un établissement proche ayant l'activité de chirurgie nécessaire afin de pouvoir transférer le patient.

L'adaptation organisationnelle des pratiques devra faire face aux difficultés démographiques des anesthésistes et s'interroger sur l'extension des délégations de tâche et l'utilisation des nouvelles pratiques limitant le recours aux anesthésies complexes.

STRUCTURER L'ORGANISATION GRADUÉE ET COORDONNÉE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

La classe d'âge de 0 à 18 ans représente en 2009 24,9 % de la population totale de la région. L'estimation cette classe en 2016 montre une augmentation d'effectif de 1,4 % soit 8 656 enfants supplémentaires (Source : projection OMPHALE actualisées fin 2010 par l'INSEE).

L'absence constatée de l'offre sur certaines zones et la baisse du nombre de pédiatres, hospitaliers et libéraux dans les cinq ans à venir ainsi que les variations saisonnières de l'activité de pédiatrie nécessitent une réflexion afin de réorganiser l'offre sur certains départements en s'appuyant sur :

- le regroupement au sein des centres hospitaliers de référence ou de niveau régional des moyens permettant l'accueil des urgences pédiatriques avec nécessité de l'adaptation des moyens de transports,
- la mise en place de vacations de consultations programmées ou non, réalisées par des pédiatres hospitaliers ou libéraux notamment dans les hôpitaux de proximité des zones démunies en pédiatre.

L'activité de pédiatrie en hospitalisation à temps complet est soumise aux obligations de sécurité, notamment la continuité des soins. Afin d'anticiper sur les difficultés liées à celle-ci, une réflexion doit être entreprise entre les hôpitaux de proximité et l'hôpital de référence de leur zone afin de regrouper hospitalisation et service d'urgence en maintenant et en développant une offre de consultation adaptée à la demande.

Les services de Protection maternelle et infantile (PMI) des Conseils généraux touchés par le déficit en professionnels de santé optimisent leur organisation afin de réaliser leurs missions réglementaires.

Des troubles de l'apprentissage se révèlent parfois plus tardivement au cours de la scolarisation et les parents s'adressent au médecin généraliste ou au pédiatre. Afin de préserver cette activité de dépistage et d'éviter les retards de diagnostic et de prise en charge, une partie de l'évaluation peut être déléguée à des IDE formés, les médecins posant les indications, le diagnostic et l'orientation.

Les syndromes douloureux chez l'enfant nécessitent une prise en charge spécifique suivant la maladie causale. Les traitements sont donc instaurés et suivis de manière pluridisciplinaire par les centres de compétences et les filières de soins.

2 - (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)).

1.1.3 Évaluation et suivi

Indicateurs :

- taux d'évolution de la Durée moyenne de séjour (DMS) pour les séjours de médecine suivis d'un séjour en SSR ou en HAD,
- codage systématique des séjours en attente de sortie,
- taux de ré-hospitalisation en médecine à 30 jours (indicateur CPOM).

Éléments de référence nationaux (Plans nationaux, études nationales) :

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).

Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent.

SROS - OQOS IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

MÉDECINE

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Améliorer l'accès, la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins en structurant et en formalisant les articulations entre les différents partenaires : ville-hôpital-secteur médico-social.
- Fluidifier le parcours du patient adulte, de son admission - programmée ou non - à sa sortie d'hospitalisation en médecine, notamment avec le recours au service social.
- Améliorer l'articulation avec les services d'accueil des urgences pour faciliter la prise en charge des personnes âgées présentant des polyopathologies.
- Structurer l'organisation graduée et coordonnée de la prise en charge des enfants et des adolescents.
- Conforter les alternatives à l'hospitalisation à temps complet.
- Structurer l'accès aux soins des plateaux techniques pour la réalisation des actes d'endoscopie avec anesthésie générale ou loco-régionale.
- Développer la télémédecine en favorisant les liens entre les professionnels de santé quelque soit leur lieu d'exercice.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT

TERRITOIRES	Etablissement niveau régional	Etablissement de référence	Etablissement de proximité (y compris ex-hôpitaux locaux et assimilés)
CHER (18)		1	3
EURE-ET-LOIR (28)		2	5
INDRE (36)		1	5
INDRE-ET-LOIRE (37)	1 (3 sites)		8 dont 1 sur 2 sites
LOIR-ET-CHER (41)		1	5 à 4
LOIRET (45)	1	1	8* à 6 * pour prendre en compte le regroupement des établissements de santé prévu au nord de l'agglomération orléanaise

CHIRURGIE

Ce volet du SROS s'articule autour de deux axes majeurs :

- la consolidation des structures répondant aux critères de sécurité, de qualité et d'accessibilité des soins,
- la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire qui nécessite une coordination avec la médecine ambulatoire.

Le maillage territorial prend en compte la nécessité de disposer pour l'ensemble de la population régionale d'une offre de soins accessible dans toutes ses dimensions.

Sont exclues de ce volet :

- **les activités chirurgicales hautement spécialisées dont l'organisation relève d'une coordination des moyens interrégionaux, organisés dans le SIOS inter-région "ouest" :**
 - la chirurgie cardiaque,
 - la neurochirurgie,

- les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie,
- les grands brûlés,
- les greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques,

- **les activités interventionnelles, traitées dans le cadre du volet "médecine" du présent SROS :** les activités interventionnelles, souvent qualifiées de "peu invasives" regroupent les actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique avec anesthésie générale ou locorégionale utilisant le cas échéant l'imagerie médicale ; ces actes, identifiés par la lettre K dans le codage PMSI, ne sont désormais plus intégrés dans le champ de la chirurgie, mais dans celui de la médecine,
- **les activités de chirurgie oncologique :** elles sont traitées dans le cadre du volet "oncologie" du présent SROS.

1.2.1 Contexte

"Une démographie médicale difficile"

La situation de la démographie médicale, très délicate en région Centre, est particulièrement préoccupante en chirurgie et anesthésie-réanimation, ceci sur l'ensemble des territoires de santé, y compris celui du Loiret qui n'est pas épargné. Seul l'Indre-et-Loire paraît bien doté au regard des données moyennes nationales.

NOMBRE DE PROFESSIONNELS EN RÉGION CENTRE ET DENSITÉ POUR 100 000 HABITANTS		CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET	REGION CENTRE	FRANCE MÉTROPOLE
Effectifs	Chirurgiens	32	41	19	113	30	71	306	-
	Anesthésistes-réanimateurs	22	37	16	135	26	67	303	-
Densité pour 100 000 hab.	Chirurgiens	10	10	8	21	9	11	13	17
	Anesthésistes-réanimateurs	7	9	7	23	8	10	12	16

La détérioration, qui va se poursuivre dans les années à venir eu égard à l'âge actuel des différents praticiens ainsi que le vieillissement de la population en région augmentant les besoins, impactera nécessairement et notablement la permanence des soins dans l'ensemble des établissements pratiquant de la chirurgie, allant jusqu'à remettre en cause la pérennité de certains sites chirurgicaux déjà fragilisés.

A noter en revanche que la région Centre, via la faculté de médecine de Tours, forme chaque année une vingtaine de chirurgiens et sept à huit anesthésistes. La difficulté réside après l'internat pour maintenir ces professionnels en région Centre.

Le volet chirurgie n'est pas le seul impacté par cette évolution défavorable, mais aussi directement l'obstétrique pour le volet "périnatalité", les activités de réanimation, la médecine pour les actes techniques et les urgences, devenant de plus en plus interdépendants au titre de cette ressource. Réside en cela un argument sup-

plémentaire en faveur des recompositions préconisées. Cette nécessité s'imposera au regard des regroupements impactant la densité des professionnels de santé, mais aussi l'organisation de la Permanence des soins en établissements de santé (PDSSES), ainsi que de l'aspiration des professionnels de santé à travailler en équipe.

"Une relative stabilisation de l'activité chirurgicale régionale"

En 2011, 32 établissements de santé (CHRU, CHRO, 13 centres hospitaliers, 17 établissements privés lucratifs) ont une activité de chirurgie dans la région, dont trois exclusivement en ambulatoire.

Au total, cela représente 23 sites chirurgicaux de première intention et 11 sites de recours adultes.

S'agissant de la chirurgie pédiatrique, 29 sites sont répertoriés comme étant de 1ère intention et deux sites identifiés centres chirurgicaux pédiatriques spécialisés à vocation régionale.

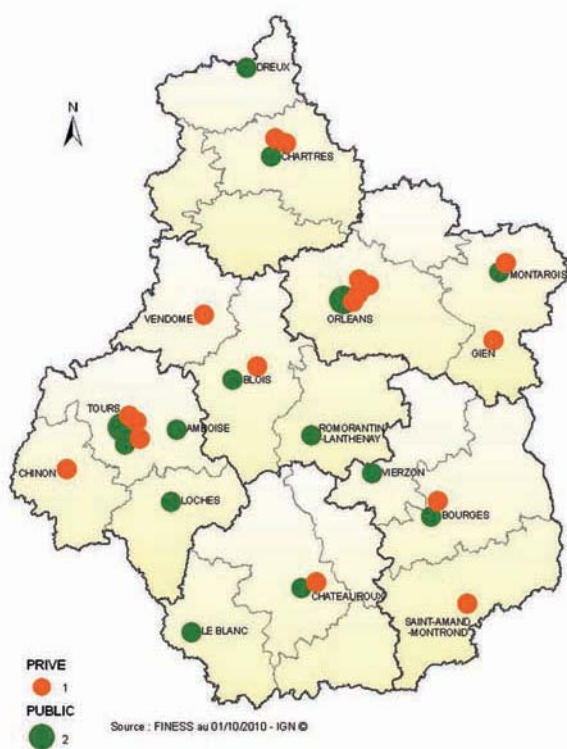
Parmi ces sites, trois exercent la chirurgie exclusivement en ambulatoire :

- les centres hospitaliers de Nogent le Rotrou et de Châteaudun suite à l'arrêt de leur activité en hospitalisation complète,
- la clinique de la Reine Blanche à Orléans dont l'activité recouvre quasi-exclusivement des actes interventionnels.

Alors qu'au niveau national on observe une légère augmentation de l'activité de chirurgie ces dernières années, l'activité en région Centre a connu une baisse en 2008 (-1 %) puis s'est stabilisée aux alentours de 184 000 séjours chirurgicaux annuels (184 289 séjours chirurgicaux en 2010).

A noter que 58 % de l'activité chirurgicale régionale est réalisée par le secteur privé lucratif.

Implantations des services de chirurgie en région Centre



“Un développement accru de la chirurgie ambulatoire”

Depuis le milieu des années 2000, des leviers ont été mobilisés, tant au plan national qu'au plan régional, pour développer cette prise en charge en substitution à l'hospitalisation complète : politique d'incitation tarifaire, contractualisation avec les établissements, procédure de mise sous accord préalable.

Ces politiques ont porté leurs fruits : on observe une baisse de l'activité de chirurgie en hospitalisation complète aussi bien au niveau national que régional et parallèlement, un développement des séjours ambulatoires, ce qui traduit la réalité d'une véritable chirurgie de substitution.

La région Centre, initialement retardataire par rapport au niveau national, a vu son taux de pratique ambula-

toire fortement progresser et a désormais quasiment rattrapé son retard. Ainsi, entre 2007 et 2009, la région est passée de la 12^e à la 8^e place des régions françaises en termes de taux global de chirurgie ambulatoire (tous gestes chirurgicaux confondus) en atteignant un taux moyen de 35,9 % contre 36,2 % au national.

Tous les établissements de la région pratiquant de la chirurgie l'exercent sous le mode ambulatoire, dans le cadre d'une autorisation de soins spécifique.

Les différentes vagues de mises sous accord préalable sur des gestes chirurgicaux ciblés (quatre depuis juillet 2008) ont eu un fort impact sur les pratiques : s'agissant des 17 gestes marqueurs prévus par la procédure, le taux régional de pratique de chirurgie ambulatoire a évolué de près de 23 points entre 2007 et le 1^{er} semestre 2010.

Toutefois, des disparités intra-régionales persistent : le Loir et Cher et l'Eure et Loir présentent des taux moindres sur les gestes les plus couramment pratiqués en ambulatoire. De même, des disparités subsistent selon les gestes chirurgicaux, laissant percevoir de nouvelles marges de progression pour la région.

En tout état de cause, la chirurgie ambulatoire demeure une des priorités nationales dans le domaine de la chirurgie et le développement de cette pratique en région Centre devra être poursuivi comme elle devra l'être France entière.

TAUX DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (MOYENNE DES 17 GESTES MSAP)	2009	2010
France	74,3 %	ND
Région Centre	71,2 %	75,3 %
Cher	74,6 %	76,4 %
Eure-et-Loir	70,9 %	73,4 %
Indre	73,3 %	76,6 %
Indre-et-Loire	73,4 %	76,2 %
Loir-et-Cher	64,7 %	71 %
Loiret	69,8 %	76 %

“Le mouvement engagé de restructurations des plateaux techniques”

Le nombre de plateaux techniques de chirurgie a été ramené, de 1997 à ce jour, de 54 à 32 (bientôt 29, compte tenu des projets en cours de mise en œuvre).

Impulsées par l'ARH ou décidées par les acteurs eux-mêmes, ces restructurations ont pu prendre, selon les contextes, plusieurs formes : fermeture d'établissement tout entier (cliniques chirurgicales), regroupements de cliniques privées, regroupements public-privé (sur site unique ou non) avec redistribution des activités, réorganisation interne sans rapprochement inter-établissements.

Cette diminution du nombre de plateaux techniques s'est accompagnée d'une modernisation des établis-

sements, rendue possible notamment grâce aux plans Hôpital 2007, puis 2012. Cette modernisation est allée de la rénovation des sites à la reconstruction intégrale de plusieurs établissements.

“Une région soumise à des fuites de patients et peu attractive”

La région Centre doit faire face à une forte attractivité de la région parisienne, et dans une moindre mesure des régions limitrophes. En 2010, ce sont 32 575 séjours chirurgicaux, soit 15,9 % des séjours chirurgicaux de patients de la région qui ont été réalisés en extrarégional. Plus de la moitié de ces séjours hors région sont réalisés en région parisienne du fait de son attractivité en termes d'offre de soins mais également de sa proximité géographique, notamment avec le nord de l'Eure-et-Loir et le nord du Loiret.

Le taux de fuite extrarégional, stable ces dernières années, touche de façon plus ou moins marquée les différents territoires.

L'Indre-et-Loire est la moins concernée, à l'opposé des territoires de l'Indre et d'Eure-et-Loir les plus fortement touchés, avec respectivement des taux de fuites extrarégionales en chirurgie de 44 % et 39 %.

Taux de fuites extrarégionales en chirurgie

TERRITOIRE DE SANTÉ	TAUX 2009
Cher	31,4 %
Eure-et-Loir	39,3 %
Indre	44,4 %
Indre-et-Loire	7,3 %
Loir-et-Cher	35,1 %
Loiret	17,2 %
Région Centre	15,9 %

Ces fuites de patients hors région concernent l'ensemble des spécialités chirurgicales mais plus particulièrement la chirurgie orthopédique et ophtalmologique représentant à elles deux près de la moitié des séjours extrarégionaux en chirurgie.

A l'opposé, la région Centre est peu attractive, ce qui ne compense pas les fuites extrarégionales.

Le taux d'attractivité régional (patients habitant hors région Centre et se faisant opérer en région Centre) se situe aux alentours de 5 %. L'Indre-et-Loire est le seul département “bénéficiaire” avec un taux d'attractivité légèrement supérieur au taux de fuites.

1.2.2 Les objectifs 2012-2016

Améliorer l'accès aux soins

HIÉRARCHISER LES PLATEAUX TECHNIQUES

Tous les types de prise en charge ne peuvent être effectifs partout, d'où la définition de niveaux de gradation, distinguant des degrés de spécialisation et d'expertise attendus compte tenu des besoins de la population.

Chaque niveau correspond à un cadre d'intervention spécifique.

CHIRURGIE DE L'ADULTE

La chirurgie de première intention

Les établissements disposant d'un plateau chirurgical de première intention assurent au minimum une permanence spécifique de chirurgie orthopédique et traumatologique ou une permanence spécifique de chirurgie viscérale et digestive dès lors qu'ils exercent une activité de chirurgie à temps complet.

Quand cette permanence n'est assurée que pour l'une de ces deux spécialités, la permanence manquante peut être réalisée dans un autre établissement, par convention, dès lors que les deux établissements sont géographiquement proches et que cet autre établissement dispose des moyens adéquats pour la prise en charge en urgence des patients relevant de la spécialité pour laquelle il assure la permanence des soins.

Ces établissements disposent au minimum, sur site, d'un dépôt de sang. L'accès à un équipement d'imagerie standard avec amplificateur de brillance est possible sur site, 24h/24. L'accès à une unité de soins continus ou à une unité de réanimation et la pratique de bilans biologiques standards est possible 24h/24, au moins par convention.

La chirurgie de recours

Tout territoire de santé doit disposer d'au moins un établissement offrant un plateau technique chirurgical de recours.

Ces établissements doivent assurer 24h/24 des prestations chirurgicales spécialisées. Ils prennent notamment en charge les patients chirurgicaux ne relevant pas des établissements disposant d'un plateau chirurgical de première intention. Ils assurent au minimum une permanence spécifique de chirurgie orthopédique et traumatologique ainsi qu'une permanence spécifique de chirurgie viscérale et digestive.

Pour la chirurgie ORL et maxillo-faciale, la chirurgie ophtalmologique, la chirurgie urologique et la chirurgie vasculaire, la permanence chirurgicale propre à la spécialité concernée peut être réalisée dans un autre établissement, par convention, dès lors qu'il est géographiquement proche et dispose des moyens adéquats pour la prise en charge en urgence des patients relevant de cette spécialité.

Les établissements pratiquant une chirurgie de recours disposent au minimum, sur site, d'une réanimation et d'un dépôt de sang. L'accès à un équipement d'imagerie standard avec amplificateur de brillance et à un scanner est possible sur site, 24h/24. L'accès à une IRM et la réalisation de bilans biologiques standards est possible 24h/24, au moins par convention.

Parmi les établissements pratiquant une chirurgie de recours, certains ont une vocation régionale ou interrégionale.

Ces établissements doivent assurer, de plus, la prise en charge de tout malade non opérable dans les autres établissements. Ils doivent notamment garantir 24h/24 la prise en charge, sur site, de la traumatologie et de la neurotraumatologie.

Ces établissements doivent disposer au minimum d'une structure d'urgence, d'une réanimation et d'un dépôt de sang. L'accès à un équipement d'imagerie standard avec amplificateur de brillance, à un scanner, à une IRM et la réalisation de bilans biologiques standards doit être possible sur site 24h/24.

CHIRURGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Les centres pédiatriques chirurgicaux de première intention

Hors urgence vitale, les actes chirurgicaux programmés pouvant être réalisés dans ces centres sont décidés d'un commun accord et confirmés par convention entre les anesthésistes et chirurgiens de l'établissement et leurs homologues d'un centre pédiatrique spécialisé.

Chez l'enfant de moins d'un an, ces centres ne peuvent pas réaliser d'interventions sous anesthésie générale, hormis certains actes de durée brève tels que les paracentèses ainsi que les interventions nécessaires chez les enfants non transportables relevant d'une urgence vitale.

Les enfants relevant d'une prise en charge anesthésique ou chirurgicale non autorisée dans ces centres doivent être orientés vers un centre pédiatrique spécialisé.

Chez l'enfant de 1 à 3 ans, ces centres ne peuvent réaliser d'interventions non programmées sous anesthésie générale autres que les reprises opératoires urgentes nécessaires chez un patient hospitalisé en leur sein.

Pour les autres interventions non programmées urgentes nécessitant une anesthésie générale, et dans la mesure où l'enfant est transportable, l'enfant doit être adressé dans un centre pédiatrique spécialisé.

Les centres pédiatriques chirurgicaux de première intention peuvent réaliser des actes de chirurgie programmée nécessitant une anesthésie générale, dès lors que leurs chirurgiens et anesthésistes travaillent en lien avec les équipes chirurgicales et anesthésiques d'un centre pédiatrique spécialisé et dès lors que chacun d'entre eux peut justifier d'une pratique chirurgicale pédiatrique régulière au moins hebdomadaire.

Chez l'enfant de plus de 3 ans, les centres pédiatriques de chirurgie de première intention peuvent réaliser des interventions non programmées, dès lors qu'ils exercent une activité de chirurgie à temps complet, et programmées, quelles que soient les modalités d'hospitalisation (temps complet ou temps partiel) autorisées en leur sein, de traumatologie simple, de chirurgie simple ainsi que des actes diagnostiques réalisés sous anesthésie générale.

Les centres pédiatriques chirurgicaux de première intention disposent au minimum d'un espace d'hospitalisation dédié aux enfants et adolescents, de personnel non médical formé à la prise en charge des enfants, d'un bloc

opératoire comprenant un matériel adapté et des personnels formés à son utilisation.

Les centres pédiatriques spécialisés

Ces centres doivent être en mesure de réaliser la quasi-totalité des actes anesthésiques et chirurgicaux, programmés et non programmés, chez l'enfant et l'adolescent, y compris les nouveau-nés et soutiennent les activités des autres établissements autorisés à pratiquer la chirurgie pédiatrique.

Sauf urgence vitale interdisant leur transport, les enfants de moins d'un an, relevant d'une intervention chirurgicale avec anesthésie sont impérativement pris en charge dans ces établissements.

Ces centres disposent au minimum d'une unité de chirurgie pédiatrique individualisée, de lits situés en unité de surveillance continue médico-chirurgicale ou chirurgicale, de salles d'opération réservées aux enfants, de matériel adapté aux enfants, de places de chirurgie ambulatoire.

Ils comportent une équipe chirurgicale spécialisée et spécifique pouvant prendre en charge les enfants 24h/24. Les chirurgiens ont une activité chirurgicale pédiatrique exclusive à orientation préférentielle orthopédique ou viscérale.

L'équipe d'anesthésie réanimation doit comprendre des praticiens ayant une expérience pédiatrique. Un chirurgien pédiatrique, ainsi qu'un anesthésiste réanimateur et un radiologue ayant tous deux une expérience pédiatrique, sont de garde sur place ou en astreinte opérationnelle. Ils disposent 24h/24, sur site, d'un plateau d'imagerie et, sur site ou par convention, d'un laboratoire de biologie pouvant analyser les micro-prélèvements.

Au moins un centre pédiatrique spécialisé doit avoir une vocation régionale ou interrégionale.

Les centres pédiatriques spécialisés à vocation régionale ou interrégionale assurent, en plus des missions des autres centres spécialisés, sur site et 24h/24, la prise en charge de pathologies chirurgicales très spécifiques ou nécessitant une réanimation pédiatrique ou nécessitant la présence de plusieurs spécialistes pédiatres. Il s'agit par exemple de la réalisation de soins très complexes comme la prise en charge d'enfants polymalformés ou porteurs de tumeurs ou handicapés ou nécessitant une greffe d'organe ou gravement brûlés ou justifiant d'une chirurgie laryngée.

Ces centres disposent, au minimum, de deux filières individualisées de chirurgie pédiatrique spécialisée, l'une de chirurgie viscérale et l'autre de chirurgie orthopédique, d'une équipe d'anesthésie-réanimation spécifique et d'une réanimation pédiatrique.

Les chirurgiens ont une compétence universitaire chirurgicale pédiatrique ou une pratique pédiatrique exclusive avec une répartition équilibrée de l'équipe entre les orientations viscérale et orthopédique. L'équipe d'ORL comporte au moins un ORL à activité pédiatrique exclusive. Un chirurgien pédiatrique orthopédique et un chirurgien pédiatrique viscéral sont de garde sur place

ou en astreinte opérationnelle. Au moins un anesthésiste réanimateur pédiatrique est de garde sur place ou en astreinte opérationnelle.

Ces centres soutiennent également les activités des autres établissements autorisés à pratiquer la chirurgie pédiatrique.

PROMOUVOIR DES CONSULTATIONS AVANCÉES PRÉ ET POST-CHIRURGICALES EN PROXIMITÉ

Qu'ils disposent ou non de plateaux techniques de chirurgie, les établissements de proximité devront organiser l'accès des populations à des consultations avancées pré et post-chirurgicales.

L'organisation mise en place avec d'autres établissements dans ce cadre fera l'objet d'une convention.

Par ailleurs, le recours à la télé-médecine pourra constituer un outil approprié.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

REGROUPER OU RECONVERTIR LES SITES DE CHIRURGIE AYANT UNE FAIBLE ACTIVITÉ

La situation démographique évoquée précédemment, notamment en matière d'effectif d'anesthésistes-réanimateurs, constitue un argument prioritaire en matière de permanence et de sécurité des soins plaçant dans le sens de la mise en œuvre d'une nouvelle étape de recomposition de l'offre de soins chirurgicale et des moyens humains et techniques qui y sont attachés directement ou non.

RESPECTER LES RECOMMANDATIONS VISANT À GARANTIR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS

Tout établissement pratiquant une activité chirurgicale, quel que soit le niveau hiérarchique de son plateau technique, doit pouvoir mettre en œuvre en son sein un certain nombre de recommandations techniques en provenance des sociétés savantes ainsi que des recommandations de bonne pratique.

Chaque établissement doit répondre aux critères de certification de la Haute autorité de santé, notamment :

- la check list "sécurité du patient au bloc opératoire",
- l'évaluation des pratiques professionnelles dont notamment l'existence de revues de mortalité et de morbidité et de revues de pertinence des soins,
- les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales,
- la gestion des risques,
- l'accréditation individuelle des praticiens.

Améliorer l'efficacité des soins

POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

La chirurgie ambulatoire permet d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à regagner son domicile le jour même, des interventions qui, dans le cadre

d'une organisation plus classique des soins, nécessiteraient plusieurs jours d'hospitalisation.

C'est une chirurgie "qualifiée", pouvant recouvrir des actes de haute technicité et "substitutive" à l'hospitalisation complète.

Ainsi, les actes médicaux et chirurgicaux ne relevant pas pour leur réalisation d'un secteur opératoire ou d'une anesthésie au sens réglementaire (actes d'exploration, endoscopies, soins externes) ne font donc pas partie de cette activité chirurgicale.

L'évolution des techniques anesthésiques permettant une meilleure récupération des patients opérés et l'évolution des techniques chirurgicales moins invasives vont dans le sens d'un développement de la chirurgie ambulatoire.

Elle n'a d'ailleurs plus à convaincre de ses avantages :

- le confort et satisfaction du patient (respect des horaires, hospitalisation écourtée),
- la qualité et la sécurité des soins (moindre exposition aux infections nosocomiales),
- l'optimisation et l'efficacité de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie,
- l'image de marque des établissements améliorée,
- la satisfaction des personnels (amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie),
- l'optimisation des coûts.

Depuis le début des années 2000, des leviers ont été mobilisés, tant au plan national qu'au plan régional, pour développer cette prise en charge en substitution à l'hospitalisation complète : politique d'incitation tarifaire, procédure de mise sous accord préalable, contractualisation avec les établissements.

Malgré des résultats encourageants, le taux de chirurgie ambulatoire en France reste encore insuffisant eu égard aux pratiques dans certains pays de l'OCDE. Il existe, en outre, d'importantes disparités intersectorielles (en faveur du privé), interrégionales, entre territoires de santé et entre établissements.

Des disparités persistent également entre les types de prises en charge chirurgicales.

Il est donc nécessaire poursuivre et de renforcer cette dynamique de progression. Il s'agit d'une priorité nationale qu'il convient de décliner au niveau régional.

Dans ce cadre, les orientations opérationnelles sont les suivantes :

- Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble :
- étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble de l'activité de chirurgie et à l'ensemble des patients éligibles, en fonction du bénéfice/risque évalué par les équipes,
- favoriser la formation initiale et continue sur les pratiques de chirurgie ambulatoire des chirurgiens et des professionnels de santé.

- Améliorer la qualité et la sécurité des soins :
 - développer la pratique de chirurgie ambulatoire au sein d'unités disposant d'une organisation spécifique, conformément à la réglementation,
 - garantir une continuité et une permanence des soins à l'issue des prises en charge de chirurgie ambulatoire (structuration des replis, coordination avec les professionnels de soins ambulatoires : médecins généralistes, spécialistes, infirmières, kinés...),
 - développer des indicateurs de qualité et sécurité des soins spécifiques à la chirurgie ambulatoire et évaluer les pratiques.

- Structurer une offre de soins efficiente :
 - développer la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des sites de chirurgie, fondée sur une masse critique d'activité chirurgicale au sein d'unités dotées d'une organisation interne structurée et efficiente.

METTRE EN PLACE DES FILIÈRES DE PRISE EN CHARGE ENTRE LES SITES DE CHIRURGIE ET LES STRUCTURES D'AMONT ET D'AVANT

Avec les urgences, la filière avec les urgences sera organisée par l'établissement en fonction du schéma de la Permanence des soins en établissement de santé (PDES) actée pour le territoire de santé concerné.

Avec le SSR, chaque établissement ayant une activité de chirurgie signe des conventions avec des structures d'aval, afin d'améliorer la fluidité de la filière hospitalière, en favorisant l'accès des patients opérés à ces structures.

1.2.3 Évaluation et suivi

Chaque année, le groupe projet "SROS chirurgie" se réunit afin notamment d'évaluer les indicateurs de suivi du présent volet et de proposer des actions correctrices le cas échéant.

Indicateurs de suivi :

- taux de chirurgie ambulatoire : taux sur les 17 gestes marqueurs MSAPO,
- taux global de chirurgie ambulatoire,
- taux de recours à la chirurgie pour 100 000 habitants,
- activité chirurgicale des établissements,
- suivi particulier de l'activité de chirurgie pédiatrique des établissements,
- suivi particulier des établissements dont l'implantation de chirurgie est maintenue sous conditions.

SROS - OQOS IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

CHIRURGIE

(hors activités hautement spécialisées traitées dans le schéma interrégional de l'offre de soins,
hors activités de chirurgie oncologiques traitées dans le volet "Traitement du cancer",
hors activités interventionnelles intégrées dans le volet "Médecine")

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Mutualisation entre les établissements de chaque territoire dans le domaine de la permanence et la continuité des soins chirurgicaux afin de renforcer celle-ci sur les différents sites.
- Prise en compte des perspectives défavorables à court terme de la démographie dans les disciplines chirurgicales et anesthésiologiques imposant une utilisation optimale et efficiente des ressources humaines.
- Maintien conditionnel sécurisé des implantations les plus fragiles, qui pourront dans certains cas, être limitées à la modalité ambulatoire.
- Poursuite de la promotion de la chirurgie ambulatoire sur tous les sites.
- Développement des consultations avancées pré et post-opératoires en proximité.
- Reconstitution de l'organisation retenue par le SROS 3 en matière de chirurgie pédiatrique.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES / SECTEURS INFRA-TERRITORIAUX	NOMBRE D'IMPLANTATIONS	RECOMMANDATIONS
CHER (18)	4	Renforcement de l'organisation territoriale de la permanence et de la continuité des soins. Coopération incontournable à développer entre tous les établissements publics et privés du territoire.
Bourges	2	1 implantation comprenant 1 offre de chirurgie adulte de recours et 1 offre de chirurgie pédiatrique de première intention. 1 implantation comprenant 1 offre de chirurgie adulte de première intention et 1 offre de chirurgie pédiatrique de première intention.
Vierzon	1	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention réservée aux enfants de plus de 3 ans.
Saint Amand	1	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention réservée aux enfants de plus de 3 ans.
EURE-ET-LOIR (28)	6 à 5	Renforcement de l'organisation territoriale de la permanence et de la continuité des soins notamment par la mise en œuvre d'une CHT entre les 4 CH. Poursuite de l'activité de chirurgie ambulatoire des CH de ChateaudunChâteaudun et de Nogent le Rotrou sous réserve d'une évaluation de l'activité et du respect des conditions techniques de fonctionnement. Regroupement des 2 cliniques à initialiser pour aboutir sur l'agglomération de Chartres à 2 autorisations den chirurgie, 2 autorisations de structure d'urgence, 2 autorisations de médecine à l'issue du SROS.
Dreux	1	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de recours et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention.
Chartres	3 à 2	1 implantation comprenant 1 offre de chirurgie adulte de recours et 1 offre de chirurgie pédiatrique de première intention. Regroupement des 2 cliniques pour aboutir à 1 implantation comprenant 1 offre de chirurgie adulte de première intention et 1 offre de chirurgie pédiatrique de première intention.
Châteaudun	1	1 implantation de chirurgie-anesthésie ambulatoire, sous réserve du respect des normes de qualité et sécurité des soins et d'une évolution quantitative significative de l'activité.
Nogent le Rotrou	1	1 implantation de chirurgie-anesthésie ambulatoire, sous réserve du respect des normes de qualité et sécurité des soins et d'une évolution quantitative significative de l'activité.
INDRE (36)	3	Renforcement de l'organisation territoriale de la permanence et de la continuité des soins.
Châteauroux	2	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de recours et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention. 1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention.
Le Blanc	1	1 implantation de chirurgie-anesthésie ambulatoire, sous réserve du respect des normes de qualité et sécurité des soins et d'une évolution quantitative significative de l'activité.

TERRITOIRES / SECTEURS INFRA-TERRITORIAUX	NOMBRE D'IMPLANTATIONS	RECOMMANDATIONS
INDRE-ET-LOIRE (37)	7	Renforcement de l'organisation territoriale de la permanence et de la continuité des soins. Pas de modification des implantations sur l'agglomération tourangelle et Chinon. Maintien, sous réserve d'une évaluation de l'activité et des conditions techniques de fonctionnement, des implantations d'Amboise et Loches réputées fragiles et nécessitant des complémentarités effectives avec les établissements de Tours.
TOURS	4	1 implantation répartie sur 3 sites géographiques comprenant 1 offre de chirurgie adulte de recours à vocation régionale ou interrégionale et une offre de chirurgie pédiatrique spécialisée à vocation régionale ou interrégionale. 1 implantation comportant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie adulte de recours à vocation régionale ou interrégionale orientée vers la chirurgie cardiaque et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention. 2 implantations comprenant chacune une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention.
Amboise	1	1 implantation comprenant 1 offre de chirurgie adulte de première intention et 1 offre de chirurgie pédiatrique de première intention réservée aux enfants de plus de 3 ans, sous réserve du respect des normes de qualité et sécurité des soins et d'une évolution quantitative significative de l'activité.
Chinon	1	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention réservée aux enfants de plus de 3 ans.
Loches	1	1 implantation comprenant 1 offre de chirurgie adulte de première intention et 1 offre de chirurgie pédiatrique de première intention réservée aux enfants de plus de 3 ans, sous réserve du respect des normes de qualité et sécurité des soins et d'une évolution quantitative significative de l'activité.
LOIR-ET-CHER (41)	4	Renforcement de l'organisation territoriale de la permanence et de la continuité des soins.
Blois	2	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de recours et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention. 1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention.
Vendôme	1	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention.
Romorantin	1	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention.
LOIRET (45)	6	Renforcement de l'organisation territoriale de la permanence et de la continuité des soins. Réalisation des regroupements programmés dans le SROS3. Synergies et complémentarités fonctionnelles à établir dans la perspective à terme d'un rapprochement public-privé à Montargis sur site unique. Poursuite et développement des partenariats à partir du regroupement réalisé à Gien.
Orléans	3 dt 2 sud-Loire 1 nord-Loire	2 implantations au sud de la Loire dont : 1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de recours à vocation régionale ou interrégionale et une offre de chirurgie pédiatrique spécialisée à vocation régionale ou interrégionale. 1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention. 1 implantation au nord de la Loire, comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention.
Montargis	2	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de recours et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention. 1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention.
Gien	1	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention.

PÉRINATALITÉ

La périnatalité recouvre les prises en charge autour de la grossesse et de la naissance et principalement les activités de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale, l'activité d'Assistance médicale à la procréation (AMP) et le Diagnostic prénatal (DPN), ainsi que la prise en charge des Interruptions volontaires de grossesse (IVG).

1.3.1 Le contexte

Données épidémiologiques

Le taux de natalité régional est inférieur au national (12,1 pour 1000 habitants en région, en 2008, contre 12,8 pour 1000 en France) mais avec de fortes disparités : Eure-et-Loir (13,4 pour mille), Loiret (13,1 pour mille), Cher (10,5 pour mille).

Le taux de fécondité régional est légèrement inférieur au taux national, avec 54,5 naissances pour 1000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans), en 2008, contre 55 % en France. Les taux sur les six départements montrent une disparité avec trois départements au dessus du taux régional et national (Eure-et-Loir : 59,7 ; Loiret : 57,1 ; Loir-et-Cher : 56,7) et trois départements en dessous (Indre-et-Loire : 50,0 ; Cher : 50,5 ; Indre : 51,4). Pour le Cher et l'Indre, ce chiffre est en corrélation avec le vieillissement de la population.

Le taux de prématurés se maintient (5,9 % des enfants nés en 2009) dont 40,2 % nés dans les maternités de type III, 47,8 % nés dans les types II et 12,0 % nés dans les type I, ce qui apparaît trop élevé dans la mesure où les maternités de type I doivent en principe transférer in utero les enfants à risque de naissance prématurée ; 12,1 % des enfants prématurés sont nés hors région.

Le taux de mortalité maternelle en région est inférieur à la valeur nationale, à savoir 6,9 pour 100 000 contre 8,7 pour 100 000, sur la période 2004-2006 (*source INSERM, BEH thématique 2-3 - janvier 2010*).

La mortalité infantile (<1 an) est inférieure à celle constatée au niveau national (3,1 décès pour 1000 naissances contre 3,7) pour la période 2005-2007.

Le nombre de recours à l'IVG a augmenté jusqu'en 2005, et depuis, on observe une baisse continue (6 252 IVG en 2009), qui porte la région Centre à un taux de 12,0 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, en 2009. Ce taux est inférieur de 2,9 points au taux national (14,9). Par ailleurs, le taux d'IVG chez les mineures continue d'augmenter en région Centre (9,6 ‰ en 2008 contre 10,1 ‰ en 2009), alors qu'il reste stable au niveau national (11,7 ‰ en 2008 contre 11,6 ‰ en 2009).

Les taux départementaux permettent de mettre en évidence : un taux élevé pour le Loiret (13,0) qui peut s'expliquer par la population jeune et aussi par l'hypothèse d'un déficit de prévention des grossesses non désirées (contraception, contraception d'urgence...). Dans le Cher (12,0), département rural, cette même hypothèse

peut être avancée. Dans les quatre autres départements, le taux est inférieur au taux régional (Eure-et-Loir : 9,1 ; Indre-et-Loire : 9,1 ; Indre : 10,3 ; Loir-et-Cher : 11,6).

Démographie médicale

Comme dans les autres spécialités médicales, la démographie médicale dans le champ de la périnatalité est très problématique.

Tous modes d'exercice confondus, la densité de gynécologues-obstétriciens est de 4 pour 1 000 accouchements en région Centre, avec des disparités infrarégionales, allant de 3 pour 1 000 dans le Cher à 6 pour 1 000 dans l'Indre.

Pour les gynécologues médicaux, la densité régionale est de 2 pour 1 000 accouchements, avec la répartition suivante : 0 dans le Cher, 1 dans l'Indre et le Loir-et-Cher et 2 dans l'Eure-et-Loir, Indre-et-Loire et le Loiret.

On constate également d'importantes disparités concernant la démographie pédiatrique. En effet, le taux régional est de 8 pédiatres pour 1000 accouchements, sachant que seul l'Indre-et-Loire a une densité supérieure à celle de la région (16). Les densités des cinq autres départements vont de 4 à 7.

La baisse des pédiatres libéraux entraîne actuellement un recours subsidiaire aux services d'urgence des hôpitaux pour des demandes non satisfaites par le secteur ambulatoire.

Pour les anesthésistes, le constat est le même, seul l'Indre-et-Loire (19) a une densité de professionnels supérieure à la densité régionale (10).

On compte aujourd'hui 650 sages-femmes dont 95 exercent en libéral (15 %). En dix ans, le nombre de sages-femmes a augmenté de 30 % soit un rythme légèrement supérieur à celui de la métropole. Cependant au 1er janvier 2011, la densité régionale (26 pour 100 000 habitants) reste inférieure à celle de la métropole (29 pour 100 000 habitants).

La profession présente un profil relativement jeune et ne semble pas avoir du mal à se renouveler : plus de 80 % des sages-femmes ont moins de 55 ans.

Inégalement réparties sur le territoire régional, seuls l'Indre-et-Loire et le Loiret ont une densité supérieure à celle de la région (respectivement 30 et 27 pour 100 000 habitants). Le Cher est le département le moins bien doté en sages-femmes avec une densité de 20 pour 100 000 habitants, arrive ensuite l'Indre avec 22 pour 100 000 habitants. Enfin, l'Eure-et-Loir et le Loir-et-Cher ont une densité légèrement inférieure à la région avec 25 pour 100 000 habitants.

Organisation hospitalière

Au 1^{er} janvier 2010, la région Centre disposait de 918 lits et places en gynécologie-obstétrique, ce qui représente un taux d'équipement de 0,85 lit et places

pour 1 000 femmes de 15 ans et plus (0,84 au niveau de la France métropolitaine). La plus faible densité départementale se trouve dans l'Indre où il n'y a que deux maternités avec seulement 0,52 lit et place pour 1000 femmes de 15 ans et plus.

La région compte, à ce jour, 11 maternités de type I, cinq maternités de type IIA, trois maternités de type IIB et deux maternités de type III:

- **Type I** : unité d'obstétrique seule,
- **Type IIA** : unité d'obstétrique + unité de néonatalogie,
- **Type IIB** : unité d'obstétrique + unité de néonatalogie + lits de soins intensifs,
- **Type III** : unité d'obstétrique + unité de néonatalogie + unité de réanimation néonatale.

Par ailleurs, la région Centre dispose de trois consultations avancées : CH d'Issoudun (36), CH de la Châtre (36) et CH de Loches (37).

Parallèlement, deux structures d'HAD interviennent aussi sur le champ de la périnatalité :

- **HAD Val de France** qui intervient en Eure-et-Loir sur Chartres, Dreux, Châteaudun, Nogent le Rotrou et dans les agglomérations de Pithiviers, Gien et Orléans pour le Loiret,
- **HAD de l'ARAIK SANTE** qui intervient sur Montargis et Olivet dans le Loiret, Blois, Vendôme et Romorantin dans le Loir-et-Cher et sur Tours dans l'Indre-et-Loire.

Les HAD de l'Indre et du Cher n'assurent pas cette prise en charge ; des territoires ne sont donc pas couverts pour l'activité HAD en périnatalité.

Il existe également un réseau régional en périnatalité, le **Réseau Périnat Centre**, ainsi que deux réseaux départementaux, l'un sur le département de l'Indre et le second dans le nord de l'Eure-et-Loir (en collaboration avec le département de l'Eure).

Le réseau régional rassemble l'ensemble des établissements publics et privés de la région, ainsi que des représentants de PMI et s'ouvre progressivement au secteur libéral. Il a pour mission "de délivrer aux femmes et aux nouveau-nés l'accès à des soins appropriés ainsi qu'une prise en charge optimale en facilitant les interrelations entre les acteurs de santé et en organisant les procédures de transfert vers les lieux de soins les plus adaptés dans un esprit d'optimisation et d'harmonisation des pratiques" (*Charte du Réseau de Périnatalité de la région Centre*).

Ce réseau fonctionne avec une cellule de coordination et un comité de pilotage. Cette cellule de coordination est composée de :

- 2 ETP de secrétaires médicales,
- 1 ETP de médecin (actuellement, 0,5 ETP de temps obstétrical n'est pas pourvu),
- 0,2 ETP de médecin dédié au dépistage de la surdité, uniquement pour 2010,
- 0,5 ETP de sage-femme.

Acteur et partenaire essentiel pour le développement d'actions et la coordination entre les professionnels, le réseau a organisé la mise en place et la formalisation

des transferts in utero sur l'ensemble de la région. Il travaille également sur un registre informatisé des accouchements, à l'organisation de journées d'échanges et de formation à destination des professionnels, met en place le dépistage systématique de la surdité et le dépistage de la Trisomie 21 au 1er trimestre, ainsi qu'un suivi du nouveau-né vulnérable. Il travaille enfin en partenariat avec **la Commission régionale de la naissance** sur divers projets et thématiques tels que l'allaitement maternel et la collaboration médico-psycho-sociale en périnatalité.

Concernant les transports, la mise en place des procédures et conventions entre établissements, en matière de transferts in utero et néonataux, a été assurée et organisée par le Réseau Périnat Centre.

Suite à cette mise en place, l'organisation et le suivi des transferts in utero sont désormais assurés par la "**Cellule de transferts in utero**", localisée dans le service d'obstétrique du CHRU de Tours et gérée par une coordonnatrice et un obstétricien du service.

Quant aux transferts néonataux, ils sont organisés et suivis par les **deux SMUR néonataux** de la région, basés à Tours et Orléans. Le SMUR de Tours régule tous les transferts néonataux de la région Centre.

Activité hospitalière

Accouchements

En région Centre, le nombre d'accouchements est stable et oscille entre 28 500 et 29 500 accouchements annuels.

En 2010, le nombre d'accouchements s'élevait à 29 388, parmi lesquels 78 % ont eu lieu dans un établissement public. Concernant la répartition de ces accouchements par type, on constate que 50 % des accouchements ont eu lieu dans une maternité de type II, 27 % dans un type III et 23 % dans un type I. Cette répartition correspond à celle constatée en 2006 lors de l'élaboration du SROS 3. 6,3 % des enfants domiciliés en région Centre sont nés dans une autre région : fuites essentiellement pour les femmes du Cher (8,8 % ont accouché dans la Nièvre en 2009) et pour les femmes de l'Eure-et-Loir (9,4 % des naissances en Ile de France). Ce type de fuite est considéré comme incompressible et est lié notamment à des questions de géographie, de liens familiaux...

En 2010, l'activité des maternités était très variable, en fonction de leur nombre annuel d'accouchements

- **moins de 500** → 3 établissements :

CH de Saint Amand Montrond (18), Clinique Guillaume de Varye (18), CH Le Blanc (36),

- **entre 500 et 750** → 6 établissements :

CH de Pithiviers (45), clinique Saint Cœur de Vendôme (41), CH de Romorantin (41), CH de Chinon (37), CH de Châteaudun (28), CH de Vierzon (18),

- **entre 750 et 1000** → 2 établissements :

Polyclinique de Blois (41), CH de Gien (45),

- **entre 1000 et 1500** → 2 établissements :

Polyclinique des Longues Allées de St-Jean-de-Braye (45), CH de l'agglomération Montargoise (45),

- **entre 1500 et 2000** → 4 établissements :

CH de Bourges (18), CH de Dreux (28), CH de Châteauroux (36), CH de Blois (41),

- **entre 2000 et 3000** → 2 établissements :

CH de Chartres (28), Pôle de santé Léonard de Vinci de Tours (37),

- **plus de 3000** → 2 établissements :

CHU de Tours (37), CHR Orléans (45).

En 2009, le taux de césariennes est, quant à lui, de 19,5 % au niveau régional, mais on constate, cependant, un taux plus élevé dans les maternités de type I (19,8 %) que dans les maternités de type II (18,9 %).

Le taux national de césarienne est de 20,2 %.

Quant à la durée moyenne de séjour régionale, elle est de 4,4 jours, comme au niveau national.

IVG

En 2009, les 6 250 IVG de la région Centre ont été réalisées par 23 établissements de santé, dont 18 relevant du secteur public.

Le taux d'IVG médicamenteuses (60 % des IVG) est supérieur au taux national (48,5 %), mais cette technique reste peu pratiquée en ville : sept établissements de la région ont signé 23 conventions, soit une moyenne de 0,86 convention signée par établissement contre 1,87 en métropole.

1.3.2 Les objectifs 2012-2016

La périnatalité constitue un domaine prioritaire du Plan stratégique régional de santé.

En termes d'organisation des soins, les objectifs définis visent à :

- maintenir la répartition de l'offre régionale existante tout en s'assurant de la sécurité et qualité des soins et de la prise en charge des femmes enceintes, des nouveau-nés et des femmes souhaitant avoir recours à l'AMP ou à l'IVG,
- améliorer l'accès aux lieux de prise en charge pré et post-natale, à l'AMP-DPN et DPI et à l'IVG, pour toutes les femmes afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé,
- améliorer l'orientation des femmes vers le type de maternité le plus adapté à leur niveau de risque,
- intensifier l'articulation entre les différents acteurs intervenant en amont et en aval dans le champ de la périnatalité (établissements hospitaliers, médecins généralistes, sages-femmes libérales, PMI...).

Améliorer l'accès aux soins

Pour améliorer les conditions de grossesse des femmes et de naissance des nouveau-nés, il convient d'améliorer l'accès, pour tous, aux différentes prises en charge, afin

de permettre un meilleur repérage et suivi des facteurs de risque.

Dans ce cadre, il s'agit, dans un premier temps, de renforcer l'adéquation entre le niveau de risque pour la mère et l'enfant et l'offre de prise en charge graduée des femmes enceintes et des nouveau-nés. Pour ce faire, un renforcement de l'organisation des transferts in utero apparaît nécessaire et doit commencer par une analyse des dossiers des accouchements en structure inadéquate afin d'objectiver ces inadéquations et de poursuivre le développement de ce dispositif. Un renforcement du nombre de lits de réanimation néonatale et de soins intensifs au niveau régional sera également nécessaire. Ce travail pourra être renforcé par la mise en place d'un dossier périnatal commun.

La garantie de la continuité et de la permanence des soins au sein des maternités, ainsi que l'évolution des maternités qui ne peuvent les assurer est également un axe essentiel. En effet, toute modification d'implantation, au cours du SROS, devra tenir compte du temps d'accès au plateau technique pour toute personne justifiant d'une hospitalisation, dans le respect des normes de fonctionnement réglementaires en vigueur concernant les locaux, le personnel et le matériel.

Par ailleurs, la réduction des inégalités d'accès au suivi de grossesse des femmes enceintes est un objectif fondamental, car il doit ainsi permettre le repérage précoce des facteurs de risque médico-psycho-sociaux. Ce repérage doit avoir lieu au cours de l'entretien prénatal précoce, qui doit être généralisé en région Centre. Cette généralisation passe par une meilleure information des femmes et des professionnels sur cet entretien.

D'un point de vue plus général, l'ensemble des professionnels travaillant dans le champ de périnatalité doivent également faciliter l'accès à l'AMP, grâce à une meilleure information des femmes et des professionnels sur l'infertilité et l'importance de diminuer les délais avant la première proposition de Fécondation in vitro (FIV).

La question de l'accès à la contraception et l'IVG est, également, un point essentiel. En effet, dans un objectif de stabilisation, voire de diminution, du nombre d'IVG en région Centre, il est nécessaire d'améliorer l'information, l'éducation et l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence. Par ailleurs, il est indispensable d'assurer l'accès à l'IVG, en maintenant l'offre au sein des services de gynécologie-obstétrique et/ou de chirurgie et en organisant cette offre afin de permettre à chaque femme, souhaitant y avoir recours, d'y accéder sur tous les territoires, tout au long de l'année et jusqu'aux 14 semaines du délai légal.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Afin de renforcer la sécurité des soins, l'ensemble des maternités devront respecter les normes de fonctionnement réglementaires en vigueur concernant les locaux, le personnel et le matériel.

D'autre part, il est impératif de respecter scrupuleusement les règles de transfert édictées par le réseau afin

d'éviter des naissances prématurées dans des maternités de type I.

L'organisation des transferts périnataux déjà mis en œuvre dans la région Centre doit être renforcée. En aval, une anticipation de la sortie de maternité et une structuration de la prise en charge postnatale est indispensable. En effet, un cahier des charges régional sur les critères de sortie en HAD postnatale devra être rédigé, dans l'attente de textes réglementaires sur cette question. Dans ce même sens, il est également indispensable de poursuivre l'encadrement des sorties précoces dites physiologiques par les sages-femmes et pédiatres pour trouver des alternatives aux HAD, quand cela est possible. Des alternatives à l'hospitalisation prolongée des prématurés dans les services de néonatalogie, par une prise en charge en HAD, sont à promouvoir.

En termes de qualité des soins, il est indispensable de promouvoir les comportements favorables autour de la grossesse, notamment, en matière de prévention de la consommation de substances toxiques et addictives durant la grossesse, avec une prise en charge prénatale spécifique. Des difficultés subsistent pour la prise en charge post-natale et la création d'une unité régionale d'hospitalisation mère-enfant comprenant des lits dédiés en addictologie pourrait répondre en partie à ces difficultés.

La qualité des soins doit également passer par la promotion de facteurs favorisant les relations d'attachement mère-enfant, tels que l'allaitement maternel. L'amélioration de l'information et de l'accompagnement autour de cette pratique pourra être assurée par le développement de formations pour promouvoir les fonctions de conseillères en allaitement et/ou consultantes en lactation dans chaque maternité de la région.

En amont de la grossesse, les professionnels doivent améliorer l'information et la préparation au projet de grossesse, afin de permettre le développement et la promotion de consultations pré-conceptionnelles, toujours dans un objectif de dépistage, le plus précocement possible, d'éventuelles vulnérabilités.

De même, la prise en charge des femmes enceintes victimes de violences nécessite une meilleure information et formation des professionnels de santé qui pourront ainsi repérer et orienter ces femmes.

Pour améliorer la prise en charge des femmes ayant recours au DPN, il sera nécessaire d'inciter les échographistes agréés à s'enregistrer au sein du réseau régional et d'augmenter le nombre d'échographistes agréés afin de faciliter l'accès à l'échographie du 1er trimestre. Parallèlement, il conviendra de renforcer l'implication des sages-femmes dans la réalisation de ces échographies. Plus généralement, la mise en place de collaborations entre les deux plateformes génétiques de la région est nécessaire, ainsi que le respect de l'obligation d'avoir un conseiller génétique par CPDPN.

Le renforcement de la continuité de prise en charge des nouveau-nés à risque de développer un handicap nécessite la création d'un réseau d'aval de suivi des nou-

veau-nés vulnérables jusqu'à l'âge scolaire, en incluant, notamment les PMI, les pédiatres libéraux, les médecins généralistes et les paramédicaux libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens et ergothérapeutes).

Une prise en charge de qualité des IVG passera, notamment, par une diversification des modes de prise en charge et une amélioration du suivi post-IVG, et cette qualité sera appréciée par une réévaluation régulière des pratiques au sein des établissements qui les pratiquent.

Par ailleurs, l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins doit également passer par la promotion des bonnes pratiques professionnelles autour de la grossesse, comme la prise en charge des grossesses aux âges extrêmes ou le suivi des taux de césariennes des établissements mais aussi par la formation des pédiatres à la néonatalogie en particulier pour les établissements disposant d'unité et/ou de réanimation néonatale dans le cadre de leur autorisation, sur la base des **recommandations de la Société française de néonatalogie**.

Concernant l'ensemble des objectifs d'amélioration de la santé du jeune enfant, l'organisation hospitalière doit tenir compte et s'approprier les actions de prévention visant à réduire la prévalence de l'obésité, du surpoids et de l'asthme, ainsi que celles destinées à améliorer la couverture vaccinale. Certaines actions devront être mises en œuvre au sein des établissements de santé.

Améliorer l'efficience

Cette amélioration nécessite un important travail en lien des différents professionnels de la périnatalité, quel que soit leur domaine d'intervention. Il est indispensable de travailler sur ces collaborations interprofessionnelles et interdisciplinaires et de les développer, en amont et en aval de la grossesse, notamment par le biais du réseau régional et des actions qu'il met en place.

Dans ce sens, les collaborations médicales entre établissements doivent être renforcées, avec le développement de postes d'assistant partagés.

Les rencontres inter-établissements en matière de collaboration médico-psycho-sociale déjà initiées par le réseau lors d'une journée régionale doivent être pérennisées. Des staffs obstétrico-pédiatriques, dans le cadre de Revues de mortalité et morbidité (RMM) doivent être mis en place dans chaque maternité. Une rencontre inter établissements de RMM devra être organisée par le réseau régional, annuellement.

Par ailleurs, les liens entre les établissements hospitaliers et les Conseils Généraux sont à développer, notamment, dans le cadre d'une meilleure prévention et prise en charge des grossesses non désirées, qui s'articule autour des centres réalisant les IVG et les centres de planification familiale.

Il est cependant à noter qu'il existe une grande disparité en région entre les départements, au niveau des professionnels composant les équipes de PMI.

Points d'articulation avec les autres schémas

Des points d'interface sont à travailler avec d'autres volets du SROS tels que la médecine (pédiatrie), l'HAD et la psychiatrie, qui permettront de réfléchir à la création d'une unité mère-bébé et de travailler en lien avec les structures intervenant dans le domaine de la psychiatrie pour les parturientes à risque médico-psycho-social.

Des liens très importants sont également à faire avec le schéma ambulatoire par rapport au rôle essentiel des professionnels libéraux et, notamment, des médecins généralistes, des sages femmes, afin d'assurer une prise en charge de qualité et un maillage territorial satisfaisant, sur différents thèmes tels que le suivi de grossesse, l'information sur la contraception, l'IVG ou l'AMP...

En transversalité avec le schéma régional d'organisation médico-sociale, la continuité de la prise en charge des nouveau-nés à risque de développer un handicap est à renforcer, tout comme l'accompagnement des parents.

Enfin, l'ensemble des orientations formalisées dans ce volet doivent être déclinées, sur leur versant promotion et éducation pour la santé, dans le schéma régional de prévention, notamment pour ce qui concerne les conduites à risque (addictologie...), en lien avec la période périnatale.

1.3.3 Évaluation

Indicateurs de suivi du schéma en fonction des différentes activités qu'il recouvre :

Grossesse et accouchement :

- taux de nouveau-nés prématurés par maternité et par territoire de santé,
- taux de césariennes par maternité et par territoire de santé,
- part d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur au seuil national annuel de 300 accouchements,
- taux de transferts in utéro et post natal.

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 médicamenteuses pratiquée en établissement de santé,
- part d'IVG médicamenteuses pratiquée en dehors des établissements de santé.

AMP-DPN :

- taux de recours aux activités cliniques d'AMP des femmes en âge de procréer.

Les références

Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale : art. R 6123-39 à R 6123-53 CSP et art. D 6124-35 à D 6124-63 du CSP.

AMP : art. L 2141-2 à L 2142-4 CSP et art. R 2142-1 à R 2142-5 du CSP.

DPN : art. L 2131-1 à L 2131-5 CSP et R 2131-1 à R 2131-22 du CSP.

IVG : art. L 2212-1 à L 2212-13-3 CSP et R 2212-4 à R 2213-6 du CSP.

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 IVG - Accès des personnes mineures à la contraception.

Plan périnatalité 2005-2007.

SROS - OQOS IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

PÉRINATALITÉ

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

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Conserver au sein des territoires une offre de soins compatible avec les contraintes liées à l'accès, à la qualité et à la sécurité des soins.
- Mettre en œuvre toutes les modalités de coopérations susceptibles d'optimiser les conditions de prise en charge.
- Renforcer le niveau de prise en charge (2A→2B) au nord-est du Loiret dans le cadre de la Communauté hospitalière de territoire portée par le CHAM.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS		
TERRITOIRES/Secteurs infra-territoriaux	Nombre d'implantations	RECOMMANDATIONS
CHER (18)	4	Pour garantir le fonctionnement optimum de l'ensemble des maternités du département, chacune d'entre elles devra fonctionner en réseau en instaurant les coopérations nécessaires entre tous les intervenants libéraux et hospitaliers
Bourges	2	1 implantation de niveau 2B 1 implantation de niveau 1
Vierzon	1	1 implantation de niveau 1
Saint-Amand	1	1 implantation de niveau 1
EURE-ET-LOIR (28)	4	Fonctionnement en réseau à renforcer sur la base de coopérations entre tous les intervenants libéraux et hospitaliers, en particulier : Coopération entre les CH de Nogent-le-Rotrou et Chartres à poursuivre. Coopération à formaliser entre le CH de Châteaudun et le CH de Chartres voire à défaut, avec les établissements alentours.
Dreux	1	1 implantation de niveau 2A
Chartres	1	1 implantation de niveau 2B
Châteaudun	1	1 implantation de niveau 1
Nogent-le-Rotrou	1	1 implantation de centre périnatal de proximité
INDRE (36)	2	Coopération instaurée entre les CH du Blanc et de Châteauroux à pérenniser
Châteauroux	1	1 implantation de niveau 2A
Le Blanc	1	1 implantation de centre périnatal de proximité ou maintien de l'implantation de la maternité de niveau 1, en fonction des conditions techniques de fonctionnement.
INDRE-ET-LOIRE (37)	4	Pour garantir le fonctionnement optimum de l'ensemble des maternités du département, chacune d'entre elles devra fonctionner en réseau en instaurant les coopérations nécessaires entre tous les intervenants libéraux et hospitaliers
Tours	2	1 implantation de niveau 3 1 implantation de niveau 2A
Amboise	1	1 implantation de centre périnatal de proximité avec hébergement
Chinon	1	1 implantation de niveau 1
LOIR-ET-CHER (41)	4	Pour garantir le fonctionnement optimum de l'ensemble des maternités du département, chacune d'entre elles devra fonctionner en réseau en instaurant les coopérations nécessaires entre tous les intervenants libéraux et hospitaliers Coopération à formaliser entre le CH de Romorantin et le CH de Blois voire avec les établissements alentours (CH Vierzon)
Blois	2	1 implantation de niveau 2B 1 implantation de niveau 1
Vendôme	1	1 implantation de niveau 1
Romorantin	1	1 implantation de niveau 1
LOIRET (45)	5	Renforcement des coopérations nécessaires entre tous les intervenants libéraux et hospitaliers du territoire Répartition de l'activité au nord et au sud de l'agglomération orléanaise dans le cadre des regroupements programmés dans le SROS3 Renforcement du niveau de prise en charge sur l'est du département
Orléans	2	1 implantation de niveau 3 1 implantation de niveau 2A
Montargis	1	1 implantation de niveau 2B
Gien	1	1 implantation de niveau 1
Pithiviers	1	1 implantation de niveau 1

TERRITOIRES/SECTEURS INFRA-TERRITORIAUX	NOMBRE D'IMPLANTATIONS
CHER (18)	0
EURE-ET-LOIR (28)	2
Chartres	1
Dreux	1
INDRE (36)	0
INDRE-ET-LOIRE (37)	2
Tours	2
LOIR-ET-CHER (41)	0
LOIRET (45)	1
Orléans	1

Activités cliniques d'assistance médicale à la procréation, activités biologiques d'assistance médicale à la procréation, activités de recueil, traitement et conservation de gamètes et cession de gamètes issus de don, activités de diagnostic prénatal (AMP-DPN)

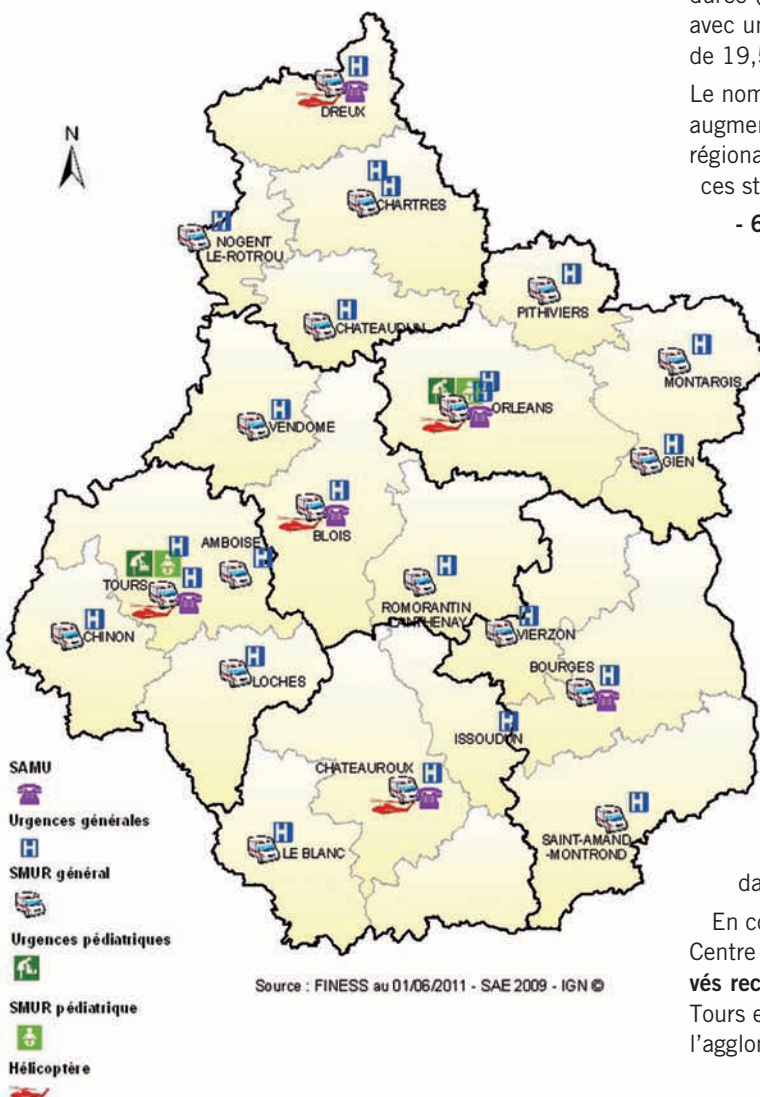
MÉDECINE D'URGENCE

Le recours de la population aux services des urgences des établissements de santé croît régulièrement (636 311 passages en 2010 soit + 7 % par rapport à l'année 2006).

La fréquentation de ces services est majorée notamment en raison de la difficulté accrue pour obtenir un rendez-vous rapide chez son médecin traitant, voire le refus pour certains praticiens de "prendre de nouveaux patients" mais également par le souhait pour certains usagers, de bénéficier d'un plateau technique diversifié et spécialisé sur un même site.

Ce flux important génère même si les situations sont contrastées, un engorgement des services d'urgence et par voie de conséquence un délai d'attente jugé le plus souvent trop long entre l'arrivée dans le service et la décision thérapeutique.

Implantations des services d'urgence en région Centre



L'organisation du dispositif sanitaire doit permettre d'apporter la réponse la plus appropriée dans les meilleurs délais, afin d'optimiser le parcours médical du patient en situation d'urgence.

1.4.1 Le contexte

La région Centre bénéficie d'un maillage harmonieux sur les différents territoires s'appuyant sur les établissements de santé autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence :

- **24 structures d'urgence "polyvalentes" et 2 structures d'urgence pédiatrique** : 636 311 passages enregistrés en 2010, soit près de 1 750 citoyens par jour ont fréquenté les structures d'urgence en région Centre (près de 160 000 hospitalisés soit 25 % y compris en unité de courte durée et 10 000 transferts).

Si le nombre de passages est en augmentation régulière sur l'ensemble des territoires, la proportion d'hospitalisations dans les services (hors Hospitalisation de très courte durée (HTCD)) s'élève à 16,33 % en moyenne régionale avec une tendance marquée à la baisse puisqu'elle était de 19,5 % en 2006.

Le nombre d'hospitalisations de très courte durée est en augmentation sur tous les territoires (+ 8 % en moyenne régionale), sans doute en raison du développement de ces structures au cours des dernières années.

- **6 Services d'aide médicale urgente (SAMU)** : un par territoire de santé, implanté dans un établissement public de santé de référence : 520 379 affaires traitées en 2010, soit plus de 1 425 situations de crise individuelle et/ou collective par jour en région Centre.

- **18 Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) (+ 2 antennes) "polyvalents" et 2 SMUR pédiatriques** à orientation néonatale : près de 22 000 transports primaires par voie terrestre (plus de 60 par jour) et près de 4 000 transports secondaires assurés en 2010 en région Centre auxquels s'ajoutent les transports par voie hélicoptérée.

Selon une étude publiée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les habitants de la région Centre se situent en moyenne à 19 minutes d'un service d'urgence. Pour autant, ce temps d'accès moyen recouvre des situations inégales : certaines améliorations pourront être apportées dans l'Indre et dans l'Indre-et-Loire.

En complément du service hospitalier public, la région Centre dispose également de **trois pôles spécialisés privés reconnus dont deux dans l'urgence cardiologique** (à Tours et Orléans), **et un dans l'urgence de la main** (dans l'agglomération orléanaise).

Sur la base du diagnostic établi à partir du bilan du SROS3, les préconisations de ce schéma s'articulent autour des axes suivants :

• **Maintenir et conforter la répartition actuelle des services d'accueil des urgences afin d'assurer l'accès aux soins de la population régionale, pour l'ensemble des besoins de soins non programmés et urgents :**

L'ensemble des Services d'accueil des urgences (SAU) actuellement autorisés sont confirmés.

Ce dispositif pourra être renforcé par le développement de prises en charge ciblées : organisation de l'accueil des urgences pédiatriques, formalisation de l'organisation de la prise en charge de l'urgence de la main sur Tours.

De même, l'existence de sites de consultations non programmées adossés à des établissements privés et fonctionnant H24 sera intégrée à la réflexion sur l'optimisation de l'organisation sanitaire régionale.

Une coopération avec les différents acteurs ou services concernés notamment par les filières "accidents vasculaires cérébraux" et cardio-vasculaires (faisant l'objet d'un volet du présent SROS) ainsi que par les prises en charge des matières spécialisées traitées dans le schéma interrégional de l'offre de soins, est à privilégier.

Parallèlement, la coordination entre le secteur ambulatoire, les structures hospitalières et médico-sociales doit être formalisée afin d'optimiser en amont l'orientation du patient et réduire ainsi les hospitalisations injustifiées, organiser la sortie du patient et notamment le retour à domicile dans des délais "allégés", éviter les ré-hospitalisations.

Ainsi, l'articulation est essentielle avec l'ensemble du dispositif territorial en amont des structures d'urgence s'appuyant sur les spécificités locales : Maison médicale de garde (MMG), Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), centres de santé, service de consultations non programmées, adossement de point fixe de garde à des structures de soins (ex-hôpitaux locaux, partenaires de l'aide médicale urgente...), médecins correspondants SAMU...

Chaque dispositif, doit tendre à un renforcement des coopérations entre professionnels de santé du secteur libéral et du monde hospitalier de l'urgence dans l'intérêt partagé de la continuité des soins.

La mutualisation des ressources médicales pour maintenir une permanence des soins dans certaines spécialités sinistrées est incontournable.

Le développement des usages de la télémédecine permettra de maintenir l'accès à certains avis spécialisés sur l'ensemble des sites, malgré les situations tendues des effectifs dans certaines spécialités.

L'exhaustivité de recueil des Résumés de passage aux urgences (RPU) devra être atteinte pour permettre une analyse quantitative et surtout qualitative de l'activité des urgences dans le cadre du suivi du schéma.

• **Garantir le rôle des Centres de réception et de régulation des appels (CRRA) au sein des SAMU centres 15 comme pivots de la régulation médicale pour assurer la couverture de l'ensemble du territoire :**

Chaque SAMU doit être en mesure de développer une organisation adaptée au niveau d'activité, mais également en cas de pics d'activité et de crise sanitaire.

La mise en œuvre du Répertoire opérationnel des ressources (ROR) va faciliter l'orientation des patients, vers la filière de prise en charge appropriée y compris spécialisée que son état nécessite, en particulier lorsque le pronostic vital et/ou fonctionnel est engagé.

La place de la médecine libérale dans le processus de régulation médicale au sein des CRRA aux horaires de la Permanence des soins ambulatoire (PDSA) doit être confortée et développée.

La cohérence du SROS et des Schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) sur chaque territoire doit être assurée.

• **Améliorer la cohérence et l'efficacité des transports sanitaires :**

Le réseau de transports sanitaires d'urgence par voie terrestre doit être étoffé, en particulier dans l'Indre (création d'une antenne SMUR du SAMU de Châteauroux sur Issoudun), et dans l'Indre-et-Loire (renforcement du SMUR terrestre sur Tours par l'implantation d'un dispositif mobile au nord de la Loire), afin de répondre à l'objectif cible de temps d'une intervention SMUR terrestre primaire limitée à 30 minutes et afin d'assurer une couverture effective sur l'ensemble du territoire.

La coordination entre les transporteurs sanitaires, les SAMU et les Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) devra se poursuivre conformément aux référentiels qui visent à garantir le mode de transport d'urgence le plus adapté à chaque patient.

Le réseau de transports sanitaires hélicoptères devra évoluer vers une mutualisation à terme des équipes, des hélicoptères et des financements.

1.4.2 Les objectifs 2012 -2016

Mettre tout en œuvre pour fluidifier les files de patients au sein des structures d'accueil et d'urgence

Cette démarche repose sur une recherche d'optimisation des différents circuits qu'ils soient internes à la structure d'accueil des urgences, en lien avec les autres services de l'établissement, à établir ou conforter avec les dispositifs de médecine ambulatoire et notamment la permanence des soins, ou encore avec le secteur médico-social et en particulier les EHPAD.

Les modalités d'organisation et les partenariats mis en œuvre sont très variables d'un territoire à l'autre, mais les échanges intervenus avec les professionnels concernés ont permis de recenser les points à conforter ou mettre en œuvre :

- la contractualisation avec le service d'imagerie sur les modalités d'accès des patients, la réalisation de l'examen, l'interprétation par le radiologue et la transmission au médecin urgentiste est essentielle,
- la contractualisation entre le service des urgences et les services d'hospitalisation sur la disponibilité des lits (voire dans certains cas, la création de lits de médecine supplémentaires notamment à orientation gériatrique) est privilégiée par rapport à l'augmentation de capacité des structures d'HTCD,
- des partenariats doivent être mis en place avec la médecine ambulatoire afin d'éviter le recours systématique au SAU en dehors des horaires de la permanence des soins et avec les EHPAD dont le renforcement de la couverture médicale et soignante est souhaité afin à encore, d'éviter le départ des personnes âgées vers les urgences,
- des protocoles de prise en charge doivent être mis en place entre les services d'urgence et les services d'HAD, EHPAD afin d'anticiper au mieux les demandes de soins non programmés (développement de fiches de liaison, information du patient et des familles...). Cette démarche peut permettre également d'éviter les transferts de malades entrés dans la période de "fin de vie".

Optimiser l'efficacité des transports sanitaires d'urgence

La **création d'un comité de suivi** devrait concourir à améliorer l'organisation et la coopération entre tous les acteurs (SAMU, SMUR, SDIS, ambulances du secteur privé) qui participent à l'intervention sanitaire d'urgence terrestre et hélicoptérée

Le renforcement du maillage SMUR terrestre régional sur Issoudun et Tours (au nord de la Loire) va permettre de se rapprocher d'un délai moyen d'intervention inférieur à 30 minutes en tout point de la région : la création d'antennes dans le cadre d'une stratégie d'équipe mutualisée sur un territoire donné est privilégiée.

Parallèlement, le renforcement des actions de partenariat SAMU dans les zones frontalières interdépartementales est de nature à améliorer la couverture des soins.

Concernant les modalités de prise en charge spécialisées ou spécifiques :

- le transport en néonatalogie est assuré pour l'ensemble de la région par les SMUR pédiatriques de Tours (H24) et Orléans dont l'amplitude horaire pourra être développée,
- un équipement dédié à la prise en charge bariatrique, préconisé dans le cadre du plan Obésité (2010-2013), est positionné au niveau régional.

La mise en œuvre du système ANTARES (interopérabilité des réseaux de communication SAMU/SDIS) déjà engagée dans plusieurs territoires doit se poursuivre ainsi que le développement de la géolocalisation.

Les spécificités du transport hélicoptéré

La région Centre dispose de cinq hélicoptères pour couvrir les besoins de transports sanitaires des six départements de la région. Ces machines effectuent de 400 à 600 missions par an selon les sites.

L'entrée en vigueur le 8 avril 2012 d'une réglementation européenne imposant un équipage composé de deux personnels navigants à l'avant de l'appareil (un seul actuellement) va avoir des conséquences significatives sur le plan financier (de l'ordre de 2 millions d'euros) et en termes d'organisation.

Les pistes suivantes sont à ce jour privilégiées :

- promouvoir un appel d'offre commun pour les cinq machines de la région Centre de façon à permettre une économie d'échelle et une mutualisation de moyens,
- la mise en œuvre d'une technologie permettant le vol aux instruments en cas de visibilité réduite, basé sur la navigation satellitaire permettrait d'élargir le domaine de vol des hélicoptères (expérience à Dreux),
- organiser le transport aérien régional en collaboration avec les six SAMU de la région, en particulier pour ce qui concerne les missions de nuit, avec une permanence sur un ou deux centres seulement chaque nuit, confiée successivement à chacun des équipages pour en maintenir la qualification,
- faciliter l'organisation logistique des transports vers les Plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) de la région et de l'inter-région (cartographie des hélistations, cartographie des points de ravitaillement...) et doter tout établissement disposant d'un ou plusieurs PTHS et/ou SAU d'aires de pose réglementaires autorisées de nuit ou aménager les aires existantes si besoin.

Renforcer l'organisation au sein des SAMU afin d'améliorer le traitement des appels

La consolidation de la régulation médicale permanente nécessite une adaptation de l'effectif médical à l'activité, inégale selon les sites. La mutualisation des équipes médicales SAU, SMUR et régulation est à promouvoir autant que possible au sein des territoires.

La participation des médecins libéraux à la plateforme de régulation pour la gestion des appels de la médecine ambulatoire et la confirmation de la place d'effecteurs pour les visites incontournables est à favoriser.

Le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) doit être prochainement opérationnel.

Afin de permettre un haut niveau de communication et d'échanges d'informations entre la plateforme de régulation, les véhicules et les SAU, sans sollicitations multiples des Permanenciers affectés à la régulation médicale (PARM) afin de libérer les lignes d'accès au 15, il semble opportun de :

- développer la géo-localisation dans tous les territoires et permettre l'accès au système pour les véhicules SMUR, SDIS et ambulances,

- promouvoir un système unique d'informatique régionale embarquée communicante dans les véhicules SMUR pour accès au dossier médical.

L'harmonisation des logiciels de régulation (couplé avec un logiciel de cartographie) en région est à inscrire parmi les perspectives à moyen terme.

Dans le cadre de la gestion de crise, l'articulation du SAMU avec le Schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR) doit favoriser l'identification d'équipes spécialisées et permettre de consolider la Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP).

Afficher une politique régionale de maintien, de renouvellement et de formation à la médecine d'urgence

Les difficultés repérées globalement en région au niveau de la démographie médicale n'épargnent pas les médecins urgentistes.

Le recrutement des médecins urgentistes doit être sécurisé (compétence médicale validée en lien avec le pôle prévisionnel des professions de santé à l'ARS et l'Ordre des médecins).

La création en 2012 d'un DES Urgences (actuellement DESC) doit concourir à une évolution favorable à moyen terme du nombre de praticiens formés.

Des demandes de formations dans des domaines ciblés ont été identifiées :

- la formation à l'échographie d'urgence à tous les membres d'une même équipe,
- la formation à la gynéco-obstétrique d'urgence et à la pédiatrie d'urgence,
- la formation aux actes médico-légaux en lien avec l'UMJ de référence.

Par ailleurs, il convient de soutenir les initiatives de formation menées par les Centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) envers des populations ciblées (personnel soignant des EHPAD, étudiants...) et pour des actions thématiques (risque NRBC, gestes de la chaîne de survie...)

L'ouverture d'un centre de simulation "Adultes" pour les gestes de l'urgence à l'instar du centre de simulation pour la prise en charge néonatale de Tours est à envisager.

Veiller au respect des droits des usagers et à l'équité des soins en toute circonstance

L'accueil des patients dans le cadre de l'urgence nécessite parfois des accompagnements spécifiques notamment pour les personnes en situation de handicap.

Le concours d'une assistante sociale dédiée ou non au service (selon la taille de l'établissement) va concourir à faciliter le dénouement de certaines situations : solutions d'aval pour les personnes âgées, accès au système

de santé pour des personnes en situation de précarité et accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits (lien avec les services de Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)).

L'organisation de formations ciblées pour le personnel urgentiste est également recommandée :

Exemples :

- la prise en charge de personnes affectées d'une maladie rare (en référence au Plan national des maladies rares),
- la collecte de numéros des centres 15 dans le cadre de la préparation du lancement de centre national relais des appels d'urgence pour personnes déficientes auditives (centre 114).

Promouvoir et participer aux campagnes visant le bon usage du système de soins dans le cadre de l'éducation pour la santé, la prévention et la médecine d'urgence

Un focus est proposé sur les thématiques suivantes :

- poursuivre et développer les formations scolaires aux premiers gestes de secourisme et au bon usage du 15,
- dérouler des campagnes "grand public" sur certaines conduites à tenir spécifiques pour lesquelles le facteur temps est capital : douleur thoracique, AVC, mort subite...,
- promouvoir le recensement, la localisation et le bon usage des défibrillateurs automatiques par territoire de santé et sensibiliser les détenteurs de Défibrillateurs semi-automatiques (DSA) à la maintenance,
- diffuser largement le 32.37 (donnant les coordonnées des pharmacies de garde).

L'articulation avec les autres schémas

La prise en charge des urgences se situe au cœur de l'activité des établissements de soins et de ce fait, des articulations sont à formaliser avec l'ensemble des activités de soins et des plateaux techniques.

La nature de ces articulations apparaît dans la rédaction du volet urgences et en miroir dans les autres volets : imagerie, médecine, HAD, chirurgie, AVC, périnatalité, biologie, psychiatrie, prise en charge des détenus.

Des liens évidents existent également avec les autres schémas : prévention, ambulatoire, médico-social.

1.4.3 Évaluation et suivi

Indicateur CPOM : taux de recours aux urgences hospitalières (nombre de passages pour 10 000 habitants)

Indicateurs "traditionnels" de suivi par territoire :

- nombre d'affaires traitées :
- nombre de passages aux urgences,

- pourcentage de personnes hospitalisées après passage aux urgences.

• nombre de sorties SMUR terrestres :

- primaires,
- secondaires.

• nombre de sorties SMUR hélicoptérées :

- primaires,
- secondaires.

Indicateurs régionaux :

- exhaustivité de recueil des RPU,
- mise en œuvre du Répertoire opérationnel des ressources (ROR).



SROS - OQOS IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

MÉDECINE D'URGENCE

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Travailler selon les spécificités de chaque territoire sur la fluidité de la prise en charge, en articulation avec la médecine de ville, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et l'organisation de la permanence des soins, pour optimiser les circuits et limiter les délais d'attente.
- Améliorer l'articulation avec les services d'aval et d'amont (médecine, SSR, USLD, médico-social...), en particulier pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes souffrant de polyopathologies.
- Mutualiser les ressources médicales pour maintenir une permanence des soins dans les spécialités sinistrées : chirurgie viscérale, orthopédique, urologique, ORL et plus particulièrement encore ophtalmologie.
- Renforcer le maillage territorial des transports par voie terrestre et améliorer la couverture des transports hélicoptérés, afin de ramener le délai d'intervention à moins de 30 minutes.
- Consolider et développer les filières de l'urgence spécialisée : neuro-vasculaire, pédiatrie, main, chirurgie cardiaque, cardiologie en articulation avec les schémas concernés.
- Faciliter l'orientation des patients par la mise en place du Répertoire opérationnel des ressources (ROR).
- Optimiser l'articulation SAMU/ gestion de crise/ Schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR).

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS PAR TYPE D'AUTOTRISATION

TERRITOIRES SECTEURS INFRA-TERRITORIAUX	RÉGULATION DES APPELS	STRUCTURE D'ACCUEIL ET URGENCES (SAU)		SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE RÉANIMATION (SMUR)		
		ADULTES	PÉDIATRIQUE	ADULTES	PÉDIATRIQUE	HÉLICOPTÈRE
CHER (18)	1	3		3		*
Bourges	1	1		1		
Vierzon		1		1		
Saint-Amand		1		1		
<i>*Ce territoire bénéficie de prestations hélicoptées en coopération avec l'Indre</i>						
EURE-ET-LOIR (28)	1	5		4		1*
Chartres		2		1		
Dreux	1	1		1		1
Châteaudun		1		1		
Nogent-le-Rotrou		1		1		
<i>*1 SMUR hélicopté au bénéfice du territoire</i>						
INDRE (36)	1	3		1 + 2 antennes		1*
Châteauroux	1	1		1		1
Issoudun		1		antenne		
Le Blanc		1		antenne		
<i>*1 SMUR hélicopté au bénéfice des territoires de l'Indre et du Cher</i> Issoudun : Création d'une antenne SMUR du SAMU de Châteauroux Le Blanc : Création d'une hélisation La Châtre : Finaliser la mise en place de l'unité mobile de médecins correspondants du SAMU 36						
INDRE-ET-LOIRE (37)	1	5 à 6	1	3 SMUR +2 antennes	1	1*
Tours	1	2 à 3	1	1 SMUR + 1 antenne	1	1
Amboise		1		1		
Chinon		1		1		
Loches		1		1 antenne		
<i>*1 SMUR hélicopté qui participe à la garde de nuit régionale</i> Agglomération de TOURS : - 1 SAU au nord et 1 au sud et possibilité d'1 implantation supplémentaire au sud - Finaliser une organisation de la prise en charge de l'urgence de la main - Renforcer le maillage SMUR terrestre par l'implantation d'un dispositif mobile d'urgence localisé au nord de la Loire Loches : - Renforcer la mutualisation des effectifs médicaux et paramédicaux pour le fonctionnement d'une antenne SMUR						
LOIR-ET-CHER (41)	1	3		3		1*
Blois	1	1		1		
Romorantin		1		1		
Vendôme		1		1		
<i>*1 SMUR hélicopté</i>						
LOIRET (45)	1	5	1	4	1	1*
Orléans	1	2	1	1	1	
Gien		1		1		
Montargis		1		1		
Pithiviers		1		1		
<i>*1 SMUR hélicopté qui participe à la garde de nuit régionale</i> Agglomération orléanaise : - Mise en œuvre de 2 SAU + 2 hélisations dans le cadre des 2 regroupements (1 privé au nord et 1 public au sud) - Transfert du pôle main et du PTHS cardiologie interventionnelle autorisés, sur le site du regroupement au Nord d'Orléans - Mise en œuvre 24h/24 du SMUR néo-natal d'Orléans.						

HOSPITALISATION À DOMICILE

Les établissements d'Hospitalisation à domicile (HAD) permettent d'assurer au domicile du patient, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

L'HAD concerne des patients de tous âges, atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissements de santé.

Les structures d'HAD sont des établissements d'hospitalisation sans hébergement soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers privés et publics : sécurité et qualité des soins, lutte contre les infections nosocomiales, certification HAS, permanence et continuité des soins 24 heures sur 24.

La loi HPST du 21 juillet 2009 vise à rendre plus visible l'HAD dans le paysage sanitaire français à travers deux orientations majeures :

- faire reconnaître l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière et non comme une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle,
- préciser la notion de domicile qui peut être soit le lieu de résidence ordinaire du patient, soit un établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Toute structure d'HAD est généraliste, polyvalente mais peut développer une expertise, une spécialisation de ses activités.

1.5.1 Le contexte

La région Centre se caractérise par une démographie défavorable en personnel médical et paramédical associée à une population dont la densité est plus faible et l'indice de vieillissement plus élevé que la moyenne nationale.

• Une couverture territoriale satisfaisante

La première HAD s'est implantée sur Tours à la fin des années 1980 et s'est développée sur l'ensemble du département dans le milieu des années 2000. Progressivement entre 2002 et 2006, d'autres structures d'HAD se sont installées dans les autres territoires de santé pour couvrir la totalité de la région Centre en dehors de la zone géographique de la Châtre.

L'année 2010 a été marquée par l'implantation supplémentaire d'une HAD respectivement sur les zones d'Orléans et de Nogent-le-Rotrou (contre cinq implantations supplémentaires en 2009).

Sur les 23 zones d'emploi (définition INSEE de 1990) de la région, 20 ont au moins une HAD implantée (les zones d'emploi de Tours et d'Orléans en ayant 2) et deux ont une HAD autorisée mais pas encore mise en œuvre.

• Une activité soutenue et en progression

En 2005, quatre HAD étaient implantées et ont réalisé 26 887 journées (source PSMI), soit 73 patients pris en charge par jour en moyenne pour la région. Au 31/12/2010, 20 HAD étaient implantées et ont réalisé 130 867 journées, soit 358 patients pris en charge par jour en moyenne pour la région Centre.

Les deux modes de prises en charge principaux pratiqués par les établissements sont les "soins palliatifs" et les "pansements complexes" (escarres, ulcères, brûlés...) avec respectivement 22 et 20 % des journées réalisées. Il est à noter que le Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) représente 4,50 % des journées réalisées.

Le principal mode d'entrée en HAD est le transfert d'un établissement de court séjour.

• Les points à améliorer

- continuer à favoriser une augmentation globale du recours à l'HAD que la prescription émane d'un médecin exerçant à l'intérieur d'un établissement ou du médecin traitant,
- diversifier l'activité des services de l'HAD, notamment en direction des EHPA(D),
- assurer l'accessibilité dans certaines zones rurales,
- conforter les relations avec les professionnels de santé libéraux notamment en direction des pharmacies de ville et des infirmiers libéraux,
- favoriser l'élargissement réglementaire des possibilités de prescription des médecins coordonnateurs des structures d'HAD, actuellement trop restrictive au regard des difficultés liées à la démographie médicale.

1.5.2 Les objectifs 2012-2016

Améliorer l'accès aux soins en HAD

- Assurer une couverture géographique de l'HAD sur l'ensemble de la région Centre : tout patient doit avoir accès à une prise en charge en HAD, quel que soit son lieu de résidence.

Le caractère généraliste et polyvalent de l'HAD permet d'assurer la prise en charge de tout patient répondant aux critères d'inclusion de l'HAD, quelle que soit sa pathologie, et permet une souplesse d'intervention qui tient compte des besoins réels.

Conformément aux dispositions de l'article R 6121-4-1 du Code de la santé publique, l'autorisation des établissements d'hospitalisation à domicile prévoit l'aire géographique sur laquelle ils sont autorisés à intervenir.

Pour contribuer à l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins en HAD rappelé ci-dessus, l'aire géographique autorisée sera étendue pour chaque structure existante à l'ensemble du territoire de santé où elle est implantée.

Dans certains cas, lorsque la situation géographique et les conditions de temps d'accès le nécessiteront, l'aire géographique d'intervention autorisée pourra également être étendue à une partie délimitée d'un territoire de santé contigu.

Pour autant, cette extension des aires géographiques autorisées ne doit pas faire obstacle à la lisibilité de l'organisation de la prise en charge sur le territoire de santé ni entraîner des conflits d'intervention entre les opérateurs autorisés sur un même territoire.

Pour pallier les difficultés éventuelles :

- l'ARS organisera sur chaque territoire de santé la concertation entre les acteurs de l'hospitalisation à domicile d'une part, entre ces derniers et les établissements et professionnels de santé adresseurs d'autre part, pour définir plus précisément le fonctionnement au sein du territoire,
- suite à cette concertation, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre l'ARS et chacune des structures concernées précisera leur positionnement dans l'offre de soins territoriale et notamment leur zone d'intervention au sein du territoire de santé ainsi que leurs liens avec les autres acteurs de l'offre de soins dans un objectif d'amélioration du parcours de soins.

• Faciliter l'accès à l'HAD :

- en améliorant l'information sur l'HAD des médecins (traitants et hospitaliers),
- en développant l'accès direct à l'HAD sans passage préalable par un établissement de santé ou en post urgence,
- en contractualisant avec les services d'urgence.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins en HAD

- Décloisonner les différents types de prise en charge en optimisant la coordination avec les différentes structures (hospitalières, médico-sociales et ambulatoires).
- Encourager le développement de la télémédecine dans les cas où l'éloignement médical (téléconsultation) ou l'isolement du patient (télésurveillance) le justifie. La télésurveillance peut permettre à la fois la surveillance d'équipements de soins (ex : les pompes à morphine), le recueil d'indicateurs au moyen de capteurs (téléométrie) et la concentration des mesures dans un système capable de les analyser et de les présenter de manière interprétable, notamment en référence à des profils de pathologies et à l'historique des données. La téléconsultation permet à un médecin distant, au moyen d'une connexion son et image de qualité, d'appareils de téléométrie, et en ayant accès au dossier du patient, de produire un diagnostic. Le recours à la télémédecine implique l'accompagnement du patient pour favoriser son acceptation de la technologie à son domicile et l'adaptation des systèmes d'information pour une inter opérabilité entre les services d'HAD et les autres acteurs de santé dans

le cadre du Dossier médical personnel (DMP). Grâce au partage de l'information, le DMP doit permettre au patient de bénéficier d'un suivi mieux coordonné et d'une sécurité diagnostique et thérapeutique renforcée.

- Assurer la permanence et la continuité des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (le SAMU et les services d'urgence n'ayant pas vocation à suppléer l'HAD). Tel que défini dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de novembre 2010, le socle minimum de la permanence des soins, arrêté au niveau national, doit comprendre trois niveaux :
 - astreinte par un infirmier salarié dans la mesure du possible infirmier coordinateur, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, astreinte téléphonique et intervention sur place si nécessaire,
 - 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,
 - convention avec le SAMU qui doit disposer au moins de la liste nominative des patients pris en charge par l'HAD avec indication de leur(s) pathologie(s).

Améliorer l'efficacité en HAD

- Clarifier les missions de l'HAD par rapport aux soins coordonnés ambulatoires (notamment dans le domaine des soins aux personnes âgées, du suivi de certaines pathologies chroniques et de certaines prises en charge en soins palliatifs).
- Organiser de façon suffisamment précoce le relais d'une hospitalisation à temps complet.
- Développer l'HAD pour les traitements curatifs du cancer (chimiothérapies) en fonction des critères de l'Institut national du cancer (INCA) et sous réserve des possibilités de recours aux médecins oncologues.
- Développer la prise en charge pédiatrique en articulation avec les filières de soins et les structures médico-sociales.
- Développer l'HAD SSR en favorisant les liens entre HAD et SSR sous réserve de la possibilité de pouvoir mobiliser du temps des professionnels de santé qu'imposent ces prises en charge, notamment en post AVC.
- Recentrer, dans le domaine de la périnatalité, l'activité HAD sur la prise en charge de situations pathologiques tout en respectant la réglementation actuelle et future.
- Faciliter la complémentarité entre HAD et SSIAD : les SSIAD sont complémentaires des HAD. Ils peuvent être un relais d'aval privilégié pour l'HAD lorsque le patient ne nécessite plus des soins longs et complexes. De même, des relais des SSIAD vers l'HAD sont parfois nécessaires lorsque la charge en soins devient trop importante pour ce type de structure.
- Renforcer les liens avec les réseaux existants et les professionnels libéraux.
- Afin de faciliter la coordination des intervenants au sein de l'environnement sanitaire ou de partager les expertises sur certaines pathologies et populations, les

HAD adhèrent aux réseaux de santé et passent convention avec les professionnels de santé libéraux pour définir leur modalité d'intervention et d'articulation.

- Identifier les structures médico-sociales d'aval afin de garantir la fluidité des prises en charge.
- Développer l'HAD dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Les EHPA sont considérés comme des substituts du domicile et l'ensemble des critères relatifs aux conditions de prise en charge des patients en HAD, tels que définis dans les textes en vigueur, s'applique. La décision d'admission en HAD d'un patient/résident demandeur, hébergé en EHPA, fait l'objet d'une concertation et d'une décision collégiale entre la direction des deux structures, les deux médecins coordonnateurs et le médecin traitant. L'HAD intervient sur le seul axe sanitaire qui relève de sa compétence, pour éviter une hospitalisation ou permettre à la personne âgée de quitter plus rapidement un service hospitalier.
- Prévenir et prendre en charge les rechutes pour les patients déjà connus des services de l'HAD afin d'éviter les retours vers l'hospitalisation conventionnelle.

1.5.3 Évaluation et suivi

Chaque année, la couverture géographique de prise en charge en HAD ainsi que les indicateurs de suivi du présent volet seront évalués. Le cas échéant, des actions correctrices seront proposées.

Indicateurs de suivi :

- taux de recours standardisé en HAD pour 100 000 habitants (Nombre de journées en HAD 100 000/population domiciliée dans la région),
- nombre de journées réalisées [dont en EHPA(D)] par structure et par territoire,
- nombre de patients pris en charge,
- durée moyenne des séjours,
- nombre de décès en HAD,
- provenance des patients,
- nombre de journées réalisées par mode de prise en charge.

Textes de référence :

- Code de la santé publique : notamment les articles L.6122-1, L.6122-2 et suivants, R.6122-8, R.6122-32 et R.6122-38, et D.6121-8, D.6124-306 et suivants,
- décret n°2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées,
- décret n°2007-660 du 3 avril 2007 précisant les conditions de cette intervention,
- arrêté du 25 avril modifiant l'arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées,
- circulaire n°DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées,
- circulaire n°DHOS/03/2006/506 du 01 décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile,
- circulaire DHOS/DGS n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs,
- rapport IGAS RM2010-109P sur l'HAD de novembre 2010.

SROS - OQOS IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

HOSPITALISATION À DOMICILE

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Une couverture de l'ensemble des territoires de santé par au moins un service d'HAD à partir des structures d'ores et déjà autorisées.
- Aucune autorisation de nouvelle structure d'HAD, mais l'élargissement du périmètre d'intervention d'un service d'HAD déjà existant à proximité d'un secteur dépourvu.
- L'aire géographique d'autorisation d'un établissement d'hospitalisation à domicile est le territoire de santé, sauf exception quand la situation géographique et les temps d'accès le nécessitent. Les autorisations actuelles ne sont pas remises en cause mais ont vocation à évoluer pour permettre la mise en œuvre de cette disposition.
- L'ARS organise la concertation au sein de chaque territoire de santé pour coordonner les interventions de chaque structure d'HAD d'une part, leur articulation avec les établissements et professionnels de santé adresseurs d'autre part.
- Le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'ARS définira pour chaque structure son positionnement dans l'offre de soins et notamment sa zone d'intervention prioritaire au sein du territoire de santé.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRE	NOMBRE D'AUTORISATIONS	OBSERVATIONS
CHER (18)	2	Une implantation à Vierzon intervient sur la zone d'Issoudun incluse dans le territoire de l'Indre compte tenu de la situation géographique et des temps d'accès.
EURE-ET-LOIR (28)	3 à 2	Mise en cohérence des implantations avec les autorisations par regroupement d'autorisations existantes portées par un même promoteur.
INDRE (36)	1	
INDRE-ET-LOIRE (37)	2	
LOIR-ET-CHER (41)	1	
LOIRET (45)	5 à 3	Mise en cohérence des implantations avec les autorisations par regroupement d'autorisations existantes portées par un même promoteur.

1.6

PSYCHIATRIE

1.6.1 Le contexte

La région Centre se distingue particulièrement par l'hétérogénéité de l'offre de soins en psychiatrie dans les différents territoires de santé, ainsi, on constate :

- une prise en charge réalisée dans les structures publiques spécialisées pour trois territoires (Cher, Eure-et-Loir, Loiret), peu ou pas complétée par une offre privée, sur des territoires ruraux étendus,
- une prise en charge organisée dans les centres hospitaliers généraux pour trois territoires (Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher), complétée par une offre privée très présente, en particulier dans l'Indre-et-Loire et avec les établissements du Loir-et-Cher, représentatifs de la psychothérapie Institutionnelle en France.

Ces situations strictement inverses trouvent leur justification dans certaines spécificités locales, mais aussi

probablement dans les contraintes qu'imposent des effectifs médicaux et paramédicaux limités au regard des missions qui leurs sont dévolues. L'équilibre entre le niveau d'offre de soins d'hospitalisation et de soins ambulatoires peut être amélioré par les coopérations entre les professionnels du soin en santé mentale (coordination territoriale, coordination public-privé...).

D'autres caractéristiques avaient été prises en compte dans l'élaboration du SROS 3 :

- une prise en charge essentiellement structurée en hospitalisation complète (pour les adultes),
- une prise en charge en psychiatrie infanto juvénile (enfants et adolescents) disparate, avec très peu d'hospitalisation complète,
- des zones à plus forte densité démographique nécessitant des regroupements d'activité pour rapprocher l'hospitalisation.

La répartition régionale est la suivante

TERRITOIRES		ETABLISSEMENTS PUBLICS		ETABLISSEMENTS PRIVÉS
Cher	1	CH Georges Sand à Bourges.	1	Clinique de La Gaillardière.
Eure-et-Loir	3	CH de Chartres, CH Dreux, CH Bonneval.	0	
Indre	2	CH de Châteauroux CH La Châtre.	1	Clinique du Haut Cluzeau.
Indre-et-Loire	4	CHRU de Tours, CH de Chinon, CH Loches, CH intercommunal d'Amboise Château-Renault.	4	Cliniques : Vontes, Champgault, Monchenain, Val de Loire.
Loir-et-Cher	3	CH Blois, CH Romorantin, CH Vendôme.	4	Cliniques : La Borde, La Chesnaie, du Centre, Freschines.
Loiret	2	CH Fleury-les-Aubrais, CH Agglomération Montargoise.	3	Cliniques : Le Pont de Gien, Belle Allée, Hôpital de jour Pierre Chevaldonné.
Région	15		13	

Points forts et autres points remarquables :

- un développement des structures de soins intersectorielles dans plusieurs territoires,

- la prise en charge psychiatrique aux urgences assurée dans la plupart des services d'accueil des urgences,
- le développement de l'organisation territoriale de la prise en charge,
- une organisation de la psychiatrie en faveur de détenus qui sera structurée avec la mise en service de l'Unité

hospitalière spécialement aménagée à Fleury-les-Aubrais,

- la présence d'établissements spécifiques de la prise en charge des handicapés psychiques et la création ou l'adaptation de structures médico-sociales pour mieux prendre en charge le handicap psychique (maisons d'accueil spécialisées et foyers d'accueil médicalisés, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, unités de soins de longue durée, services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés et groupes d'entraide mutuelle) ; toutefois, la répartition territoriale de ces structures reste inégale sur la région,
- le partenariat public - privé.

Points faibles :

- la pression démographique concernant les professionnels de santé (médecins et infirmiers),
- l'accueil des urgences psychiatriques dans des unités dédiées qui rencontre une mise en œuvre difficile,
- des difficultés croissantes des usagers pour accéder aux soins dans les secteurs ruraux, liées aux problèmes de transports et à la raréfaction des ressources médicales dans le secteur ambulatoire,
- une insuffisante intercommunication entre la psychiatrie et les secteurs médico-social et social.

1.6.2 Les objectifs 2012-2016

Les objectifs régionaux, décrits dans le présent volet du SROS, se fondent à la fois sur les orientations nationales et les priorités définies par le Plan stratégique régional de santé pour le domaine "Santé mentale".

La déclinaison opérationnelle des orientations nationales est adaptée au contexte de la région Centre et, donc, fondée sur le constat rappelé ci-dessus. Elle s'inscrit dans le prolongement des objectifs du schéma précédent, en particulier en ce qui concerne l'accueil des urgences psychiatriques et la prise en charge des situations de crise, la prise en charge des jeunes enfants et des adolescents.

Rappel des objectifs nationaux :

- améliorer l'accès aux soins,
- assurer la continuité des prises en charge,
- améliorer la qualité et la sécurité des soins,
- améliorer l'efficacité.

Le dispositif retenu en région Centre repose sur **deux principes généraux** structurant l'offre de soins :

- graduer les soins en trois niveaux,
 - centrer l'offre de soins sur le patient et ses proches,
- et s'articule autour de **quatre objectifs opérationnels** :
- poursuivre la diversification et l'organisation territoriale de l'offre de soins,

- accompagner la mise en œuvre du SROS par la mise en place d'une instance régionale de suivi et de concertation,

- développer les dispositifs et programmes de prévention,
- promouvoir des actions de formation initiale et continue des intervenants en psychiatrie, et des programmes de lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale.

Chaque territoire de santé doit permettre l'accueil des patients relevant de soins de psychiatrie dans des conditions d'accessibilité optimale.

Les modalités d'exercice, la localisation de l'offre, les regroupements éventuels d'activités, au sein de chaque territoire de santé seront déclinés par l'Agence régionale de santé, pour chaque établissement, dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L6114-1 du Code de la santé publique.

• Une offre de soins en trois niveaux

L'offre de soins psychiatrique s'inscrit dans l'offre générale des soins. Celle-ci répond à une logique d'organisation hiérarchisée, telle que proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

- niveau I : soins de proximité, soins primaires ou de premier recours mis en œuvre par tous les acteurs de soins de proximité au premier rang desquels œuvrent les psychiatres libéraux et les médecins généralistes,
- niveau II : soins spécialisés mis en œuvre par la psychiatrie hospitalière privée ou publique, dont l'organisation est pour certaines de ses structures de soins déconcentrée dans la cité ; le niveau 2 doit pouvoir disposer d'un plateau technique pour les traitements physiques en psychiatrie ; dans chaque territoire, l'accès à la pratique de la sismothérapie doit être organisé avec les établissements disposant d'un recours effectif à des personnels d'anesthésie sur au moins un site,
- niveau III : soins très spécialisés, de recours régional : c'est la logique d'organisation du Centre de ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (CRIAVAL) et du Centre régional autisme (CRA).

• Une offre de soins centrée sur les besoins du patient et de ses proches

L'OMS et l'association mondiale de psychiatrie ont récemment suggéré de centrer l'offre de soins sur le patient et non sur la maladie. Cette notion est également reprise dans de nombreuses recommandations pour la pratique, y compris dans la prise en charge de la schizophrénie.

Dans cette perspective, il convient de promouvoir une filialisation des soins psychiatriques qui prenne mieux en compte les populations ayant des besoins spécifiques en développant des structures de soins adaptées, intersectorielles.

Poursuivre la diversification de l'organisation territoriale de l'offre de soins

L'intervention de la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASN) dans cinq des six territoires de la région Centre constitue les axes de référence pour structurer l'offre de soins en fonction des besoins et des capacités de chaque territoire.

Dans les départements du Cher, de l'Indre et de l'Indre-et-Loire, les actions de restructuration issues de ses recommandations ont été menées pour la psychiatrie générale.

Dans l'Eure-et-Loir et le Loir-et-Cher, les travaux en cours menés par la MNASM relatifs à la psychiatrie Infanto-juvénile seront pris en compte dans le cadre de ce nouveau schéma.

A) AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES

Le contexte régional est particulièrement hétérogène, les dispositifs existants sont différents d'un territoire à l'autre.

Les urgences psychiatriques sont assurées selon des organisations différentes :

- elles sont intégrées au sein du service des urgences générales,
- elles sont organisées sur un site distinct des urgences de l'hôpital général,
- elles sont juxtaposées au site d'accueil des urgences générales.

Il conviendra de regrouper, dans les différents territoires, la structure d'accueil des urgences psychiatriques sur le site des urgences somatiques ou à proximité immédiate afin de faciliter la mise en œuvre des dispositions régissant les soins psychiatriques sans consentement issues de la loi du 5 juillet 2011.

En application de l'article L3222-1-1A du Code de la santé publique, l'Agence régionale de santé organisera dans chaque territoire un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques. Ce dispositif précisera le rôle de tous les intervenants.

La participation des établissements de santé privés dans le dispositif d'accueil des urgences peut être envisagée selon des modalités propres à chaque territoire et dans des conditions à préciser en lien avec l'ensemble des acteurs concernés.

B) ASSURER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SELON LES DISPOSITIONS PRÉVUES PAR LA LOI DU 5 JUILLET 2011

Les dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 précisent les conditions de la prise en charge des patients faisant l'objet de soins psychiatriques et plus particulièrement de ceux hospitalisés sous contrainte en hospitalisation complète ou non.

Rappel des principales dispositions législatives :

- la création d'une période d'observation et de soins de 72 heures en hospitalisation complète,
- l'obligation d'un examen somatique systématique à la 24^e heure,
- l'audience systématique du Juge des libertés et de la détention (JLD) avant le 15^e jour d'hospitalisation complète puis tous les six mois,
- l'élaboration d'un programme de soins systématique pour toutes formes de prises en charge en ambulatoire,
- l'organisation, par territoire de santé, d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques reposant sur une convention signée entre les acteurs suivants : SAMU, SDIS, police, gendarmerie, établissements de santé, les groupements de psychiatres libéraux et les entreprises de transports sanitaires,
- la prise en compte du suivi et de la réinsertion des patients en soins sans consentement fait l'objet d'une formalisation par une convention à l'initiative de l'établissement de santé, le représentant de l'État dans le département, les collectivités territoriales et l'Agence Régionale de Santé.

C) RENFORCER LES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

• La prise en charge des enfants et des adolescents

EXPÉRIMENTER LA CRÉATION D'UN SITE RÉGIONAL POUR LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES ENFANTS EN HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET

Cette structure a pour objectif de répondre aux demandes exprimées par l'ensemble des territoires de santé dans les domaines ci-dessous:

- prendre en charge les situations de crise qui ne peuvent être gérées par les équipes de territoire,
- évaluer les stratégies thérapeutiques.

Pour ce faire des conventions devront être signées entre cette structure et l'ensemble des intervenants appelés à demander son concours. La commission permanente de la psychiatrie assurera l'évaluation de cette structure.

RENFORCER LA COORDINATION TERRITORIALE POUR LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS PAR L'INTERMÉDIAIRE DES RÉSEAUX DE SANTÉ QUE CONSTITUE LA MAISON DES ADOLESCENTS (MDA)

Les caractéristiques spécifiques de cette tranche d'âge nécessitent une organisation structurée au niveau de chaque territoire. Un certain nombre de dispositifs existent et concourent tous à des degrés divers à cette prise en charge ; néanmoins, la clarification des missions des différents intervenants est une priorité.

La Maison des Adolescents est un lieu polyvalent où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle et sociale, éducative. Ayant pour vocation d'être un véritable "lieu ressource",

elle travaille en réseau avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès d'adolescents.

Quatre territoires (Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher) disposent d'une Maison des adolescents opérationnelle ; pour les territoires du Cher et du Loiret, ces dispositifs seront opérationnels respectivement en 2013 et 2012.

Il est indispensable qu'une coordination territoriale soit instaurée au sein de chaque territoire avec une délégation suffisante pour organiser en toutes circonstances la prise en charge en cas d'urgence.

Cette coordination territoriale doit regrouper l'ensemble des acteurs du territoire intéressé à la prise en charge des adolescents et déléguer formellement un de ses membres pour statuer sur l'orientation adaptée, en cas d'urgence et d'impossibilité de réunir la totalité des membres.

CONSTITUER UNE ÉQUIPE MOBILE TERRITORIALE

L'amélioration de la gestion de la crise passe par l'intervention d'une équipe mobile sur l'ensemble du territoire et dans toutes les structures d'accueil.

Cette équipe pourrait ainsi assurer les consultations immédiates, sur place en lien avec le coordonnateur territorial, et serait également l'interlocuteur privilégié de la coordination territoriale des adolescents.

RENFORCER LES STRUCTURES D'HOSPITALISATION À TEMPS PLEIN EXISTANTES POUR ADOLESCENTS

Le dispositif idéal serait de disposer d'une structure par territoire, mais, compte tenu de l'effectif des adolescents justifiant une hospitalisation et des contraintes de la démographie médicale, il n'est pas prévu d'augmenter le nombre de structures d'accueil à temps complet.

Le nombre de structures d'hospitalisation pour adolescents doit en effet être limité pour permettre un encadrement médical satisfaisant et une qualité et une sécurité des soins optimaux.

Les structures existantes (Bourges, Chartres, Tours, Fleury les Aubrais) devront accueillir les patients de toute origine géographique, les conditions d'organisation et de fonctionnement pour l'ensemble des territoires de la région seront à formaliser dans des conventions spécifiques.

La prise en charge en hospitalisation à temps complet devra permettre de gérer la crise et ses effets immédiats d'une part, d'initialiser et de réévaluer la stratégie thérapeutique, d'autre part.

Par ailleurs, les structures spécialisées identifiées devront assurer le niveau de recours et de ressources.

Enfin, certains troubles psychiques d'adolescent(e)s et de jeunes adultes (13 à 25 ans) nécessitent une prise en charge spécifique relevant d'un dispositif "soins études".

Ce type de dispositif est actuellement absent sur la région et ceux situés dans des régions plus éloignées ne sont plus, en pratique, accessibles.

Il s'agira de redéfinir précisément son périmètre et ses objectifs.

• La prise en charge des personnes âgées

Les dispositifs de psychiatrie prennent en charge un certain nombre de personnes âgées, en particulier dans le cadre du suivi au long cours des patients chroniques de leur file active.

Les besoins en termes de diagnostic et de soins tels qu'identifiés par les acteurs des filières gériatriques, sont très insuffisamment couverts par les services de psychiatrie tant publics que privés.

Il est donc prioritaire de poursuivre le développement d'une offre de soins spécifique en psychiatrie de la personne âgée telle qu'elle a pu déjà être expérimentée dans plusieurs territoires de santé.

L'accueil des patients âgés hospitalisés pour pathologie psychiatrique doit être amélioré.

Les liens avec les établissements et services d'accueil pour personnes âgées doivent être formalisés pour permettre le retour rapide dans l'institution d'origine.

De même, les liens forts entre les services d'accueil des urgences générales et psychiatriques et les établissements et structures d'origine doivent être formalisés.

Une structure de psycho-gériatrie par territoire de santé est un objectif du présent SROS.

Les établissements et services de psychiatrie devront se réorganiser de façon à identifier une structure de psycho-gériatrie par territoire, en mesure de mobiliser des compétences spécifiques (gériatre, psychiatre, assistant sociale, ergothérapeute) et liée par convention avec les urgences et les structures de prise en charge au long cours.

• Les populations précaires

Les départements de l'Eure-et-Loir, de l'Indre, de l'Indre-et-Loire, du Loir-et-Cher, disposent d'Équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour les précaires (EMSP)

Le CHRU de Tours et le centre hospitalier de Bonneval ont développé deux Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) spécialisées en psychiatrie.

Dans les territoires dépourvus de tels dispositifs, un recensement des solutions alternatives sera réalisé dans le cadre du PRAPS.

• Les personnes handicapées psychiques

Parallèlement au soin, le logement est un paramètre important de la prévention de la rechute. A ce titre, une mobilisation des équipes soignantes de psychiatrie est indispensable à la création de logements avec des structures adaptées telles les résidences d'accueil ; de même les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) par leur vocation d'insertion sociale, sont à soutenir et leur développement à encourager.

• Les personnes atteintes d'autisme et de Troubles envahissants du développement (TED)

En référence à la circulaire du 27 juillet 2010 relative à la mise en œuvre du Plan Autisme 2008-2010, prolongé en 2011, les principes organisationnels retenus sont rappelés ci dessous.

L'organisation territoriale d'une offre de service graduée est fondée sur :

- l'identification d'équipes hospitalières associées au centre de ressources Autisme pour lui permettre de remplir ses missions de diagnostic et d'évaluation complexes, de recherche et de formation,
- le développement du rôle des équipes hospitalières de territoire pour le diagnostic des cas simples,
- la coordination des professionnels de proximité intervenant en amont et en aval du diagnostic.

D) DISPOSITIFS DE SOINS PARTAGÉS ET AMÉLIORATION DES LIENS AVEC MÉDECINE GÉNÉRALE

Les liens et la communication entre l'hôpital et la ville, sont à développer en particulier à la sortie d'une hospitalisation, pour permettre au médecin traitant de poursuivre la prise en charge de son patient, en disposant de toutes les informations nécessaires.

A ce titre, l'envoi systématique du compte rendu d'hospitalisation immédiatement à la sortie du patient est à prioriser.

E) GÉRER LA SORTIE DE CRISE

Chaque établissement de santé désignera un psychiatre qui sera l'interlocuteur privilégié des établissements médico-sociaux. A ce titre, il veillera à organiser le retour dans l'institution d'origine dans les meilleures conditions afin d'éviter des hospitalisations trop longues qui se révéleraient inappropriées.

L'équipe mobile pourra être sollicitée en tant que de besoin pour accompagner la sortie de crise.

Accompagner la mise en œuvre du SROS par l'établissement d'une instance régionale de suivi et de concertation

IMPULSER UNE DYNAMIQUE RÉGIONALE

Il est proposé que soit constituée une instance de suivi et d'accompagnement du volet psychiatrique du PRS. Celle-ci pourrait prendre la forme d'une "**Commission régionale permanente de psychiatrie**" (CRPP).

La CRPP est composée des représentants de chaque territoire, mais également des représentants des intervenants auprès des personnes handicapées, des libéraux, des représentants des familles et des patients ainsi que des représentants régionaux du Collège territorial du Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP).

Cette CRPP aurait pour mission :

- d'assurer le suivi de la mise en œuvre du projet régional de santé en veillant à la cohérence du volet psychiatrique des projets médicaux de territoire avec les objectifs définis par le PRS,
- de promouvoir et de suivre l'exécution du présent volet du SROS, de faire des propositions en vue de son éventuelle révision,
- d'améliorer l'offre de soins en garantissant la qualité et la sécurité de ceux-ci,
- de promouvoir, en lien avec le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie et de tous les acteurs concernés, toute action de promotion du Développement professionnel continu (DPC), notamment dans ses aspects d'évaluation des pratiques professionnelles,
- d'analyser la structure des populations accueillies dans les structures de soins.

Cette commission se réunira au moins deux fois par an et publiera un recueil annuel de ses actions pour l'exécution de ses missions.

Développer les dispositifs et programmes de prévention

A) POURSUIVRE ET DÉVELOPPER LE PROGRAMME RÉGIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE ET SES DÉCLINAISONS DÉPARTEMENTALES

Avec une surmortalité qui reste significativement plus élevée en région Centre que dans le reste de la France et des perspectives inquiétantes liées au contexte socioéconomique, il convient de ne pas relâcher l'effort entrepris depuis des années et de le renforcer.

En conformité avec le prochain plan national de prévention du suicide, l'action devra porter sur :

- la recherche en visant, notamment, une amélioration du suivi régional quantitatif et qualitatif des données de morbidité et de mortalité par suicide,
- l'information et la communication autour de la prévention du suicide,
- la formation des professionnels,
- le développement de la prévention et de la postvention,
- l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire.

Ces points sont en lien avec les orientations du schéma régional de prévention.

B) AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES PERSONNELS

Les recommandations de l'Inspection générale des affaires sociales, dans son rapport de mai 2011 relatif à l'analyse des accidents en psychiatrie, donnent un certain nombre d'éléments de nature à apporter une plus grande sécurisation des personnels et des patients au sein des structures d'hospitalisation.

Pour la mise en œuvre de ces recommandations, l'Agence régionale de santé, dans le cadre de la négociation des contrats d'objectifs et de moyens engagée avec les éta-

blissements de santé, consécutivement à la publication du présent SROS, établira un état des lieux des mesures prises et arrêtera les priorités en la matière en tenant compte des spécificités locales et des réalisations déjà opérationnelles.

Promouvoir des actions de formation initiale et continue des intervenants en psychiatrie et des programmes de lutte contre la stigmatisation

FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTALE, AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Les médecins

Pour pallier la faible densité de psychiatres issus de l'internat en région Centre, il convient de favoriser l'inscription des médecins généralistes recrutés par les établissements de santé dans un cursus de spécialisation.

Actuellement cette formation est assurée en dehors de la région. Pour fidéliser ces praticiens, l'organisation de cette formation en région est à rechercher en concertation avec l'Université et le Centre hospitalier régional universitaire de Tours. Le dispositif de télé enseignement pourrait être utilement mis à profit.

Les psychologues

Il importe de former spécifiquement les psychologues au travail en psychiatrie.

Il est souhaité l'introduction, dans leur cycle de formation, d'un stage (six mois) dans une unité de psychiatrie, complété au moment du recrutement, par une formation mettant en contact avec la pratique de soins afin qu'ils puissent se familiariser notamment avec les pratiques institutionnelles.

Pour ce faire, les médecins responsables de pôles et les responsables d'enseignement travailleront en concertation.

La "Commission régionale permanente de psychiatrie" établira un cahier des charges précis du rôle et des missions d'un psychologue au sein d'une unité de soins en psychiatrie.

Les infirmiers

Il importe de donner aux infirmiers une formation en psychiatrie en introduisant dans le cycle de formation, un stage long.

L'introduction dans le cycle de formation, d'un stage (six mois) dans une unité de soins de psychiatrie avec l'accompagnement d'un tuteur est indispensable. A cet égard, il est nécessaire de mobiliser les personnels formés dans le cadre du dispositif de tutorat.

Les établissements de santé doivent veiller tout particulièrement à l'accueil des stagiaires afin de favoriser leur recrutement ultérieur.

Les points d'articulation avec les schémas de prévention, de l'offre de soins ambulatoire et de l'organisation médico-sociale

Les dispositions contenues dans le présent volet ont vocation à s'inscrire dans le cadre d'une coopération soutenue en ce qui concerne:

- la gestion de la crise pour les patients handicapés nécessitant une prise en charge psychiatrique, avec la désignation au sein de l'établissement ou du service de proximité d'un psychiatre référent,
- l'identification d'une structure de géronto-psychiatrie par territoire qui devra assurer la réponse à la demande de soins de l'ensemble du territoire et donc formaliser les liens avec les EHPAD pour favoriser le retour en institution,
- la coopération avec la médecine de ville pour assurer le suivi des patients après hospitalisation à temps plein.

1.6.3 Évaluation et suivi

Indicateurs de suivi :

- part des patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'un an par territoire de santé,
- évolution du taux d'hospitalisation en soins sans consentement par territoire de santé.

Annexe opérationnelle - Déclinaison des objectifs par territoires de santé

RÉFÉRENCE AU SCHEMA	DÉCLINAISON DES ACTIONS PAR TERRITOIRE
POURSUIVRE LA DIVERSIFICATION ET L'ORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS	
Mettre en œuvre les dispositions préconisées par la Mission nationale d'appui en santé mentale sous l'égide de l'Agence régionale de santé.	Territoires de l'Eure-et-Loir, de l'Indre et du Loir-et-Cher.
Action 1 : Améliorer la prise en charge des urgences	
Créer un service d'accueil des urgences psychiatriques sur le même site que l'accueil des urgences somatiques de l'hôpital général (le département du Cher n'est pas concerné, un centre d'accueil et de crise existe à Bourges).	Chartres
	Châteauroux
	Tours
	Blois
	Orléans
Action 2 : Hospitalisation sans consentement	
Désignation par le DGARS des établissements de santé chargés d'assurer cette mission de service public (Article L3222-1 du CSP).	Au moins un établissement par territoire de santé.
Mise en place des conventions prévues par L3222-1-2 du CSP.	Une convention par établissement de santé concerné par l'article L3222-1 du CSP.
Action 3 : Renforcer les prises en charge spécifique	
Prise en charge des enfants et des adolescents.	Expérimenter un site régional de prise en charge des jeunes enfants en hospitalisation complète.
Renforcer la coordination territoriale des adolescents via les Maisons des Adolescents.	Dans chaque territoire de santé.
Constituer une équipe mobile territoriale pour gérer la crise.	Au moins une par territoire de santé.
Renforcer l'hospitalisation complète pour les adolescents.	Pas de création nouvelle mais mise en œuvre effective des structures existantes à Bourges, Chartres, Tours et Fleury-les-Aubrais, Huisseau-sur-Cosson.
Prise en charge des personnes âgées.	
Identifier au moins une structure de psycho gériatrie par territoire.	Inventaire et labellisation à réaliser.
Prise en charge des populations précaires.	
Inventorier l'existant et proposer des améliorations à la CRPP.	Dans chaque territoire.
Prise en charge des personnes handicapées.	
Organiser l'offre territoriale graduée en lien avec le Centre de ressources de l'autisme.	Identification des équipes territoriales associées au CRA.
Action 4 : Renforcer les liens avec la médecine générale	
Engager une politique de communication.	Etablir un bilan annuel ARS/CPOM/CRP.
Action 5 : Gérer la crise et la sortie de crise	
Nommer un référent par établissement.	Dans chaque territoire en commençant par les territoires les plus touchés par la désertification médicale.
ACCOMPAGNER LA MISE EN ŒUVRE DU SROS PAR L'ÉTABLISSEMENT D'UNE INSTANCE RÉGIONALE DE SUIVI ET DE CONCERTATION	
Action : Impulser une dynamique régionale	
	Installer en 2012 la Commission régionale permanente de psychiatrie (CRPP). Produire annuellement un rapport du suivi des préconisations de la CRPP.
DÉVELOPPER LES DISPOSITIFS ET PROGRAMMES DE PRÉVENTION	
Action 1 : Poursuivre et développer le programme régional de prévention du suicide	
	Poursuite de travaux en cours sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé dans le cadre du schéma régional de prévention du PRS.
Action 2 : Améliorer la sécurité des patients et des personnels	
	Élaboration d'un état des lieux confronté aux recommandations du rapport de l'IGAS (RM2011-071P) (1 ^{ère} année du SROS). Contractualisation sur les actions à mettre en œuvre pour tous les établissements.
PROMOUVOIR DES ACTIONS DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES INTERVENANTS EN PSYCHIATRIE, ET DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION	
Action : Former les professionnels de santé mentale	
Pour les médecins	Promouvoir la formation de troisième cycle et la formation continue avec le pôle universitaire de Tours et l'ensemble des établissements de santé.
Pour les psychologues	Renforcer au sein de la formation l'apprentissage des pratiques professionnelles propres à la psychiatrie.
Pour les infirmiers	Mobiliser les moyens utilisés dans le cadre du tutorat pour favoriser l'insertion dans les équipes des nouveaux IDE formés.

PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Les implantations correspondent à l'adresse géographique du service concerné.
- Pas de création nouvelle en hospitalisation complète.
- Possibilités de création en alternative à l'hospitalisation complète.
- Les implantations sont déclinées par établissement par modalité de prise en charge (hospitalisation complète / alternative à l'hospitalisation / et autres).
- Les alternatives à l'hospitalisation intègrent l'hospitalisation de jour et de nuit.
- L'ensemble des dispositifs hors hospitalisation complète a vocation à être regroupé géographiquement pour permettre notamment une présence médicale effective.
- Chaque territoire doit offrir l'ensemble des dispositifs de prise en charge, dont une structure d'accueil des urgences (sur le même site que l'accueil des urgences somatiques de l'hôpital général), et au moins une unité de psychogériatrie identifiée.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS*

	IMPLANTATIONS	NOMBRE D'IMPLANTATIONS PAR MENTION DE PRISE EN CHARGE					
		HOSPITALISATION COMPLÈTE	ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION	PLACEMENT FAMILIAL	APPARTEMENT THÉRAPEUTIQUE	ACCUEIL DES URGENCES	PSYCHO-GÉRIATRIE
CHER (18)	4	4	9	1	1	1	1
EURE-ET-LOIR (28)	3	4	7 à 6	1	1	2	1
INDRE (36)	3	3	6	1	4	1	1
INDRE-ET-LOIRE (37)	9	9	14	1	1	1	1
LOIR-ET-CHER (41)	7 à 6	7 à 6*	10	3	1	1	1
		*conversion d'une structure sanitaire en médico-social					
LOIRET (45)	6	6	8	1	3	1	1
		Dynamique territoriale à mettre en place avec l'ensemble des établissements de santé assurant la prise en charge psychiatrique.					

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Les implantations correspondent à l'adresse géographique.
- Pas de création nouvelle en hospitalisation complète, et les structures mentionnées à ce titre ne concernent que la prise en charge des adolescents.
- Possibilités de création en alternative à l'hospitalisation complète.
- Les implantations sont déclinées par établissement par modalité de prise en charge (hospitalisation complète/alternative à l'hospitalisation/et autres).
- L'ensemble des dispositifs hors hospitalisation complète a vocation à être regroupé géographiquement pour permettre notamment un encadrement médical suffisant.
- L'accueil des urgences est assuré par la psychiatrie générale selon son organisation territoriale, dans un lieu spécifique permettant un accueil de très courte durée.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS*

	IMPLANTATIONS	NOMBRE D'IMPLANTATIONS PAR MENTION DE PRISE EN CHARGE				
		HOSPITALISATION COMPLÈTE	ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION	PLACEMENT FAMILIAL	APPARTEMENT THÉRAPEUTIQUE	ACCUEIL DES URGENCES
CHER (18)	1	1	4	2	1	1
EURE-ET-LOIR (28)	3	1	4	2		1
		Restructuration à envisager dans le cadre de la mission en cours menée par la MNASM				
INDRE (36)	1	1 à 0*	2	1		1
		* Révision des autorisations sur le territoire				
INDRE-ET-LOIRE (37)	2	2 à 1*	3	1		1
		* Révision des autorisations sur le territoire				
LOIR-ET-CHER (41)	3 à 2	2	4	1		1
		Structuration de la filière de prise en charge des enfants et des adolescents au niveau du territoire par regroupement des activités autour du pôle territorial à mettre en œuvre à Blois dans le cadre de la mission en cours menée par la MNASM				
LOIRET (45)	2	2	4	2	0	1
		Structuration de la filière de prise en charge des enfants et des adolescents au niveau du territoire en lien avec Montargis				

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Les Soins de suite et de réadaptation (SSR) ont fait l'objet d'une réflexion approfondie dans le cadre de la révision du SROS de troisième génération, arrêté le 28 septembre 2009 par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour prendre en compte les dispositions des décrets n°2008-376 et n°2008-376 du 17 avril 2008 (articles D6124-177-1 à D6124-177-53 du Code de la santé publique).

Le présent volet du SROS s'inscrit dans la continuité du SROS 3 dont la mise en œuvre a été initiée le 30 juillet 2010 par la délivrance par le directeur général de l'ARS des premières autorisations de soins de suite et de réadaptation selon les nouvelles modalités :

- autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes
- autorisation accompagnée de la mention de la prise en charge des enfants et / ou adolescents, à titre exclusif ou non,
- autorisation accompagnée de 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 du système 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.

1.7.1 Le contexte

Pour mémoire, le diagnostic établi dans le SROS 3 objectivait les éléments de contexte suivants :

- une offre insuffisante mais en croissance,
- une tendance à la réduction des inégalités départementales,
- un blocage de l'aval du soin de suite.

Le SROS 3 explicitait l'incidence de la réforme sur les modalités d'organisation et de fonctionnement des structures de soins de suite notamment en prévision de la délivrance des nouvelles autorisations.

Le présent SROS s'attache à actualiser en tant que nécessaire les objectifs qui guideront l'action de l'Agence régionale de santé pour les cinq ans à venir, objectifs qui s'inscrivent en parfaite continuité avec ceux retenus précédemment suite à une concertation approfondie avec les acteurs du domaine.

1.7.2 Les objectifs communs à tous les soins de suite

Code de la santé publique : R6123-118 à R6123-126 ; D6124-177-1 à D6124-177-19

LES MISSIONS COMMUNES

Il s'agit 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. Elles associent, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique.

Les patients accueillis dans une structure exerçant l'activité de soins de suite et de réadaptation y sont directement admis ; ils peuvent également être transférés d'un établissement de santé ou d'un établissement ou service médico-social.

Pour remplir ces missions, l'établissement de SSR 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.

La coordination des structures de SSR doit être favorisée sur un même territoire d'intervention avec non seulement les établissements de court séjour mais aussi les structures d'hospitalisation à domicile, le secteur ambulatoire et les établissements et services médico-sociaux.

Cette coordination doit aussi être mise en place avec les structures à vocation régionale.

Cela passe notamment par la mise en place d'un outil web d'aide à l'orientation des patients type "TRAJECTOIRE" pour aider les établissements de MCO et de SSR dans leur travail d'orientation et de transfert d'un patient dans la structure de SSR la plus adaptée, à son projet de rééducation et réadaptation. Cet outil nécessite la mise en place d'un annuaire des structures SSR, et permet la mise en place de demandes d'admission standardisées.

En région Centre, l'outil de demande standardisé existant dans le Loiret sera évalué et les freins à son utilisation identifiés.

L'ORGANISATION SPATIALE : MISSIONS DÉPARTEMENTALES ET RÉGIONALES

Les soins de suite non spécialisés, et les soins de suite assurant la prise en charge spécialisée pour les affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance, pour affections de

l'appareil locomoteur et pour les affections du système nerveux privilégient la proximité environnementale et familiale afin de faciliter la réinsertion. Leur territoire est le département.

Les structures d'hospitalisation de jour ont une mission infra départementale afin de limiter les temps de trajets des patients. Elles seront localisées dans des zones à forte densité de population.

Les autres disciplines ont des missions régionales pour ce qui relève de l'hospitalisation complète.

1.7.3 Les objectifs relatifs aux soins de suite et de réadaptation non spécialisés

PROMOUVOIR ET ACCOMPAGNER LE RAPPROCHEMENT DES PETITES STRUCTURES

Les SSR non spécialisés réalisent une prise en charge de proximité au sein de chaque territoire de santé qu'il convient de préserver.

Toutefois, au-delà du respect des conditions réglementaires de fonctionnement, les structures de SSR non spécialisés doivent avoir une taille suffisante pour faire face aux défis liés d'une part à la pénurie d'effectifs médicaux ou paramédicaux, d'autre part à la mise en place prochaine de la réforme du financement. Cela conduit à promouvoir et accompagner les rapprochements de ces structures, à éviter la création de structures nouvelles et à limiter l'ambition en matière de spécialisation gériatrique.

DÉVELOPPER LA PRISE EN CHARGE CANCÉROLOGIQUE

En dehors de l'onco-hématologie, la prise en charge cancérologique concerne principalement les SSR sans spécialité mais aussi les SSR assurant des prises en charge spécialisées. Les établissements pourront afficher cette orientation dans leur projet d'établissement et dans les contrats d'objectifs et de moyens.

La prise en charge de ces malades rencontre trois freins :

- l'importance des moyens humains pour organiser les soins de support et les soins techniques,
- la réticence psychologique des équipes du fait d'un manque de formation,
- l'absence de tarification permettant de valoriser la prise en charge des patients cancéreux.

Les SSR accueillant des patients cancéreux auront pour mission :

- la préparation des patients présentant une altération de l'état général nécessitant une réhabilitation préalable pour mettre en œuvre le traitement ; la prise en charge nutritionnelle est ici de première importance,
- la convalescence : en post opératoire, en intercure de chimiothérapie ou en cours de traitement radiothérapique,
- la réadaptation et la réinsertion des patients grâce notamment à l'éducation des patients et de leur entourage avant leur retour à domicile.

- la mise en œuvre ou la poursuite de soins de support.

Les patients accueillis sont soit des patients relevant d'une prise en charge palliative, soit des patients relevant d'une convalescence de soins aigus ou de préparation à des traitements invasifs. Il s'agit de patients fragiles, atteints d'un cancer diagnostiqué et dont le bilan est achevé, stabilisés ou en voie de stabilisation, ne relevant plus de soins techniques invasifs ou aigus, dont le pronostic vital n'est pas en jeu à court terme, mais présentant des comorbidités ou une perte d'autonomie associées à un isolement social contraindiquant le retour à domicile.

Les établissements accueillant ce type de patients devront développer :

- des soins techniques : de nursing, de stomies, de nutrition entérale voire parentérale, la possibilité d'aspiration et d'oxygénothérapie,
- des soins de support,
- des soins de réadaptation et d'éducation thérapeutique.

Les prises en charge pourront se faire au sein ou en lien avec des structures de SSR assurant une prise en charge spécialisée. Il peut s'agir des SSR spécialisés dans la prise en charge des affections des personnes âgées polypathologiques, des affections de l'appareil locomoteur (fractures pathologiques), des affections du système nerveux (patients victimes d'une atteinte médullaire et pouvant bénéficier de programme de reverticalisation, ou patients atteints de tumeur cérébrale pouvant avoir accès à des programmes de rééducation visant à restaurer une certaine autonomie), des affections des systèmes digestifs (patients stomisés, patients dénutris, patients nécessitant une éducation nutritionnelle), des affections respiratoires (patients laryngectomisés, patients atteints de cancer du poumon). La prise en charge au sein de ces structures spécialisées, notamment pour les affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux, nécessite un potentiel de récupération, une endurance et une motivation suffisante pour adhérer au projet et à un programme de rééducation intensif.

En conséquence la proposition suivante est retenue :

tout établissement autorisé pour l'activité de traitement des cancers devra bénéficier d'un aval organisé en SSR pour la prise en charge des patients cancéreux relevant d'une convalescence de soins aigus ou de préparation à des traitements invasifs dans le cadre d'une filière formalisée. L'organisation de cette filière peut se faire par convention avec un établissement de SSR extérieur à l'établissement autorisé pour l'activité de traitement des cancers, ou en son sein s'il dispose des deux autorisations. Ces conventions préciseront notamment :

- les modalités d'admission,
- les modalités de transfert en court séjour en cas de décompensation ou de complication,
- les modalités de retour en SSR après un passage en court séjour,
- l'organisation de la prise en charge des urgences,
- l'organisation des conseils téléphoniques par la structure autorisée pour l'activité de cancérologie,

- l'organisation du suivi des patients au cours de leur séjour en SSR afin de dépister au plus tôt des complications et de favoriser les hospitalisations directes dans le service référent,
- l'organisation des échanges de pratiques par le biais de stages ou de formation des personnels.

DÉVELOPPER LA PRISE EN CHARGE EN SOINS PALLIATIFS

Afin de permettre la prise en charge des patients nécessitant des soins palliatifs au plus proche de leur environnement social et familial, il est nécessaire que tous les soins de suite gériatriques développent la prise en charge palliative. Pour cela, ils devront notamment :

- passer convention avec une équipe d'appui départementale en soins palliatifs,
- passer convention avec un établissement disposant de lits identifiés en soins palliatifs,
- inscrire la formation aux soins palliatifs dans le plan de formation de l'établissement.

1.7.4 Les objectifs relatifs aux soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge des enfants et adolescents

Code de la santé publique : D6124-177-10 à D6124-177-16

Le besoin prioritaire en SSR enfants pour la région Centre concerne trois domaines :

- les enfants souffrant de handicaps multiples et requérant des prises en charge intensives et de haute technicité, quels que soient leurs âges,
- les adolescents souffrant d'anorexie mentale,
- les adolescents en surpoids.

Les caractéristiques des structures en région

Centre

ORIENTATIONS COMMUNES POUR TOUS LES SSR "ENFANTS"

Profil des patients : les SSR "enfants" accueillent uniquement les patients pour lesquels un projet thérapeutique peut être défini en termes d'objectifs de soins médicaux, de rééducation et de réadaptation.

Mission : la prise en charge en soins est indissociable d'un projet de vie personnalisé, global, éducatif, social et psychologique en constante évolution au cours de la croissance de l'enfant. L'accompagnement des parents sera organisé.

La prise en charge en SSR est limitée dans le temps. L'hospitalisation complète en SSR est indiquée pour des patients atteints de pathologies de durée variable (y com-

pris des patients chroniques) associées éventuellement à des problèmes psycho-socio-familiaux qui ne peuvent être pris en charge en ambulatoire.

Cette prise en charge a pour but le retour au domicile du patient ou l'accueil dans une structure sociale ou médico-sociale si le retour au domicile n'est pas envisageable.

ORIENTATIONS SPÉCIFIQUES AUX SSR ACCUEILLANT LES ENFANTS SOUFFRANT DE HANDICAPS MULTIPLES

Profil des patients : ces SSR, bien que non spécialisés au sens des décrets d'avril 2008, accueillent principalement des enfants requérant des prises en charge intensives et de haute technicité, quels que soient leurs âges.

Le titulaire de l'autorisation accueillera des enfants placés sous oxygénothérapie ou sous ventilation artificielle ou bénéficiant d'une alimentation parentérale.

Implantations : ces structures seront implantées sur le site d'un établissement disposant d'un service de pédiatrie, et d'une réanimation pédiatrique afin de faciliter le passage d'une structure à l'autre en cas de besoin. L'intervention d'un pédiatre sera organisée 24 heures sur 24. Ces structures bénéficieront de l'ensemble des compétences médicales du plateau technique de l'établissement gestionnaire notamment en matière pneumologique, ORL ou ophtalmologique. Ces conditions conduisent à envisager l'implantation de ces unités au sein d'un centre hospitalier régional.

Place dans la filière : ces structures permettront de raccourcir la durée de séjour en néonatalogie ou en réanimation pédiatrique, tout en garantissant un niveau de sécurité élevé. A la sortie du SSR, lorsque le retour à domicile s'avère impossible, l'admission en structures sociales ou médico-sociales sera facilitée par des liens formalisés avec des structures pour enfants et pour adultes. L'amélioration de l'accueil des enfants polyhandicapés dès le plus jeune âge constitue une des priorités du Schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS).

ORIENTATIONS SPÉCIFIQUES AUX SSR ACCUEILLANT LES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES PRÉSENTANT UNE ANOREXIE MENTALE

Profil des patients : ces SSR accueillent exclusivement des adolescents et jeunes adultes présentant une anorexie mentale soit en sortie de court séjour ou d'un service de psychiatrie, soit en admission directe.

Implantations : ces structures seront implantées sur le site d'un établissement disposant d'un service de pédiatrie et d'une réanimation pédiatrique afin de faciliter le passage d'une structure à l'autre en cas de besoin. L'intervention d'un pédiatre sera organisée 24 heures sur 24. Elles bénéficieront également de l'ensemble des compétences médicales du plateau technique de médecine notamment en matière nutrition. Ces conditions conduisent à envisager l'implantation de ces unités au sein d'un centre hospitalier régional.

Afin d'éviter une concentration de difficultés et de permettre une prise en charge au plus proche du domicile est prévue la création de deux unités de six lits environ l'une dans l'Indre-et-Loire, l'autre dans le Loiret.

Place dans la filière :

Ces structures ne se substituent pas aux organisations existantes. Elles n'ont pas pour mission de structurer toute la filière de prise en charge des anorexies mentales. Elles constituent un maillon de la prise en charge et doivent pour cela formaliser leurs coopérations.

Elles organisent leur partenariat par convention avec les autres acteurs de la prise en charge de ces patients : services de pédiatrie de la région, services de réanimation notamment pédiatriques, structures de psychiatrie infanto-juvéniles et adultes (CMP, psychiatrie de liaison, clinique psychiatrique universitaire...), éducation nationale.

POUR LES SSR ACCUEILLANT DES ENFANTS EN SURPOIDS

Profil des patients :

ces SSR accueillent des jeunes de plus de six ans, principalement adolescents, présentant une obésité sévère (Indice de masse corporelle > 35) ou une obésité massive ou morbide (Indice de masse corporelle > 40) ou des échecs à des prises en charge ambulatoires bien conduites.

Implantations :

il est prévu dans un premier temps la création d'une structure régionale de ce type, de faible capacité (environ 10 lits), au sein d'une structure autorisée pour la prise en charge des conséquences fonctionnelles des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien.

L'objectif est d'offrir une alternative possible à la prise en charge ambulatoire pour les cas les plus difficiles. Actuellement ces cas sont adressés hors région ce qui ne permet pas un travail aisé avec les familles.

La structure sera implantée dans le Loir-et-Cher qui est le département central de la région Centre. Elle devra être facilement accessible en transport en commun afin de permettre aux parents de participer à certaines séances d'éducation.

Elle pourra disposer d'une place d'hospitalisation de jour afin de permettre des séances de "rappel" réunissant parents et enfants à distance d'une hospitalisation complète.

Place dans la filière :

la structure organisera en accord avec les parents, le partenariat avec les acteurs qui prendront en charge l'enfant à la sortie, qu'ils soient médicaux (médecin traitant, pédiatre, spécialiste en endocrinologie et métabolisme, psychiatre) ou non médicaux (diététicien, psychologue, éducateur sportif, enseignant).

Les priorités 2012-2016

Augmenter la capacité pour l'accueil des enfants souffrant de handicaps multiples :

- en augmentant la capacité d'accueil de la structure d'Indre-et-Loire pour la porter à environ 10 lits et cinq places,
- en créant dans le Loiret une deuxième unité de ce type d'une capacité d'environ six lits et trois places.

Créer un accueil en SSR pour les adolescents présentant une anorexie mentale en identifiant deux structures d'hospitalisation complète de six à huit lits : une dans l'Indre-et-Loire et une dans le Loiret.

Identifier dans le Loir-et-Cher une structure régionale d'une dizaine de lits pour la prise en charge des adolescents en surpoids au sein d'un établissement autorisé pour la prise en charge des conséquences fonctionnelles des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien. Elle pourra disposer d'une place d'hospitalisation de jour.

1.7.5 Les objectifs relatifs aux soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections de l'appareil locomoteur ("SSR locomoteurs") et soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections du système nerveux ("SSR neurologiques")

Code de la santé publique : D6124-177-17 à D6124-177-25

Caractéristiques des structures

Les affections de l'appareil locomoteur et les affections neurologiques étant presque toujours associées dans les établissements de la région Centre et les plateaux techniques et humains étant proches, ces deux types de SSR spécialisés sont présentés dans un même chapitre.

MISSIONS

Les SSR locomoteurs et neurologiques ont deux missions : l'évaluation et la prévention du handicap. Ils interviennent dès la phase aiguë. Leur action se situe à trois niveaux : rééducation (lutte contre les déficiences de base), réadaptation (lutte contre chacune des incapacités qui pourraient résulter de déficiences demeurées irréductibles), et réinsertion (lutte contre les désavantages de situation).

En hospitalisation de jour, les deux composantes locomotrice et neurologique seront associées. L'hospitalisation de jour, grâce à un abord multidisciplinaire, a pour mission de faire une activité de bilan et d'évaluation, de réaliser un programme de rééducation nécessitant des com-

pétences professionnelles diverses et une coordination médicale, de réadapter un programme de rééducation, d'organiser la transition entre l'hospitalisation complète et le retour à domicile.

PROFIL DES PATIENTS

Les SSR locomoteurs et neurologiques accueillent des patients ayant un besoin important de soin de rééducation ou de réadaptation ou de réinsertion dans un objectif de récupération et non d'entretien.

Les patients accueillis présentent :

- un enjeu fonctionnel et un potentiel de récupération, indépendamment de leur âge,
- une endurance et une motivation suffisantes pour adhérer au projet,
- l'absence d'aggravation prévisible à court terme de l'état général.

L'intensité du soin et l'abord multidisciplinaire différencient la prise en charge en centre et en ambulatoire.

LES COOPÉRATIONS

Il est souligné l'importance des coopérations suivantes :

Avec les établissements de court séjour :

- par l'intervention d'équipes de SSR locomoteurs ou neurologiques dans les services de court séjour afin d'améliorer l'orientation des patients de court séjour vers la structure adéquate,
- par l'organisation de rendez-vous rapides de consultations de médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation pour les patients dont la sortie précoce du court séjour n'a pas permis cet avis durant son séjour hospitalier. Cette organisation permet de corriger d'éventuelles erreurs d'orientation initiale,
- par une implication des structures de court séjour qui s'engageront à prévenir immédiatement les structures de SSR dans lesquelles elles ont retenu une place pour un patient donné si cette demande est annulée ; cette pratique permettrait d'éviter de bloquer inutilement des lits de SSR.

Avec les SSR non spécialisés ou les acteurs de la prise en charge à domicile par le développement d'équipes mobiles rattachées aux SSR spécialisés sur les conséquences fonctionnelles des affections de l'appareil locomoteur et des affections du système nerveux.

Avec l'hospitalisation à domicile par des conventions organisant le circuit du patient et les avis spécialisés en médecine physique et de réadaptation.

Les priorités 2012-2016

- Poursuivre la montée en charge des services identifiés dans le précédent SROS en favorisant le développement de l'hospitalisation de jour. Il est ainsi prévu la création d'une structure d'hospitalisation de jour sur Bourges et Chartres, ainsi qu'une troisième offre de ce type à Tours.
- Individualiser une structure d'hospitalisation de jour en SSR locomoteurs et neurologiques au sein du Centre hospitalier régional universitaire (CHRU), afin de conforter le développement d'un plateau technique de référence et de favoriser ainsi la formation de médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation

Organisation territoriale

REGROUPER LES SSR LOCOMOTEURS ET NEUROLOGIQUES AU SEIN D'UNE MÊME IMPLANTATION

La réunion des deux spécialités est souhaitable parce qu'elle correspond pour l'essentiel à l'offre actuelle et que, les deux spécialités utilisant des plateaux techniques très ressemblants, il est préférable de ne pas disperser des ressources humaines rares en médecins de médecine physique et de réadaptation ou en kinésithérapeutes.

Toutefois, la taille des établissements est parfois insuffisante pour développer les deux activités. Deux établissements de la région sont dans ce cas : l'un a développé la spécialité "locomoteur" l'autre s'est spécialisé dans la prise en charge des patients tétraplégiques.

Ces établissements auront donc pour vocation d'assurer sur un même site à la fois la prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections de l'appareil locomoteur; et des affections du système nerveux. Dans l'attente du développement de cette multidisciplinarité, les établissements autorisés pour la prise en charge spécialisée d'une seule des deux catégories d'affections (appareil locomoteur ou système nerveux) devront passer entre eux des conventions de partenariat et étudier les possibilités de rapprochement fonctionnel ou physique.

POUSUIVRE LA MONTÉE EN CHARGE DES AUTORISATIONS ACTUELLES ET PRÉVOIR LA CRÉATION D'UNE STRUCTURE D'HOSPITALISATION DE JOUR SUPPLÉMENTAIRE DANS L'INDRE-ET-LOIRE

Afin d'éviter la dispersion des moyens, il n'est pas envisagé d'implantation de structures supplémentaires en dehors de trois structures d'hospitalisation de jour :

- sur le site de Bourges en partenariat avec un établissement du département autorisé pour la prise en charge spécialisée, en hospitalisation complète, des affections de l'appareil locomoteur et des affections du système nerveux, afin de permettre une offre de proximité en hospitalisation de jour aux patients de ce secteur,
- sur le site du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Tours pour les raisons développées au chapitre suivant,
- à Chartres.

MAINTENIR UNE GRADUATION À DEUX NIVEAUX

- Au niveau de chaque territoire de santé : les SSR locomoteurs et neurologiques dispensent des soins en orthopédie, rhumatologie et en neurologie.
- Au niveau régional, le centre hospitalier universitaire doit disposer d'une unité d'hospitalisation de jour permettant la réalisation d'actes d'explorations techniques complexes mobilisant une équipe pluridisciplinaire notamment en appui technique des autres structures de la région Centre et contribuant au rôle d'enseignement, de recherche et de soins du CHU.

1.7.6 Les objectifs relatifs aux soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires

Code de la santé publique : D6124-177-26 à D6124-177-31

Caractéristiques des structures

MISSIONS

La réadaptation fonctionnelle cardio-vasculaire permet une approche globale du patient afin de retarder l'évolution de la maladie cardio-vasculaire et d'en limiter les conséquences physiques, psychologiques et socioprofessionnelles. Elle assure l'éducation du patient et de son entourage tant sur les aspects de prévention que sur les aspects de prise en charge des maladies cardio-vasculaires et de leurs conséquences. La réadaptation professionnelle est une mission importante de ces soins de suites spécialisés qui accueillent fréquemment une population jeune et active.

PRISE EN CHARGE À DÉVELOPPER POUR RÉALISER CES MISSIONS

Le programme de ces soins de suite spécialisés associe :

- l'évaluation fonctionnelle,
- l'initialisation du reconditionnement à l'effort,
- la prévention et l'éducation thérapeutique,
- l'aide à la réinsertion socioprofessionnelle.

PROFIL DES PATIENTS

Le profil des patients accueillis varie selon le mode de prise en charge.

En hospitalisation complète sont accueillis :

- des patients à haut risque de complication du fait de la précocité de la phase aiguë ou de la sévérité de la pathologie,
- des patients présentant un profil psychologique nécessitant un suivi,
- des patients dont l'absence d'autonomie, l'isolement familial ou l'éloignement de l'unité de réadaptation

fonctionnelle cardio-vasculaire contre indiquent une prise en charge en hospitalisation de jour.

Ces structures s'adressent principalement à des patients présentant :

- une maladie coronaire (post-infarctus, suite de chirurgie coronaire, angor),
- une insuffisance cardiaque (classe NYHA II et III pour prise en charge globale de la maladie),
- porteurs d'une greffe cardiaque (phase initiale),
- dans les suites opératoires de cardiopathie valvulaire ou d'artériopathie des membres inférieurs.

En hospitalisation de jour sont accueillis des patients autonomes, sans complication, résidant à proximité (délais < 30 minutes), pour la prise en charge de toute affection cardio-vasculaire stabilisée, en relais ou non d'une hospitalisation complète, notamment :

- les suites simples de syndromes coronariens aigus, notamment les suites de syndromes coronariens aigus à troponine négative traités par angioplastie,
- les suites simples de chirurgie cardiaque ou vasculaire après le quinzième jour,
- les insuffisances cardiaques chroniques stables,
- les suites simples de greffe cardiaque après trois mois,
- les artériopathies des membres inférieurs,
- la prévention primaire chez les patients à haut risque cardio-vasculaire.

ORGANISATION DES STRUCTURES

Compte tenu des pathologies accueillies et du risque vital réclamant une intervention sans délai, il est souhaitable que la permanence des soins soit organisée en lien avec un service de cardiologie de court séjour et le SAMU.

Les priorités du SROS

- Développer la prise en charge des suites simples des syndromes coronariens aigus d'évolution simple, notamment ceux à troponine négative traités ou non par angioplastie, en informant médecins traitants et angioplasticiens de l'intérêt de la réadaptation dans cette indication et en adaptant la prise en charge :
- hospitalisation de jour et nombre de séances limité afin de rester compatible avec une reprise d'activité professionnelle précoce,
- développement des aspects éducation et prévention.
- Poursuivre le développement de l'hospitalisation de jour.
- Développer les partenariats pour améliorer la prise en charge en soins de suite et de réadaptation des patients cardiaques âgés ne relevant pas d'une hospitalisation en structure spécialisée, afin de limiter les réhospitalisations itératives en court séjour.

L'organisation territoriale

Il est retenu la répartition suivante :

- **hospitalisation complète** : au moins un établissement de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires dans chacune des quatre zones fonctionnelles techniques d'angioplastie définies par le volet cardiologie du SROS :
 - une zone regroupant le Cher et l'Indre,
 - une zone regroupant les aires d'attractivité des établissements de santé de Blois et Vendôme et l'Indre-et-Loire,
 - une zone regroupant les aires d'attractivité des établissements de santé de Romorantin et le Loiret,
 - une zone correspondant au territoire d'Eure-et-Loir,
- **hospitalisation de jour** : au moins une offre dans chaque territoire de santé rattachée à un établissement de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires en hospitalisation complète, ou à défaut située à proximité immédiate d'un plateau de court séjour à orientation cardiologique.

Dans ce dernier cas, la structure devra avoir établi une convention avec un établissement de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires en hospitalisation complète.

- **Situation particulière de l'Eure-et-Loir** : l'Eure-et-Loir est le seul département à disposer de deux offres de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires. Plusieurs facteurs incitent au regroupement sur un seul site des équipements et des moyens :
 - la démographie médicale particulièrement défavorable en région Centre, avec aggravation prévue dans les cinq années à venir,
 - les aspects organisationnels (continuité médicale, attractivité ...) qui incitent à constituer des équipes médicales de taille suffisante,
 - les aspects budgétaires tels que le coût d'une ligne de garde, ou l'acquisition d'équipements redondants.

Les deux établissements d'Eure-et-Loir sont invités à initier la réflexion sur le regroupement sur un seul site géographique afin de répondre aux besoins de la population en optimisant les moyens humains et matériels. Ils transmettront, à l'ARS, le résultat commun de leur réflexion.

1.7.7 Les objectifs relatifs aux soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections respiratoires

Code de la santé publique : D6124-177-32 à D6124-177-36

Caractéristiques des structures

MISSIONS

L'objectif des soins de suite assurant la prise en charge spécialisée des patients atteints d'affections respiratoires est l'amélioration de la tolérance à l'effort, des possibilités fonctionnelles et de la qualité de vie.

PROFIL DES PATIENTS

On distingue trois types de profil de patients :

Type 1 :

- patients insuffisants respiratoires présentant une morbidité sévère :
- patients atteints de Broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) dyspnéiques et intolérants à l'effort,
- patients en période pré ou post opératoire,
- patients insuffisants respiratoires graves sous ventilation intermittente prolongée, en apprentissage d'aide instrumentale à domicile,
- patients atteints de tuberculose pulmonaire, notamment à bacilles résistants, ou d'infections respiratoires à Bactéries multi résistantes (BMR), ou de mucoviscidose,
- patients présentant des complications morbides d'une obésité sévère,
- patients atteints de syndromes d'apnée du sommeil associés à des comorbidités.

Type 2 : patients pouvant bénéficier d'un réentraînement à l'exercice dans le cadre d'une réhabilitation à l'effort c'est-à-dire des patients porteurs d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive dès le stade IIA ou atteints de certaines pathologies non obstructives, ou patients nécessitant une préparation à la chirurgie thoracique.

Type 3 : patients insuffisants respiratoires chroniques graves ventilés ou trachéotomisés avec dépendance prolongée au matériel de ventilation nécessitant des séjours prolongés dont la durée dépasse parfois un an.

On distingue trois modes d'organisation et de prise en charge :

- **structure classique d'hospitalisation complète** : elle s'adresse principalement aux patients de type 1. Ces patients bénéficient au cours de leur hospitalisation d'ajustements thérapeutiques (tels que les nébulisations) et de réentraînement à l'exercice physique. A l'issue de l'hospitalisation complète, un relais est pris

soit au cours d'hospitalisations de jour périodiques, soit à domicile.

Elle peut également prendre en charge des patients de type 2 qui n'ont pas un accès facile à une Unité d'évaluation et de réhabilitation (UER) en hospitalisation de jour.

- **unité d'évaluation et de réhabilitation (UER)** : elle s'adresse aux patients dont le besoin de réhabilitation a été préalablement identifié et dont les contre-indications potentielles ont été écartées. L'unité d'évaluation et de réhabilitation fonctionne en hospitalisation de semaine, ou de jour.

L'unité d'évaluation et de réhabilitation a pour mission :

- d'évaluer les patients en vue de proposer un projet thérapeutique établi en équipe pluridisciplinaire,
- de leur proposer un programme de réhabilitation en collaboration avec le pneumologue qui suit habituellement le patient,
- de favoriser la dynamique de groupe et l'adhésion au projet thérapeutique,
- d'initier ou de réaliser la mise en œuvre de ce programme et d'éduquer le patient.

A l'issue d'une première prise en charge, le relais peut être pris à domicile ou dans un cabinet de kinésithérapeute dans le cadre d'un partenariat organisé. La prise en charge à domicile nécessite la mise à disposition de matériel (bicyclette, oxymètre, moniteur de surveillance de la fréquence cardiaque) et une organisation impliquant le pneumologue référent, le médecin traitant et des kinésithérapeutes formés à la réhabilitation pneumologique. L'UER aura un rôle de référent auprès des kinésithérapeutes qui assurent la prise en charge de ces patients en ambulatoire.

La prise en charge en UER est réalisée par une équipe pluridisciplinaire. A côté des compétences obligatoires il est recommandé que cette équipe comporte les compétences suivantes : addictologue, tabacologue, diététicien, psychologue, ergothérapeute.

- **structure d'hospitalisation complète prolongée s'adressant aux patients de type 3** : elle s'adresse aux patients de type 3. Ces patients sont regroupés dans une unité, au sein d'une structure de soins de suite à orientation pneumologique offrant les autres modes de prise en charge.

Cette unité prend en charge de manière prolongée des patients insuffisants respiratoires graves non améliorables, dans l'impossibilité de demeurer seuls à leur domicile. Les soins s'apparentent plutôt à des soins prolongés ou palliatifs. Ces patients nécessitent un environnement spécialisé et du personnel formé dont l'effectif est adapté à l'intensité des soins.

Les implantations d'hospitalisation complète assurent les trois types de prise en charge.

LES COOPÉRATIONS

Pour éviter le déplacement des patients dépendant d'un système de ventilation l'accès sur site aux avis spécialisés en cardiologie, oncologie et tabacologie est organisé.

Les priorités du SROS

- Développer la réhabilitation respiratoire en implantant au moins une offre de proximité en hospitalisation de jour dans chaque territoire.
- Favoriser l'information des prescripteurs sur l'intérêt démontré de la réhabilitation respiratoire afin de rattraper le retard de la région Centre dans ce domaine.

Organisation territoriale

Il est retenu la répartition suivante :

- **hospitalisation complète** : disposer de deux implantations à vocation régionale,
- **hospitalisation de jour** : développement d'unités d'évaluation et de réhabilitation dans les zones urbaines disposant d'un centre hospitalier de référence. Ces unités seront adossées à un service de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des patients atteints d'affections respiratoires en hospitalisation complète ou à un service de court séjour à orientation pneumologique. Dans ce dernier cas, elles passeront convention avec des établissements de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des patients atteints d'affections respiratoires en hospitalisation complète.

1.7.8 Les objectifs relatifs aux soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens

Code de la santé publique : D6124-177-37 à D6124-177-39

Les caractéristiques des structures

MISSIONS

La prise en charge spécialisée des affections digestives, métaboliques et endocriniennes en SSR a pour objectif d'influencer favorablement le processus évolutif des maladies et de préserver et d'améliorer la réinsertion des patients dans leur milieu de vie.

Il s'agit d'une approche médicale, diététique, physique et psychologique qui a pour but d'assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible, ainsi qu'une meilleure qualité de vie.

PROFIL DES PATIENTS

Le profil des patients accueillis varie selon le mode de prise en charge :

Les patients atteints d'affections digestives ou de dénutrition relèvent d'une prise en charge en hospitalisation complète. Il s'agit :

- de patients dénutris ou relevant d'une réadaptation nutritionnelle avec reprise de l'activité physique :
 - dans le cadre d'une néoplasie, d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, d'une cirrhose hépatique, d'une insuffisance rénale,
 - avant ou au décours d'une chimiothérapie,
 - en pré ou post opératoire pour des pathologies chroniques avec retentissement pondéral,
- de patients présentant des problématiques d'isolement social ou familial, ou de perte d'autonomie physique ou intellectuelle associées à des pathologies requérant des gestes techniques (alimentation entérale ou parentérale, stomies). Dans ces cas, une hospitalisation en soins de suite peut être utile pour améliorer l'état général du patient et parfaire son éducation en lien avec les structures et prestataires de service qui prendront le relais à domicile.

Les patients relevant d'une **réadaptation nutritionnelle** relèvent de deux modes de prise en charge :

- l'hospitalisation complète concerne préférentiellement les pathologies installées telles que les troubles du comportement alimentaire (boulimie, compulsions), les surcharges pondérales avec ou sans facteur de risque cardio-vasculaire, l'obésité massive (Indice de Masse Corporelle > 40), certains troubles métaboliques (diabète, dyslipidémie), ainsi que la préparation ou le suivi de chirurgie de l'obésité,
- l'hospitalisation de jour s'adresse aux patients à risque identifié de surcharge pondérale nécessitant une prise en charge, aux patients présentant un échappement thérapeutique ou nécessitant un abord multidisciplinaire et aux surcharges pondérales avérées pour organiser des prises en charge modulaires individualisées (éducatives, psychologiques, réentraînement physique...).

Ne relèvent pas d'une admission en soins de suite :

- les pathologies psychiatriques non équilibrées,
- les nouveaux séjours, en cas de non-respect du contrat de soins lors d'un précédent séjour.

ORGANISATION DES STRUCTURES

Deux groupes distincts de patients relèvent de cette spécialité de soins de suite :

- les patients atteints d'affections digestives ou de dénutrition sévère,
- les patients atteints d'affections métaboliques, de surpoids ou de facteurs de risque vasculaire.

La prise en charge de ces deux groupes au sein d'un même établissement nécessite pour chacun d'eux un **projet spécifique** en termes de locaux, projet thérapeutique, projet éducatif, compétences spécifiques.

En effet le regroupement des patients au sein d'un projet commun pose plusieurs sortes de difficultés :

- des problèmes psychologiques pour les patients du fait de la cohabitation de patients dénutris et de patients en surcharge.
- l'adaptation des locaux et du matériel : la mise à disposition d'un parc de pompes de nutrition entérale ou parentérale concerne le premier groupe. A l'opposé le recours à une cuisine éducative, à un parcours de marche extérieur ou à une salle de sport concerne le second groupe. Il en est de même pour l'adaptation des locaux, du mobilier et du matériel aux patients en obésité massive (taille des portes, résistance des lits ou du matériel supportant le poids du patient).
- un projet médical et des compétences médicales requises : les patients atteints d'affections digestives ou de dénutrition sévère relèvent en priorité des compétences d'un médecin gastro-entérologue, alors que les patients du second groupe relèvent en priorité d'un médecin endocrinologue. Toutefois l'accès à ces deux compétences reste utile pour les deux groupes.
- un projet éducatif : dans le premier groupe, le projet portera sur l'usage des stomies ou d'une alimentation entérale et parentérale alors que dans le deuxième groupe il sera centré sur l'éducation culinaire et diététique ou sur la prise en charge du diabète ou des maladies métaboliques.

LES COOPÉRATIONS

Les établissements de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien passeront des conventions avec des établissements de court séjour qui devront garantir l'accès aux compétences médicales recommandées par la circulaire de 2008 et organiser les modalités de transfert.

Parmi les soins de suite et de réadaptation accueillant d'autres catégories de patients une attention particulière sera portée aux conventions avec des structures de SSR spécialisés pour les affections respiratoires et pour les affections cardio-vasculaires.

Les soins de suite dont l'autorisation mentionne la prise en charge spécialisée des affections digestives, métaboliques et endocriniennes mais dont le projet d'établissement est centré sur les deux dernières affections passent convention avec un soin de suite assurant la prise en charge des patients atteints d'affections digestives ou de dénutrition.

Les priorités du SROS

- Identifier au moins deux établissements régionaux capables d'assurer la totalité de la prise en charge spécialisée des affections des systèmes digestif, métabo-

lique et endocrinien et initier la réflexion pour les établissements accueillant aujourd'hui principalement des patients atteints d'affections des systèmes digestif et métabolique afin d'étendre leur activité à la totalité des disciplines mentionnées dans l'autorisation.

- Développer une offre de proximité en hospitalisation de jour sur chacune des zones infra territoriales de plus de 110 000 habitants.
- Identifier et désigner - conformément à l'instruction DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du Plan Obésité par les ARS - un établissement de la région dans le but de recevoir les patients obèses sévères quelque soit leur âge obligatoirement en lien avec les deux centres spécialisés de la région qui auront été retenus dans le cadre du Plan Obésité.

Organisation territoriale

La répartition suivante est retenue :

- Hospitalisation complète

Afin de répondre prioritairement aux besoins régionaux, les établissements mettront en place une organisation permettant de réduire les délais d'attente pour les demandes issues de patients résidant en région Centre.

Au moins deux établissements poursuivront l'accueil des trois catégories d'affections (système digestif, métabolique et endocrinien), l'un dans l'Indre et l'autre dans le Loir-et-Cher. Notons que l'accueil des patients souffrant d'affections digestives ou de dénutrition ne représente qu'une faible partie de leur activité (de l'ordre de 10 %) témoignant de la faiblesse de la demande exprimée dans ce domaine. Toutefois une meilleure identification de cette offre peut induire des demandes supplémentaires.

Les autres implantations autorisées pourront être spécialisées sur une partie du segment (affections métaboliques et endocriniennes). Ils pourront cependant étudier la possibilité de faire évoluer leur offre de soins vers l'ensemble des catégories d'affections regroupés dans le libellé "affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien".

- Hospitalisation de jour

L'offre de proximité, sous forme d'hospitalisation de jour, sera développée dans les zones d'attractivité des huit centres hospitaliers de référence afin d'en faciliter l'accès pour les populations les plus précaires.

Elle sera installée en priorité dans les territoires ne disposant pas d'offre en hospitalisation complète.

Les soins de suite assurant la prise en charge spécialisée des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien éloignés d'un centre urbain important qui disposent d'une autorisation d'hospitalisation de jour pourront maintenir cette activité afin d'accueillir des patients relevant d'une activité de bilan ou de suivi notamment pour les patients ayant bénéficié au préalable d'une hospitalisation complète dans l'établissement. Ils pourront également accueillir dans ces structures les

patients qui relèvent de l'exhaustivité du profil "hospitalisation de jour" et qui résident à proximité.

Les unités d'hôpital de jour seront adossées à un service de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien en hospitalisation complète ou à un service de court séjour à orientation endocrinologie-diabétologie. Dans ce dernier cas, elles passeront convention avec des établissements de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien en hospitalisation complète.

1.7.9 Les objectifs relatifs aux SSR assurant la prise en charge spécialisée des affections onco-hématologiques

Code de la santé publique : D6124-177-40

Les caractéristiques des structures

LES MISSIONS

La prise en charge spécialisée en SSR des affections onco-hématologiques concerne exclusivement les hémapathies malignes.

LE PROFIL DES PATIENTS

Ces structures accueillent des patients présentant :

- soit un état instable et la nécessité d'un suivi médical quotidien par un médecin,
- soit la nécessité d'assurer le traitement ou sa surveillance quand les contraintes thérapeutiques, sociales ou l'éloignement territorial ne permettent pas un retour rapide au domicile.

COOPÉRATIONS

Ces structures accueillent des patients fragiles et relevant de soins techniques complexes et spécialisés. Elles établiront donc un partenariat étroit avec un service d'hématologie référent.

Le partenariat avec les centres adresseurs sera organisé par des conventions qui préciseront notamment les conditions de transfert des patients.

Organisation territoriale

Une seule implantation est retenue pour la région.

Afin de garantir la sécurité des patients (proximité d'une unité de réanimation ou d'une unité de soins intensifs spécialisés et présence quotidienne d'un médecin présentant au minimum une expérience ou une formation attestée en onco-hématologie), cette unité sera implantée à proximité immédiate du service d'hématologie de l'établissement qui sera autorisé pour l'activité de greffes de cellules hématopoïétiques.

1.7.10 Les objectifs relatifs aux soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections des brûlés

Code de la santé publique : D6124-177-41 à D6124-177-44

L'arrêté du 27 novembre 2008 qui décrit l'offre de soins relevant du schéma interrégional d'organisation sanitaire de l'inter région Ouest a positionné deux implantations pour l'activité de traitement des grands brûlés : Tours et Nantes.

Les caractéristiques des structures

MISSIONS

La prise en charge spécialisée des brûlés en SSR a pour objectif de traiter de manière préventive et curative les complications, de prendre en charge la douleur, de gérer les problèmes posés par l'addition des déficiences, de favoriser un retour à l'autonomie le plus précoce possible en organisant la réadaptation et la réinsertion socio familiale et professionnelle ainsi que le parcours dans le réseau de soins. La réinsertion est facilitée par le repérage précoce des difficultés et le partenariat avec les associations de brûlés.

PROFIL DES PATIENTS

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR "brûlés" est liée à l'existence d'un enjeu fonctionnel avec un potentiel de récupération, d'un enjeu esthétique ou d'un enjeu technique avec nécessité de soins de pansement spécialisés. Il peut aussi s'agir de patients présentant des risques spécifiques d'évolution risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience. L'admission nécessite une stabilité durable des fonctions vitales.

LES COOPÉRATIONS

Coopérations d'amont : les coopérations d'amont sont très étroites avec l'établissement autorisé pour le traitement des grands brûlés. Elles sont formalisées par des conventions précisant notamment :

- les modalités d'organisation de l'évaluation préalable à l'admission : un membre de l'équipe de soins de suite pourra se déplacer dans le service des grands brûlés pour apprécier l'état du patient afin d'organiser son transfert,
- les modalités d'échanges autour du patient durant son hospitalisation en SSR : il est souhaitable d'organiser la tenue régulière de consultations multidisciplinaires associant soignants de rééducation fonctionnelle et soignants des services de court séjour du fait de l'évolutivité des programmes thérapeutiques et de la nécessité d'adapter le cas échéant les techniques de rééducation,

- les modalités d'échanges autour des pratiques : protocoles communs de prise en charge, organisation de stages pour le personnel paramédical dans chacune des structures, organisation de formations communes,
- les modalités de retour vers le service adresseur ou vers un service de réanimation en cas d'aggravation de l'état du patient

Une convention est également indispensable avec un service de réanimation.

Coopérations transversales : une fois la cicatrisation obtenue et les vêtements compressifs bien tolérés le relais vers un SSR plus proche du domicile peut être souhaitable afin de poursuivre les gains en autonomie et en mobilité et de faciliter la réinsertion dans l'environnement social et familial du patient. Il s'agira le plus souvent d'un SSR assurant la prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections de l'appareil locomoteur ou des affections de la personne âgée.

Coopération d'aval : la préparation et l'accompagnement à la réinsertion fait partie des missions des SSR. L'admission en structure médico-sociale est rarement nécessaire dans le cas des brûlés, et le retour à domicile est habituel. La réinsertion professionnelle nécessite un contact précoce avec la médecine du travail, sans attendre la sortie du patient. Il en est de même pour la prise en charge sociale. Une attention particulière doit être portée au relais de la prise en charge psychiatrique, la pathologie psychiatrique étant parfois associée au risque de brûlure.

Organisation territoriale

Une structure de SSR assurant la prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections des brûlés est retenue en région Centre.

Elle pourra accueillir les patients de la région Centre, mais aussi ceux des départements limitrophes en lien avec le recrutement de la structure régionale autorisée pour le traitement des grands brûlés.

1.7.11 Les objectifs relatifs aux soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections liées aux conduites addictives ("SSR d'addictologie")

Code de la santé publique : D6124-177-45 à D6124-177-48

Les caractéristiques des structures

MISSIONS

Les SSR d'addictologie ont pour mission de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive à l'alcool ou aux autres substances psycho actives, associée ou non à d'autres

addictions comportementales, et de promouvoir leur réadaptation.

Ils organisent le suivi de ces patients à la sortie du SSR en lien avec les structures ambulatoires et médico-sociales.

PROFIL DES PATIENTS

Les SSR d'addictologie accueillent des patients présentant des conduites addictives. L'addiction peut concerner l'alcool, le tabac, les médicaments détournés de leur usage, le cannabis, les opiacés et autres produits illicites.

Il peut s'agir de patients sevrés en ambulatoire ou en court séjour, ou de patients non sevrés qu'il s'agisse d'alcool ou de substances psycho actives. Les sevrages en SSR d'addictologie s'adressent à des patients dont l'état de santé du fait des comorbidités ou des gestes techniques à réaliser impose l'organisation d'une permanence des soins infirmiers et médicaux mais qui ne présentent ni décompensation aiguë somatique ou psychiatrique. Ces sevrages se différencient en cela des sevrages relevant de court séjour pour lesquels le risque est plus élevé. Les sevrages réalisés en SSR d'addictologie nécessitent des soins résidentiels complexes associant une prise en charge sanitaire, psychologique, et sociale et une présence infirmière sur site permanente ce qui les différencie des sevrages réalisés en ambulatoire.

Les SSR d'addictologie peuvent accueillir également des patients présentant des troubles cognitifs en lien avec l'alcool au sein d'unités spécifiques identifiées dans leur structure.

Ne relèvent pas d'une prise en charge en SSR d'addictologie les patients présentant :

- une décompensation psychiatrique récente ou une pathologie psychiatrique ne permettant pas la vie en collectivité ou le travail thérapeutique de groupe,
- une phase aiguë de pathologie somatique nécessitant une activité diagnostique avec des gestes médico-techniques ou un traitement lourd,
- un refus de respecter le règlement intérieur notamment l'interdiction de la consommation ou de l'introduction ou du détournement de produits motivant la prise en charge dans ces structures.

ORGANISATION DES STRUCTURES

Les conditions d'admission sont appréciées par une commission au regard de la demande motivée du patient, d'une consultation médicale préalable (consultation externe de l'établissement, médecin traitant, médecin de l'équipe de liaison, médecin du Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)) et d'un bilan social préalable avec amorces de projet de prise en charge sociale pour les patients les plus désinsérés.

Chaque patient bénéficie de l'élaboration d'un projet individuel déclinant les différents volets de la prise

en charge, somatique, psychiatrique et psychologique, social et éducatif. Des réunions de synthèse formalisées permettent l'évaluation et l'adaptation du projet.

La durée de séjour est variable selon le projet individuel. La prise en charge peut s'appuyer sur de l'hospitalisation complète et dans certains cas sur de l'hospitalisation de jour. La prise en charge en hospitalisation de jour n'est pas une priorité du schéma mais pourra se faire sur un mode expérimental soumis à évaluation.

LES COOPÉRATIONS

Les SSR d'addictologie font partie du niveau 2 de recours de la filière d'hospitalisation. Bien que situés dans deux départements de la région, il est nécessaire que tous les établissements de court séjour de niveau 2 de la région Centre aient passé convention avec au moins un SSR d'addictologie afin de ne pas en limiter l'accès aux patients de leur département.

La filière de prise en charge ne se limite pas à la filière d'hospitalisation. Un partenariat étroit est formalisé par convention entre les SSR d'addictologie et les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Les CSAPA interviennent en amont du SSR (rôle d'évaluation et d'orientation), en aval du SSR (rôle éducatif et de réinsertion) et au niveau de la formation et de la recherche. Le partage des compétences et des savoirs doit être favorisé.

Le partenariat est également organisé avec les structures de court séjour, les établissements psychiatriques (hospitalisation, CMP...), les unités ou équipes d'addictologie de liaison, la médecine libérale (médecins généralistes, psychiatres, autres spécialistes...), les associations d'usagers, les autres structures de SSR conformément aux décrets et les réseaux addictologie quand ils existent.

Les priorités du SROS

Les priorités du SROS sont :

- l'élargissement des compétences des établissements actuels au-delà de l'alcoologie, vers l'addictologie,
- dans l'hypothèse où, du fait d'une capacité modérée ou d'un projet médical spécifique, un établissement ne pourrait élargir sa compétence au-delà de l'alcoologie à échéance du schéma, il passera convention avec au moins un SSR d'addictologie assurant l'ensemble des missions de ces structures,
- l'identification d'une unité spécifique au sein d'une ou plusieurs implantations pour patients présentant des troubles cognitifs ; cette identification nécessitera au préalable l'évaluation des besoins des patients devant être pris en charge dans une telle unité,
- la mise en place effective de coopération entre les structures sanitaires et médico-sociales traitant de l'addictologie.

Organisation territoriale

Il est retenu de maintenir la répartition actuelle malgré la concentration des implantations sur deux départements car les SSR d'addictologie ont une mission régionale. Pour remplir cette mission régionale, les SSR d'addictologie passeront convention avec des établissements de court séjour et des structures médico-sociales pour garantir leur accès quel que soit le département de résidence du patient. Cette priorité régionale n'interdit pas de maintenir un recrutement national.

1.7.12 Les objectifs relatifs aux soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance (“SSR gériatriques”)

Code de la santé publique : D6124-177-49 à D6124-177-53

Les caractéristiques des structures

MISSIONS

Les SSR gériatriques ont 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. Ils réalisent des bilans complémentaires d'évaluation en vue d'établir un projet thérapeutique global. Ils n'ont pas pour objectif de se substituer au court séjour gériatrique.

Ils accueillent les patients pour lesquels un projet thérapeutique peut être défini en termes d'objectifs de soins médicaux, de rééducation et de réadaptation. Les admissions en structure de SSR doivent faire l'objet d'une évaluation des besoins médicaux préalable, synthétisée sous forme de “fiche de pré-admission médicale” qui mentionne le résultat de l'évaluation qui a permis la décision d'orientation et les objectifs en termes de gain thérapeutique du séjour en SSR.

Ils peuvent disposer d'Unités cognitivo-comportementales (UCC) spécialisées pour l'accueil des malades Alzheimer et apparentés disposant de moyens renforcés en personnel et de locaux identifiés adaptés à la pathologie.

Les Unités cognitivo-comportementales (UCC) spécialisées ont pour mission d'assurer des programmes de rééducation permettant d'améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne des patients présentant une exacerbation des troubles du comportement au décours d'une maladie d'Alzheimer.

Il s'agit de programmes d'activités structurés et adaptés, de programmes de rééducation de l'orientation, de groupes de validation cognitive, de thérapie par évocation du passé, de démarches comportementales et d'une façon plus générale de traitement psychosocial permettant d'améliorer très nettement la qualité de vie et de réduire l'apparition des troubles du comportement.

Les pratiques suivantes doivent pouvoir être proposées : psychomotricité, ergothérapie, orthophonie.

PROFIL DES PATIENTS

Profil des patients relevant d'un “SSR gériatrique”

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée SSR “gériatrique” est liée à la complexité de son état de santé. Cette complexité se caractérise par :

- la fragilité,
- une polypathologie active avec des risques particuliers de décompensation,
- une dépendance physique ou des troubles cognitifs,
- des problèmes d'ordre sociaux.

Certaines pathologies relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. A ce titre, la structure autorisée doit être capable de prendre en charge :

- les troubles cognitifs et démences,
- le diabète et les pathologies endocriniennes du sujet âgé,
- les complications des maladies chroniques,
- les chutes et troubles de la marche et de l'équilibre,
- les complications de la fragilité liée à l'âge, réversibles ou non.

Profil des patients relevant d'une hospitalisation de jour

Sont accueillis en hospitalisation de jour des patients relevant d'une prise en charge multidisciplinaire dans le cadre d'un programme de réhabilitation, soit à partir du domicile à la demande du médecin traitant après une visite de pré admission, soit au décours d'une hospitalisation complète.

Les pathologies prises en charge peuvent être :

- somatiques : patients polypathologiques nécessitant une rééducation ou une réadaptation avec l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire et un plateau technique spécialisé ; la prise en charge des troubles de la marche, des chutes à répétition ou de la dénutrition peut rentrer dans ce cadre,
- psycho comportementales : patients présentant des troubles cognitifs accessibles à un programme de réhabilitation cognitive (c'est le cas des démences débutantes à modérées),
- psychiatriques : patients polypathologiques présentant une pathologie psychiatrique traitée relevant d'une prise en charge pluridisciplinaire et à haut risque de rechute ou d'aggravation.

Profil des patients relevant d'une unité cognitivo-comportementale

Les unités cognitivo-comportementales situées en SSR s'adressent à des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, présentant l'une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : mobilité (patient valide), agressivité, troubles du comportement productifs (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves).

Les patients proviennent de leur domicile ou des services de court séjour ou d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Ne relèvent pas d'emblée de ces unités :

- certaines pathologies somatiques non contrôlées qui relèvent d'une hospitalisation en court séjour,
- les troubles psycho-comportementaux mettant en jeu l'intégrité physique des autres personnes soignées ou de l'équipe soignante, justifiant d'une prise en charge en milieu psychiatrique fermé.

ORGANISATION DES STRUCTURES

SSR gériatrique

L'admission en SSR gériatrique est préparée dès le court séjour et le plus tôt possible. La demande d'admission doit être accompagnée d'un projet de soins et actualisée avant le transfert quand l'état du patient s'est notablement modifié. Il est préférable, quand les conditions de proximité et de disponibilité le permettent, de substituer à la "fiche de pré admission", une visite de pré admission par un membre de l'équipe du SSR gériatrique.

Afin de répondre aux besoins spécifiques des patients dépendants et présentant des troubles cognitifs, il est souhaitable que les établissements disposent d'espaces de circulation équipés de main courante et de couloirs de déambulation.

Hospitalisation de jour

Les hospitalisations de jour sont adossées à un SSR gériatrique et bénéficient des mêmes compétences et du même plateau technique. Pour chaque patient est élaboré un projet thérapeutique.

Unité cognitivo-comportementale

Capacité et locaux

Les unités cognitivo-comportementales sont de petites unités de 10 à 12 chambres à un lit, identifiées au sein de structures de SSR gériatriques. Ces structures disposent d'un plateau technique de réadaptation aux actes de la vie courante adapté aux activités thérapeutiques et d'un plateau de réhabilitation cognitive, d'espace de déambulation, d'un environnement sécurisé et rassurant et d'un lieu commun de vie sociale. L'accès à des plateaux techniques d'exploration et de rééducation spécialisés est organisé.

Ressources humaines

En plus des personnels habituels de l'unité SSR, les unités cognitivo-comportementales disposent de professionnels dédiés et spécifiques du soin et de l'accompagnement :

- médecin ayant une expérience ou une formation en géronto-psychiatrie ou en réhabilitation cognitivo-comportementale,
- psychologue,
- professionnels de rééducation (psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste...),

- personnels paramédicaux (la qualification d'assistant de gérontologie n'étant pour l'instant pas mise en place, il est possible de substituer cette compétence par celle d'aide médico-psychologique ou d'aide-soignant ayant bénéficié ou s'engageant dans une formation appropriée).

Le recours à un psychologue doit être prévu pour les équipes soignantes.

Projet thérapeutique :

Les modalités de fin de prise en charge dans cette unité spécifique doivent être définies lors de l'élaboration de chaque projet thérapeutique.

LES COOPÉRATIONS

La fiche de pré admission commune aux structures de SSR gériatriques, ou mieux la visite de pré admission citée plus haut, permet de faciliter l'admission des patients.

Les conventions prioritaires avec d'autres établissements de soins de suite et de réadaptation concernent les établissements sans spécialité et ceux assurant la prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles d'une ou plusieurs des catégories d'affections suivantes :

- affections cardio-vasculaires,
- affections de l'appareil locomoteur,
- affections du système nerveux.

L'objectif de ces conventions est de définir les partenariats (compétences partagées, consultations avancées ...) et les modalités de transfert d'une structure à l'autre afin de permettre, en fonction de l'évolution de l'état du patient, de lui offrir la prise en charge dans la structure la plus adaptée. Soulignons toutefois que les SSR gériatriques ne constituent pas un aval des SSR relevant d'autres spécialités pour des problèmes exclusivement sociaux.

Les conventions prioritaires avec d'autres types d'établissements concernent ceux disposant d'une offre gériatrique en court séjour, et notamment de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, et ceux disposant de consultations mémoire.

Les priorités du SROS

- Faire évoluer progressivement les soins de suite et de réadaptation non spécialisés vers la prise en charge des patients âgés, dépendants et polypathologiques. Pour cela, il est prévu d'identifier dans chaque zone infraterritoriale au moins une offre d'hospitalisation complète de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.
- Améliorer la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer avec troubles du comportement en identifiant cinq unités cognitivo-comportementales expérimentales en région Centre. Elles seront situées

au sein d'un "SSR gériatrique" à proximité immédiate d'un centre hospitalier de référence disposant d'une consultation mémoire labellisée.

Organisation territoriale

Les SSR gériatriques s'inscrivent dans une prise en charge de proximité au sein de chaque territoire de santé. La répartition géographique actuelle des établissements polyvalents permet cette proximité. Toutefois la pénurie d'effectifs médicaux ou paramédicaux conduit à encourager les rapprochements des structures, à éviter la création de structures nouvelles et à limiter l'ambition en matière de spécialisation gériatrique.

Il est retenu la répartition suivante :

- **hospitalisation complète** : au moins une implantation de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance, dans chaque zone infra-territoriale,
- **hospitalisation de jour** : une implantation par zone infra-territoriale adossée à un SSR gériatrique disposant de lits d'hospitalisation complète et localisée au centre des zones de plus forte densité de population.

Les références :

- décret n°2008-377 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de SSR,
- décret n°2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de SSR,
- circulaire du 3 octobre 2008 relative aux décrets réglementant l'activité de SSR.

SROS - OQOS IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Pérenniser l'offre sanitaire établie et favoriser les regroupements d'établissement de petite capacité sous réserve de maintenir un maillage territorial de proximité qui prenne en compte les caractéristiques de la ruralité et plus particulièrement les transports.
- Renforcer la coopération avec les services de court séjour, l'hospitalisation à domicile, le secteur ambulatoire et le secteur médico-social.
- Promouvoir le développement de la modalité de prise en charge "hospitalisation de jour".
- Développer l'hospitalisation de jour en SSR gériatrique en l'adossant à un service de SSR gériatrique disposant de lits d'hospitalisation complète et localisée au centre des zones de plus forte densité de population, tout en vérifiant la faisabilité du maintien à domicile et après avoir évalué la question des transports et de la continuité des soins infirmiers.
- Implantations spécifiques enfants : mettre en œuvre les priorités du schéma définies en matière de prise en charge des enfants et des adolescents dans les domaines suivants : enfant avec handicaps multiples avec prise en charge intensive et de haute technicité, adolescents souffrant d'anorexie mentale, adolescents en surpoids.
- Pas d'implantation nouvelle en soins de suite et de réadaptation mais possibilité de développement des capacités existantes au regard des besoins.
- Une implantation (enfant ou adulte) correspond à une adresse géographique. Dans le cas où deux titulaires d'autorisation sont installés sur le même site, il est comptabilisé deux implantations géographiques.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS

1 implantation géographique peut comprendre de 0 à plusieurs mentions de prise en charge spécialisée, elles-mêmes partagées en 2 modalités - hospitalisation complète et hospitalisation à temps partiel.

IMPLANTATIONS		NOMBRE D'IMPLANTATIONS PAR MENTION DE PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE								
		APPAREIL LOCOMOTEUR	SYSTÈME NERVEUX	CARDIO- VASCULAIRE	RESPIRATOIRE	DIGESTIF	ONCO-HÉMATO	BRULÉS	CONDUITES ADDICTIVES	PA
CHER (18)	8	3	3	1	1	1	0	0	0	7
		Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • possibilité de création d'une structure d'hôpital de jour respiratoire sur la zone de Bourges • possibilité de création d'une structure d'hôpital de jour supplémentaire (syst. nerv.+locomoteur) sur la zone de Bourges • possibilité de création d'hôpital de jour pour les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien sur la zone de Bourges 								
EURE-ET-LOIR (28)	14	3	3	2	2	2	0	0	1	7
		Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • possibilité de création d'une structure d'hôpital de jour supplémentaire (syst. nerv.+ locomoteur) sur la zone de Chartres • Inviter les deux établissements spécialisés dans la prise en charge des affections cardio-vasculaires à initier la réflexion sur le regroupement sur un seul site géographique afin de répondre aux besoins de la population en optimisant les moyens humains et matériels. 								
INDRE (36)	11	1	1	1	1	2	0	0	0	4
		Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • encourager le regroupement des petites structures de SSR • possibilité de création d'une structure d'hôpital de jour respiratoire sur la zone Châteauroux • possibilité de création d'hôpital de jour pour les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien sur la zone Châteauroux 								
INDRE-ET-LOIRE (37)	17 dont 1 enfant- adolescent	4	4	1	1	1	1	1	3	8
		1 implantation pour l'accueil des enfants souffrant d'handicaps multiples et pour les adolescents présentant une anorexie mentale Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • possibilité de création d'une structure en hospitalisation de jour pour les affections du système nerveux.+locomoteur sur la zone de Tours • possibilité de création d'une structure d'hôpital de jour pour les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien sur la zone de Tours • possibilité de création d'une structure en hospitalisation complète pour les affections onco-hématologiques d'environ 5 lits sur le même site que le service d'hématologie de l'établissement qui sera autorisé pour l'activité de greffes de cellules hématopoïétiques 								
LOIR-ET-CHER (41)	13 dont 1 enfant- adolescent	2	3	2	2	2	0	0	0	5
		1 implantation pour la prise en charge des adolescents en surpoids Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • encourager le regroupement des petites structures de SSR • possibilité de création d'une structure en hospitalisation de jour pour la prise en charge des affections cardio-vasculaires sur la zone de Blois 								
LOIRET (45)	18 dont 1 enfant- adolescent	3	3	2	2	2	0	0	0	8
		1 implantation pour la prise en charge des enfants et des adolescents Recommandations pour la prise en charge des enfants et des adolescents : <ul style="list-style-type: none"> • créer une unité pour l'accueil en hospitalisation complète et de jour, des enfants souffrant de handicaps multiples, d'environ 6 lits et 3 places • créer une unité en hospitalisation complète pour les adolescents présentant une anorexie mentale en identifiant une structure de 6 à 8 lits Recommandations pour la prise en charge des adultes : <ul style="list-style-type: none"> • mettre en œuvre la modalité de prise en charge en hospitalisation de jour pour les conséquences fonctionnelles des affections cardio-vasculaires, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique et endocrinien sur la zone de Montargis • regroupement de la prise en charge du SSR du CHR d'Orléans sur 1 site géographique. 								

UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Les Unités de soins de longue durée (USLD) ont été définies par l'arrêté du 12 mai 2006. Les USLD accueillent et prennent en charge 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 entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Les USLD assurent la prise en charge de patients soit consécutivement à une hospitalisation en court séjour ou en SSR, soit par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale. En conséquence ils permettent de proposer une prise en charge adaptée à l'évolution de l'état de santé du patient quand il s'avère qu'un maintien ou un retour du patient à son domicile ou substitut de domicile n'est plus possible et d'éviter la prolongation non justifiée d'une hospitalisation en court séjour ou en SSR.

Les travaux concernant les USLD se sont intégrés à l'ensemble des travaux concourant à l'élaboration des priorités concernant le public des personnes âgées et handicapées. Ces travaux seront complétés par l'analyse des besoins de population identifiés à l'issue des validations des coupes PATHOS effectuées au second semestre de l'année 2011. L'approche a été territoriale avec une réunion de l'ensemble des partenaires et institutions du secteur sanitaire avec le secteur psychiatrique, médico-social et social.

1.8.1 Le contexte

UNE SITUATION COMPLEXE ET MOUVANTE AU COURS DU TEMPS

Depuis 2001, les USLD ont fait l'objet de plusieurs modifications réglementaires ce qui rend complexe aux yeux des usagers et professionnels, la place actuelle de ces unités dites redéfinies. En effet, dans un premier temps, les USLD étaient destinées à être transformées en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (tout comme les maisons de retraite). Ce fut d'ailleurs le cas pour un certain nombre d'unités dans la région.

En 2005, le législateur (article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006) réintègre une partie des capacités d'USLD dans le champ sanitaire pour répondre à des besoins sanitaires des personnes âgées présentant des profils pathologiques requérant un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue. Cette réin-

tégration s'est effectuée sur la base de coupes réalisées en 2006 à l'aide du modèle PATHOS, modèle qui évalue le besoin de soins requis pour une situation donnée chez un patient donné.

A l'issue des coupes, les patients relevant d'USLD, c'est-à-dire requérant des soins médico-techniques lourds, ont été identifiés. Selon les constats effectués, les USLD ont été totalement transformées en EHPAD (car peu ou pas de patients éligibles) ou partitionnées entre le secteur sanitaire (on parle alors d'USLD redéfinie) et le secteur médicosocial, c'est-à-dire EHPAD.

Actuellement les acteurs de terrain, les familles, ont des difficultés pour comprendre la différence entre un EHPAD très médicalisé et une USLD redéfinie, et ce d'autant plus que certains EHPAD, issus des transformations d'USLD, accueillent les mêmes profils de patients que ceux accueillis en USLD, sont organisés et fonctionnent tel que les USLD.

Le plus souvent, ce sont la localisation géographique, l'architecture de la structure, le tarif d'hébergement, et la disponibilité des places qui orientent les demandes d'admission.

Au 31 décembre 2010, la région Centre disposait de 21 USLD redéfinies totalisant 1 365 lits.

UNE PARTITION EN DEUX TEMPS EN RÉGION CENTRE AVEC UNE ORGANISATION GÉOGRAPHIQUE ET FONCTIONNELLE DES UNITÉS NON ABOUTIE

Les partitions en région Centre se sont effectuées en deux temps :

- 2007/2008 pour cinq établissements de la région : CH de Vierzon, CH de Bonneval, CH de Blois, CH de Romorantin, CHR d'Orléans,
- 2009/2010 pour les autres.

Les lits d'USLD ont vocation à être, à terme, physiquement et fonctionnellement regroupés. Ce regroupement n'est pas encore totalement effectif au sein de l'ensemble des USLD, il s'agit en effet d'une opération complexe du fait :

- de la partition tardive avec des patients fragiles qu'il est préférable de ne pas transférer dans une autre unité sous peine de les aggraver,
- d'équipements non adaptés, comme l'absence de fluides médicaux dans certaines chambres,
- de considération architecturale comme la capacité retenue et la taille des unités existantes,
- des difficultés de recrutement de professionnels, ne permettant pas de renforcer les USLD et incitant les directions à équilibrer les charges de travail sur plusieurs unités.

Actuellement un grand nombre d'admissions prononcées se font en fonction des places disponibles et non au regard du besoin de soins des patients.

DES RECOMMANDATIONS ET PRÉCONISATIONS CONCERNANT LES USLD REDÉFINIES MAL CONNUES VOIRE NON APPLIQUÉES

La redéfinition des USLD s'est accompagnée de précisions (arrêté du 12 mai 2006 et circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques et du 10 mai 2007 concernant les USLD) portant sur :

- les locaux et équipements,
- les organisations et modalités de fonctionnement à mettre en place et notamment l'organisation de la continuité des soins, médicale et paramédicale,
- l'accès à un plateau technique minimum,
- la possibilité d'identifier des unités pour des populations spécifiques,.

Des décrets relatifs aux conditions de fonctionnement viendront compléter la réglementation actuelle.

Actuellement, bon nombre d'unités ne répondent pas à l'ensemble des préconisations, notamment en ce qui concerne la continuité médicale des soins.

UN POSITIONNEMENT AU SEIN DE LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE À CONFORTER

Les modifications réglementaires successives, l'histoire des territoires ne facilitent pas l'appropriation du concept d'USLD redéfinie; la place des USLD au sein de la filière gériatrique doit être précisée au sein des territoires.

UN PUBLIC ACCUEILLI AU SEIN DES USLD ET SES BESOINS DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MAL CONNUS

En effet les évaluations sur les pathologies et le besoin de soins requis des patients n'ont pas été refaites depuis 2006 du fait des processus de partition et une partie de la population des USLD est renouvelée rapidement (gravité et instabilité des pathologies, âge de certains patients, etc...)

Seule l'évolution de la dépendance sur la base des évaluations du GIR est analysée annuellement par les Conseils généraux dans le cadre des évaluations APA.

Les évaluations à l'aide du modèle PATHOS en cours au second semestre 2011 sur l'ensemble des USLD du territoire français devraient permettre, dès le début de 2012, d'approcher les besoins.

1.8.2 Les objectifs 2012-2016

Les objectifs de ce volet du SROS doivent permettre d'apporter des réponses au diagnostic posé précédemment. En outre, ils s'inscrivent dans les priorités arrêtées dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS), et notamment celles définies pour le domaine Autonomie (améliorer la qualité de vie des personnes âgées à domicile ou en établissement, promouvoir une prise en charge de qualité et sécurisée).

Assoir la place des USLD redéfinies dans l'offre de soins.

CLARIFIER ET FAIRE CONNAITRE LES MISSIONS DES USLD AU SEIN DES TERRITOIRES

Les USLD ont vocation à accueillir des patients requérant des soins médico-techniques importants du fait de pathologies chroniques instables ou à haut risque de rechutes.

Les USLD ont pour missions :

- d'assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, 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.

Selon le public accueilli, les USLD doivent mettre en place des projets spécifiques.

Ces informations doivent être diffusées aux usagers et professionnels de santé par l'intermédiaire du guide de ressources régionales (cf. SROMS). Ces informations doivent contribuer à établir les complémentarités entre les différentes structures du territoire.

VEILLER AU RESPECT DES CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES USLD TELLES QUE PRÉVUES PAR L'ARRÊTÉ DU 12 MAI 2006, AINSI QU'AU REGROUPEMENT GÉOGRAPHIQUE ET FONCTIONNEL

Les conditions concernent :

- l'organisation de la continuité des soins médicaux et para médicaux, avec présence médicale le jour et, au minimum, une astreinte la nuit, les dimanches et les jours fériés, et présence d'une infirmière 24 heures sur 24,
- les équipements des chambres d'USLD qui doivent disposer de fluides médicaux (oxygène, vide),
- l'accès sur site aux électrocardiogrammes et accès sur site ou par convention, dans les délais requis par l'état de santé du patient, aux radiographies standards sans préparation,
- l'accès sur site ou à l'extérieur, par voie de convention, à des examens de biologie et aux explorations fonctionnelles courants.

Par ailleurs les effectifs doivent être en adéquation avec la lourdeur des patients et tenir compte du turn-over important nécessitant la mise en place d'un soutien psychologique des équipes.

AMÉLIORER LA COORDINATION DES ACTEURS

Formaliser des conventions précisant les conditions d'admission et de transfert et de retour dans l'USLD avec :

- les établissements et services sanitaires : services des urgences, service de gériatrie et de psychiatrie, de SSR,
- les EHPAD du territoire,
- les services de prise en charge adaptés en cas de transfert à domicile.

Répondre aux besoins de soins et d'accompagnement des patients présentant des pathologies chroniques instables ou à haut risque de rechutes nécessitant un suivi médical et paramédical rapproché avec nécessité d'actes médicaux itératifs

IDENTIFIER LES PUBLICS ACCUEILLIS AU SEIN DES USLD ET LEUR BESOIN DE SOINS REQUIS

Dès le premier trimestre 2012, analyser par établissement et territoire en prenant en compte l'offre globale sanitaire et médicosociale existante, les constats issus des coupes PATHOS réalisées au cours du second semestre 2011.

Cette analyse doit permettre de construire le projet de vie et de soins de l'unité, d'adapter les compétences et effectifs à la lourdeur des patients accueillis.

ADAPTER LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE AU TYPE DE MALADES ACCUEILLIS

Les constats issus des coupes peuvent amener à engager une réflexion sur le regroupement au sein d'unités spécifiques ou au sein d'établissements, des patients requérant une prise en charge particulière.

Les besoins identifiés devront faire l'objet de projet spécifiques concertés notamment avec les conseils généraux, les acteurs de ou des filières gériatriques du territoire, les services de psychiatrie, les représentants des usagers.

Ce peut être le cas par exemple de patients présentant des troubles mentaux stabilisés au prix d'un environnement adapté, de patients jeunes, de moins de 60 ans, présentant des pathologies neurologiques évolutives.

DÉVELOPPER LA PRISE EN CHARGE EN SOINS PALIATIFS AU SEIN DES USLD, EN S'APPUYANT SUR LES ÉQUIPES MOBILES, SUR LA MISE EN PLACE DE LITS IDENTIFIÉS SELON LA PROCÉDURE RÉGIONALE

Les USLD ont vocation à accueillir des patients aux pathologies évolutives et les accompagner jusqu'à leur mort.

ORGANISER L'ACCÈS À L'AVIS PSYCHIATRIQUE SUR SITE LORSQUE CELA EST NÉCESSAIRE

Les coupes réalisées en 2006 recensaient plus de 650 patients répartis sur l'ensemble des USLD de la région nécessitant une prise en charge avec le soutien de la psychiatrie.

AMÉLIORER LE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE FRAGILITÉ, DONT LES TROUBLES COGNITIFS (MALADIE D'ALZHEIMER OU TROUBLES APPARENTÉS)

- Former les professionnels au repérage des facteurs de risques et à l'utilisation des outils d'évaluation,
- adapter les compétences à recruter à partir des évaluations GIR et PATHOS permettant d'optimiser les prises en charge et les actions de prévention,
- poursuivre les actions concourant au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition, des troubles cognitifs sur la base des recommandations de l'HAS.

DÉVELOPPER LA MISE EN PLACE DES UNITÉS D'HÉBERGEMENT RENFORCÉES EN RESPECTANT LES OBJECTIFS DU PLAN ALZHEIMER 2008-2012

Cet objectif s'inscrit dans l'amélioration de l'accompagnement des prises en charge spécifiques préconisé par le Plan stratégique régional de santé.

D'ores et déjà, il est possible d'identifier sur la base des évaluations réalisées en 2006 le besoin d'**Unités d'hébergement renforcées (UHR)**.

Ces unités accueillent et prennent en charge les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères (agitation, agressivité, etc) qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.

Ces unités doivent répondre à un cahier des charges qui précise :

- la finalité de l'accompagnement thérapeutique, maintien ou réhabilitation des capacités fonctionnelles ou cognitives restantes, maintien du lien social, mobilisation des fonctions sensorielles...,
- les modalités d'accompagnement du projet de vie et de soins appropriés, de suivi évolutif reposant sur un projet individualisé et personnalisé en y associant les familles,

- la qualification des personnels : l'unité d'hébergement renforcée organise l'accès à un avis psychiatrique et dispose :
 - d'un temps de médecin (pour les EHPAD, le médecin coordonnateur peut assurer cette mission),
 - d'un temps d'infirmier,
 - d'un temps de psychomotricien ou d'ergothérapeute,
 - d'un temps d'assistant de soins en gérontologie,
 - d'un temps de personnel soignant la nuit,
 - d'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et les équipes,
- l'importance des coopérations avec le secteur psychiatrique, les partenaires de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie, ...),
- l'environnement architectural avec description détaillée des locaux.

Les critères d'admission des patients et de sortie de l'UHR doivent figurer au sein du règlement intérieur et du livret d'accueil.

A terme en 2012, la région Centre devra disposer de 15 HR dont neuf implantées en USLD avec un maillage complémentaire et harmonieux avec l'offre d'UHR sur le secteur médicosocial dans chaque territoire.

Maintenir les implantations géographiques telles qu'arrêtées dans le SROS3 dans l'attente des résultats des coupes PATHOS 2011

Les répartitions de capacités pourront être revues selon les contraintes architecturales des établissements et selon les résultats issus des coupes 2011 dans le cadre d'une concertation avec les conseils généraux avec un objectif de maintien des capacités régionales dans le contexte réglementaire actuel.

1.8.3 Évaluation et suivi

Indicateur : Résultat des coupes PATHOS réalisées dans les établissements autorisés.

Références :

- arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée,
- circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques,
- circulaire DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA n° 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée,
- Plan Solidarité Grand Age 2007-2012,
- Plan Alzheimer 2008-2012.

SROS - OQOS IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

SOINS DE LONGUE DURÉE

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Assoir la place des USLD redéfinies dans l'offre de soins : clarifier et faire connaître les missions des USLD au sein des territoires, identifier les publics accueillis et leur besoin de soins requis, adapter les modalités de prise en charge au type de malades accueillis.
- Maintenir les implantations géographiques des USLD telles qu'arrêtées dans le SROS 3 dans l'attente du résultat des coupes PATHOS 2011.
- Développer la mise en place des Unités d'hébergement renforcées (UHR) dans le respect des objectifs du plan Alzheimer.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES	NOMBRE D'IMPLANTATIONS	RAPPEL DES SITES ET CAPACITÉS RETENUES SELON LES CRITÈRES DE LA PARTITION	
CHER (18)	5 dont 1 sur 2 sites	Bourges	60
		Bourges (2 sites)	100 (60+40)
		Vierzon	46
		Saint Amand	41
		Sancerre	30
EURE-ET-LOIR (28)	4	Dreux	92
		Bonneval	50
		Châteaudun	40
		La Loupe	40
INDRE (36)	4	Châteauroux	81
		Chatillon	31
		Le Blanc	30
		Issoudun	30
INDRE-ET-LOIRE (37)	2	Chinon	124
		Saint Cyr	80
LOIR-ET-CHER (41)	2	Blois	100
		Romorantin	60
LOIRET (45)	4 dont 1 sur 2 sites*	Orléans*	160
		Montargis	82
		Briare	40
		Pithiviers	48
RÉGION	21	1 365 lits	

TRAITEMENT DU CANCER

La lutte contre le cancer a été déclarée cause nationale en 2002. Le Plan cancer 2009-2013 s'inscrit dans la continuité du précédent, il capitalise sur ses acquis et s'engage sur des voies nouvelles, en particulier pour faire face à trois nouveaux défis qui correspondent aux trois thèmes transversaux et prioritaires du plan :

- une meilleure prise en compte des inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers,
- l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie,
- le renforcement du rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

En région Centre, les travaux préparatoires au Plan stratégique régional de santé (PSRS)³ ont rappelé que les cancers étaient la 2^{ème} cause de décès après les maladies cardiovasculaires, avec 6 700 décès annuels pour la période 2000-2007, soit 28% des décès. La majorité de ces décès sont masculins (61 %). L'analyse de la mortalité par territoire démontre des disparités importantes avec notamment une concentration de valeurs élevées sur le sud de la région, et plus particulièrement dans le Cher (277). L'analyse des données de mortalité prématurée (avant 65 ans) évitable montre, par ailleurs, que les cancers sont la première cause de décès prématuré, tant chez les femmes (47 % des décès chez les moins de 65 ans), que chez les hommes (39,4 % des décès chez les moins de 65 ans).

Le Plan stratégique régional de santé en région Centre a inscrit un objectif de réduction de l'incidence et de la prévalence des cancers.

1.9.1 Le contexte

L'organisation des soins établie dans le précédent SROS distinguait de trois niveaux de gradation des soins :

• 1^{er} niveau : les établissements autorisés

- l'offre chirurgicale pour les activités soumises à seuils : 33 établissements de la région ont une ou plusieurs autorisations,
- l'offre de radiothérapie et curiethérapie : huit structures sont autorisées à la radiothérapie dont quatre sont également autorisées en curiethérapie,
- l'offre de chimiothérapie : 16 établissements sont autorisés, 11 établissements sont associés à un établissement autorisé.

• 2^e niveau : les sites de cancérologie

Ils regroupent un ou plusieurs établissements autorisés pour proposer une offre globale de traitement du cancer : chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie.

Il n'y a pas d'autorisation de chirurgie thoracique dans l'Eure-et-Loir et l'Indre.

Il n'y a pas de centre de radiothérapie sur le territoire de l'Indre.

• 3^e niveau : un pôle régional de cancérologie.

La mission d'un pôle de cancérologie est, en plus de constituer un recours régional, de prendre en charge les traitements lourds et complexes ainsi que l'enseignement, la recherche et les traitements innovants. Le pôle régional de cancérologie doit se structurer et se finaliser afin d'assurer en particulier ses missions de recours et participer à limiter les fuites extra régionales

Les points forts de l'offre de soins en région Centre :

L'offre de 1^{er} et 2^e niveaux au sein de chaque territoire, pour chaque type de cancer, du dépistage aux traitements est pratiquement complète (à l'exception de la radiothérapie en Indre).

Cependant on note les points faibles suivants :

- le Dossier médical commun et communiquant (DCC) est insuffisamment utilisé,
- les Programmes personnalisés de soins (PPS) ne sont que rarement remis aux patients,
- la prise en charge de 1^{er} et 2^e niveaux affiche un taux de fuite extrarégionale élevé,
- le pôle régional n'est pas structuré, ni reconnu.

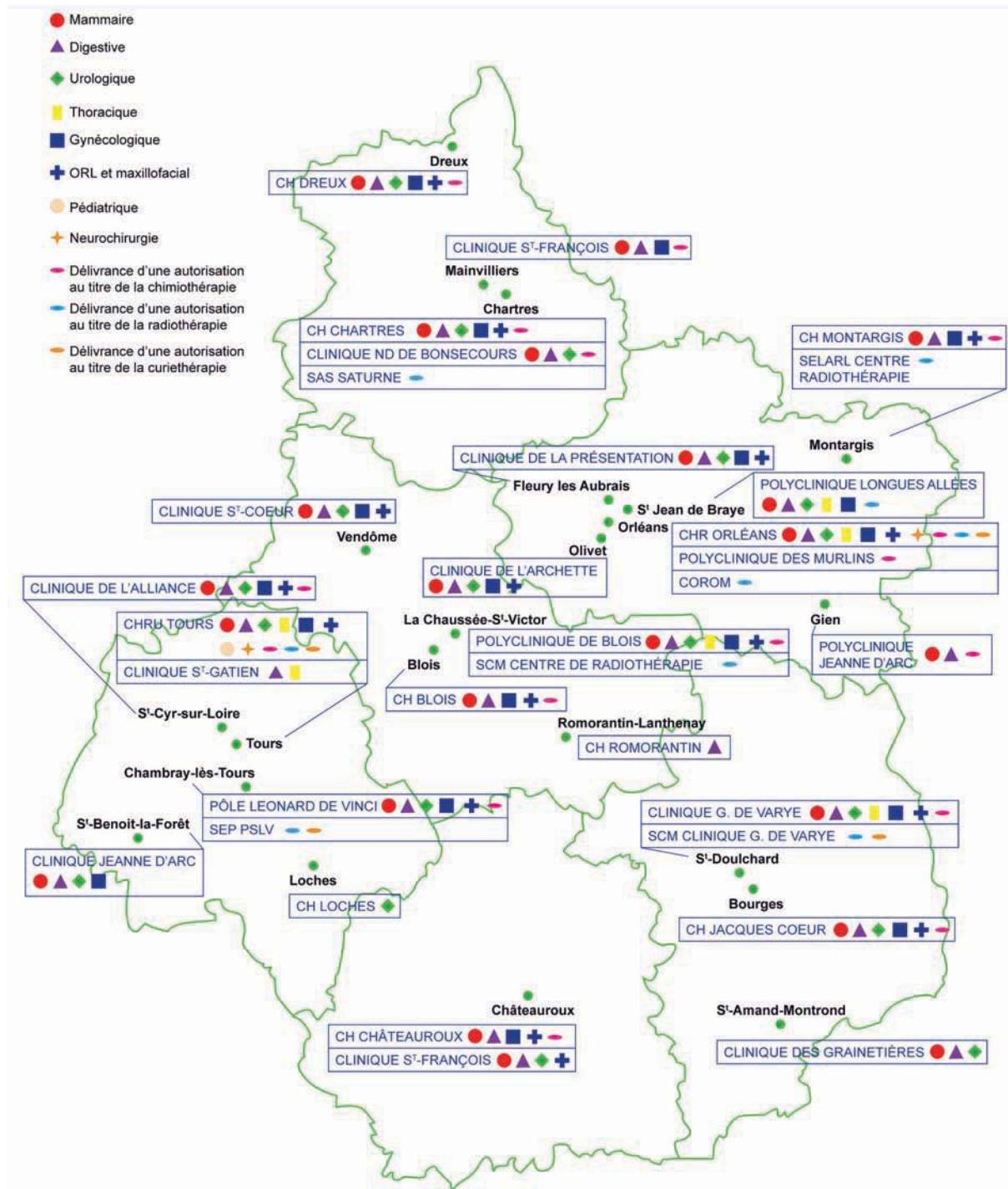
1.9.2 Les objectifs 2012-2016

Le plan d'action régional concernant le traitement du cancer s'inscrit dans la continuité du volet cancer du SROS III et s'appuie sur les plans cancer successifs. Les objectifs sont les suivants :

- améliorer l'équité d'accès aux soins pour les patients de chaque territoire de la région Centre,
- améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge,
- améliorer l'efficacité des organisations.

La thématique du traitement du cancer est indissociable des actions de prévention qui cependant s'évaluent sur une échelle temporelle supérieure à celle d'un SROS et des actions de dépistage qui sont abordées dans le schéma régional de prévention. Ici seront cependant présentées les actions portées par les établissements de santé.

**Autorisations de traitement du cancer en région Centre
Bilan au 1^{er} juillet 2011**



Le traitement du cancer concerne plusieurs types d'activités soumises à autorisation :

- chirurgie des cancers,
- chimiothérapie et autres traitements spécifiques des cancers,
- radiothérapie externe et curiethérapie,
- utilisation thérapeutique des radioéléments sources non scellées.

Développer la prévention en établissement de soins

• TABAC

Le plan cancer a défini dans ses objectifs la mise en place d'une stratégie complète de lutte contre le tabagisme. La circulaire du 3 avril 2000 précisait les recommandations de mise en conformité des consultations de tabacologie. Les consultations de tabacologie doivent, outre les soins accessibles à l'ensemble des fumeurs, promouvoir :

- la politique d'aide à l'arrêt du tabac pour les patients et les professionnels hospitaliers,
- la formation du personnel à la pratique du conseil minimal en tabacologie,
- la sensibilisation spécifique des personnels des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) à l'existence des dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac est mise en œuvre, les personnes en situation de précarité ayant 30 fois plus de risques que la population générale d'avoir un cancer.

Des équipes hospitalières de liaison en addictologie (arrêté du 23 mars 2007 - article D 162-6 2°b) et des consultations hospitalières d'addictologie doivent être mises en place (art. D 162-6 2° i).

Les patients peuvent aussi être pris en charge en SSR dédiés à l'addictologie.

La mise en place d'un DU d'addictologie et d'un DIU de tabacologie à la faculté de médecine de Tours offre aux professionnels de santé l'occasion de se former au repérage et à la prise en charge des patients concernés par les addictions.

• NUTRITION ET OBÉSITÉ

Surpoids et obésité sont des facteurs de risque reconnus de plusieurs cancers (adénocarcinome de l'œsophage, cancer de l'endomètre, du rein, du côlon-rectum, du pancréas et du sein après la ménopause). 15 à 20 % des morts par cancer peuvent être attribuées au surpoids et l'obésité. Ils justifient que cette problématique soit prise en compte dans le volet cancérologie du schéma régional. Par ailleurs, la pathologie tumorale, le cancer et/ou les traitements mis en œuvre peuvent perturber le statut nutritionnel et ainsi causer une dénutrition, un amaigrissement ou au contraire une surcharge pondérale, surcharge pondérale favorisant les récurrences de certains cancers (sein...).

Le rôle du Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) implanté dans tous les établissements dans le domaine de la prévention du cancer est de procéder à :

- l'évaluation de l'état nutritionnel avec cancer ou non afin de prodiguer des conseils,
- la prise en charge diététique avec nutrition adaptée à la pathologie du cancer,
- la prise en charge médicale et la mise en place d'une nutrition artificielle si nécessaire,
- la promotion de la nutrition et de l'alimentation comme faisant partie intégrante des soins aux malades atteints du cancer.

• MALADIES INFECTIEUSES

Certaines maladies infectieuses sont directement liées aux cancers ou contribuent à leur développement. Les infections chroniques par les virus des hépatites B et C sont susceptibles d'évoluer vers une cirrhose et/ou un cancer du foie. La vaccination contre l'hépatite B doit être proposée systématiquement aux patients atteints du VIH ou aux patients ayant des facteurs de risques, suivis dans les établissements de soins en application des recommandations du calendrier vaccinal.

Les infections à *Helicobacter pylori* responsables de cancers de l'estomac doivent être dépistés et traités dans les populations définies par l'HAS (antécédent de cancer gastrique, parent du 1^{er} degré ayant eu un cancer gastrique, traitement par AINS au long court, patient avec symptomatologie d'ulcère) à l'occasion d'un contact avec l'établissement de soins.

• MALADIES PROFESSIONNELLES

La prévention des risques d'exposition aux cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques est mise en place dans le cadre de la médecine du travail.

Des consultations de pathologies professionnelles existent sur les pathologies liées à l'amiante, elles devront être élargies progressivement aux autres pathologies (cancers vessie, cancers naso-pharyngés...).

Participer aux dépistages organisés mammaire et colorectal et aux expérimentations de dépistage des cancers du col de l'utérus et cancers buccaux

• DÉPISTAGES ORGANISÉS DES CANCERS MAMMAIRES ET COLORECTAUX

Le plan cancer 2009/2013 met l'accent sur l'amélioration de la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers et l'implication des médecins traitants. Au niveau régional, les orientations et le suivi des campagnes de dépistage sont confiés au Comité technique régional de dépistage des cancers (CTRDC).

S'agissant du dépistage du cancer du sein, le taux de participation cible fixé au CPOM de l'ARS est de 70,0 % en 2013. En 2009/2010, il était de 59,5 %, avec des disparités régionales allant de 50,7 % dans le Loiret à 67,1 % dans le Cher et des disparités infra départementales.

Les établissements de santé devront :

- veiller à la conformité de leurs appareils de mammographie,
- s'assurer que les délais d'accès aux mammographes pour les femmes réalisant le dépistage organisé soient les plus courts possible avec un objectif cible de un mois maximum entre la prise de rendez-vous et la réalisation de l'examen,
- développer une stratégie spécifique de sensibilisation au travers des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS),
- assurer la prise en charge des patientes suspectes de cancer sans délai.

S'agissant du dépistage organisé du cancer colorectal il convient aujourd'hui d'améliorer la participation à ce programme pour diminuer l'incidence et la mortalité de cette maladie. En 2009/2010, le taux de participation régional était de 41,2 %, avec des disparités régionales allant de 34,9 % dans le Loiret à 45,9 % en Indre-et-Loire. Le taux de participation cible fixé au CPOM de l'ARS est de 53 % pour 2013.

Les établissements de santé devront s'assurer de la rapidité d'accès à la coloscopie en cas de test hémocult positif.

• EXPÉRIMENTATION DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Depuis 2010, des expériences pilotes de dépistage organisé financées par l'INCa, la DGS et l'ARS sont lancées en Indre-et-Loire et dans le Cher.

Les établissements participeront aux actions visant à améliorer le taux de participation des femmes au dépistage du cancer du col utérin notamment lors du suivi des grossesses. La participation des établissements aux actions, soit d'information auprès des femmes, soit de diffusion des recommandations de l'HAS sur la prise en charge des frottis anormaux, sera à développer.

• EXPÉRIMENTATION DU DÉPISTAGE DES CANCERS BUCCAUX

Le dépistage des cancers de la cavité buccale constitue une priorité de santé publique méconnue, ils sont liés au tabac principalement et à une consommation excessive d'alcool. Décelés tardivement dans 70 % des cas, ce sont des cancers graves puisque plus de 60 % des patients meurent dans les cinq ans. Les traitements sont mutilants, ils laissent des séquelles physiques et esthétiques qui altèrent la qualité de vie et l'insertion professionnelle.

L'INCa finance dans l'Indre-et-Loire un projet de dépistage de populations alcool-tabagiques repérées par les

équipes d'addictologie (ELSA, consultations de tabacologie...) et dépistées par des chirurgiens-dentistes.

Assurer une offre de soins graduée

• AMÉLIORER LE PARCOURS DE SOINS

La prise en charge du patient atteint de cancer doit être globale : elle débute avec le diagnostic, elle se poursuit tout au long de la maladie avec la mise en œuvre des traitements et l'accès aux soins de support. Elle doit également comporter plusieurs volets : médical, social et professionnel, psychologique et spirituel. Enfin, l'entourage du malade, avec son accord, doit faire partie intégrante de cette prise en charge.

La prise en charge du patient atteint de cancer doit être de qualité : seuls les établissements ayant obtenu l'autorisation de traitement pour le cancer pourront décider, initialiser et modifier le programme thérapeutique. Une autorisation de traitement des cancers est donnée pour une implantation juridique d'un établissement.

L'autorisation de traitement du cancer est délivrée aux établissements qui s'engagent à remplir les critères réglementaires de fonctionnement et de qualité notamment justifier d'une activité supérieure au seuil d'activité minimal fixé par l'arrêté du 29 mars 2007 et avoir les conditions d'autorisation fixées par l'article R. 6123-88 du code de santé publique, en particulier :

- **l'adhésion au Réseau régional de cancérologie (RCC) OncoCentre :** elle garantit l'utilisation des référentiels de bonnes pratiques médicales et l'utilisation d'un Dossier médical commun et communicant (DCC),

- **l'appartenance à un centre de coordination en cancérologie (3C) :** un médecin "référént médical" prend plus particulièrement en charge le parcours de soins du patient et veille à ce qu'il bénéficie d'une consultation d'annonce dès le diagnostic de cancer confirmé, elle-même complétée si besoin d'un temps d'accompagnement soignant avec un professionnel paramédical. Ce dispositif doit permettre au patient d'avoir rapidement toutes les informations concernant les différentes étapes prévisibles de sa maladie et de son traitement.

Le cas du malade doit être présenté ou discuté en Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). A l'issue, le médecin référent doit remettre au patient son Programme personnalisé de soins (PPS).

RCP et PPS seront enregistrés dans le dossier communicant en cancérologie. Le médecin traitant sera impliqué à chaque étape du parcours de soins.

• AMÉLIORER L'OFFRE DE SOINS : OBJECTIFS QUANTIFIÉS D'OFFRE DE SOINS (OQOS)

En cancérologie, ils recouvrent les implantations et l'accessibilité géographique.

En implantation, la région dispose d'un pôle régional de cancérologie qui repose sur un partenariat établi entre le CHRU de Tours et le CHR d'Orléans, établissements fondateurs. Cette coopération a vocation à être complétée

par des conventions conclues avec les établissements de santé publics et privés de la Région en fonction des besoins définis dans les projets territoriaux.

Chaque territoire dispose d'au moins un site de cancérologie⁴.

Les départements de l'Indre et du Cher sont réunis en 1 seul site de cancérologie (le Berry) du fait de l'absence de centre de radiothérapie dans l'Indre.

Le SROS 3 a fixé les implantations de traitement du cancer. A l'issue des visites de conformité et conformément à l'évolution des besoins de la population des territoires, il est proposé les modifications suivantes en implantations (cf. fiche de synthèse à la fin de ce volet) :

- **Berry (Cher + Indre) : 1 site,**
- **Eure-et-Loir: 1 site,**
- **Indre-et-Loire : 2 sites,**
- **Loir-et-Cher : 1 site,**
- **Loiret : 3 sites.**

En accessibilité : les OQOS en accessibilité géographique s'expriment en délai moyen d'attente pour la prise de rendez-vous d'examen programmé pour les appareils d'imagerie comme le mammographe pour le dépistage des cancers du sein ou l'IRM dans le cadre d'un bilan d'extension.

• AMÉLIORER L'EFFICIENCE DE LA PRISE EN CHARGE

Il est nécessaire d'harmoniser et structurer la prise en charge territoriale pour chaque type de cancer du dépistage aux traitements et suivis et d'organiser les recours.

Certains départements sont touchés par un grand nombre de prises en charge extra régionales.

L'origine de ces fuites est multifactorielle :

- proximité de la région parisienne,
- offre de soins partielle sur certains territoires,
- non reconnaissance des niveaux de recours régionaux,
- prise en charge des transports par les organismes d'Assurance Maladie...

Les conséquences en sont :

- une prise en charge initiale chirurgicale extrarégionale est souvent suivie d'une fuite pour la chimiothérapie et la radiothérapie,
- les séances éloignées entraînent des déplacements itératifs des patients, coûteux mais surtout fatigants avec retentissement sur la qualité de vie,
- les autorisations régionales peuvent être fragilisées par la baisse des seuils d'activité des établissements autorisés.

Chaque territoire ainsi que le pôle régional de cancérologie doivent structurer la prise en charge et les niveaux de recours

Actions à mettre en place pour atteindre les objectifs de traitement du cancer

• STRUCTURER LA PRISE EN CHARGE TERRITORIALE POUR CHAQUE TYPE DE CANCER DU DÉPISTAGE AUX TRAITEMENTS ET SUIVIS

Afin d'améliorer la prise en charge des patients et de consolider les activités des établissements autorisés, les territoires doivent structurer la prise en charge.

Actions :

- mener avec les professionnels une réflexion au sein de chaque territoire pour définir un projet territorial cohérent et complémentaire entre établissements permettant une prise en charge la plus complète possible par rapport à l'offre de soins existante dans le public et/ou privé et ceci par discipline autorisée. Ils préciseront les modalités et lieux de recours,
- définir une méthodologie régionale,
- conventionner entre établissements des différents territoires et les établissements du pôle régional en fonction du projet territorial,
- revoir le nombre de 3C par territoire en fonction de la structuration de la prise en charge sur un territoire.

• VALORISER LE PÔLE RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE

La constitution du Pôle régional de cancérologie répond à une logique d'organisation de l'accès aux soins de cancérologie complexes, hyper spécialisés et aux techniques innovantes.

En premier lieu, la mission du Pôle régional de cancérologie relève des soins. En second lieu, il participe à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation, en lien avec l'UFR de médecine.

Dans le cadre des objectifs définis, le Pôle régional en cancérologie intervient :

- dans la mise en œuvre des RCP de Recours Régional qui ont vocation en premier ressort à apporter une réponse nécessaire à la prise en charge d'une tumeur rare. La liste de ces pathologies est mise à jour sur le site Internet du réseau OncoCentre. Par ailleurs la RCP de recours intervient en appui des RCP locales pour des cas difficiles relevant d'une expertise particulière ;
- dans l'accessibilité aux compétences spécifiques humaines ou techniques par l'identification des équipements et plateaux de haute technicité de recours régional ;
- dans l'accès à la recherche clinique en augmentant l'inclusion des patients dans les essais cliniques et en diffusant une information relative aux travaux de recherche appliquée.

Actions :

- mettre à jour et diffuser la liste des équipements et définir des compétences humaines en lien avec les plateaux de haute technicité ainsi que des indications qui en relèvent,
- mettre à jour et diffuser la liste des RCP régionales :

⁴ - Site de cancérologie = 1 ou plusieurs établissements autorisés regroupés pour le traitement du cancer : chirurgie + radiothérapie + chimiothérapie.

- liées à la rareté des pathologies (pédiatrie, endocrinologie, sarcomes...),
- de recours sur des spécificités de prises en charge et la complexité du dossier (cancers du sein, colorectaux) en précisant ce qui est dans le champ de ce type de RCP.

• STRUCTURER LES FILIÈRES DE PRISE EN CHARGE :

Anatomopathologie

L'examen d'anatomocytopathologie est l'examen fondamental en cancérologie. Cet examen détermine le type de cancer ainsi que les caractéristiques d'agressivité des cellules et d'extension de la tumeur. Ces éléments permettent au médecin clinicien d'évaluer le pronostic de la maladie et d'adapter au mieux la thérapeutique. Cette discipline est pénalisée par l'évolution démographique défavorable de ces praticiens et l'accessibilité à cette discipline est limitée sur certains territoires. L'optimisation des ressources passe par le regroupement de ces professionnels lorsqu'ils sont installés en libéral. Le regroupement est effectif sur cinq des six territoires de la région. Il doit être atteint en Indre-et-Loire à l'horizon de ce SROS.

Pour conserver les autorisations de chirurgie carcinologique, il est fait obligation de disposer d'examens anatomopathologiques en extemporané au moins pour les actes programmés. L'évolution démographique défavorable des spécialistes en anatomocytopathologie obligera a minima de passer une convention avec une structure départementale ou interdépartementale pour la chirurgie carcinologique programmée.

Action :

- passer une ou plusieurs conventions avec une structure départementale ou interdépartementale d'anatomocytopathologie pour assurer les examens nécessaires à la chirurgie carcinologique programmée.

Tumorotheque

La région Centre est dotée d'une implantation labellisée par l'INCa (CHRU de Tours) et d'une implantation plus ancienne (CHR d'Orléans). Elles ont une double compétence sanitaire et recherche et sont réunies au sein du réseau des Tumorotheques du Centre.

Il a une double vocation sanitaire et scientifique.

Le conseil de réseau du réseau régional des tumorotheques a défini la liste des tumeurs nécessitant une cryoconservation systématique ; il s'agit des lymphomes, myélomes et hémopathies malignes, tumeurs pédiatriques, sarcomes, et toutes tumeurs de diagnostic incertain. Le niveau national recommande que les tumeurs cérébrales soient également conservées. La congélation d'autres tumeurs peut être discutée.

Chaque tumorotheque anime le sous réseau de façon à assurer une couverture exhaustive de la zone qu'il a en charge en fournissant dans la limite des moyens alloués les outils logistiques, techniques et matériels ad hoc et assurant les transports des échantillons.

La conservation en tumorotheque sous entend un suivi des patients pour avoir des données complémentaires à mettre en regard des tumeurs.

Actions :

- optimiser le suivi des patients et des prélèvements,
- augmenter la participation des anatomopathologistes privés au recours à la tumorotheque de 5 % par an jusqu'à exhaustivité.

Plateforme hospitalière de génétique moléculaire

L'identification d'altérations génétiques au sein des cellules cancéreuses a débouché sur la mise en évidence de nouveaux biomarqueurs moléculaires. Ces paramètres sont aujourd'hui indispensables pour le **diagnostic**, la classification, le choix et la surveillance du traitement des hémopathies et de la plupart des tumeurs malignes. Leur nombre ne va cesser de croître avec les progrès de la recherche et l'arrivée de nouvelles thérapies ciblées. Actuellement une plateforme est soutenue par l'INCa en région Centre : la plateforme de Tours ; celle-ci repose sur l'activité de deux établissements le CHRU de Tours et le CHR d'Orléans. La plateforme assure la recherche des 10 marqueurs les plus fréquents et partage l'activité sur les autres marqueurs avec les 27 autres plateformes régionales.

Action :

- maintien du fonctionnement actuel.

Oncogénétique

La région n'offre pas un nombre de consultations suffisant avec une diminution de 50 % de l'activité entre 2008 et 2009 (24,4 consultations pour 100 000 habitants en 2008 et 12,3 consultations pour 100 000 habitants en 2009) et l'accessibilité à ces consultations varie en fonction du territoire. Les délais de rendez-vous apparaissent supérieurs à la moyenne nationale. Par ailleurs les professionnels ne savent pas quels patients référer à la consultation d'oncogénétique.

Actions :

- développer deux équipes comprenant un médecin spécialiste en oncogénétique, un conseiller en oncogénétique et un psychologue et un temps de secrétariat. Une des équipes est localisée à Tours et dessert les départements du Cher, de l'Indre, d'Indre-et-Loire et du Loir et Cher, la seconde localisée sur Orléans pour desservir les départements de l'Eure-et-Loir et du Loiret. Ces équipes implantées sur 2 sites devront se suppléer en cas d'absence,

- utiliser le référentiel "Oncolor" pour valider le besoin d'une consultation d'oncogénétique dans l'attente de la publication des référentiels de sélection des patients par la structure "Phare Grand Ouest"⁵,
- augmenter l'activité pour atteindre le niveau médian national de 40 consultations pour 100 000 habitants par an et réduire à 15 jours les délais de prises en charge urgentes.

Oncopédiatrie

En région Centre, environ 300 enfants sont traités pour cancer chaque année. Les cancers de l'enfant et de l'adolescent sont rares et présentent une grande hétérogénéité. Leur prise en charge est spécifique dans des structures de référence.

La prise en charge des enfants doit obéir aux critères d'agrément transversaux et ceux spécifiques pour le traitement du cancer chez les moins de 18 ans. Ainsi, l'établissement doit appartenir à une organisation interrégionale de recours onco-pédiatrique, le réseau interrégional "Grand Ouest Cancer de l'Enfant" (GOCE) (critère 3 de l'INCa onco-pédiatrie). Des critères de seuil d'activité sont imposés à la radiothérapie pédiatrique mis à part les traitements à visée palliative.

Concernant la chimiothérapie chez les moins de 18 ans, la primo-prescription et les modifications substantielles de traitement sont toujours réalisées dans un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie et appartenant à une organisation interrégionale de cancérologie pédiatrique à savoir dans la région, le CHRU de Tours.

GOCE a mis en place une RCP interrégionale où sont discutés tous les dossiers des moins de 18 ans. Il doit définir, au sein de l'inter région, l'organisation de cinq pratiques ou techniques ciblées : tumeurs de l'appareil locomoteur, tumeurs cérébrales, greffe de cellules souches hématopoïétiques (extrarégional), mise en œuvre des essais précoces et radiothérapie.

Actions :

- conforter la place d'un seul établissement (CHRU de Tours), au sein de l'interrégion, pour les activités de radiothérapie, de chirurgie des cancers en particulier : **chirurgie des sarcomes** en lien avec la chirurgie adulte de pointe dans ce domaine et de neurochirurgie par le recrutement d'un deuxième neurochirurgien,
- rendre la chimiothérapie de l'enfant accessible au plus près de son domicile avec les critères de qualité. Ainsi un établissement :
 - non titulaire d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie, au sein duquel se situe un service de pédiatrie, ne peut prendre en charge en primo-prescription les enfants,

- titulaire d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie, au sein duquel se situe un service de pédiatrie n'appartenant pas à une organisation interrégionale de cancérologie pédiatrique ne remplissant pas le critère 3 de l'INCa en onco-pédiatrie, ne peut pas assurer de prise en charge en primo-prescription des enfants,
- ces deux types d'établissements, doivent passer une convention avec un ou des établissements autorisés à primo prescrire une chimiothérapie chez l'enfant (art R.6123-94 CSP) pour fonctionner comme établissements dits associés.

Hématologie

Il est probable que les critères de l'INCa imposeront, pour maintenir les autorisations de réalisation d'allogreffe et de traitement des leucémies aiguës, une activité minimale annuelle respective de 20 patients. La région Centre effectue des greffes de moelle osseuse, technique thérapeutique de traitement des leucémies et de certains lymphomes. Elle réalise des autogreffes et des allogreffes de cellules souches provenant d'un membre de la famille uniquement. Les allogreffes à partir de donneurs non apparentés sont réalisées en extra régional. Sont réalisées également les traitements d'inductions de la leucémie aigue, traitement à mettre en place en urgence. Il est essentiel de maintenir ces activités dans la région.

Actions :

- maintenir une seule implantation pour la pratique de greffe de cellules souches (CHRU de Tours),
- promouvoir deux implantations, au regard des besoins de la population, pour les traitements intensifs de la leucémie aigue (CHRU de Tours et CHRO),
- mener une réflexion sur la prise en charge par les autres établissements des autres activités d'hématologie pour fluidifier la prise en charge.

L'implantation d'une structure de Soins de suite et de réadaptation à orientation onco-hématologique et à vocation régionale est préconisée en Indre-et-Loire dans le cadre du schéma SSR, à proximité du service d'hématologie de référence. Son cahier des charges est très lourd, la création de cette unité ne pourra se concevoir qu'une fois les organisations mises en place.

Oncogériatrie

Depuis plusieurs années, il y a un accroissement de la part des personnes âgées dans la population. L'incidence du cancer augmente régulièrement avec l'âge et près d'un tiers des cancers surviennent après 75 ans. Cela nécessite une prise en charge adaptée des personnes âgées (+ 75 ans) atteintes de pathologies cancéreuses afin de mieux connaître les spécificités des cancers dans

5 - Référentiel Oncolor :

- existence de 3 cas de cancers (sein, côlon, autre) chez des personnes apparentées entre elles au premier degré (mère, fille, frère, sœur) ou au deuxième degré (grands parents, oncles, tantes) dans une même branche parentale.
- existence de 2 cas de cancers chez des personnes apparentées entre elles au premier degré s'il existe en plus un âge précoce (avant 50 ans) ou une bilatéralité de l'atteinte (sein) ou une multifocalité de l'atteinte.
- la survenue à un âge précoce (≤ 35 ans) ou bilatéralité ou multifocalité de la tumeur même sans antécédents familiaux.
- existence d'un seul cas de cancer (sein, ovaire, côlon) < 35 ans, sans autres antécédents familiaux
- existence de plusieurs cas de cancers chez la même personne (syndromes de tumeurs primitives multiples), en dehors d'un contexte extérieur évident (ex : tabac + alcool)
- existence d'un cancer associé à une maladie prédisposante (comme la polyposse rectocolique familiale ou la maladie de von Recklinghausen...)
- existence dans une même famille d'une agrégation de cancers du spectre pancréas et prostate.
- les agrégations de plusieurs cas cancers dans une même branche parentale.

la population vieillissante, adapter les traitements et offrir des soins particuliers.

15 Unités pilotes de coordination en oncogériatrie (UPCOG) existent au plan national suite à des appels à projet lancés par l'INCa il y a environ cinq ans. Bien que la région Centre ne dispose pas d'UPCOG, il s'avère fondamental de développer la prise en charge spécifique des patients âgés atteints de cancer. L'évaluation gériatrique est un des éléments incontournables dans la mise en place des protocoles de soins chez les personnes âgées de plus de 75 ans.

Actions :

- disposer d'une Unité de coordination en onco-gériatrie dont les objectifs seront de :
 - soutenir la formation en gériatrie notamment de médecins généralistes,
 - sensibiliser et former les oncologues à la prise en charge oncogériatrique,
 - promouvoir cette prise en charge dans la région afin de la rendre accessible à terme à tous les patients âgés atteints de cancer requérant une évaluation gérontologique,
 - mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gériatres,
 - contribuer au développement de la recherche en oncologie chez les personnes âgées notamment par des collaborations régionales ou nationales,
- assurer l'équité de la prestation au sein de chaque territoire.

• AMÉLIORER LA QUALITÉ, L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX INNOVATIONS :

Délai d'obtention d'une imagerie

Dans le cadre de l'enquête publiée par l'INCa en juin 2010⁶, les délais de rendez-vous pour une IRM concernant un bilan d'extension pour des cancers du sein, de l'utérus ou de la prostate sont en moyenne de 29 jours en France [12 à 50 jours], ils varient en fonction de la pathologie et du statut du centre d'imagerie : ils sont en moyenne de 25 jours dans le privé et de 35 jours dans le public (27 jours pour le sein, 28 jours pour l'utérus et 32 jours pour le cancer de la prostate). La région Centre a des délais systématiquement supérieurs à 31 jours quel que soit le type de cancer.

Actions :

- réduire le délai moyen à 20 jours,
- favoriser l'accès immédiat pour les demandes effectuées en urgence.

Délai de prise en charge

Un délai de prise en charge court est déterminant dans le traitement de la plupart des cancers.

Actions :

- organiser une prise en charge optimale des patients,
- participer à l'étude initiée par l'INCa en 2012.

Radiothérapie per opératoire

Le développement de cette technique n'est pas envisagé pour l'instant en région Centre.

Biopsie transbronchique sous écho-endoscopie

Cette offre de soins n'existe pas actuellement en région Centre.

Action :

- développer cette activité dans au moins un des territoires de santé.

Essais cliniques

L'objectif à atteindre correspond aux recommandations de l'INCa.

Actions :

- atteindre les taux d'inclusion suivants :
 - 60 % dans les cancers des enfants,
 - 40 % en hématologie maligne,
 - 10 % dans les métastases de tumeurs solides,
- faire bénéficier à l'oncogériatrie de projets de recherche spécifiques, un taux d'inclusion de 5 % chez les sujets âgés (plus de 75 ans) en cinq ans est à poursuivre,
- poursuivre le développement et améliorer le déploiement des ressources de l'équipe mobile de recherche clinique à tous les établissements autorisés et associés.

Le réseau régional : OncoCentre

Le réseau régional, constitué sous forme de Groupement de coopération sanitaire (GCS), a pour vocation de coordonner et de mettre en synergie les acteurs de santé dans un but d'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer. Le mode d'organisation du réseau régional en cancérologie OncoCentre est défini dans une convention cosignée par l'INCa et l'ARS en janvier 2011. Les missions du réseau régional de cancérologie sont définies dans la circulaire du 25/09/07.

Actions :

- poursuivre la mission de mise en cohérence, de validation et de partage de protocoles, de recommandations applicables aux diverses disciplines de cancérologie,
- diffuser des données épidémiologiques en s'appuyant sur l'Unité régionale d'épidémiologie hospitalière,
- s'appuyer sur la commission technique "Anticancéreux" de l'OMéDIT dans le cadre du bon usage et du circuit des produits de santé dont notamment les produits coûteux et innovants,
- participer aux réflexions sur l'organisation des soins,
- participer au développement du DCC,
- diversifier ses modalités de diffusion de l'information à destination des professionnels.

6 - Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM dans le cadre d'un bilan d'extension pour un cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate publié par l'INCa en juin 2010

Les centres de coordination en cancérologie (3C)

Ces centres sont de véritables cellules de qualité opérationnelles. Leurs missions sont centrées sur la qualité, la coordination et la continuité du processus de prise en charge du patient, le respect de ses droits et son association aux décisions qui le concernent ainsi que sur l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles et leur amélioration continue. Par la mise en place des RCP, les 3C structurent les filières de prise en charge des patients.

Actions :

- réduire et adapter le nombre de 3C en fonction de l'organisation territoriale définie,
- poursuivre les missions des 3C en particulier :
 - favoriser l'audit interne de l'utilisation des référentiels,
 - restructurer, fusionner les RCP dont l'activité est insuffisante ou le quorum non atteint,
 - s'assurer de l'organisation du dispositif d'annonce et élaboration du programme personnalisé de soins,
 - s'assurer de la mise en place d'un guichet d'information patient (suivi individualisé, soins de support, soins à domicile, coordination avec les acteurs du réseau),
 - participer à l'évaluation de la satisfaction des patients et de leur famille et des équipes soignantes.

Formation

La région Centre connaît une densité médicale faible comparativement aux autres régions, de plus, il existe en son sein des disparités importantes entre les départements.

Actions :

- promouvoir des postes d'assistants spécialistes en oncologie, hématologie, radiothérapie, anatomocytologie anesthésie et chirurgie ; ces postes sont à définir en collaboration avec le CHRU de Tours et les établissements publics de chaque territoire,
- favoriser le déploiement d'internes, dans les établissements publics ou privés, en conformité avec les réglementations nationales, pour toutes activités intervenant dans le traitement du cancer, dès lors qu'il y a un encadrement existant,
- développer l'accès aux formations universitaires permettant d'acquérir de nouvelles compétences en cancérologie : coordonnateurs de soins, dosimétristes, techniciens d'anatomocytologie et conseillers en onco génétique.

1.9.3 Actions spécifiques de coordination

Infirmier coordonnateur de soins

La mesure 18 du Plan Cancer 2009/2013 met l'accent sur l'amélioration du parcours de soins du patient avec la création de postes d'infirmiers chargés de coordonner la prise en charge intra hospitalière et l'articulation entre la ville et l'hôpital. Les expérimentations en cours montrent que cela permet d'optimiser du temps médical

et d'apporter un bénéfice aux patients en tant qu'observance du Programme personnalisé de soins (PPS). Ces postes seront développés sur les moyens propres attribués à l'établissement, portés entre autres par les 3C. Ils pourront être développés de façon mutualisée entre établissements lorsque l'activité ne justifie que du temps partiel. Ces infirmiers doivent répondre aux besoins du patient tout au long du cursus de sa maladie. Ces infirmiers devront se coordonner avec les acteurs territoriaux.

Soins de support

Les soins de support sont définis en cancérologie comme étant "l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a". Ils ne sont pas une nouvelle spécialité mais bien l'organisation coordonnée de différentes compétences.

Pour définir les besoins tant sanitaires que sociaux des patients et des proches, il est nécessaire de les évaluer régulièrement à la fois en hôpital de jour, en hospitalisation complète ou à domicile.

Pour y répondre il est essentiel de :

- former aux soins de support les personnes qui s'occupent de malades atteints de cancers,
- intégrer la question des soins de support dans les réunions de concertation pluridisciplinaires,
- conforter la prise en charge de la douleur au sein des services des établissements de la région.

Les 3C doivent apporter la réponse à ces besoins lorsque le patient est en établissement ; à domicile les réseaux territoriaux doivent prendre le relais.

• RÉSEAUX TERRITORIAUX

L'ensemble de la région est maillé par des réseaux cancérologiques de santé territoriaux rassemblant l'ensemble des acteurs de santé. Le réseau territorial a pour mission d'être garant de la continuité des soins au domicile au sein du territoire de santé. Ils doivent développer les formations envers les professionnels de santé et des outils de communication pour les professionnels et le grand public. Outre la continuité des soins, le réseau doit coordonner les soins de support et offrir des prestations variées (psychologues, diététiciennes...).

Les réseaux doivent intégrer dans leurs propositions des solutions d'hébergement à proximité des lieux de prise en charge médicale proposées aux malades ou leurs proches. Une attention particulière est à porter autour du centre de radiothérapie du Cher accueillant des patients du territoire de l'Indre.

Leur orientation doit se faire vers une approche poly thématique (gériatrie, maladies chroniques...) et en particulier intégrer les organisations de soins palliatifs.

• ORGANISATION D'UNE POLITIQUE D'AIDE AUX AIDANTS EN FACILITANT L'ACCÈS À DES STRUCTURES DE RÉPIT

Actuellement, le besoin identifié par les professionnels est essentiellement le développement de lits de soins palliatifs. Une unité complémentaire à celles de Luynes est prévue dans le nord-est de la région. La souffrance de l'aidant ne se résume cependant pas à la période de soins palliatifs. Le repérage de celle-ci par les professionnels doit amener à proposer des solutions d'hébergement temporaire ou non plus précoces (appartements thérapeutiques, EHPAD...).

Les structures de répit doivent être identifiées et présentées aux aidants.

• REPÉRAGE DES DIFFICULTÉS SOCIALES

L'INCa a réalisé une fiche de détection de la fragilité sociale, support permettant de faciliter la décision d'orientation vers le service social des infirmiers coordonnateurs en faisant un point global de la situation du patient. Cette fiche doit être mise en place dans le cadre du dispositif d'annonce.

• ASSOCIATIONS DE PATIENTS

Elles jouent un rôle important auprès des patients et de leur entourage. Qu'elles soient à thématique générale ou spécialisée, les associations interviennent pour l'information et le soutien des patients, de même dans la prévention et le dépistage. Les établissements et les réseaux territoriaux mettent à la disposition des patients les coordonnées de ces associations, favorisent leur permanence dans leurs locaux et les sollicitent chaque fois que nécessaire pour améliorer la prise en charge des patients.

Développement de la chimiothérapie à domicile

Le développement de la chimiothérapie à domicile est inéluctable du fait de l'augmentation des files actives de patients traités en hôpital de jour et du développement des molécules dont l'administration se fait par voie sous cutanée ou orale, que ce mode de prise en charge s'appuie sur l'HAD ou les professionnels de santé libéraux des réseaux ville-hôpital.

Un cahier des charges régional doit être défini concernant l'éligibilité des patients et permettant d'obtenir une chaîne des soins garantissant notamment continuité des soins, qualité, sécurité, traçabilité des acteurs, des actes et des produits de santé avec une exigence équivalente sur l'ensemble des territoires, adapté aux différents modes de prise en charge.

Une attention particulière devra être portée quant aux moyens dédiés à l'activité des unités de reconstitution des cytotoxiques compte tenu de l'augmentation d'activité prévisible.

Pour les patients les plus lourds, les chimiothérapies pourront être réalisées dans le cadre d'une HAD qui

devra répondre aux critères d'agrément de l'INCa en tant qu'établissement associé. Pour les autres patients, elle se fera avec le soutien du SSIAD ou des professionnels libéraux (médecins, infirmiers, pharmaciens).

L'émergence des thérapies ciblées par voie orale pose de nouvelles problématiques en termes d'observance et d'enjeux financiers. Une mauvaise compliance au traitement notamment avec les formes orales expose les patients à des risques délétères. La sous ou sur observance des traitements par les patients doit faire l'objet d'une évaluation régulière et de la mise en œuvre d'actions d'information et de sensibilisation menées auprès de ceux-ci par les structures existantes. Des outils d'aide au bon usage définis en lien avec OncoCentre et l'OMÉDIT seront intégrés dans le DCC.

1.9.4 Projet de coopération

Chimiothérapie associée

Afin de garantir aux patients un accès de proximité à la chimiothérapie tant pour l'adulte que pour l'enfant, l'administration et la surveillance des traitements peuvent être poursuivies dans des établissements associés, par convention, à un ou plusieurs établissements titulaires de l'autorisation. La primo-prescription, les modifications de traitements, ainsi que l'organisation de la prise en charge de proximité restent de la responsabilité de l'établissement autorisé selon les modalités définies conventionnellement.

Seul cet engagement permet de réaliser une activité de chimiothérapie pour les sites non autorisés, y compris les structures d'HAD, en appliquant les traitements de chimiothérapie prescrits par les titulaires d'autorisation ou en réalisant le suivi de tels traitements.

L'institut national du cancer recommande que cette convention comporte des obligations déclinées en 8 points regroupés en quatre items :

- modalités de prise en charge des patients,
- transmission des données médicales,
- préparation des chimiothérapies,
- procédures en cas d'urgence ou de complications.

Tout établissement dit "associé" doit être membre d'un réseau territorial de cancérologie.

Radiothérapie : préparation de gestion de crise

Bien que la plupart des établissements de radiothérapie disposent de deux accélérateurs, ces centres restent fragiles tant au niveau des machines que des professionnels y exerçant (radiothérapeutes et radiophysiciens).

Le retard à l'accès ou l'interruption d'une radiothérapie est une perte de chance pour le patient.

Il convient d'encourager une démarche globale de management de la qualité dans les centres de radiothérapie et la mise en place d'un système de vigilance comprenant des systèmes d'alerte, de gestion d'éventuels incidents et de propositions de mesures correctrices.

Chaque structure doit avoir une lisibilité pour ré adresser ses patients dans le cadre d'une coopération inter établissements.

Télé médecine

Dans le domaine du cancer, le programme de télé médecine devra s'attacher à :

- développer la visioconférence pour les RCP,
- améliorer le transfert d'images entre professionnels et notamment le second avis entre structure d'anatomopathologie,
- développer l'utilisation du DCC,
- câbler les différents centres de mammographies d'un territoire à chaque centre de dépistage afin d'assurer la deuxième lecture de façon plus rapide et éventuellement décentralisée.

Conventions établissements associés en chimiothérapie adultes Situation novembre 2011

DÉPT	SITES ASSOCIÉS EN CHIMIOTHÉRAPIE	LES SITES AUTORISÉS EN CHIMIOTHÉRAPIE
18	Clinique Les Grainetières - St-Amand-Montrond	Clinique Guillaume de Varye - St-Doulchard
18	Centre hospitalier - St-Amand-Montrond	Clinique Guillaume de Varye - St-Doulchard Centre de Radiothérapie St-Jean - St-Doulchard
18	Centre hospitalier - Vierzon	Centre de Radiothérapie St-Jean - St-Doulchard
28	Centre hospitalier - Châteaudun	Centre hospitalier - Chartres
36	Centre hospitalier - Issoudun	Clinique Guillaume de Varye - St-Doulchard Centre de Radiothérapie St-Jean - St-Doulchard
37	Centre hospitalier - Chinon	CHRU - Tours
37	Centre hospitalier - Loches	CHRU - Tours
41	Centre hospitalier - Romorantin	Centre hospitalier - Blois
41	Centre hospitalier - Vendôme	Polyclinique - Blois
45	Centre hospitalier - Pithiviers	Centre hospitalier - Montargis

Conventions établissements associés en chimiothérapie pédiatrique Situation novembre 2011

DÉPT	SITES ASSOCIÉS EN CHIMIOTHÉRAPIE	LES SITES AUTORISÉS EN CHIMIOTHÉRAPIE
18	Centre hospitalier - Bourges	Institut Gustave Roussy - Villejuif
28	Centre hospitalier - Chartres	Institut Gustave Roussy - Villejuif
45	Centre hospitalier - Gien	Institut Gustave Roussy - Villejuif

1.9.5 Évaluation

Le suivi de réalisation du schéma sera apprécié par les indicateurs relevés par le réseau Oncocentre dans le cadre de son rapport d'activité ainsi que par les indicateurs suivants :

• PRÉVENTION

- nombre d'établissements ayant mis en place une consultation d'arrêt du tabac,
- délai d'attente pour une consultation d'aide à l'arrêt du tabac dans chaque département,
- nombre d'établissements de référence proposant une consultation d'addictologie en région Centre.

• ACTIVITÉ DE SOINS

- taux de fuites extra régional,
- surveillance des seuils d'activité des établissements autorisés,

- nombre de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements dits associés,
- part des séjours de médecine en cancérologie en hospitalisation de jour,
- part des séjours en cancérologie en HAD pour des traitements curatifs du cancer (au-delà de l'offre en soins palliatifs),
- nombre de patients suivis dans un établissement et ayant une chimiothérapie à domicile,
- ratio des préparations de chimiothérapies injectables réalisées pour le domicile (HAD ou réseau libéral).

• QUALITÉ

- délais de prise en charge entre deux ou trois étapes cruciales du parcours de soins sur quatre cancers (sein, colon, prostate et poumon) selon méthodologie INCa,
- délais d'attente de rendez-vous pour une IRM concernant un bilan d'extension pour des cancers du sein, de l'utérus ou de la prostate,

- nombre d'enfants bénéficiant d'au moins une RCP interrégionale/nombre d'enfants pris en charge pour cancers dans la région,
- nombre de patients bénéficiant d'un Programme personnalisé de soins/nombre de nouveaux patients,

- nombre de patients inclus dans un protocole de recherche clinique,
- nombre de patients pris en charge dans un établissement relevant de la filière oncogériatrique ayant bénéficié d'une consultation gériatrique.

SROS - OQOS IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

TRAITEMENT DU CANCER

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Développer la prévention en établissements de santé.
- Participer aux dépistages organisés des cancers mammaires, colorectaux et aux expérimentations.
- Assurer une offre de soins graduée.
- Renforcer les coopérations et les actions de coordination.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES/SECTEURS INFRA-TERRITORIAUX	NOMBRE D'IMPLANTATIONS					
CHER (18)	Chirurgie des cancers					
Bourges	2					
Saint-Amand	1					
Dont chirurgie	digestive	sein	gynécologique	Urologique	ORL	thoracique
Bourges	2	2	2	2	2	1
Saint-Amand	1	1	0	1	0	0
	Radiothérapie					
Bourges	1					
	Curiethérapie					
Bourges	1					
	Chimiothérapie					
Bourges	2					
EURE-ET-LOIR (28)	Chirurgie des cancers					
Chartres	3 ou 2*					
Dreux	1					
Dont chirurgie	digestive	sein	gynécologique	Urologique	ORL	thoracique
Chartres	3 ou 2	3 ou 2	2	2	1	0
Dreux	1	1	1	1	1	0
	Radiothérapie					
Chartres	1					
	Chimiothérapie					
Chartres	3 ou 2					
Dreux	1					
<i>* l'évolution vers 2 implantations est conditionnée au regroupement de structures inscrit au volet chirurgie</i>						
INDRE (36)	Chirurgie des cancers					
Châteauroux	1					
Dont chirurgie	digestive	sein	gynécologique	Urologique	ORL	thoracique
Châteauroux	2	2	1	1	2	0
	Radiothérapie					
Châteauroux	0					
	Chimiothérapie					
Châteauroux	1					

TERRITOIRES/SECTEURS INFRA-TERRITORIAUX	NOMBRE D'IMPLANTATIONS					
INDRE-ET-LOIRE (37)	Chirurgie des cancers					
Tours	4					
Chinon	1					
Dont chirurgie	digestive	sein	gynécologique	Urologique	ORL	thoracique
Tours	4	3	3	3	3	2
Chinon	1	1	1	1	0	0
	Radiothérapie					
Tours	2					
	Curiethérapie					
Tours	2					
	Chimiothérapie					
Tours	3					
	Oncologie pédiatrique					
Tours	1					
LOIR-ET-CHER (41)	Chirurgie des cancers					
Blois	2					
Vendôme	1					
Romorantin	1					
Dont chirurgie	digestive	sein	gynécologique	Urologique	ORL	thoracique
Blois	2	2	2	2	2	1
Vendôme	1	1	1	1	1	0
Romorantin	1	0	0	0	0	0
	Radiothérapie					
Blois	1					
	Chimiothérapie					
Blois	2					
LOIRET (45)	Chirurgie des cancers					
Orléans	4 à 3*					
Montargis	1					
Gien	1					
Dont chirurgie	digestive	sein	gynécologique	Urologique	ORL	thoracique
Orléans	4 à 3	4 à 3	4 à 3	4 à 3	3	2
Montargis	1	1	1	1	1	0
Gien	1	1	0	0	0	0
	Radiothérapie					
Orléans	2 (dont 1 au nord et 1 au sud)					
Montargis	1					
	Curiethérapie					
Orléans	1					
	Chimiothérapie					
Orléans	2 (dont 1 au nord et 1 au sud)					
Montargis	1					
Gien	1					
* l'évolution vers 3 implantations est conditionnée au regroupement de structures inscrit au volet chirurgie						

EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal (*art. R1131-1 et 2 du CSP*).

Cette analyse a pour objet :

- soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne,
- soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés,
- soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Constituent ces analyses :

- les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire,
- les analyses de génétique moléculaire (dont pharmacogénétique, oncogénétique)

Cette activité de soins relève de l'autorisation prévue à l'article L6122-1 du CSP conformément aux dispositions de l'article R6122-25 19 du CSP.

Les autorisations délivrées peuvent être ou non limitées à une seule catégorie d'analyse.

Sont exclus de ce volet du SROS, les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal qui relèvent de l'article R6122-25-17 et sont traitées dans le volet périnatalité du présent SROS ainsi que l'oncogénétique somatique (étude des tumeurs).

Il faut toutefois souligner que ce sont les mêmes familles qui sont souvent concernées, les mêmes équipes médicales qui les prennent en charge et les mêmes laboratoires qui réalisent ces examens.

Les analyses des caractéristiques génétiques dans un but médicolegal (identification d'une personne par ses empreintes génétiques aux fins d'établissement d'une preuve par et sous contrôle judiciaire) sont également exclues du champ.

Les consultations de génétique ne sont pas concernées par les autorisations à délivrer mais elles sont essentielles à prendre en compte et la structuration de cette offre de soins est à prévoir dans le SROS en articulation étroite avec celle des laboratoires de biologie médicale.

1.10.1 Le contexte

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales s'appuie sur des outils complexes par leur usage et par leurs conséquences psychologiques, sociales, culturelles, éthiques. Le sens et l'impact de l'information dépendent dans une très large mesure du contexte dans lequel elle est produite et délivrée. L'enjeu pour les praticiens est de confirmer ou infirmer le diagnostic, et dans l'hypothèse de la détection d'une pathologie, de faire bénéficier le patient d'une prise en charge adaptée.

Le volet "Examen des caractéristiques génétiques" doit assurer des réponses adéquates aux besoins de la population régionale : il s'agit de réduire les inégalités d'accès des personnes concernées à un diagnostic et à une prise en charge de qualité :

- par une organisation efficiente,
- par l'amélioration et la visibilité des circuits existants,
- par la formation des personnels contribuant au dépistage des maladies génétiques.

Compte tenu du sujet qui concerne peu de professionnels et de structures, l'approche régionale apparaît comme le niveau pertinent. Il existe deux pôles régionaux le CHU de Tours et le CHR d'Orléans. Ces deux pôles s'inscrivent, tant au niveau des consultations que des analyses, dans le cadre des réseaux nationaux, voire internationaux pour certaines pathologies.

Les consultations

Les consultations de génétique s'inscrivent dans deux contextes différents :

- d'une part, les consultations pour des maladies génétiques fréquentes qui sont souvent assurées par des médecins non généticiens, souvent spécialistes d'organes qui connaissent bien l'affection en question, et éventuellement par des médecins généralistes,
 - d'autre part, des consultations de génétique reconnues comme telles et assurées par des médecins généticiens le plus souvent dans un service de génétique.
- Les consultations de génétique pour maladies génétiques fréquentes ou maladies communes.**

Elles sont difficiles à identifier car souvent non reconnues comme telles. Il est en effet souvent difficile de dissocier l'étude génétique et le conseil génétique de la consultation de diagnostic et de suivi médical.

Il est impossible d'établir une liste exhaustive de ce premier niveau de consultations : cela concerne, par exemple, des affections prises en charge par les hépatogastroentérologues (notamment l'hémochromatose, les

pancréatites héréditaires...), les médecins hématologues (facteurs génétiques de prédisposition aux thromboses, et autres troubles de l'hémostase), les médecins internistes et endocrinologues (hypercholestérolémie familiale, diabète...), les pédiatres, etc.

Les spécialistes d'organes sont de plus en plus souvent conduits à demander des tests génétiques à des fins de diagnostic. Pour certaines affections notamment, l'étude génétique est maintenant le moyen de diagnostic le plus fiable, voire le seul disponible, permettant une confirmation précoce d'une affection qui auparavant ne pouvait être reconnue qu'après une démarche diagnostique compliquée nécessitant le recours à de multiples investigations complémentaires. Par ailleurs, le délai d'installation des signes caractéristiques est souvent important. Les tests génétiques ont en conséquence connu, au cours des dernières années, une évolution importante.

Ainsi, si les médecins prenant en charge ces affections ont une bonne connaissance de la pathologie et des tests génétiques disponibles pour les confirmer, ils ne disposent pas toujours des compétences nécessaires en génétique pour assurer le conseil génétique non seulement du patient lui-même mais également de sa famille. C'est dans ces circonstances qu'est le plus souvent constaté un défaut de conseil génétique des apparentés faute d'information sur la possibilité de bénéficier d'un conseil génétique voire de recourir à des tests prédictifs.

Les affections concernées sont souvent des maladies communes pour lesquelles les facteurs génétiques de prédisposition sont moins clairement définis que dans les maladies monogéniques, ce qui pose en outre des problèmes de recours et d'interprétation des tests génétiques.

Cette activité est très difficile à recenser car les consultations de génétiques ne sont souvent pas identifiées au sein de l'ensemble des consultations.

- Les consultations spécialisées de génétique

Elles sont bien identifiées sans précision toutefois sur leur visée post ou prénatale. Elles permettent d'assurer :

- des consultations de diagnostic pour des pathologies rares, notamment pour des affections qui sont directement du ressort des médecins généticiens (anomalies du développement comportant les malformations congénitales, les syndromes poly-malformatifs, les défi-

ciences intellectuelles et les troubles autistiques, ...), ainsi que certaines affections génétiques pour lesquelles des réseaux de soins et des Centres de Référence et de Compétence ont pu être établis dans la région,

- le conseil génétique qui concerne l'information génétique à apporter non seulement à un sujet qui se sait atteint d'une maladie génétique, mais également à ses apparentés asymptomatiques. La prescription de tests génétiques dans ce cadre, conformément aux dispositions du Titre III du Livre premier du code de la santé publique (examen des caractéristiques génétiques, identification génétique et recherche génétique) ne peut être délivrée que par un médecin généticien. En outre, lorsqu'il s'agit de diagnostic prédictif (tests génétiques chez des personnes asymptomatiques pour des affections à début tardif, notamment de transmission autosomique dominante), la prescription ne peut être effectuée que par un médecin généticien exerçant au sein d'une équipe pluridisciplinaire rassemblant des compétences cliniques et génétiques déclarée auprès de l'Agence de biomédecine (ABM) et disposant d'un protocole de prise en charge.

Les consultations de génétique polyvalentes, réalisées par des praticiens spécialisés en génétique, prennent en charge les demandes relatives à un diagnostic prénatal ou postnatal d'une maladie d'origine génétique.

Des consultations existent au Centre Hospitalier Régional d'Orléans, au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours et au Centre Hospitalier de Blois.

Le département du Cher bénéficie de l'intervention d'un généticien clinicien dans le cadre d'une consultation avancée d'oncogénétique, organisée à partir du CHU.

Le département de l'Eure-et-Loir bénéficie également de consultations de cytogénétique dans les maternités de Chartres (consultations pré et postnatales) et de Dreux (essentiellement des consultations prénatales). Ces consultations sont assurées par un médecin intervenant également au CHU Robert Debré et au CH d'Evreux.

Il n'y a pas de consultation avancée dans l'Indre. Des consultations d'oncogénétique sont réalisées sur le site de Bourges. Pour les autres consultations de génétique, les patients viennent au CHU de Tours.

Suite à l'exploitation des réponses au questionnaire "état des lieux" adressé en 2011 à tous les généticiens biologistes et cliniciens de la région, la région Centre dispose pour faire fonctionner ces consultations spécialisées des moyens suivants :

	TOURS	ORLÉANS	CH DE BLOIS
Généticiens cliniciens	- 2,3 ETP au CHU - 1 ETP au Pôle Léonard de Vinci	- 0,7 ETP (0,2 ETP au sce génétique + env. 0,5 ETP au titre du sce pédiatrie) - Recrutement complémentaire en septembre 2011 de 0,9 ETP - 0,2 ETP à Montargis dans le secteur privé	0,6 ETP
Conseillère en génétique	0,5 ETP	1 ETP	
Psychologue	0,5 ETP	0,5 ETP	

Le temps de généticien clinicien du CHU inclut pour 0,8 ETP un oncogénéticien qui intervient dans le cadre d'une consultation avancée au CHR d'Orléans (0,1 ETP) et au centre hospitalier de Bourges (0,1 ETP).

La majorité des patients d'Eure-et-Loir vont à Paris.

Le CHU de Tours a une attractivité pour les patients de l'ensemble de la région en raison de ses Centre de Référence et Centres de Compétence.

Les staffs

Les activités de génétique donnent lieu à des réunions régulières pluridisciplinaires organisées par le CHU (dans le cadre des centres de compétence et centre de référence).

Des actions de formation sont, en outre, organisées par les généticiens, à l'attention des médecins spécialistes et généralistes.

Par ailleurs, des assises de génétique sont organisées au niveau national.

Rôle des conseillers en génétique

Les conseillers en génétique sont peu nombreux en région Centre. Ces professionnels de santé ont un rôle "d'information, de soutien psychologique et d'aide aux individus, familles, couples transmettant ou susceptibles de transmettre une affection génétique pour comprendre son origine, son mode de transmission, le risque de récurrence et les possibilités de dépistage". Ils doivent travailler sous la responsabilité d'un médecin généticien (article L1132-1 du Code de la santé publique, décret n°2007-1429 du 3 octobre 2007 relatif à la profession de conseiller en génétique modifié par le décret n°2010-344 du 31 mars 2010). Ils travaillent donc en étroite collaboration avec les médecins dans les domaines de la génétique et de la médecine prédictive. Ils peuvent participer aux consultations pluridisciplinaires et à l'activité des centres de diagnostic prénatal.

La seule école étant actuellement à Marseille, la région Centre rencontre de réelles difficultés de recrutement de ces professionnels, qui jouent un rôle fondamental d'orientation et de suivi des patients dans la filière.

Les Laboratoires de biologie médicale (LBM)

Les examens des caractéristiques génétiques sont réalisés dans des laboratoires qui relèvent du volet "Biologie Médicale" rattaché au volet ambulatoire du SROS. Les laboratoires d'analyse des caractéristiques génétiques sont localisés dans deux départements :

- dans l'Indre-et-Loire :
 - un laboratoire privé à Tours,
 - le laboratoire de biologie médicale du CHRU de Tours,
 - le laboratoire de l'Etablissement français du sang (EFS) à Tours pour les analyses HLA,
- dans le Loiret :
 - deux laboratoires privés à Montargis,
 - le LBM du CHR d'Orléans.

Les ressources des laboratoires de biologie médicale.

Avant la création de l'Agence de biomédecine (ABM), les praticiens étaient agréés par arrêté du Préfet de région. Sur le site internet de l'ABM, six praticiens sont actuellement recensés comme agréés par cette agence depuis le 7 avril 2008.

Lors du renouvellement des autorisations des laboratoires, après publication du SROS, la liste des praticiens agréés dans la région sera mise à jour en lien avec les fichiers tenus par l'Agence de biomédecine.

L'activité des laboratoires se répartit de la façon suivante :

- une partie des analyses prescrites en région Centre est réalisée sur place,
- une partie des analyses confiées aux laboratoires de la région est transmise à des laboratoires extérieurs à la région ; il s'agit :
 - soit d'analyses très spécialisées confiées à quelques laboratoires, identifiés au niveau national, voire européen, dans le cadre de réseaux organisés,
 - soit d'analyses inscrites à la nomenclature des actes de biologie médicale et transmises à des laboratoires extérieurs dans le cadre de la réglementation générale de la biologie,
- la dernière partie de l'activité réalisée dans certains laboratoires de la région Centre concerne des prélèvements extérieurs à la région, qui peuvent constituer une proportion très conséquente des examens effectués (jusqu'à 50 % des prélèvements analysés).

Analyses de Génétique moléculaire :

Le nombre de patients analysés en Génétique moléculaire est en nette augmentation depuis 2008 :

CHRU TOURS LABORATOIRE DE :	BIOCHIMIE-IMMUNOLOGIE	GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE	HÉMATOLOGIE
2008	704	977	510
2009	1368	894	440
2010	1748	918	410

Certaines activités sont en hausse (cholestases et lithiase héréditaires, FII Leiden, FV Leiden, hémochromatose, etc) ou en forte hausse (SLA et la pharmacogénétique,..).

SECTEUR PRIVÉ DOMAINE D'ANALYSE :	GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE (HORS HÉMATOLOGIE)	HÉMATOLOGIE
2008	294	184
2009	284	204
2010	355	289

Les examens de génétique moléculaire du CHR d'Orléans sont externalisés. A brève échéance ils seront réalisés par le CHR d'Orléans et leur nombre devrait augmenter :

CHR ORLEANS	GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE (EXTERNALISÉE)
2010	219
2011 (jusqu'au 24/08/2011)	111

Les analyses HLA hors greffes réalisées par l'EFS de Tours, ne sont pas comptabilisées à part de l'ensemble des analyses HLA.

Analyses de Cytogénétique (Génétique chromosomique) :

1- au CHRU de Tours : le nombre de patients pris en charge par le LBM du CHU de Tours (caryotypes effectués au sein même du laboratoire puis transitoirement confiés en sous-traitance à un laboratoire privé de Rhône Alpes depuis mars 2009) est en augmentation régulière.

Les examens de CGH-array sont externalisés dans le cadre du réseau du grand ouest. Une plateforme de CGH-array est en cours de mise en place sur la plateforme de biologie moléculaire du LBM du CHRU de Tours.

NOMBRES D'ACTES	CARYOTYPES	FISH (FLUORESCENT IN SITU HYBRIDATION)*	CGH-ARRAY**
2008	402	84	32
2009	404	102	50
2010	481	133	61

* La FISH est une technique de cytogénétique moléculaire permettant une analyse fine de la structure des chromosomes à l'aide de "sondes" fluorescentes.
** analyse chromosomique par puce à ADN ("puce d'Hybridation Génomique Comparative").

2- au CHR d'Orléans :

NOMBRES D'ACTES	CARYOTYPES	FISH	CGH-ARRAY
2008	371	-	-
2009	391	-	28
2010	428	-	52

De janvier à avril 2011, 122 caryotypes ont été réalisés. Les examens de CGH-array sont réalisés à Orléans sur une plateforme regroupant le CHR d'Orléans, le CNRS et l'Université d'Orléans.

Il convient de souligner que certains examens, comme la recherche de microanomalies chromosomiques par CGH-array ou encore les analyses relevant de l'oncogénétique et de la pharmacogénétique, sont de plus en plus demandés et une augmentation significative d'activité est prévisible.

Les réseaux "Direction générale de l'offre de soins" (DGOS) :

L'organisation des laboratoires spécialisés en France a été financée à la suite d'appels d'offre du ministère de la santé (Direction générale de l'offre de soins), dans le cadre de programmes exceptionnels de soutien.

L'objectif de ces programmes était de :

- reconnaître et soutenir une activité qui existait déjà, dans les laboratoires de diagnostic moléculaire faisant des analyses complexes, en s'appuyant souvent sur des équipes de recherche ; cette activité spécialisée n'est pas prise en charge par le remboursement des actes de biologie selon la nomenclature,
- promouvoir une organisation en réseau, dans le but :
 - d'harmoniser les pratiques,
 - de mieux répartir l'offre diagnostique et la développer quand c'était nécessaire,
 - de rendre l'accès aux analyses, égal pour tous sur le territoire national, en mettant les informations à la disposition de tous et en faisant circuler les ADN.

Il existe cinq réseaux en France :

- mucoviscidose,
- oncogénétique,
- maladies neurologiques, musculaires, neurosensorielles et retards mentaux,
- diagnostic de certaines maladies rares,
- réseau des plates-formes de puces à ADN en cytogénétique constitutionnelle.

Au sein de chaque réseau, trois types de laboratoires sont identifiés pour ce qui concerne le domaine correspondant :

- laboratoires de 1^{er} niveau qui réalisent les analyses simples,
- laboratoires spécialisés,
- laboratoires de référence.

Seuls les laboratoires spécialisés et les laboratoires de référence, qui réalisent les analyses complexes pour l'ensemble des laboratoires (grâce à l'envoi des ADN lorsque l'analyse simple ne suffit pas), sont financés par les programmes de soutien. Pour les laboratoires de premier niveau, les actes sont financés à l'activité par l'Assurance maladie, sur la base de la nomenclature.

Les laboratoires de référence ont la mission supplémentaire d'animer le réseau (organisation d'ateliers, réalisation d'un contrôle qualité, veille technologique et scientifique pour le réseau) et sont aussi financés à ce titre.

En région Centre, un LBM de l'agglomération tourangelle comporte des laboratoires spécialisés dans certains examens des caractéristiques génétiques d'une personne :

- dans le réseau des maladies neurologiques, musculaires, neuro-sensorielles et retards mentaux, pour :
 - les myopathies de Duchenne et Becker,
 - les retards mentaux liés à l'X,
 - certains types de surdité,
- dans le réseau diagnostic de certaines maladies rares pour le diagnostic moléculaire de :
 - la maladie de Menkès (sous-réseau des maladies métaboliques),
 - l'hémophilie A (sous-réseau des maladies de l'hémostase),
 - maladies hépatiques (sous-réseau des maladies métaboliques) :
 - cholestase intrahépatique familiale (gène ABCB4),
 - lithiase biliaire à faible taux de phospholipides (gène ABCB4),
 - cholestase intrahépatique inexplicée (gènes ABCB4 et ABCB11),
 - cholestase chronique inexplicée (gène ABCB4).

Les autres réseaux :

Le LBM du CHRU de Tours est aussi laboratoire spécialisé dans d'autres réseaux :

- groupe français d'étude de la SLA :
 - sclérose latérale amyotrophique (gènes SOD1, TARDBP, FUS),
- réseaux de pharmacogénétique hospitalière :
 - cancer colorectal (gène UGTA1),
 - leucémie aigüe lymphoblastoïde, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) (gène TPMT),
 - transplantation rénale et hépatique (gène CYP3A5).

Les laboratoires répondent à des contrôles nationaux et européens sur la qualité de leurs résultats et contribuent même à l'organisation de ce contrôle national de qualité.

Prélèvements :

Les prélèvements pour les examens de génétique sont réalisés, soit dans l'établissement de santé suite à la consultation, soit, sur prescription médicale, au centre de prélèvements hospitalier ou en laboratoire extérieur. Il existe parfois une difficulté à réaliser les prélèvements dans l'immédiat, au sein de l'établissement de santé, lorsque les consultations se terminent trop tard.

Délais :

D'après les déclarations recueillies au cours de l'enquête "état des lieux 2011", les laboratoires estiment pouvoir faire face aux demandes qui leur sont faites dans des délais compatibles avec la prise en charge des patients. Ils se déclarent en capacité de répondre, actuellement, aux éventuels besoins urgents dans les délais demandés.

En ce qui concerne les délais de rendu des résultats, les examens de génétique chromosomique ou de génétique moléculaire sont souvent rendus en quelques jours. Toutefois, certains examens de génétique moléculaire peuvent, compte tenu de la complexité de l'analyse ou de la taille du gène, nécessiter un délai de plusieurs semaines.

Pour les analyses très spécialisées transmises à des laboratoires de référence nationaux ou internationaux, les résultats sont rendus au médecin prescripteur et parfois au laboratoire qui a adressé l'échantillon. La traçabilité des délais de rendu des résultats n'est alors pas toujours possible au sein du laboratoire donneur d'ordre. Il semble que certains délais très tardifs (jusqu'à un an après la demande dans certains cas) posent problème aux prescripteurs.

Les associations d'usagers

Les associations ont un rôle important à jouer auprès des familles et des patients pour les accompagner en complément de la prise en charge médicale. Ces associations qui sont nombreuses travaillent par ailleurs en inter région. Elles sont donc des partenaires importants du système de l'offre de soins.

1.10.2 Les objectifs 2012-2016

La région Centre s'inscrit dans les orientations nationales précisées par la circulaire n°DGOS/R5/2011/311 du 1^{er} août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du SROS, validée par le conseil national de pilotage du 13 juillet 2011.

Améliorer l'accès aux soins

Il s'agit d'organiser, au sein de filières structurées, les moyens de diagnostic et de prise en charge des personnes (et de leur famille) concernées par des problématiques de génétique constitutionnelle post-natale qui relèvent, le plus souvent, de maladies rares.

Cet objectif se décline de la façon suivante :

- Identifier un ou deux "centres de génétique cliniques" à vocation régionale

Les orientations nationales prévoient que ces centres couvrent un bassin de population de 2 à 6 millions d'habitants, qu'ils regroupent l'ensemble des compétences et qu'ils sont articulés avec les laboratoires de génétique et des unités de recherche de façon à renforcer l'expertise, à mutualiser les compétences et à limiter les prescriptions d'analyse non pertinentes.

En région Centre, le maintien des deux pôles de génétique cliniques existants à Tours et Orléans se justifie par l'étendue géographique de la région. Cependant, pour permettre d'offrir à terme une continuité de la prise en charge avec un panel complet de compétences de génétique, ces deux sites doivent travailler en concertation étroite et s'inscrire dans une complémentarité, selon des modalités qui seront à définir dans le cadre de la mise en œuvre de ce premier SROS. Le caractère éventuellement interrégional de certaines de leurs activités sera également à préciser en articulation avec les autres régions.

Ces pôles ont un rôle important en termes :

- d'expertise,
- de formation des médecins qui contribueront à cette activité (qualité des prescriptions et des prises en charge),
- d'animation du réseau de ces professionnels en incluant les biologistes.

Ils bénéficient d'un environnement favorable, à savoir :

- des activités qui utilisent des techniques identiques à celles de l'étude des caractéristiques génétiques : activités de virologie moléculaire ou, par exemple, activités de biologie moléculaire des cancers (somatique) ; ceci témoigne d'une large expertise des techniques de biologie moléculaire,
- des plateaux techniques de biologie moléculaire au CHR d'Orléans et au CHRU de Tours,
- des activités de recherche adossées aux activités hospitalières ; ceci souligne le dynamisme des laboratoires et favorise le transfert de technologies développées par la recherche vers l'hôpital.

Les moyens des deux pôles de référence de Tours et d'Orléans devront être suffisants en biologistes et surtout en généticiens, conseillers en génétique et psychologue(s), pour diminuer les délais d'attente et permettre le développement de consultations de diagnostic prédictif respectant :

- les recommandations internationales de bonne pratique,
- les dispositions réglementaires sur le diagnostic génétique chez les personnes asymptomatiques.

- Améliorer à partir de ces deux pôles, l'accès aux consultations dans les six territoires de santé de la région, avec la mise en place d'une organisation graduée selon le degré de difficulté et d'expertise nécessaire :

- au moins une consultation de conseil génétique simple par territoire de santé, pouvant notamment être assurée par un(e) conseiller(e) en génétique,
- des consultations de génétique spécialisées (par un médecin généticien) au niveau des sites déjà existants (CHU de Tours, CHR d'Orléans, CH de Blois),
- des consultations d'expertise pour des activités spécifiques notamment des Centres de Référence et Centres de Compétence du CHU de Tours, mais également d'autres sites si des activités d'expertise reconnues et labellisées étaient identifiées.

En ce qui concerne les consultations d'oncogénétique, le volet "Traitement du cancer" du SROS prévoit de "développer deux équipes comprenant un médecin spécialiste en oncogénétique, un conseiller en oncogénétique, un psychologue et un temps de secrétariat. Une des équipes est localisée à Tours et dessert les départements du Cher, de l'Indre, d'Indre-et-Loire et du Loir et Cher, la seconde localisée sur Orléans pour desservir les départements de l'Eure-et-Loir et du Loiret. Ces équipes implantées sur deux sites devront se suppléer en cas d'absence".

- Développer des plateformes de prélèvement et les ouvrir à des heures compatibles avec celles des consultations ou organiser des possibilités de prélèvement au cours ou à l'issue de la consultation, notamment par des infirmières qualifiées pour les enfants.

Améliorer l'efficacité et la qualité

- Favoriser, dans un objectif de complémentarité et de suppléance, les coopérations inter-laboratoires, publics (CHU de TOURS et CHR d'Orléans) et privés, notamment en améliorant la connaissance de l'offre régionale en matière d'analyses très spécialisées et la collecte d'échantillons sur le territoire régional.

Les enjeux sont multiples :

- renforcer la capacité des laboratoires de la région, pour qu'ils aient en termes de volume d'activité, la taille critique nécessaire permettant l'automatisation de certaines analyses, l'amélioration de la qualité du service rendu et le recours à l'innovation,
- améliorer les délais de rendu de résultats,

- améliorer les liens avec les cliniciens,
- étudier la possibilité de développer d'autres analyses de 2^e niveau, le cas échéant en interrégional, lorsque les délais de restitution des examens sont excessivement longs et de réfléchir, dans le cadre d'une démarche interrégionale ou nationale, à la possibilité d'obtenir de meilleurs délais.

- **Veiller à l'articulation de l'activité avec les filières de prise en charge des maladies rares** (filières thématiques de centres de référence et centres de compétence dont les périmètres vont être précisés dans le cadre du plan national maladies rares 2011-2014), les filières Cancer dont les cancers rares pour l'oncogénétique.

Actuellement il existe des laboratoires spécialisés organisés en réseaux dans le cadre du soutien financier apporté par la DGOS aux laboratoires hospitaliers pour le diagnostic génétique ou pour la réalisation des examens complexes en vue du diagnostic des maladies rares.

En interaction avec la structuration des centres de référence en filières, il est nécessaire de mieux structurer la biologie experte, pour en améliorer la cohérence avec la clinique.

Le Plan maladies rares 2011-2014 prévoit qu'un certain nombre de plateformes nationales de laboratoires de diagnostic approfondi dédiés aux maladies rares soit identifié au niveau national.

Cette organisation en plateformes nationales comprenant les laboratoires spécialisés français doit permettre :

- d'atteindre, par redéploiement, les masses critiques nécessaires pour un diagnostic performant,
- d'optimiser les moyens d'investigation lourds nécessaires à la réalisation des examens biologiques des centres de référence, notamment pour les approches à haut débit.

Comme pour les filières, cette organisation vise à mettre au service des malades les avancées technologiques et scientifiques et à assurer la qualité des tests et de leur interprétation.

- **Veiller à l'entrée des laboratoires de génétique moléculaire et de cytogénétique dans une démarche d'accréditation partielle (date limite novembre 2013) puis totale (novembre 2016)** afin que leur pérennité soit assurée.

La preuve d'entrée dans l'accréditation, selon des critères définis par l'arrêté du 14 décembre 2010, devra être apportée au plus tard le 1er novembre 2013. L'accréditation complète du laboratoire devant être réalisée au plus tard le 1er novembre 2016. Ceci a pour conséquence, qu'à chacune de ces deux échéances, les laboratoires ne respectant pas ces critères devront cesser leur activité.

- **Développer les réunions pluridisciplinaires entre les généticiens, les spécialistes des pathologies concernées et les biologistes.**

- **Harmoniser et réduire les délais d'attente, pour l'accès aux consultations de génétique.**

- **Renforcer l'articulation avec le secteur médico-social (et plus particulièrement les centres d'action médico-sociale précoce) pour favoriser les prises en charge précoces.**



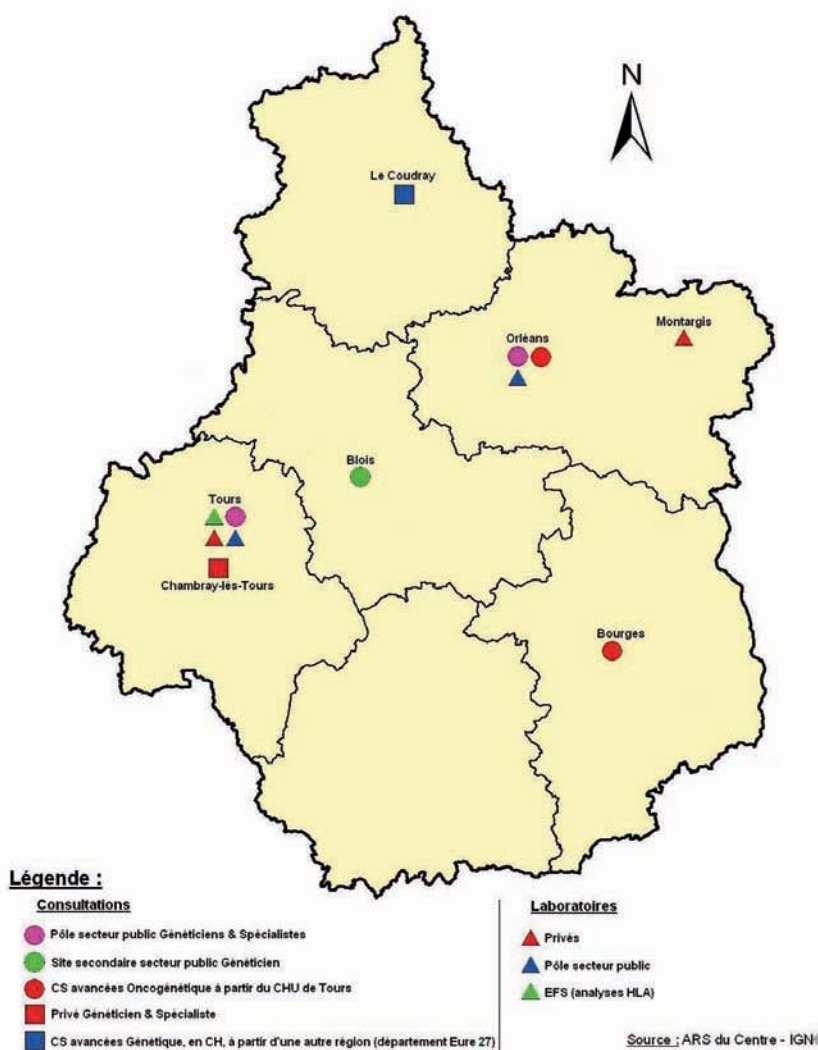
Rendre lisible l'offre disponible pour les professionnels de santé et les usagers :

- **Elaborer une cartographie des ressources régionales** tant en ce qui concerne les consultations que les laboratoires et restituer cette offre dans le cadre plus large de l'offre nationale voire internationale ;
- **Diffuser l'information**
- aux professionnels de santé : libéraux et hospitaliers, services de protection maternelle et infantile,
- aux professionnels du secteur du handicap : maisons départementales des personnes handicapées, établissements et services médico-sociaux,
- aux usagers en articulation avec les associations de patients.

1.10.3 Évaluation et suivi

- nombre annuel de consultations dans chaque centre (CHU de Tours, CHR d'Orléans, CH de Blois et centres de consultations avancées),
- délais d'attente pour accéder à une consultation de génétique,
- délai de rendus des résultats,
- nombre de jours de formation assurée - Nombre et catégorie de professionnels formés.

Caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales : consultations spécialisées et laboratoires à l'exclusion des prescripteurs libéraux



2. Les plateaux techniques

2.1

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

2.1.1 Le contexte

L'insuffisance cardiaque touche en France entre 500 000 et 1 000 000 de patients. Elle est à l'origine de 32 000 décès par an. L'insuffisance cardiaque est à l'origine de nombreuses hospitalisations (150 000), souvent en urgence. Plus de 43 % des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque aiguë sont ré-hospitalisés dans l'année. Une meilleure éducation des patients et l'organisation d'un suivi précoce devrait permettre de limiter le nombre de ré-hospitalisations, y compris pour les patients en EHPAD dont 21 % présentent une insuffisance cardiaque instable.

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, sont en pleine évolution depuis quelques années.

La circulaire DHOS/04/2009/279 du 12 août 2009 a précisé les conditions d'élaboration de ce volet interventionnel en cardiologie. L'autorisation prévue aux articles L.6122-1 et R.6122-25 du Code de la santé publique porte sur trois types d'actes :

- les actes de rythmologie qui comprennent: les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, les actes électrophysiologiques de stimulation multi-sites et les actes électrophysiologiques de défibrillation,
- les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant (y compris les urgences cardiaques responsables de cyanose ou de détresse circulatoire néonatale, les malformations isolées, principalement shunts gauche-droite et obstacles droit ou gauche, les malformations complexes par leur anatomie ou leurs complications potentielles), les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence,
- les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte qui concernent principalement le traitement interventionnel sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, des sténoses des artères coronaires. Elles sont prises en charge par les médecins spécialisés en cardiologie ou en imagerie médicale.

Pour chaque type d'activité, l'arrêté du 14 avril 2009 a défini des seuils minimaux d'activité visant prioritairement à sécuriser la pratique de ces actes complexes sur le fondement des recommandations de la littérature scientifique internationale, et à ne pas disperser les moyens humains et matériels.

Du fait de la récente révision de ce volet du SROS, seules des modifications mineures ont été apportées ainsi qu'une actualisation des données d'activité.

L'organisation actuelle repose sur une filière structurée et graduée : Unité de surveillance continue cardiologique (USCC), Unité de soins intensifs cardiologiques de niveau 1 (USIC 1), Unité de soins intensifs cardiologiques de niveau 2 (USIC 2) associée à une autorisation pour les actes de cardiologie interventionnelle portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (angioplastie coronaire).

Les quatre zones fonctionnelles de prise en charge des syndromes coronariens aigus ont été identifiées à partir des plateaux techniques existants et des flux de population observés, en tenant compte des délais d'intervention en matière de transports :

- une zone regroupant le Cher et l'Indre,
- une zone regroupant les zones infra-territoriales de Blois et de Vendôme et l'Indre-et-Loire,
- une zone regroupant la zone infra-territoriale de Romorantin et le Loiret,
- une zone correspondant au territoire d'Eure-et-Loir.

Chaque zone fonctionnelle possède au moins une unité de soins intensifs de niveau 2, deux si la population est supérieure à 700 000 habitants (zone regroupant l'Indre-et-Loire avec les zones infra-territoriales de Blois et Vendôme et zone regroupant le Loiret avec la zone infra-territoriale de Romorantin).

Une unité de soins intensifs cardiologiques de niveau 1 est située dans chaque zone fonctionnelle.

Une unité de surveillance continue cardiologique peut être rattachée aux unités de soins intensifs cardiologiques.

Une structure de médecine d'urgences est présente dans l'établissement d'implantation de l'unité de soins intensifs cardiologiques.

ÉVALUATION DE L'ACTIVITÉ SOUMISE À AUTORISATION

L'évaluation quantitative des activités soumises à autorisation est basée sur les données issues du PMSI en référence aux trois listes d'actes figurant en annexe à la circulaire n°279 du 12 août 2009. La modification de la classification commune des actes médicaux depuis la

parution de cette circulaire a conduit à des ajustements dont le détail figure sur le document détaillé disponible sur le site de l'ARS.

• RYTHMOLOGIE

La consommation d'actes de rythmologie des patients de la région Centre se caractérise par :

- une augmentation régulière du nombre d'actes ces 3 dernières années, portant sur l'ensemble des actes de la liste 1 (+ 6,6 % en 2008, + 4,4 % en 2009 et + 3,2 % en 2010), mais principalement sur ceux soumis à seuil en 2010,
- des fuites hors région qui tendent à diminuer (-6,5 % en 2009 ; -4,4 % en 2010).

La consommation dans chaque département dépasse le seuil pris en compte pour les autorisations.

Les taux de recours aux actes de la liste 1 pour 100 000 habitants après standardisation sur l'âge et le sexe se caractérisent par

- une disparité du recours aux actes de rythmologie de la liste 1 avec des différences de taux de recours allant au-delà du simple au double entre l'Eure-et-Loir et l'Indre-et-Loire,
- une forte augmentation des taux de recours dans tous les départements, à l'exception du Loiret où l'augmentation a été plus modérée.

Un constat voisin peut être fait pour les actes de la liste 1 soumis à seuil.

L'observation des fuites extrarégionales et les échanges entre les départements de la région Centre en 2010 pour les actes de la liste 1 non soumis à seuil, met en évidence les constants suivants :

- les fuites extrarégionales en 2010 sont de 15 % : elles concernent principalement l'Eure-et-Loir (61 %) et dans une moindre proportion l'Indre (22 %), le Loiret (14 %) et le Cher (14 %),
- l'Indre-et-Loire est très attractive pour les patients d'autres départements régionaux,
- l'Indre accueille logiquement des patients du Cher.

Le constat pour les actes de la liste 1 soumis à seuil est très voisin.

La production des établissements de la région Centre se caractérise par :

- une augmentation régulière du nombre d'actes ces cinq dernières années (entre 6,2 et 16 %), l'augmentation maximale de 16 % ayant été constatée en 2010, tant pour l'ensemble des actes de la liste 1, que pour les actes soumis à seuil : 1 943 actes de la liste 1 dont 963 d'actes soumis à seuil,
- une attractivité extrarégionale (7 %) qui en 2010 reste cependant très inférieure aux fuites (15 %)

L'activité des établissements de la région Centre repose sur 11 établissements (après exclusion des établissements ayant réalisé moins de cinq actes). La production est centrée sur deux départements :

- l'Indre-et-Loire qui réalise plus des 2/3 des actes : les deux établissements d'Indre-et-Loire ont une activité beaucoup plus importante que les autres établissements régionaux,
- le Loiret qui réalise 28 % des actes.

Pour les actes soumis à seuil, l'activité des établissements de la région Centre repose en 2010 exclusivement sur six établissements. La production est centrée sur deux départements :

- l'Indre-et-Loire qui réalise plus des 2/3 des actes,
- le Loiret qui réalise 21 % des actes,
- les deux autres départements (Indre et Eure-et-Loir) réalisent chacun 6 % de la production des établissements de la région Centre.

On remarque :

- la forte croissance de l'activité des établissements d'Indre-et-Loire, notamment du CHU de Tours,
- la progression d'activité des centres hospitaliers de Chartres et Châteauroux,
- une baisse d'activité au CHR d'Orléans en 2010 avec une production légèrement inférieure aux seuils.

L'attractivité extrarégionale de la région Centre est de 7 % et concerne presque exclusivement l'Indre-et-Loire.

• CARDIOPATHIES ENFANTS

La consommation d'actes par les habitants de la région Centre, après une baisse au cours des années 2006 à 2008, a fortement augmenté en 2009 et 2010, mais ces variations portent sur de petits effectifs, notamment pour les enfants où les taux de fuites sont très variables d'une année à l'autre, alors qu'ils sont stables autour de 40 % pour les adultes :

- pour les enfants, les fuites extrarégionales en 2010 concernent l'APHP de Paris (14 actes) et le centre chirurgical Marie Lannelongue dans le 92 (sept actes),
- pour les adultes, les fuites extrarégionales (39 %) sont variables d'un département à l'autre, de même que les flux entre départements.

Les fuites hors régions concernaient principalement en 2010, l'APHP de Paris (69 actes), l'Hôpital privé Jacques Cartier dans le 91 (29 actes) et le Centre Chirurgical Marie Lannelongue dans le 92 (16 actes).

La production de l'ensemble des établissements de la région Centre se caractérise par une augmentation de la production du nombre d'actes de la liste 2 de 80 % entre 2008 et 2009 avec un ralentissement de la progression en 2010 (+10 %) :

- pour les enfants : l'activité est variable d'une année sur l'autre et porte sur de petits effectifs (41 actes en 2010) ; elle repose exclusivement sur le CHU de Tours. L'attractivité extrarégionale (17 actes) est notable et

s'explique car le CHU de Tours assure aussi l'activité de cathétérisme chez l'enfant pour les régions voisines (Poitou-Charentes qui ne dispose pas de ce type d'offre et la partie est de la région Pays de Loire du fait de l'éloignement du centre à Nantes). L'attractivité est légèrement inférieure aux fuites,

- pour les adultes : après un doublement de l'activité entre 2008 et 2009, la croissance en 2010 (208 actes) s'est ralentie, mais reste soutenue (+17 %). L'attractivité extra régionale (30 actes) reste très inférieure aux fuites (90 actes). 81 % de l'activité est réalisée par les deux établissements d'Indre-et-Loire (CHU et clinique Saint Gatien) et 8 % par la clinique de la Reine Blanche.

• CARDIOPATHIES ADULTES

Les actes de la liste 3 correspondent principalement aux actes d'angioplastie. Les actes de cette liste non soumis à seuil sont exceptionnels (moins de cinq actes par an au cours des trois dernières années).

La consommation d'actes de la liste 3 des habitants de la région Centre se caractérise par :

- une légère augmentation du nombre d'actes d'angioplastie en 2009 (+ 2,30 %) et 2010 (+3,1 %) après une période de plateau entre 2006 et 2007 (+0,9 %) et entre 2007 et 2008 (-0,07 %),
- une part de fuites extrarégionales voisine de 14 % : 12,8 % en 2006, 13,6 % en 2008, 13,2 % en 2009 et 14,5 % en 2010. L'attractivité (346 actes en 2009 et 343 en 2010) n'équilibre pas les fuites.

La consommation dans chaque département est supérieure au seuil pris en compte pour les autorisations (350).

Les différences de taux de recours sont moins marquées que pour la rythmologie. Cependant en 2010, le taux de recours du Cher était supérieur à celui du Loir-et-Cher de 47 % et a fortement augmenté en 2010. L'Indre-et-Loire affiche également une augmentation notable de son taux de recours en 2010.

L'observation des fuites extrarégionales et les échanges entre départements de la région Centre en 2010 fait apparaître les éléments suivants :

- les fuites extrarégionales concernent tous les départements (14 %), mais sont plus marquées dans les départements du nord de la région : Loiret (26 %) et Eure-et-Loir (21 %),
- les flux intra régionaux sont le témoin de l'organisation définie par le SROS, les patients de l'Indre étant traités principalement dans le Cher (63 %), mais aussi dans l'Indre-et-Loire (25 %), et les patients du Loir-et-Cher étant traités principalement dans l'Indre-et-Loire (64 %) et dans une moindre proportion dans le Loiret (30 %).

La production des établissements de la région Centre se caractérise par une légère augmentation en 2009

(+3,2 %) et 2010 (+1,3 %) après une phase de plateau les 2 années précédentes, pour aboutir à une production 2010 de 5 635 actes de la liste 3.

L'attractivité extra régionale (343 actes = 6 %) est inférieure aux fuites extra régionales (852 actes = 14,5 %).

On peut souligner la forte augmentation d'activité du CHU de Tours (+ 21 % depuis 2008), alors que les autres établissements affichent une progression moindre, voire une diminution d'activité.

Tous les établissements autorisés en région Centre dépassent largement le seuil de 350 actes, l'activité la plus faible étant de 584 actes (CHR d'Orléans) et l'activité maximale étant de 1 246 actes (CHU de Tours).

L'évaluation qualitative de la prise en charge des syndromes coronariens repose sur l'analyse des délais de prise réalisée à partir d'une longitudinale prospective sur un mois en 2009, permettant des comparaisons avec des études similaires réalisées en 2002 et 2003. Les résultats détaillés sont disponibles sur le site de l'ARS.

On retient principalement que :

- dans 2/3 des cas, le Centre 15 a été contacté directement par le patient ou par le premier intervenant,
- le délai d'appel après le symptôme révélateur est similaire à celui observé en 2003, avec une médiane de 1 heure et 7 minutes,
- le SMUR est le premier intervenant dans 40 % des cas : le " réflexe Centre 15", l'un des enjeux d'une prise en charge précoce, s'est nettement amélioré depuis 2003 (SMUR premier intervenant dans 25 % des cas) mais reste insuffisant,
- le délai écoulé entre l'apparition du symptôme et l'intervention du premier intervenant est de deux heures (valeur médiane),
- un transfert dans un établissement plus spécialisé a été nécessaire pour 41,6 % des patients, soit cinq points de plus qu'en 2003 ; pour les patients transférés, l'indication du transfert était la réalisation d'une coronarographie dans 86,5 % des cas (ce taux est similaire à celui de 2003),
- le délai médian écoulé entre le symptôme et l'arrivée dans l'établissement disposant d'un plateau d'angioplastie est de 4 heures 10 minutes ; ce délai n'est pas comparable aux données de 2003, mais apparaît cependant assez élevé et devra faire l'objet d'un suivi,
- 83,1 % des patients ont bénéficié d'un traitement de revascularisation (angioplastie et/ou thrombolyse) contre 68 % en 2003 :
 - 52,8 % ont eu une angioplastie seule (46 % en 2003),
 - 11,2 % une thrombolyse seule (5 % en 2003),
 - 17,9 % une angioplastie et une thrombolyse (16 % en 2003),
- le délai écoulé entre le symptôme et la thrombolyse, pour les patients ayant bénéficié d'une thrombolyse, est de 1 heure et 50 minutes ; la thrombolyse a été réalisée en pré-hospitalier pour 69,2 % des patients,

- le délai écoulé entre le symptôme et l'angioplastie primaire, est de 3 heures et 50 minutes,
- le délai médian entre le symptôme et le premier geste de reperfusion, thrombolyse ou angioplastie est de 3 heures (voisin de celui observé en 2003).

2.1.2 Les objectifs 2012-2016

Les objectifs de ce volet s'inscrivent dans les 3 grandes ambitions du plan stratégique régional de santé :

- **améliorer l'espérance de vie en bonne santé** : par une organisation visant une mise en œuvre rapide des techniques de revascularisation permettant de limiter les conséquences fonctionnelles des syndromes coronariens aigus,
- **promouvoir l'égalité d'accès devant la santé** : par une répartition de l'offre conciliant les impératifs de concentration des plateaux techniques imposés par des seuils d'activité visant à garantir la qualité de prise en charge, et l'objectif d'accès rapide à cette offre sur tout le territoire régional,
- **développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient** :
 - par une structuration de l'activité de cardiologie interventionnelle en rythmologie à deux niveaux, l'organisation de coopérations entre ces deux niveaux et la participation à des protocoles de recherche,
 - par l'organisation de la prise en charge des syndromes coronariens aigus dans le cadre d'une filière :
 - reposant sur une régulation par les SAMU, sur la base de protocoles établis en lien avec les cardiologues,
 - organisée sur la base de quatre zones fonctionnelles,
 - incluant la prise en charge de réadaptation et de réinsertion par des structures de soins de suite spécialisées.

Plus particulièrement, ce projet répond aux objectifs concernant les maladies chroniques pour l'insuffisance cardiaque :

- **objectif de soutien de la personne dans son projet de vie, par l'organisation des partenariats entre les structures hospitalières de court séjour avec** :
 - les structures de SSR pour la réadaptation des patients, mais aussi pour la mise en œuvre d'actions d'éducation thérapeutique du patient,
 - la médecine ambulatoire, pour le suivi organisé des patients dans l'objectif de dépister de manière précoce des aggravations de l'insuffisance cardiaque et d'orienter vers des programmes d'éducation thérapeutique des patients,
- **objectif d'améliorer la qualité de vie des maladies chroniques**
 - en limitant les complications liées aux troubles du rythme grâce à la resynchronisation qui en limite les conséquences fonctionnelles chez l'insuffisant cardiaque,
 - en limitant l'étendue de la nécrose myocardique par des techniques de revascularisation mises en œuvre rapidement,

- et en limitant les conséquences fonctionnelles de la nécrose myocardique par des programmes de réadaptation et de réinsertion mis en œuvre dans des structures de SSR spécialisées.

Objectifs relatifs à la rythmologie

STRUCTURER EN DEUX NIVEAUX

Un niveau minimal réglementaire de 50 procédures d'ablation par an (nombre de procédures d'ablation endocavitaire autres que l'ablation de la jonction atrio-ventriculaire) est nécessaire pour réaliser cette activité.

Compte tenu de la complexité de certains actes d'ablation, il est proposé une structuration en deux niveaux :

- **niveau 1** : pour un volume de 50 à 100 procédures d'ablation par an, le centre réalise majoritairement les ablations à faible risque de complications graves ; les actes à plus haut risque de complications graves sont réalisés dans le cadre d'un partenariat avec une structure de niveau 2,
- **niveau 2** : pour un volume de plus de 100 procédures d'ablation par an, le centre réalise toutes les ablations, y compris celles à risque plus élevé de complications graves.

METTRE EN PLACE UNE COOPÉRATION SUR LES ACTES COMPLEXES

La coopération entre centres de niveaux 1 et 2 se fera dans le cadre d'un partenariat formalisé entre les professionnels médicaux et paramédicaux incluant des actions de formation sur la base des recommandations des sociétés savantes et précisant les types d'actes réalisés par les structures de niveau 1.

RENFORCER LES ÉQUIPES POUR LES ACTES D'ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE EN RESPECTANT LES CRITÈRES DE FORMATION DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Certaines équipes en place devront se renforcer afin de développer une activité incluant les techniques d'ablation.

PARTICIPER AU PROTOCOLE NATIONAL DE SUIVI DES IMPLANTATIONS DES DÉFIBRILLATEURS ET DES STIMULATEURS MULTI-SITES VALIDÉ PAR LA HAS

Objectifs relatifs aux cardiopathies de l'enfant

CONSOLIDER L'ACTIVITÉ DU CENTRE RÉGIONAL POUR LES ACTES RÉALISÉS CHEZ L'ENFANT

Le centre hospitalier universitaire de Tours dispose de l'environnement (réanimation pédiatrique) qui permet de sécuriser cette pratique.

Objectifs relatifs aux cardiopathies adultes

MAINTENIR L'ORGANISATION EN 4 ZONES FONCTIONNELLES

- une zone regroupant le Cher et l'Indre (le Berry),
- une zone regroupant les zones infra-territoriales de Blois et de Vendôme et l'Indre-et-Loire,
- une zone regroupant la zone infra-territoriale de Romorantin et le Loiret,
- l'Eure-et-Loir.

METTRE EN PLACE UN SUIVI DES SYNDROMES CORONARIENS AIGUS (SCA)

Ce suivi reposera sur un registre ou à défaut sur des enquêtes annuelles qui auront pour objet l'évaluation de la filière de prise en charge, notamment pour le suivi des délais de prise en charge.

Un comité d'expert aura pour mission de concourir à la mise en place de cette évaluation et de participer au suivi du SROS à l'aide notamment des indicateurs issus de ces études.

ETABLIR DES PROTOCOLES DE MODES DE PRISE EN CHARGE POUR LE SCA PAR TERRITOIRE EN TENANT COMPTE DES ZONES FONCTIONNELLES SUR LA BASE DES RECOMMANDATIONS DES SOCIÉTÉS SAVANTES EN LIEN AVEC LES SAMU

Ces protocoles seront adaptés à l'offre existante dans chaque territoire et aux spécificités géographiques, ce qui ne permet pas une standardisation pour l'ensemble de la région. Des échanges autour de ces protocoles sous l'égide du comité technique seront organisés.

L'objectif de ces protocoles est:

- d'organiser la filière de prise en charge dans le but d'optimiser la qualité et la rapidité de prise en charge en aval des syndromes coronariens aigus,
- d'organiser l'accès direct au plateau technique hautement spécialisé.

RENFORCER LES ACTIONS D'ÉDUCATION (RÉFLEXE CENTRE 15) ET DE PRÉVENTION

FLUIDIFIER LE PARCOURS D'AVAL PAR DES CONVENTIONS AVEC DES STRUCTURES DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR)

Les établissements autorisés pour cette activité passeront des conventions organisant le transfert vers des structures de soins de suite non spécialisées et spécialisées.

Les conventions organisant les transferts vers des soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires prendront en compte les profils de patients relevant de l'hospitalisation complète et de jour décrits dans le volet SSR.

Objectifs relatifs à l'insuffisance cardiaque

IDENTIFIER DES PARTENARIATS DE PROXIMITÉ ASSOCIANT PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE ET AMBULATOIRE

Ces partenariats auront pour objectifs :

- d'orienter vers des programmes autorisés d'éducation thérapeutique du patient ou des structures de soins de suite spécialisées afin d'élaborer un diagnostic éducatif, de fixer des objectifs négociés entre patients et soignants, et d'organiser l'éducation thérapeutique portant sur la pathologie, le traitement (médicament, exercice physique et diététique), et les signes d'alertes,
- d'organiser le suivi en lien avec le médecin traitant, éventuellement en faisant appel à des outils de télé-médecine permettant de surveiller à domicile des paramètres de base (poids, fréquence cardiaque de repos, tension artérielle, dyspnée, toux, œdèmes ...),
- d'organiser le conseil au regard des résultats du suivi : conseil de respect du traitement, conseil hygiéno-diététique, conseil de consulter son médecin traitant suffisamment tôt pour éviter une ré-hospitalisation,
- de contribuer à la formation continue des professionnels de santé et à la diffusion des référentiels.

ORGANISER PAR CONVENTIONS LA COOPÉRATION ENTRE LES SERVICES DE CARDIOLOGIE ET LES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION ASSURANT LA PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE DES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

Ces soins de suite ont pour mission la réadaptation fonctionnelle cardio-vasculaire dans le cadre d'une approche globale du patient afin de retarder l'évolution de la maladie cardio-vasculaire et d'en limiter les conséquences physiques, psychologiques et socioprofessionnelles.

Ils assurent l'éducation du patient et de son entourage tant sur les aspects de prévention que sur les aspects de prise en charge des maladies cardio-vasculaires et de leurs conséquences.

Les orientations prendront en compte les profils de patients relevant de l'hospitalisation complète et de jour décrits dans le volet SSR.

2.1.3 Évaluation et suivi

L'évaluation repose sur les indicateurs proposés par la circulaire n°DHOS/04/2009/279 du 12 août 2009.

Activité (données annuelles et évolution sur cinq ans) :

- nombre total de patients pris en charge et origine régionale,
- nombre d'actes interventionnels par voie endovasculaire en cardiologie par typologie,
- nombre d'actes interventionnels en ambulatoire,
- nombre de reprises d'un acte interventionnel au cours d'un même séjour,

- nombre de séjours en chirurgie cardiaque suite à un acte interventionnel,
- nombre de séjours en réanimation et/ou en unité de soins intensifs en cardiologie suite à un acte interventionnel,
- taux de mortalité hospitalière au décours d'un séjour avec acte de cardiologie interventionnelle,
- nombre d'enfants de moins de cinq ans pris en charge,
- nombre d'infections nosocomiales.

Fonctionnement de l'unité pratiquant ces activités :

- nombre, qualification et compétences du personnel médical et paramédical,
- dossier patient commun informatisé, partagé et sécurisé,
- existence d'un dispositif de transmission d'images, d'électrocardiogrammes, de données médicales à distance structuré et sécurisé tant pour la prise en charge des pathologies cardiaques en phase aiguë.

Pratiques professionnelles :

- description des filières et protocoles formalisés de prise en charge des patients dans le cadre de l'appartenance au réseau des urgences (existence d'un algorithme ou protocole décisionnel concernant les stratégies de reperfusion en urgence pour la prise en charge des syndromes coronariens aigus, conformément aux recommandations de l'HAS),
- existence d'un protocole formalisé de compte rendu d'hospitalisation ou d'intervention en ambulatoire mentionnant le délai maximum de transmission aux correspondants médicaux,

- participation au protocole national de suivi des implantations des défibrillateurs et des stimulateurs multisites validé par la HAS,
- suivi du partenariat entre les unités de rythmologie de niveau 1 et 2 : nombre de patients adressés, nombre et nature des formations dispensées,
- formation continue des personnels médicaux et paramédicaux,
- évaluation de pratiques professionnelles dans le domaine de la prise en charge des syndromes coronariens aigus en phase aiguë et post-aiguë en référence aux 6 indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) portant sur le respect des bonnes pratiques de prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë que les établissements de santé doivent désormais transmettre chaque année à l'HAS,
- démarche qualité relative aux infections nosocomiales, à l'iatrogénie, à la matériovigilance,
- conventions avec d'autres établissements pour la prise en charge des patients (en amont : urgences, et en aval chirurgie cardiaque, unité de soins intensifs en cardiologie (USIC), réanimation, réanimation pédiatrique, soins de suite et de réadaptation).

Accessibilité, continuité et permanence des soins :

- organisation des gardes et astreintes médicales et paramédicales pour la permanence des soins dans l'unité d'hospitalisation et les salles d'interventions,
- protocole et convention(s) de télétransmission d'images, d'électrocardiogrammes, de données médicales pour interprétation et avis thérapeutique.

Références :

- décret n°2009-409 du 14 avril 2009 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en cardiologie,
- décret n°2009-410 du 14 avril 2009 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en cardiologie,
- circulaire DHOS/04/2009/279 du 12 août 2009.

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE**ORIENTATIONS - PERSPECTIVES**

- Maintenir l'organisation territoriale de l'offre reposant sur :
 - une structuration en deux niveaux de prise en charge pour la rythmologie,
 - une structuration en quatre zones fonctionnelles pour la prise en charge des cardiopathies de l'adulte.
- Consolider l'activité du CHRU de Tours pour la prise en charge des cardiopathies de l'enfant.
- Améliorer la qualité et la rapidité de la prise en charge en aval des syndromes coronariens aigus.
- Organiser la coopération entre les différents acteurs de la prise en charge pour un meilleur suivi des patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES/SECTEURS INFRA-TERRITORIAUX	ACTES DE RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE, DE STIMULATION MULTISITE ET DE DÉFIBRILLATION	ACTES PORTANT SUR LES CARDIOPATHIES DE L'ENFANT	ACTES PORTANT SUR LES AUTRES CARDIOPATHIES DE L'ADULTE (ANGIOPLASTIE CORONAIRE)
CHER (18)			
Bourges			1
EURE-ET-LOIR (28)			
Chartres	1		1
INDRE (36)			
Châteauroux	1		
INDRE-ET-LOIRE (37)			
Tours	2	1	2
LOIR-ET-CHER (41)			
Blois	1		
LOIRET (45)			
Orléans	2		2

RÉANIMATION, SOINS INTENSIFS, SURVEILLANCE CONTINUE VOLET ADULTE

Le volet relatif à la réanimation, aux soins intensifs, à la surveillance continue, décrit trois activités correspondant à une organisation graduée de prise en charge qui est fonction de l'état de gravité du patient et du degré de technicité requis pour cette prise en charge.

L'activité de réanimation est une activité soumise à autorisation.

Les Unités de soins intensifs (USI) ainsi que les Unités de surveillance continue (USC) font l'objet d'une reconnaissance par contrat conclu entre l'établissement et l'ARS depuis le premier avril 2010, sur la base de cahiers des charges régionaux élaborés en partenariat avec le comité régional de réanimation, reprenant les préconisations du SROS 3 et les conditions figurant au Code de la santé publique.

Les missions et les conditions de fonctionnement respectives des unités de surveillance continue, de soins intensifs et de réanimation sont précisées par les décrets n°2002-465 et 2002-466 du 5 avril 2002.

2.2.1 Éléments de définition

Les définitions reprises ici sont celles du code de la santé publique enrichies de précisions figurant déjà au sein du SROS 3 et maintenues par le groupe des experts ayant contribué à l'élaboration de ce volet.

UNITÉS DE RÉANIMATION

“Les soins en réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance”.

On entend principalement par défaillances viscérales aiguës, les défaillances circulatoires, rénales, neurologiques et respiratoires, nécessitant le recours à une ou des méthodes de suppléances telles que le support hémodynamique, l'assistance rénale, la ventilation artificielle.

Il existe plusieurs catégories d'unités de réanimation selon le profil et l'origine des patients.

Les unités de réanimation médicale traitent des patients relevant de disciplines médicales et peuvent néanmoins accueillir des patients après intervention chirurgicale.

Les unités de réanimation chirurgicale traitent des patients relevant de disciplines chirurgicales et peuvent accueillir pour une part des patients médicaux.

Les unités de réanimation médico-chirurgicales admettent indifféremment les patients des disciplines médicales et chirurgicales.

Toutes les unités présentent les mêmes caractéristiques organisationnelles et sont soumises à des conditions techniques de fonctionnement similaires, sauf en ce qui concerne les qualifications exigées pour assurer la responsabilité médicale des unités selon l'orientation médicale ou chirurgicale.

L'autorisation pour exercer l'activité de soins de réanimation ne peut être accordée à un établissement que s'il comporte au moins une unité de surveillance continue, qu'il est en mesure soit d'accueillir lui-même les patients dans une unité de soins intensifs, soit de les faire transférer dans un établissement disposant d'une telle unité avec lequel il a passé une convention.

LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS (USI)

Les Unités de soins intensifs (USI) ont vocation à “prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités, mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance”.

Ne relèvent pas d'unités de soins intensifs les patients présentant plusieurs défaillances viscérales. La survenue d'une seconde défaillance implique le transfert en unité de réanimation dans un délai ne pouvant dépasser quarante huit heures (consensus du groupe d'experts régionaux).

En région Centre ont été reconnus :

- des USI d'hématologie sur les 2 centres régionaux dans le cadre d'un partenariat en lien avec l'activité de greffe,
- des USI de néphrologie sur le centre autorisé pour l'activité de greffe rénale (CHU),
- des USI de cardiologie (USIC) sur l'ensemble des territoires avec un maillage fonction des autorisations d'activité de cardiologie interventionnelle,
- des USI au sein des Unités neuro-vasculaires (UNV) pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, préconisés sur tous les territoires et aujourd'hui opérationnels dans 4 territoires sur 6 (l'Indre et le Loir-et-Cher ne disposant pas encore de l'effectif de neurologues suffisant pour la mise en place de SI).

UNITÉS DE SURVEILLANCE CONTINUE (USC)

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

Les critères d'implantation des USC préconisés au sein du SROS 3 en 2006 et réaffirmés en 2008 ont été définis d'une part sur la base des textes en vigueur (les établissements autorisés pour l'activité de réanimation doivent avoir au moins une USC), d'autre part sur les recommandations élaborées par le comité technique régional de réanimation.

Les **critères régionaux** retenus étaient les suivants :

- réunir 3 types d'autorisation d'activité : accueil des urgences, maternité, chirurgie,
- **ou** avoir une activité de chirurgie avec constat de critères d'actes ou de patients nécessitant une surveillance rapprochée (sur la base d'études spécifiques réalisées),
- **ou** disposer d'activité spécialisée telle qu'USIC, ou UNV dans l'attente de pouvoir mettre en place des soins intensifs par exemple.

Depuis l'adoption du SIOS, d'autres USC ont été reconstruites à partir d'études spécifiques : USC de néphrologie, et d'autres travaux seront à mener pour les autres activités du SIOS (neurochirurgie notamment).

Le comité régional avait également proposé des recommandations concernant l'admission possible des patients en USC chirurgicale sur la base de critères liés à l'état préopératoire du patient, à l'acte chirurgical qui va être réalisé ou à la technique d'analgésie post opératoire utilisée.

2.2.2 Le contexte

La région Centre a mis en place une **organisation graduée des trois niveaux de soins** (réanimation, USC, USI) par territoire de santé.

Depuis 2006, l'offre en soins intensifs et surveillance continue s'est développée, des restructurations des unités de réanimation sur les territoires ont été engagées avec pour objectifs :

- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans un contexte de tension démographique,
- une meilleure efficience.

Ces travaux se sont concrétisés par la mise en conformité de la plupart des unités de réanimation et par le développement de surveillance continue rattachée aux unités de réanimation, permettant la réduction de la Durée moyenne de séjour (DMS), la fluidité des prises en charge et la réduction des délais d'admission en réanimation.

Ces travaux de regroupement des unités de réanimation se poursuivent au CHU, et les constats réalisés à partir d'une enquête sur les réanimations et les surveillances continues en 2011 et lors des travaux préparatoires, montrent un certain nombre de constats résumés ici.

Concernant la réanimation

• Fragilité de certaines unités de réanimation

Historiquement, la mise en œuvre des réanimations en région Centre s'est opérée de façon hétérogène : certaines unités se sont constituées d'emblée avec des équipes médicales dédiées, d'autres se sont construites dans le cadre de la mutualisation avec l'activité d'anesthésie ou des urgences ou du SAMU par exemple.

La technicité de certains actes de réanimation et des prises en charge rend de plus en plus difficile la mutualisation des équipes.

La pyramide des âges constatée laisse entrevoir dans les cinq années à venir des réductions massives d'effectifs de ces professionnels. Certaines unités de réanimations se trouvent donc en situation de fragilité importante en lien avec la pénurie d'anesthésistes réanimateurs et de réanimateurs médicaux.

• Toutes les unités ne disposent pas encore d'USC d'aval

Ceci se traduit par des DMS plus longues et des taux d'occupation plus élevés pour les unités de réanimation ne disposant pas d'un accès prioritaire en USC, pouvant contribuer à retarder certains transferts de patients et des refus d'admission.

Les préconisations nationales basées sur les recommandations des sociétés savantes sont de disposer de capacités d'USC au moins égales à la moitié de la capacité de réanimation.

- **Persistance de blocage en aval pour les patients traumatisés crâniens graves et difficultés sur** certains territoires à organiser l'avis précoce d'un médecin de médecine physique et réadaptation du fait de la pénurie médicale et de l'éloignement géographique entre les plateaux de SSR et certaines unités de réanimation.

Concernant les USC

• USC au sein des établissements disposant d'unité de réanimation :

Tous les USC ne sont pas encore regroupées géographiquement.

Certaines articulations entre USC des urgences et réanimations sont à améliorer pour réduire les délais d'admission en réanimation, les retards de prises en charge devant être considérés comme une perte de chance pour les patients.

• USC au sein des établissements ne disposant pas de réanimation :

Les données sont très hétérogènes d'une USC à l'autre et ne peuvent être mis uniquement sur le type de patients pris en charge.

Les DMS, les taux d'occupation, le pourcentage de séjour de plus de cinq jours, le nombre croissant de patients ventilés par rapport aux constats effectués en 2006, les durées de ventilation allongées quelque soit

la technique utilisée. Les valeurs de l'indice de gravité rendent nécessaire l'évaluation des organisations et le renfort des complémentarités avec les réanimations dans un souci d'améliorer la sécurité des soins.

Les partenariats entre établissements disposant d'USC avec réanimation et établissements avec USC sans réanimation commencent à se développer notamment à partir des recommandations émises par le comité technique, concernant l'orientation en USC selon l'état du patient, le type d'anesthésie, le type d'acte de chirurgie à réaliser. Ainsi certains chirurgiens d'un établissement A qui ne dispose pas de réanimation, vont opérer dans l'établissement B qui a USC et réanimation dans un souci de meilleure sécurité pour les patients.

• **USC dans le cadre de partenariat entre établissements sur un même site géographique**

Le SROS 3 prévoyait des implantations d'USC dans le cadre de partenariat entre établissements public et privé regroupés sur un même site.

Les constats effectués mettent en évidence que si les besoins existent, les organisations permettant d'assurer la continuité des prises en charge et la permanence des soins peuvent être complexes voire inadaptées dans le cadre de regroupement du fait de profils de patients requérant des compétences médicales différentes liées aux activités réalisées.

Concernant les USI actuellement reconnus :

- pour les USIC, les organisations ont fait l'objet d'un suivi et de travaux dans le cadre du volet de cardiologie interventionnelle,
- pour les SI d'hématologie, mis en place récemment, le suivi sera à organiser en lien avec le bilan du SIOS,
- pour les SI de néphrologie, une étude spécifique réalisée fin 2009 début 2010 a permis d'évaluer le besoin et les organisations mises en place,
- pour les UNV, la mise en place progressive de ces unités et le service rendu sera évalué dans le cadre du plan AVC.

Concernant les activités en lien avec le SIOS :

Hormis l'activité de greffe rénale qui a fait l'objet d'une étude spécifique, il est actuellement difficile de calibrer les besoins en soins intensifs et en surveillance continue pour la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie, au regard des patients accueillis et des soins dont ils relèvent.

Concernant particulièrement les prélèvements d'organes :

L'organisation de l'activité de prélèvement d'organe est encore perfectible au sein des établissements de la région, compte tenu de la pénurie de donneurs.

Les préconisations du SROS 3 relayées par l'Agence de biomédecine dans toutes les régions en matière de prélèvement d'organe étaient les suivantes :

“Tout établissement de santé disposant d'un service de réanimation de soins intensifs ou de surveillance continue susceptible de prendre en charge des comas graves doit s'inscrire dans un des réseaux de prélèvement mis en place avec l'appui de l'Agence de la biomédecine.

Une relation de travail au quotidien doit être instaurée avec la coordination hospitalière de prélèvement facilitant ainsi son accès dans les services de réanimation et permettant d'assurer au mieux l'accueil et la prise en charge des proches dès l'annonce de la mort encéphalique”.

Actuellement, à l'exception des établissements disposant de réanimation, tous les établissements concernés en région Centre n'ont pas rejoint le programme mis en œuvre par l'Agence de biomédecine.

TERRITOIRES	BILAN AU 01/04/2011 IMPLANTATION GÉOGRAPHIQUE POUR L'ACTIVITÉ
CHER	
Bourges	1 réanimation médico-chirurgicale + USC (plusieurs unités) 1 USIC 1 UNV avec SI 1 USC non rattachée à une réanimation
Vierzon	1 USC non rattachée établissement avec réanimation
Saint-Amand-Montrond	1 USC non rattachée un établissement avec réanimation Le SROS prévoyait un partenariat public/privé
EURE-ET-LOIR	
Chartres	1 réanimation médicochirurgicale + USC (plusieurs unités) 1 USIC + 1 UNV 2 USC non rattachées à un établissement avec réanimation
Dreux	1 réanimation médico-chirurgicale + USC 1 USIC + 1 UNV avec SI 1 USC cardiologique non rattachée à un établissement avec réanimation
Châteaudun	Aucune USC au 01 04 2011 (conforme au SROS préconisation (0 à 1))
INDRE	
Châteauroux	1 réanimation médico-chirurgicale + USC (plusieurs unités) 1 USIC + 1 USC neuro vasculaire dans l'attente UNV avec SI 1 USC non rattachée à un établissement avec réanimation
Le Blanc	1 USC non rattachée à un établissement avec réanimation
INDRE-ET-LOIRE	
Tours	3 implantations géographiques (sur 2 entités juridiques) d'unités de réanimation chirurgicales+USC (plusieurs unités) 1 réanimation médicale + 1 USC 1 réanimation "grands brûlés" 2 USIC + 1 USI Hématologie + 1 USI Néphrologie 1 USI chir cardiaque 2 USC non rattachée à établissement avec réanimation
Chinon	2 USC dont une plutôt médicale, non rattachée à un établissement avec réanimation
LOIR-ET-CHER	
Blois	1 réanimation médicochirurgicale + USC 1 USIC 1 USC non rattachée à un établissement avec réanimation
Romorantin	Aucune USC conforme au SROS préconisation (0 à 1)
Vendôme	2 USC dont une orientée cardio pneumologie non rattachées à établissement avec réanimation
LOIRET	
Orléans	1 réanimation chirurgicale + USC 1 réanimation médicale + USC (plusieurs unités) 2 USIC + 1 UNV avec SI + USI hématologie 3 USC non rattachées à un établissement avec réanimation
Montargis	1 réanimation médicochirurgicale + USC (plusieurs unités) 1 USIC SROS prévoyait une USC non rattachée à réanimation non installée
Gien	1 USC non rattachée à un établissement avec réanimation SROS prévoyait un partenariat public/privé

2.2.3 Les objectifs 2012-2016

Objectifs concernant l'activité de réanimation

Maintenir les implantations actuelles

Les travaux réalisés antérieurement, et l'actualisation de données d'activité des réanimations, les évolutions de la démographie médicale, la nécessité de maintenir une offre sur les sites sur lesquels ont été développées certaines activités comme la cardiologie interventionnelle incitent à ne pas modifier les implantations actuelles à condition de :

- renforcer les coopérations entre les unités existantes au niveau de l'ensemble de la région,
- poursuivre l'optimisation des organisations pour les établissements disposant de plusieurs unités de réanimation, pour mise en conformité des unités et réduction des lignes de garde médicales.

Conforter le dispositif régional de régulation des disponibilités en lits de réanimation

L'organisation de l'information de la disponibilité en temps réel des lits de réanimation doit faire l'objet d'une réflexion régionale.

Actuellement les données disponibles le sont à un instant T une fois par jour et parfois incomplètes.

Renforcer les partenariats avec les SSR autorisés pour la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et des pathologies neurologiques

L'avis précoce d'un médecin de médecine physique et de réadaptation ou de son équipe est indispensable pour la mise en place d'une rééducation précoce et adaptée.

Compte tenu des difficultés démographiques et de l'éloignement géographique des SSR avec certains plateaux techniques de réanimation, les organisations reposant sur la télémédecine pourront faire l'objet d'expérimentation.

Contribuer à l'évaluation des besoins en lits d'éveil pour les patients traumatisés graves

En lien avec les travaux du secteur médico-social sur l'amélioration de la connaissance des besoins, il est nécessaire de suivre et quantifier les besoins de lits d'éveil pour les patients traumatisés crâniens graves et d'adapter l'offre régionale si nécessaire au plus près d'une unité de réanimation pour limiter les transferts itératifs de ces patients fragiles présentant un haut risque de décompensation .

Organiser au niveau régional la prise en charge des patients nécessitant une Assistance respiratoire extra-corporelle (AREC)

Cette organisation doit s'appuyer sur les structures disposant déjà de l'expérience et de l'équipement au niveau régional (CHU, ST Gatien, CHRO) et se faire en lien avec la couverture d'intervention des Unités mobiles d'assistance circulatoire (UMAC).

Cette activité fera l'objet d'un suivi afin de mieux évaluer les besoins et les articulations avec les dispositifs existants en inter-région.

Objectifs concernant les unités de soins intensifs

Maintenir les implantations

Le nombre d'implantations d'USIC est inchangé pour l'activité de cardiologie (cf volet cardiologie)

Les préconisations en terme implantations d'UNV avec SI font l'objet d'un descriptif au sein du volet AVC.

Evaluer le besoin en termes de SI pour les activités en lien avec le SIOS

Des groupes de travail seront mis en place pour préciser le besoin en terme d'implantations de soins intensifs ou de surveillance continue pour les activités en lien avec le SIOS concernant la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et l'activité de greffes pour une meilleure adaptation de l'offre dans un souci de qualité sécurité des soins et efficience .

Maintenir les reconnaissances sur la base des cahiers des charges régionaux

Les cahiers des charges sont maintenus dans un souci de transparence et d'équité des conditions de reconnaissance et adaptés en fonction des complémentarités qui seront à préciser pour les activités autorisées dans le cadre du SIOS.

Objectifs concernant toutes les unités de surveillance continue

Maintenir les reconnaissances sur la base des cahiers des charges régionaux pour toutes les USC

Le cahier des charges sera actualisé au regard des préconisations du SROS PRS.

Les demandes de reconnaissance devront notamment contenir des données concernant les besoins avérés, l'organisation géographique, le plateau technique requis, le personnel médical et paramédical, la permanence des soins au sein de l'unité, l'orientation spécifique de l'USC si nécessaire, son organisation selon qu'elle soit située ou non au sein d'un établissement disposant de réanimation, et les conventions avec les unités de réanimation du territoire.

Mettre en place un suivi organisationnel et d'activité pour les USC

Compte tenu des constats réalisés, et de l'évolution de l'offre en lien avec les nouvelles modalités de tarification, des difficultés de transferts en service de réanimation, il sera mis en place un suivi de l'activité et de l'organisation des USC.

Objectifs concernant les USC au sein d'établissements ne disposant pas d'unité de réanimation

Modifier les critères d'implantation

Pour tenir compte des besoins de la population et des spécificités de prise en charge, les établissements situés sur un même site géographique peuvent disposer d'une ou plusieurs USC en optimisant les organisations, en favorisant le regroupement géographique des unités et en définissant les complémentarités.

Sous réserve d'une mise en évidence du besoin de la population dans le cadre d'un partenariat rapproché au sein d'un territoire, d'une validation de ce besoin en lien les services de réanimation, et dans le respect du cahier des charge, il pourra être reconnu des USC au sein d'établissements non éligibles au regard des critères du SROS 3.

Renforcer les coopérations entre USC et unités de réanimation

Toutes les USC doivent définir en lien avec la ou les unités de réanimation du territoire les modalités d'admission et de retour des patients dans ces unités notamment pour les patients présentant une ou plusieurs défaillances avec, pour objectif, la réduction des délais d'admission en réanimation.

Ces modalités feront l'objet de conventions à mettre en place avant la fin de l'année 2012 pour les unités déjà reconnues.

Les préconisations du SROS 3 concernant la mise en place de méthode de suppléance en phase aigue en USC sont maintenues avec nécessité d'organiser le transfert en réanimation dans les plus brefs délais.

Dans l'attente d'un transfert vers une unité de réanimation, tout patient présentant une ou des défaillances nécessitant le recours à une ou des techniques de suppléance, notamment tout patient ventilé, doit être pris en charge par un médecin sur place pouvant intervenir sans délai.

Poursuivre et développer des coopérations entre établissements pour les patients chirurgicaux

Les préconisations concernant la prise en charge de certains patients chirurgicaux (critères liés à l'état du patient, à l'acte de chirurgie, au type d'analgésie) au sein d'établissements disposant d'USC avec réanimation sont maintenues et feront l'objet d'une diffusion auprès des professionnels.

Objectifs concernant les USC au sein d'établissements disposant d'unité de réanimation

Identifier une USC prioritaire pour l'aval de chacune des unités de réanimation

Les établissements autorisés pour l'activité de réanimation mettent en place une USC "privilégiée" pour l'aval de la réanimation ou à défaut une organisation identifiant les possibilités d'admission prioritaires au sein des USC déjà reconnues.

Limiter la mise en place d'USC au sein des urgences

Pour les établissements disposant d'une USC déjà reconnue au sein des services d'urgences, les critères d'admission des patients admis au sein de cette USC doivent faire l'objet d'un consensus avec les unités de réanimation pour limiter les transferts tardifs susceptibles d'engendrer une perte de chance.

Pour les établissements disposant de réanimation, il est souhaitable de ne pas développer une offre d'USC spécifique aux urgences mais de développer des partenariats privilégiés pour admission au sein d'USC rattachée à unité de réanimation.

Poursuivre le regroupement physique des USC

Le principe de regroupement physique des USC afin d'optimiser les moyens humains, est réaffirmé.

Objectifs communs à toutes les activités

Poursuivre les actions concourant à l'amélioration de la qualité des soins

Les préconisations du SROS 3 sont maintenues :

- poursuivre la formation des professionnels : la formation des professionnels est indispensable au regard des besoins complexes des patients et de leur famille et de la technicité de certains actes,
- développer la formalisation de protocoles : toutes les unités disposent de protocoles actualisés, de référentiels de pratique professionnelle élaborés par les sociétés savantes,
- développer la formalisation de procédures : chaque unité met en place des procédures concernant la prévention et la lutte contre la douleur, les infections nosocomiales, les accidents iatrogéniques et la prise en compte des problèmes éthiques.

Conforter les actions mises en place dans le cadre de l'activité de prélèvement d'organes

L'adhésion au programme de l'Agence de Biomédecine est indispensable, et il est nécessaire d'identifier par unité les freins ou difficultés rencontrées au développement du prélèvement d'organe en lien avec les coordinateurs régionaux.

RÉANIMATION SOINS INTENSIFS SURVEILLANCE CONTINUE ADULTES

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

ACTIVITÉ DE RÉANIMATION (ACTIVITÉ SOUMISE À AUTORISATION)

- maintien des autorisations d'activité actuelles en poursuivant les travaux de regroupement des unités de réanimation au sein d'une même entité juridique contribuant à la mise en conformité de toutes les unités,
- conforter le dispositif régional de régulation des disponibilités en lits de réanimation,
- renforcer les partenariats avec les SSR autorisés pour la prise en charge de l'appareil locomoteur et des pathologies neurologiques,
- contribuer à l'évaluation des besoins en lits d'éveil pour les patients traumatisés graves,
- organisation régionale pour la prise en charge des patients nécessitant une assistance respiratoire extra-corporelle (AREC).

ACTIVITÉ DE SOINS INTENSIFS (SOUMISE À RECONNAISSANCE, PAS D'AUTORISATION)

- maintien des implantations actuelles pour les activités hors SIOS,
- évaluer le besoin en terme d'implantations de soins intensifs pour les activités en lien avec le SIOS (chirurgie cardiaque neurochirurgie, greffes),
- maintien des reconnaissances sur la base de cahiers des charges régionaux.

ACTIVITÉ DE SURVEILLANCE CONTINUE (SOUMISE À RECONNAISSANCE, PAS D'AUTORISATION)

- maintien des reconnaissances sur la base du cahier des charges régional,
- mise en place d'un suivi organisationnel et d'activité pour les USC.

USC au sein d'établissements ne disposant pas d'unité de réanimation :

- modification des critères d'implantation reposant désormais sur l'identification en amont de besoins avérés en lien avec l'unité de réanimation du territoire,
- renforcement des coopérations entre USC et unités de réanimation,
- poursuite et développement des coopérations entre établissements pour les patients chirurgicaux sur la base des préconisations régionales du comité d'expert en réanimation.

USC au sein d'établissements disposant d'unité de réanimation :

- identifier une USC privilégiée pour l'aval de chaque unité de réanimation,
- limiter la mise en place d'USC au sein des urgences et pour les existantes, améliorer la prise en charge précoce par les équipes de réanimation,
- poursuivre le regroupement physique des USC dans un but d'efficacité, et de sécurité des soins.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUE RÉA ADULTES

TERRITOIRE DE SANTÉ	SECTEUR INFRA DÉPARTEMENTAL	TYPE D'UNITÉ DE RÉANIMATION
CHER (18)	BOURGES	1 réanimation médico-chirurgicale
EURE-ET-LOIR (28)	CHARTRES DREUX	2 réanimations médico-chirurgicales
INDRE (36)	CHATEAUROUX	1 réanimation médico-chirurgicale
INDRE-ET-LOIRE (37)	TOURS (2 implantations)	1 réanimation médicale 3 à 2 réanimations chirurgicales dans le cadre du regroupement sur même site géographique de certaines unités de réanimation 1 réanimation de grands brûlés (SIOS)
LOIR-ET-CHER (41)	BLOIS	1 réanimation médico-chirurgicale
LOIRET (45)	ORLEANS MONTARGIS	1 réanimation médicale 1 réanimation chirurgicale 1 réanimation médico-chirurgicale

VOLET RÉANIMATION PÉDIATRIQUE, SURVEILLANCE CONTINUE PÉDIATRIQUE

Le volet relatif à la réanimation et surveillance continue pédiatriques ne traite pas directement de réanimation pédiatrique spécialisée qui a vocation à être organisée au plan interrégional et relève du SIOS, ni des unités de réanimation néonatale dont les implantations sont liées au niveau de maternité (cf. volet Périnatalité).

Cependant, les organisations complémentaires entre réanimation néonatale et pédiatrique et pédiatrique spécialisée nécessitent que certaines précisions soient apportées dans ce volet.

L'activité de réanimation pédiatrique est une activité soumise à autorisation.

Les missions et les conditions de fonctionnement concernant la réanimation et la surveillance continue pédiatriques, sont précisées par les décrets n 2006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006.

Un seuil d'activité minimal est fixé pour l'autorisation de réanimation pédiatrique et pédiatrique spécialisée.

2.3.1 Éléments de définition

RÉANIMATION PÉDIATRIQUE ET PÉDIATRIQUE SPÉCIALISÉE :

Relèvent de la réanimation pédiatrique et pédiatrique spécialisée les nourrissons, enfants et adolescents jusqu'à dix-huit ans, quelle que soit leur affection, et qui "présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance".

Ces unités assurent également la réanimation postopératoire des enfants de la chirurgie pédiatrique et, le cas échéant, de la chirurgie néonatale :

- les nouveau-nés nécessitant une réanimation et venant directement d'une maternité ou de néonatalogie relèvent de la réanimation néonatale,
- les nouveau-nés (d'âge inférieur ou égal à 28 jours), provenant du domicile ou relevant d'une affection chirurgicale sont pris en charge en réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisée, en fonction de leur poids et de l'organisation locale,
- les adolescents, entre 15 et 18 ans, peuvent, en fonction de l'organisation locale et du souhait des familles, être pris en charge en réanimation pédiatrique ou en réanimation adulte.

La réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisée est polyvalente, à orientation médicale et chirurgicale.

Les conditions de fonctionnement précisées par décret ne sont pas reprises ici ; cependant il est à noter qu'en termes d'encadrement infirmier les ratios diffèrent : pour la réanimation pédiatrique, il est exigé deux infirmières

pour cinq patients ; pour la réanimation spécialisée une infirmière pour deux patients est obligatoire.

Les autorisations de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée ne peuvent être accordées ou renouvelées, que si le demandeur justifie d'une activité minimale annuelle.

Cette activité est exprimée en nombre de nourrissons, d'enfants et d'adolescents de moins de 18 ans, en dehors des nouveau-nés relevant de la réanimation néonatale :

- pour la réanimation pédiatrique le seuil minimal d'activité est fixé à 200 enfants et adolescents de moins de 18 ans,
- pour la réanimation pédiatrique spécialisée le seuil minimal d'activité est fixé à 400 enfants et adolescents de moins de 18 ans.

En sus des missions de réanimation pédiatrique, la réanimation pédiatrique spécialisée prend en charge des nourrissons, enfants et adolescents dont l'affection requiert des avis et prises en charge spécialisés du fait de sa rareté ou de sa complexité.

RÉANIMATION NÉONATALE

L'unité de réanimation néonatale est située dans le même bâtiment ou à proximité immédiate sur le même site que le secteur de naissance de l'unité d'obstétrique.

Dans toute unité de réanimation néonatale, sont assurées : la présence permanente tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale ; la présence permanente tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, d'au moins un infirmier ou une infirmière, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie pour deux nouveau-nés hospitalisés en réanimation néonatale.

RÉANIMATION MIXTE (NÉONATALE ET PÉDIATRIQUE)

Les décrets périnatalité précisent que des nouveau-nés relevant de la réanimation néonatale peuvent être hospitalisés dans des unités indifférenciées de réanimation pédiatrique et néonatale, à condition que les lits de ces nouveau-nés constituent un secteur individualisé au sein de l'unité polyvalente. Ces unités remplissent par ailleurs les conditions techniques de fonctionnement prévues pour chaque type d'unité.

Les services de réanimation mixte pédiatriques et néonataux sont soumis aux décrets périnatalité pour l'activité de réanimation néonatale et aux décrets réanimation pour l'activité de réanimation pédiatrique.

Ces réanimations "mixtes" sont nombreuses au sein des centres hospitaliers, la tendance est actuellement

d'identifier dès que possible les unités dédiées de réanimation pédiatrique.

L'unité de réanimation pédiatrique peut donc constituer, avec l'unité de réanimation néonatale, un service de "réanimation néonatale et pédiatrique". Elle peut aussi être organisée en service autonome.

Lorsque l'activité de la réanimation pédiatrique est supérieure à 400 enfants pris en charge par an, il est recommandé d'individualiser l'unité de réanimation pédiatrique et l'unité de réanimation néonatale, ainsi que la permanence des soins médicale (circulaire 2006-396 du 08 septembre 2006 relative à la réanimation pédiatrique).

UNITÉ DE SURVEILLANCE CONTINUE PÉDIATRIQUE

L'Unité de surveillance continue (USC) en pédiatrie a vocation à accueillir les nourrissons, enfants et adolescents (jusqu'à 18 ans) qui nécessitent une surveillance rapprochée et/ou un monitoring continu en raison d'une défaillance potentielle d'un ou de plusieurs organes ne nécessitant pas la mise en œuvre de méthodes de suppléance.

Cette unité reçoit des enfants en provenance des urgences, de services de soins conventionnels, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux, de salles de surveillance post interventionnelle, ou des services de réanimation pédiatrique, dès lors que le patient ne dépend plus d'une technique de suppléance.

Il s'agit donc de regrouper, dans cette unité, avec la surveillance adéquate, les enfants qui sont susceptibles aujourd'hui d'être dispersés dans des services de soins conventionnels ne disposant pas de la permanence soignante souhaitable.

Sa capacité et son organisation répondent à certains critères minimaux :

- l'unité de surveillance continue pédiatrique est médico-chirurgicale,
- elle regroupe tous les enfants de l'établissement qui justifient ce type de surveillance,
- elle dispose de personnel non médical affecté à cette activité.

Lorsque l'activité chirurgicale le justifie, une USC chirurgicale peut être individualisée, placée sous la responsabilité du responsable du secteur d'anesthésie pédiatrique ou de chirurgie pédiatrique.

L'équipement de l'unité de surveillance continue doit permettre, au niveau de chaque lit, un monitoring continu non invasif des principales constantes vitales.

Des protocoles validés par les équipes médicales définissent la collaboration entre les pédiatres ou anesthésistes réanimateurs des unités de surveillance continue pédiatrique et les pédiatres, chirurgiens pédiatres et anesthésistes réanimateurs des services de réanimation pédiatrique.

L'équipe médicale intervenant dans les unités de surveillance continue pédiatrique est composée de pédiatres et d'anesthésistes réanimateurs disposant d'une expérience en réanimation pédiatrique (précisions figurant au sein de la circulaire d'application).

Il convient de distinguer les unités de surveillance continue situées dans un établissement ne disposant pas de réanimation pédiatrique et celles qui se trouvent dans un établissement en disposant.

2.3.2 Le contexte

PRÉCONISATIONS DU SROS 3

En matière de réanimation pédiatrique le SROS 3 préconisait que ces unités soient implantées dans les deux centres hospitaliers régionaux, une convention entre le centre hospitalier universitaire de Tours et le centre hospitalier régional d'Orléans précisant les partenariats.

S'agissant des USC pédiatriques qui n'existaient pas en région Centre en 2006, le SROS 3 préconisait de créer ces unités de surveillance continue pédiatrique dans les hôpitaux de référence de la région avec conventionnement avec les urgences et les services de réanimation pédiatrique sur la base des recommandations nationales, en termes d'organisation et en termes d'activité (une centaine de patients par an) pour les USC au sein d'établissements sans réanimation pédiatrique.

USC au sein des établissements ne disposant pas de réanimation mais d'un service de pédiatrie (cf. préconisations de la circulaire 2006-396)

L'USC pédiatrique peut constituer un secteur individualisé d'une unité de soins conventionnelle. Ces lits de surveillance continue peuvent également être adossés à une unité de réanimation néonatale ; ils constituent dans ce cas un secteur individualisé.

La surveillance médicale (sous forme d'une astreinte) peut être mutualisée avec le service de pédiatrie, les urgences pédiatriques ou la néonatalogie.

Le responsable de ce type d'unité de surveillance continue pédiatrique est soit un pédiatre titulaire du DESC de réanimation médicale ou disposant du DIU de réanimation et urgence pédiatrique ou d'une expérience d'un an en réanimation, soit un anesthésiste-réanimateur disposant d'un an d'expérience en réanimation pédiatrique ou de deux ans d'expérience en anesthésie pédiatrique.

Il est recommandé que l'unité de surveillance continue pédiatrique bénéficie de la présence d'un infirmier pour quatre patients.

USC au sein des établissements disposant de réanimation pédiatrique (cf. préconisations de la circulaire 2006-396)

Les établissements disposant d'une réanimation pédiatrique ou spécialisée se dotent d'une unité de surveillance continue pédiatrique. Cette unité est implantée dans ou à proximité immédiate du service de réanimation pédiatrique ou spécialisée.

Si l'unité de réanimation pédiatrique ou spécialisée dispose de plus de huit lits occupés en permanence, il est souhaitable que les lits de surveillance continue soient individualisés dans une unité spécifique de la capacité

au moins égale à la moitié de la capacité de l'unité de réanimation pédiatrique ou spécialisée.

Lorsque l'USC est médico-chirurgicale, la permanence des soins, tant médicale que non médicale, peut être mutualisée avec le service de réanimation pédiatrique ou spécialisée.

Le personnel médical et non médical a vocation à être commun à l'unité de surveillance continue et à la réanimation pédiatrique ou spécialisée mais il est dédié à chacune de ces unités.

Il est recommandé que l'unité de surveillance continue pédiatrique bénéficie de la présence d'un infirmier pour quatre patients.

Situation actuelle et bilan des implantations au 01 04 2011

Actuellement, seul le CHU de Tours dispose d'une réanimation pédiatrique en région Centre dont l'activité (de l'ordre de 400 enfants), le recrutement régional - auquel se rajoute celui en lien avec les activités de chirurgie cardiaque infantile et de neurochirurgie infantile - la placet, au niveau de l'inter-région Ouest, au niveau d'une réanimation pédiatrique spécialisée.

Cette réanimation ne dispose pas encore de lits d'aval d'USC.

La réanimation néonatale présente à proximité immédiate est différenciée de cette unité.

Le CHR d'Orléans n'a pas mis en place d'unité dédiée de réanimation pédiatrique (préconisée dans le SROS 3) mais assure selon les demandes et de façon plus prononcée six mois de l'année une activité de réanimation pédiatrique au sein des locaux libérés à cet effet au sein de la réanimation néonatale.

Cette activité se fait dans le cadre d'un partenariat bien établi avec le CHU pour des profils d'enfants ciblés et permet de passer un cap aigu de courte durée sans nécessité de transfert des enfants à Tours (pour mémoire les conditions techniques de fonctionnement notamment l'encadrement IDE est plus important en réanimation néonatale qu'en réanimation pédiatrique). L'activité de réanimation pédiatrique du CHR se situe actuellement au dessous du seuil de 200 enfants conditionnant une autorisation de réanimation pédiatrique distincte.

Le CHR d'Orléans dispose de deux unités d'USC pédiatriques dont une chirurgicale et ce dans l'attente d'un regroupement lors du transfert au sein du nouvel hôpital.

TERRITOIRE	IMPLANTATION GÉOGRAPHIQUE RÉANIMATION PÉDIATRIQUE	IMPLANTATION GÉOGRAPHIQUE UNITÉ DE SURVEILLANCE CONTINUE 01 04 2011
Cher	Non éligible	
Eure-et-Loir	Non éligible	1 unité
Indre	Non éligible	
Indre-et-Loire	1 Réanimation pédiatrique de niveau spécialisée	
Loir-et-Cher	Non éligible	
Loiret	Activité de Réanimation avec réanimation néonatale pour les petits, partenariat avec CHU	1 unité (une 2 ^e en cours en 2011)

Les difficultés recensées de mise en oeuvre des USC pédiatriques sont principalement en lien avec l'effectif, la qualification des pédiatres et une activité limitée au regard des préconisations.

2.3.3 Les objectifs 2012-2016

Objectifs concernant l'activité de réanimation pédiatrique

Implantation de réanimation pédiatrique :

- maintien d'au moins une implantation de réanimation pédiatrique à vocation régionale,
- maintien d'une réanimation dite "mixte ou polyvalente" : activités de réanimation pédiatrique et de réanimation néonatale, avec identification de secteurs dédiés et respect des conditions techniques de fonctionnement pour chaque secteur. Selon l'évolution du besoin et de l'activité dans les cinq ans à venir l'individualisation d'une unité de réanimation pédiatrique et non plus polyvalente devra être effective.

Mise en place dispositif régional de régulation des disponibilités en lits de réanimation pour les enfants :

L'organisation de l'information de la disponibilité en temps réel des lits de réanimation doit faire l'objet d'une réflexion régionale, tout comme pour les adultes.

Organiser au niveau régional la prise en charge des patients nécessitant une Assistance respiratoire extra-corporelle (AREC) :

Cette organisation doit s'appuyer sur la structure régionale de réanimation pédiatrique située au sein d'un établissement autorisé pour la chirurgie cardiaque.

Cette activité fera l'objet d'un suivi afin de mieux évaluer les besoins et les articulations avec les dispositifs existants en inter-région.

Objectifs concernant toutes les unités de surveillance continue

Maintien des préconisations d'implantation d'USC au sein des établissements de référence disposant d'un service de pédiatrie, dès lors que l'activité et l'organisation sont conformes aux préconisations (cf circulaire 2006 – 396).

Maintien des reconnaissances sur la base du cahier des charges régional pour toutes les USC.

Regroupement géographique des USC pédiatriques et des unités de réanimation.

Objectifs concernant les USC au sein d'établissements ne disposant pas d'unité de réanimation

Les préconisations du SROS 3 sont maintenues (cf ci-dessus).

USC au sein des établissements disposant de réanimation pédiatrique

Les préconisations du SROS 3 sont maintenues (cf ci-dessus).

La mise en place d'une USC à proximité immédiate de l'unité de réanimation pédiatrique de niveau réanimation pédiatrique spécialisée est une priorité pour favoriser la fluidité des prises en charge.

Objectifs communs à toutes les activités

Poursuivre les actions concourant à l'amélioration de la qualité des soins

Ces actions sont similaires à celles préconisées au sein du volet adulte.

Une attention particulière est portée sur la prise en charge de la douleur et la prévention des infections nosocomiales.

Contribuer à l'évaluation des besoins de SSR autorisés pour la prise en charge des enfants en identifiant les freins à la sortie des unités.

Conforter les actions mises en place dans le cadre de l'activité de prélèvement d'organes.

2.3.4 Évaluation et suivi

Indicateurs de suivi :

- taux d'occupation,
- taux de recours,
- durée moyenne de séjour par établissement,
- part des séjours avec indice de gravité simplifié "seconde version" (IGS2).

Pour la surveillance continue : nombre de lits par établissement.

SROS - OQOS IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

RÉANIMATION SOINS INTENSIFS SURVEILLANCE CONTINUE ENFANTS

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

ACTIVITÉ DE RÉANIMATION (ACTIVITÉ SOUMISE À AUTORISATION)

- maintien d'au moins une implantation de réanimation pédiatrique à vocation régionale,
- maintien d'une réanimation dite "mixte ou polyvalente" dans l'attente d'une individualisation de réanimation pédiatrique selon évolution de l'activité,
- poursuivre et formaliser le partenariat entre les 2 unités de réanimation (profil des patients, type de prise en charge...),
- mettre en place le dispositif régional de régulation des disponibilités en lits de réanimation pédiatrique,
- organisation régionale pour la prise en charge des patients nécessitant une assistance respiratoire extra-corporelle (AREC).

ACTIVITÉ DE SURVEILLANCE CONTINUE (SOUMISE À RECONNAISSANCE, PAS D'AUTORISATION)

- maintien des reconnaissances sur la base du cahier des charges régional,
- regroupement géographique des USC pédiatriques et des unités de réanimation,
- maintien des préconisations du SROS 3 (selon que l'USC soit ou non dans établissement avec réanimation) : mise en place en priorité d'USC d'aval des réanimations pédiatriques.

POUR LES 2 ACTIVITÉS

- contribuer à l'évaluation des besoins d'aval en SSR pédiatriques, analyse des retards à la sortie.

IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUE RÉANIMATION PÉDIATRIQUE

TERRITOIRE DE SANTÉ	SECTEUR INFRA DÉPARTEMENTAL	TYPE D'UNITÉ DE RÉANIMATION
INDRE-ET-LOIRE (37)	TOURS	1 Réanimation pédiatrique avec USC réanimation pédiatrique de niveau spécialisée
LOIRET (45)	ORLEANS	1 Réanimation mixte ou polyvalente avec identification d'unité dédiée selon évolution des besoins.

PRÉCONISATIONS COMMUNES ENFANTS/ADULTES

Elles concernent la qualité et l'efficacité des soins, le développement ou la poursuite des actions mises en place dans le cadre de l'activité de prélèvement d'organes

PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

2.4.1 Le contexte

La prévalence de l'Insuffisance rénale chronique (IRC) est mal déterminée. Elle se situe entre 1,8 à 3 millions de personnes.

En 2009, en France le taux de prévalence était de 1 094 insuffisants rénaux chroniques par millions d'habitants (pmh) traités par un moyen de suppléance soit 62 739 patients pour les 20 régions renseignant le registre REIN. Le traitement était l'hémodialyse dans 49,7 % des cas, la Dialyse péritonéale (DP) dans 3,8 % des cas et le greffon fonctionnel dans 46,5 % des cas.

En 2009, en France le taux d'incidence était de 150 insuffisants rénaux chroniques par million d'habitants (pmh) traités par un moyen de suppléance. Le premier traitement était l'hémodialyse dans 86,4 % des cas, la dialyse péritonéale dans 10,4 % des cas et la greffe rénale dans 3,2 % des cas.

Le coût global du traitement de l'insuffisance rénale chronique traitée est estimé à 2 % de la totalité des dépenses de santé au bénéfice d'environ 0,75 ‰ de la population française globale. Le coût annuel moyen est fonction du mode de prise en charge. Pour l'hémodialyse, il était en 2007 de 88 608 € par an, et pour la dialyse péritonéale de 64 450 €. La greffe rénale est le meilleur traitement de l'insuffisance rénale chronique, mais aussi le plus efficace : le coût durant la première année de greffe est voisin de l'hémodialyse (86 471 €) mais le coût annuel du suivi ultérieur n'est que de 20 147 €.

La région Centre se caractérise en terme de **prévalence** par :

- une prévalence de l'Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée légèrement inférieure (taux standardisé = 991 pmh versus 1094 : différence significative) ; cette prévalence moindre se rencontre principalement chez les patients de moins de 75 ans,
- une prévalence de l'IRCT traitée par greffe légèrement inférieure (taux standardisé = 463 pmh versus 510 : différence significative), mais cette tendance pourrait s'infléchir en raison de l'augmentation de l'activité de greffe,
- une prévalence de l'IRCT traitée par hémodialyse inférieure (taux standardisé = 506 pmh versus 547 : différence significative),
- l'une des proportions de patients en IRCT traités par dialyse péritonéale les plus faibles de France (2,1 % des IRCT traitées, versus 3,8 % en France avec un maximum de 9,7 % en Alsace).

La région Centre se caractérise en terme d'**incidence** par :

- une incidence de l'IRCT traitée identique en région Centre (taux standardisé pmh = 144 : différence non significative),
- moins de dialyse péritonéale comme premier traitement : 6,3 % versus 10,4 %, mais on observe une augmentation entre 2008 et 2009 pour les patients les plus jeunes en attente de greffe,
- une part de greffes préemptives proche de celle retrouvée au plan national : 3,8 % versus 3,2 %,
- une population des cas incidents un peu plus âgée : âge médian de 71,1 ans versus 70,0 ans,
- les causes vasculaires, hypertensives et diabétiques sont la première cause d'IRCT avec des chiffres proches de ceux notés au plan national : 44,8 % des patients contre 46,7 % au plan national.

La comparaison des départements objective :

- des taux de prévalence de l'IRCT traitée moindres dans le Cher et l'Eure-et-Loir, les quatre autres départements ayant des taux voisins,
- des différences importantes de la part des IRCT traités par greffons fonctionnels (début 2011 : 46 % pour l'ensemble de la région avec une part plus faible dans le Loiret (41 %) et le Loir-et-Cher (38 %) ce dernier affichant cependant une forte progression au cours des deux dernières années. La part de greffons fonctionnels est maximale dans l'Indre (54 %).

Deux décrets du 25 septembre 2002 ont défini quatre modalités de dialyse :

- l'hémodialyse en centre,
- l'hémodialyse en Unité de dialyse médicalisée (UDM),
- l'hémodialyse en Unité d'autodialyse (AD) simple ou assistée,
- la dialyse à domicile par hémodialyse ou Dialyse péritonéale (DP).

Les arrêtés de 2003 et 2005 ont fixé le contenu minimal des conventions et défini des normes concernant les locaux, les matériels techniques et les dispositifs médicaux.

L'insuffisance rénale chronique fait partie des 10 priorités de gestion du risque, avec pour objectifs d'améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT, via :

- la diffusion des recommandations médicales existantes,
- l'analyse et la levée des freins organisationnels au développement de la dialyse hors centre, notamment la dialyse péritonéale,

- le développement de la greffe rénale.

Les cartographies et le tableau ci-contre présentent le bilan des autorisations au 1^{er} mai 2011.

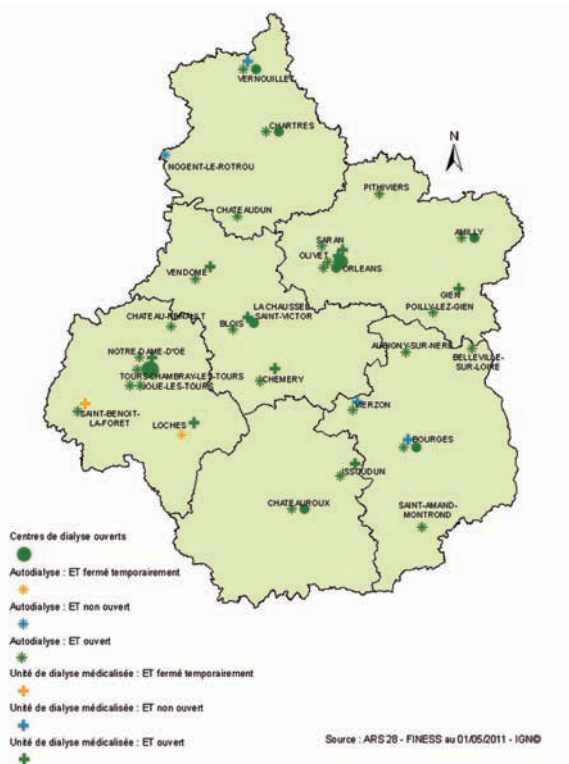
Un bilan plus détaillé de l'offre de prise en charge est disponible et téléchargeable sur le site internet de l'ARS. Les principales forces et faiblesses identifiées en région sont résumées dans le tableau ci-dessous :

	FORCES	FAIBLESSES
Dépistage et prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Dosages de créatinémie chez les diabétiques légèrement plus fréquents qu'au niveau national • Données sur la fréquence des dépistages biologiques disponibles sur les hypertendus • Thème du dépistage et de la prise en charge précoce abordé en journée de FMC de Tours 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'organisation formalisée de la politique de prévention • Dosages d'albuminurie chez les diabétiques moins fréquents qu'au niveau national
Prélèvement d'organes	<ul style="list-style-type: none"> • Recensement, et dans une moindre mesure prélèvements, des sujets en mort encéphaliques supérieurs en région • Dynamisme de la communauté hospitalière • Disponibilité des chirurgiens préleveurs dans la majorité des départements du sud de la région avec des coopérations établies avec le CHRU 	<ul style="list-style-type: none"> • Découpage des services de régulation et d'appui de l'Agence de Biomédecine, non superposable à la région administrative • Ressources humaines dédiées aux coordinations hospitalières insuffisantes • Taux de refus de prélèvement élevé pour des sujets en mort encéphalique • Absence d'activité de prélèvement sur donneur décédé en arrêt cardiaque • Faible activité de greffe par donneur vivant
Greffes	<ul style="list-style-type: none"> • Concentration de l'activité de greffe sur le seul CHRU de Tours • Progression régulière de l'activité de greffe rénale par le CHRU • Equipe soudée et impliquée en recherche fondamentale et clinique • Tendance au recentrage régional de l'activité de greffe 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation du suivi post-greffe non formalisé et absence d'utilisation des outils de télémédecine • Taux de nouvelles inscriptions en région inférieur au niveau national • Pénurie de greffons • Prévalence inférieure des patients IRCT porteurs de greffons fonctionnels
Dialyse	<ul style="list-style-type: none"> • Le maillage territorial prévu par le SROS 3 mis en place • Recueil du registre REIN exhaustif depuis 2006 • Moindre progression de l'IRCT traitée par dialyse • Temps d'accès aux structures peu différent des données nationales • Part de dialyse en centre légèrement inférieure aux données nationales • Part moindre des patients mis en dialyse avec une fonction rénale résiduelle inférieure au seuil recommandé 	<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse de la dialyse péritonéale, et part de dialyse hors centre et de greffons fonctionnels très variable selon les départements • Concentration des moyens en autodialyse • Montée en charge plus lente des unités de dialyse médicalisée • Défaut de conformité de plusieurs structures • Démographie des professionnels de santé • Prise en charge de la dialyse fréquemment en urgence, et moindre prise en charge de l'anémie

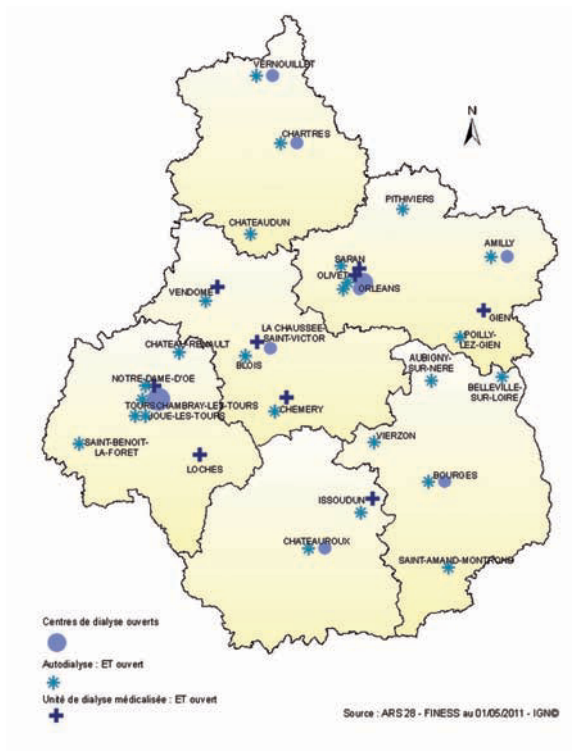
Bilan des autorisations au 1^{er} mai 2011

Un bilan détaillé, qui ne peut ici être repris en totalité, est consultable sur le site de l'ARS.

Insuffisance rénale : Structures autorisées



Insuffisance rénale : Structures installées



	CHER			EURE-ET-LOIR			INDRE			INDRE-ET-LOIRE			LOIR-ET-CHER			LOIRET		
	SROS	Autorisé	En activité	SROS	Autorisé	En activité	SROS	Autorisé	En activité	SROS	Autorisé	En activité	SROS	Autorisé	En activité	SROS	Autorisé	En activité
Hémodialyse en centre	1	1	1	2	2	2	1	1	1	3	3	3	1	1	1	4	4	4
Unité de dialyse médicalisée (UDM)	2	0	0	2	1	1	1	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3
Hémodialyse en autodialyse	5	5	5	4	3	3	4	3	2	9	7	7	5	3	3	6	6	6
Dialyse à domicile	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	3	4	2

2.4.2 Les objectifs 2012-2016

Ce volet s'inscrit dans les trois grandes ambitions du plan stratégique régional de santé

- **améliorer l'espérance de vie en bonne santé :**

- par la promotion du dépistage ciblée d'une altération de la fonction rénale chez les populations à risque,
- par la promotion de la greffe rénale, meilleur traitement de suppléance de l'IRCT,

- **promouvoir l'égalité d'accès devant la santé :**

- en veillant à la proximité des structures d'autodialyse,

- **développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient :**

- par la promotion de la greffe rénale,
- par le développement de l'offre de dialyse péritonéale,
- par l'organisation de l'orientation et de l'information préalable au traitement de l'IRCT,
- par le développement d'outils de télémédecine.

Ce projet répond principalement aux objectifs concernant les maladies chroniques :

- **objectif de soutien de la personne dans son projet de vie par une orientation vers une technique de suppléance :**

- mobilisant plusieurs professionnels,
- basée sur une information reprise à plusieurs niveaux sur la base d'un cahier des charges,

- **objectif de prévention et de dépistage des maladies chroniques,** par l'organisation d'un dépistage ciblé des altérations de la fonction rénale,

- **objectif de réduction de l'incidence et de la prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaires :** l'origine vasculaire et diabétique est constatée chez 45 % des insuffisants rénaux chroniques terminaux. Le dépistage et la prise en charge précoce des altérations de la fonction rénale conforme aux préconisations de la HAS permettent de ralentir la progression de l'insuffisance rénale.

Les objectifs en matière d'organisation des soins reposent sur trois axes :

- l'amélioration de l'accès aux soins,
- l'amélioration de l'efficacité,
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Améliorer l'accès aux soins :

EN ADAPTANT LA RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS :

Cette répartition prend en compte la nécessité de maintenir une offre de proximité afin de faciliter l'accès aux structures, mais aussi la concentration de l'offre liée au nécessaire respect des normes dans les structures de dialyse.

Pour concilier ces deux objectifs il est prévu de :

- **valider les concentrations de l'offre** qui ont été observées dans la région au cours du précédent SROS ; l'analyse des temps de transport conduit toutefois à identifier une possibilité d'implantation d'autodialyse sur le site du Blanc,
- **favoriser les prises en charge en unités de dialyse médicalisée de proximité**, en complément des unités d'autodialyse : les unités de dialyse médicalisée nouvellement autorisées seront installées de préférence sur le même site qu'une autodialyse. Il est également souhaitable de disposer d'au moins une offre d'unité de dialyse médicalisée au niveau de chacune des zones les plus peuplées (plus de 120 000 habitants).

Pour cela les possibilités d'implantation d'unités de dialyse médicalisée de proximité évolueront comme suit :

- Cher : maintien de deux possibilités d'implantation d'unités de dialyse médicalisée,

- Eure-et-Loir : quatre possibilités d'implantation d'unités de dialyse, dont une sur la zone de Nogent-le-Rotrou et une sur la zone de Châteaudun,

- Indre : deux possibilités d'implantation d'unités de dialyse médicalisée,

- Indre-et-Loire : maintien de trois possibilités d'implantation d'unités de dialyse médicalisée,

- Loir-et-Cher : maintien de trois possibilités d'implantation d'unités de dialyse médicalisée,

- Loiret : maintien de quatre possibilités d'implantation d'unités de dialyse médicalisée.

L'organisation de la prise en charge des urgences dans ces unités de dialyse médicalisée de proximité sera conforme aux recommandations de la HAS, notamment :

- l'unité doit être implantée à proximité d'un établissement de santé autorisé pour une Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) dont le délai d'intervention doit être compatible avec l'impératif de sécurité, ou l'unité doit être implantée dans un établissement de santé qui dispose d'une activité de soins de médecine d'urgence ou d'une activité de soins de réanimation,

- en cas d'urgence non vitale, l'avis du néphrologue est organisé par des outils de télé-médecine (télé-surveillance, téléconsultation, téléassistance) et, en cas d'urgence vitale, la structure met en œuvre des protocoles validés et appelle le SAMU qui déclenche l'intervention du SMUR ou l'intervention de l'équipe médicale de la structure d'urgence ou de réanimation de l'établissement dans lequel l'unité est implantée.

- **favoriser le développement de l'hémodialyse à domicile** en bénéficiant de l'évolution technologique (nouveaux générateurs simplifiés) notamment dans les zones de population peu dense ayant des temps d'accès élevés (sud-ouest de l'Indre et est du Cher),

- **maintenir au moins une structure de dialyse péritonéale dans chaque département** : chaque structure autorisée identifie au moins un médecin et au moins une infirmière référente en dialyse péritonéale.

EN ORGANISANT L'ORIENTATION PRÉ INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE TERMINALE :

- par la mise en place dans chaque territoire de santé de Réunions de concertation et d'orientation des insuffisants rénaux chroniques terminaux (RéCOI), composées d'un médecin référent territorial en dialyse péritonéale, d'un médecin pratiquant l'hémodialyse et de l'infirmière référente de greffe rénale d'un centre de dialyse ; ces réunions, positionnées très en amont du traitement de suppléance, auront pour objet :

- d'organiser un échange entre professionnels selon l'orientation idéale, même si le choix final relève du patient,

- d'analyser en cas de dialyse en urgence les causes ayant conduit à la dialyse en urgence et les possibilités de changement de modalité de suppléance,
- de prévoir l'inscription précoce sur la liste d'attente de greffe quand elle est possible, afin d'augmenter la proportion de greffes préemptives,
- de cibler le discours et d'orienter les informations qui seront données par les médecins et les infirmières chargées de l'information pré-dialyse.

Le néphrologue traitant et le patient pourront ne pas suivre les avis de la RéCOI, mais dans ce cas le néphrologue traitant indiquera dans le dossier les raisons d'un choix différent.

- par l'information précoce par le néphrologue traitant des différentes possibilités de prise en charge de l'insuffisance rénale terminale,
- par l'organisation et la proposition systématique d'une information pré-dialyse par une infirmière. Cette information sera formalisée par un cahier des charges régional. Elle sera assurée par une ou plusieurs infirmières ayant l'expérience de l'hémodialyse, de la dialyse péritonéale et du suivi des greffés.

Améliorer l'efficience

EN AUGMENTANT LES GREFFES RÉNALES ET EN AMÉLIORANT LA QUALITÉ DU SUIVI

L'objectif est de réaliser au minimum 150 greffes rénales en région Centre. La réalisation de cet objectif passe par plusieurs actions :

- augmenter le nombre de greffons disponibles :
 - en sollicitant l'Agence de la Biomédecine en vue d'un redécoupage géographique des services de régulation et d'appui afin d'augmenter l'attribution de greffons à la région Centre,
 - en développant l'information générale sur le don d'organe et individuelle sur le don par donneur vivant,
 - en assurant la promotion de Cristal Action également inscrit dans le volet réanimation du SROS,
 - en développant les greffes par donneur vivant avec un objectif de 10 % à décliner dans le contrat d'objectif et de moyens,
 - en développant les greffes par donneur décédé en arrêt cardiaque avec un objectif à décliner dans le contrat d'objectif et de moyens,
 - en affectant les crédits ciblés pour les équipes de coordination de prélèvement à leur destination,
- organiser le suivi des greffés
 - en identifiant deux pôles de référence pour les hospitalisations post greffe dans les deux établissements hospitaliers régionaux,
 - en organisant des liens entre le centre de greffe régional et les centres de dialyse grâce à :
 - l'identification d'au moins une infirmière référente de greffe dans chaque centre de dialyse dont le rôle

- sera d'être le correspondant privilégié du centre de greffe, de s'attacher à trois sujets principaux (donneurs vivants, suivi de la liste d'attente, éducation thérapeutique au plus près du domicile), de participer aux RéCOI territoriales, de participer aux réunions sur dossier (idéalement hebdomadaires) entre le centre de greffe de Tours et les centres de dialyse,
- l'organisation de consultations partagées entre le centre de greffe et le centre de dialyse, utilisant un dossier partagé et des outils de visioconférence,
- en s'attachant à prendre en charge le suivi psychologique, diététique et l'éducation thérapeutique des patients.

EN DÉVELOPPANT LA DIALYSE PÉRITONÉALE

L'objectif est d'atteindre un minimum de 10 % de patients dialysés en dialyse péritonéale par territoire. Pour cela il est prévu de :

- renforcer l'information pré-dialyse, avec pour objectif quantifié qu'au moins la moitié des patients bénéficie de l'information infirmière décrite plus haut quelque soit la structure qui a pris le patient en charge initialement,
- identifier au moins un néphrologue référent dialyse péritonéale dans chaque territoire,
- évoquer l'indication de dialyse péritonéale même chez les patients ayant débuté par l'hémodialyse en urgence,
- renforcer la coopération avec des infirmières libérales :
 - en participant à leur formation continue : les structures autorisées pour la "dialyse péritonéale" proposent systématiquement des formations (stages) aux infirmières libérales qui souhaitent accompagner des patients en dialyse péritonéale,
 - en disposant d'une liste d'infirmières libérales formées à la dialyse péritonéale éventuellement par le biais d'une coopération avec des associations fournissant du matériel au domicile des patients,
 - en formalisant les échanges d'information entre l'infirmière qui suit le patient à domicile et la structure autorisée pour la dialyse péritonéale (fiche de suivi, puis outils de télémédecine).

EN ORGANISANT DES TRANSFERTS D'ACTES VERS LES INFIRMIÈRES DANS LE CADRE DE PROTOCOLES DE COOPÉRATION

Ce travail sera mené durant le SROS et pourra porter sur :

- la surveillance des résultats biologiques des dialysés (bilan d'anémie et bilan phosphocalcique),
- l'information pré-dialyse,
- le rôle de l'infirmière de greffe.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins :

EN DÉVELOPPANT LES OUTILS DE TÉLÉMÉDECINE

Ce développement visera en priorité l'organisation de la permanence des soins en unité de dialyse médicalisée, quand un médecin néphrologue ne peut être présent dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS).

Il pourra être étendu de manière progressive :

- dans les unités d'autodialyse,
- pour les liaisons avec les IDE libérales,
- pour l'organisation du suivi des greffés.

EN POURSUIVANT LE TRAVAIL INITIÉ PAR L'OMEDIT SUR LA QUALITÉ DE L'EAU DE DIALYSE

EN RÉDUISANT LE NOMBRE DE DIALYSES DÉBUTÉES EN URGENCE PAR DES ACTIONS PORTANT SUR LES POPULATIONS À RISQUE VASCULAIRE (DIABÉTIQUES ET HYPERTENDUS)

Ces actions porteront sur le dépistage des insuffisances rénales chez les sujets à risque, mais aussi sur le devenir des résultats anormaux.

Ces actions auront deux cibles :

- les professionnels de santé :
 - publication d'informations dans la lettre de l'URPS-ML,
 - inscription de ce thème dans le programme des groupes qualité gérés par l'URPS-ML,
 - Inscription régulière de ce thème aux journées de formation médicale continue de Tours,
 - visite des délégués de l'assurance maladie dans le cadre du programme de gestion du risque,
 - mise en place d'une permanence téléphonique par les néphrologues de chaque territoire afin d'apporter des conseils ponctuels aux médecins traitants,
 - diffusion aux médecins traitants de la plaquette de l'agence de la biomédecine et de la société française de néphrologie "la maladie rénale chronique : clés pour la dépister et ralentir sa progression",
- les patients : éducation thérapeutique dans le cadre des programmes autorisés.

L'organisation du dépistage et de la prévention reposera idéalement sur un réseau régional associant les médecins libéraux dès la genèse du projet afin de favoriser leur implication, et assurant les missions suivantes :

- sensibiliser aux données actuelles de la science relatives à la maladie rénale,
 - diminuer le nombre de patients pris en charge trop tardivement,
 - coordonner la prise en charge précoce,
 - ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique,
 - prévenir et traiter les complications de l'insuffisance rénale,
 - orienter les patients vers la meilleure option thérapeutique possible,
 - préparer l'avenir du patient et préserver son autonomie.
- En l'absence de réseau identifié, les réseaux déjà existants, notamment ceux de diabétologie, devront assurer ces missions.

EN PORTANT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE SUR LES PATIENTS ÂGÉS EN EHPAD

- en rappelant la recommandation du guide de bonnes pratiques en EHPAD, qui prévoit la réalisation annuelle d'un dosage de la créatininémie,
- en lien avec le programme de gestion du risque sur les médicaments en EHPAD.

2.4.3 Évaluation

Les indicateurs de suivi :

- part des nouveaux patients traités par DP,
- part des patients suivis hors Centre,
- proportions de dialyse débutées en urgence ou sur cathéter,
- proportion de diabétique ayant eu dans l'année un dosage de créatininémie et de protéinurie,
- mise en place dans chaque territoire des réunions de Concertation et d'Orientation des Insuffisants rénaux chroniques terminaux,
- proportion de patients ayant fait l'objet d'un avis en réunions de concertation et d'orientation des insuffisants rénaux chroniques terminaux supérieur à 50 % pour chaque structure,
- nombre de patients greffés,
- délais sur liste d'attente de greffe.

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS :

- favoriser les prises en charge en Unité de dialyse médicalisée de proximité (au moins une par zone de plus de 120 000 hab.),
- favoriser le développement de l'hémodialyse à domicile, notamment dans les zones peu denses avec des temps d'accès élevés,
- maintenir une Dialyse Péritonéale sur chaque territoire de santé,
- organiser l'orientation avant traitement de suppléance.

AMÉLIORER L'EFFICIENCE :

- augmenter la greffe rénale (objectif = 150 greffes) et la qualité du suivi,
- développer la dialyse péritonéale (objectif = 10 % des patients dialysés),
- organiser les transferts d'actes vers les IDE.

AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ :

- développer les outils de télémedecine,
- poursuivre le travail avec l'OMEDIT sur la qualité de l'eau de dialyse,
- réduire le nombre de dialyse en urgence.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES/SECTEURS INFRA-TERRITORIAUX	CENTRE RÉFÉRENT	UDM*	AUTODIALYSE	DIALYSE À DOMICILE	DONT DIALYSE PÉRITONÉALE	DONT HDAD**
CHER (18)	1	2	5	1	1	1
Bourges	1					
EURE-ET-LOIR (28)	2	4	4	2	1	1
Dreux	1					
Chartres	1					
INDRE (36)	1	2	3	1	1	1
Châteauroux	1					
INDRE-ET-LOIRE (37)	3 dont 1 pédi- atrique	3	7	2	2	2
Tours	3 (dont 1 pédi- atrique)					
LOIR-ET-CHER (41)	1	3	3	1	1	1
Blois	1					
LOIRET (45)	4	4	6	2	2	2
Orléans	3					
Montargis	1					

*UDM : unité de dialyse médicalisée

**HDAD : hémodialyse à domicile

2.5.1 Le contexte

Les points forts de l'imagerie en région Centre

Depuis 2002, date du premier SROS d'imagerie, le nombre des scanners a presque doublé et le nombre des implantations a globalement suivi la même évolution du fait de leur installation auprès de la quasi-totalité des services d'urgences. Les délais d'accès en externe sont le plus souvent inférieurs à 15 jours et à cinq jours pour les patients hospitalisés.

L'accès à la scintigraphie ne présente pas de difficulté.

L'offre de Tomoscintigraphie par émission de positons (TEP) est actuellement très en deçà des besoins, la mise en œuvre des autorisations couvrira une grande partie des besoins actuels mais restera toutefois insuffisante à terme.

Les points faibles de l'imagerie en région Centre

Des délais d'accès à l'IRM qui demeurent trop longs :

une enquête menée en juin 2010 par l'institut national du cancer⁸ a montré que le délai moyen d'obtention d'une date de rendez-vous est de 29 jours France entière et est toujours supérieur à 31 jours en région Centre. L'enquête réalisée auprès des structures, dans le cadre de l'élaboration du schéma, montre que le délai pour les rendez vous en externe, toutes pathologies confondues atteint 45 jours à Blois et Bourges, 54 à Dreux et 60 à Châteauroux. Il est heureusement toujours inférieur pour les patients hospitalisés mais peu atteindre 10 jours à Chartres ou Blois avec une incidence potentielle sur les durées de séjours.

Les disparités intra-régionales sont donc fortes mais observées également au sein même d'une agglomération, ne dépendant pas exclusivement du taux d'équipements installés mais également d'une pénurie des personnels chargés de faire fonctionner ces équipements. Le taux d'équipement moyen national en IRM est de 9,28/million d'habitants. En région Centre, le taux d'équipement en appareils installés fin 2010 est de 8.70 IRM/million d'habitants, sensiblement inférieur au taux moyen national.

Une permanence des soins à optimiser :

la nécessité du maintien de la permanence des soins en matière d'imagerie médicale rencontre des difficultés sur certains territoires en lien avec la démographie médicale des spécialistes concernés mais aussi à la difficulté d'organiser une collaboration harmonieuse entre des partenaires de statut différent.

Les enjeux :

- Diminuer et harmoniser les délais d'accès à l'IRM sont indispensables pour garantir un accès efficace et équitable à ces appareils et répondre aux enjeux nationaux

des programmes de santé publique, notamment du Plan cancer. La mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 dans sa mesure 21,4 "Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations" présente comme objectif de faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers via l'imagerie et les TEP, notamment en augmentant le nombre d'IRM.

- Promouvoir l'installation d'IRM plus efficaces en compléments d'appareils classiques.
- Mettre en place une permanence des soins en imagerie en phase avec les besoins des établissements, notamment par le développement de la téléimagerie.
- Mettre en place un dispositif régional de téléimagerie permettant le stockage et les échanges d'images entre les structures, dans le cadre plus général de la télé-médecine.

2.5.2 Les objectifs 2012-2016

L'imagerie médicale, activité transversale, concerne l'ensemble des disciplines médicales ou chirurgicales et fait partie de la plupart des stratégies diagnostiques ou de suivi des états pathologiques. Dans le champ du plan stratégique régional de santé, elle s'inscrit particulièrement dans les priorités régionales relatives aux pathologies chroniques et notamment du cancer.

L'accès à l'imagerie selon les établissements et leur activité

Tous les établissements sanitaires ont des obligations d'accès à l'imagerie.

- L'hôpital de proximité (ex hôpital local) offre l'accès à la radiologie conventionnelle et à l'échographie sur site ou par convention avec une structure d'imagerie.
- L'établissement accueillant les urgences offre en permanence et sans délai, sur site ou par convention, l'accès à l'imagerie conventionnelle, l'échographie, le scanner et l'IRM.
- L'unité de surveillance continue accède à la radiologie conventionnelle 24h/24 et à l'échographie 24h/24 sur site.
- L'accès aux examens d'imagerie nécessaires pour la mère et pour le nouveau né, y compris en urgence, est assuré pour permettre l'activité d'obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale. Si l'unité de néonatalogie dispose de soins intensifs, les nouveaux nés bénéficient de la radiologie conventionnelle réalisée par un appareil mobile et de l'échographie ; l'unité de réanimation néonatale dispose également sur place ou par convention, de l'accès au scanner et à l'IRM, dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité.

8 - Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM dans le cadre d'un bilan d'extension pour un cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate publié par l'INCa en juin 2010

- L'activité de réanimation ne peut être autorisée que si l'établissement dispose :
 - sur place, 24h/24, tous les jours de l'année des équipements mobiles permettant de réaliser éventuellement dans les chambres de l'unité de réanimation des examens de radiologie classique et d'échographie,
 - sur place ou par convention, 24h/24, tous les jours de l'année et dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité, des moyens techniques permettant de pratiquer les scanners, l'angiographie et pour la réanimation adulte, l'IRM.
- L'activité de réanimation pédiatrique ne peut être autorisée que si l'établissement dispose de compétences en radiologie pédiatrique et d'équipement permettant la réalisation 24h/24 d'explorations invasives et non invasives.
- L'unité neurovasculaire site de thrombolyse accède à l'IRM 24h/24 sur site (par convention en cas de panne ou de maintenance).
- le service de chirurgie de recours de niveau régional accède à l'IRM 24h/24 sur site.
- L'établissement de référence et de niveau régional offre l'accès à la scintigraphie sur site ou par convention.
- Enfin, l'accès au scanner et au TEP est nécessaire pour le traitement du cancer.

Implantation des équipements matériels lourds

SCANNERS ET IRM

La faible démographie des radiologues incite à promouvoir la concentration des équipements pour en assurer le fonctionnement, notamment dans le cadre de la permanence des soins. Par ailleurs, pour permettre l'accueil des patients y compris dans le cadre de l'urgence, les appareils sont installés préférentiellement sur le site des établissements sanitaires publics ou privés et travaillent en étroite collaboration avec ceux-ci et l'ensemble du territoire de santé. L'utilisation partagée des équipements entre les titulaires d'autorisation est privilégiée.

Scanner

Les établissements recevant les urgences sont équipés d'un scanner dès lors qu'ils peuvent assurer l'accès à l'imagerie 24h/24 dont l'interprétation est réalisée sur site ou par téléimagerie.

Les OQOS réévalués en 2010 nécessitent quelques adaptations. Une implantation supplémentaire est positionnée à Issoudun, site d'un accueil des urgences, et un appareil supplémentaire est positionné à Montargis. La répartition des implantations à Orléans est adaptée tenant compte de l'ouverture du futur hôpital nord. Enfin, les OQOS de l'Indre-et-Loire diminuent d'un appareil, l'installation des équipements autorisés répondant aux besoins.

Lorsque tous les appareils auront été installés, le taux moyen régional d'équipements installés passera de 15,4 scanners par millions d'habitants fin 2010 (de 12,3

dans le Loir et Cher à 17,1 dans l'Indre-et-Loire) à 19,8 scanners par millions d'habitants (de 18,9 dans l'Eure-et-Loir et l'Indre-et-Loire à 21,5 dans l'Indre). Les disparités observées actuellement entre les différents territoires auront diminué de façon très importante.

IRM

Les nouvelles demandes d'autorisation ainsi que les renouvellements d'autorisation seront analysés au regard de l'intérêt que présentent les IRM spécialisées corps entier, plus efficaces, qui pourront être installées en complément d'IRM polyvalentes.

Les OQOS actuels, révisés en 2010, ne permettront pas de satisfaire les besoins à cinq ans.

Des appareils supplémentaires pourront être positionnés : un dans l'Eure-et-Loir et l'Indre-et-Loire, deux dans le Cher et le Loir et Cher, quatre dans le Loiret. La répartition des implantations à Orléans est modifiée, tenant compte de l'ouverture du futur hôpital nord.

Lorsque tous les appareils auront été installés, le taux moyen régional d'équipements installés passera de 8,70 IRM par million d'habitants début 2011 (de 4,29 dans l'Indre à 12 dans l'Indre-et-Loire) à 14,63 IRM par million d'habitants (de 8,58 dans l'Indre à 16,95 dans le Loiret). Le sous équipement de l'Indre ne sera que très partiellement rattrapé en raison d'une démographie de radiologues particulièrement déficitaire.

GAMMA CAMÉRA - SCINTIGRAPHIE

La faible densité de médecins spécialistes en médecine nucléaire, l'utilisation d'isotopes radioactifs et la maintenance des installations incitent à ne pas disperser les équipements.

Chaque territoire de santé dispose au minimum d'un équipement et deux appareils au moins peuvent y être autorisés.

Les OQOS actuels sont adaptés, laissant une possibilité d'autorisation d'un appareil supplémentaire à Châteauroux et Blois, où un seul appareil est installé, et d'un appareil à Tours doté déjà de cinq appareils.

TOMOGRAPHIES À ÉMISSION DE POSITONS (TEP)

Chaque appareil est situé sur le même site qu'une installation de scintigraphie pour les raisons évoquées précédemment.

Des conventions organisent l'accès des différents établissements publics et privés à ces équipements. Ces conventions précisent notamment les conditions liées au transport des patients entre les différentes structures.

La région Centre dispose de deux appareils en fonctionnement : l'un au centre hospitalier régional universitaire de Tours, l'autre au centre hospitalier régional d'Orléans.

Trois autres appareils sont autorisés, à Chartres, Bourges et Tours. Une installation supplémentaire sera possible dans l'agglomération d'Orléans et une autre au nord du Loiret pour répondre notamment aux besoins en cancérologie.

Les deux appareils actuellement installés couvrent environ vingt pour cent des besoins de la région. Les sept appareils inscrits dans les OQOS satisferont aux besoins au terme du schéma.

Coopérations, continuité des soins et permanence des soins

Pour assurer la continuité et la permanence des soins, l'utilisation partagée des équipements par les professionnels de l'imagerie de statut public ou privé est encouragée.

Dans les établissements ayant des obligations de permanence des soins, l'autorisation ou le renouvellement de l'autorisation des équipements lourds sont soumis à l'obligation d'assurer cette permanence des soins. Lorsqu'ils ne disposent pas de l'offre médicale suffisante en radiologie sur site, ces établissements mettent en place une télétransmission des images vers une structure pouvant assurer cette mission.

Lorsque l'accès à l'imagerie est réalisé sur un autre site, une convention de coopération décrit les modalités d'organisation et notamment celles liées au transport des patients entre les différentes structures.

L'organisation pratique de la permanence des soins est formalisée par les partenaires concernés au sein des territoires et de la région.

Le titulaire d'autorisation d'un équipement lourd implanté en dehors d'un établissement participe également à la continuité des soins 24h/24 au sein de la région, éventuellement par téléimagerie, dans le cadre d'un partenariat avec les établissements ayant une obligation d'accès à l'imagerie 24h/24. L'autorisation de l'équipement ou son renouvellement d'autorisation est examiné au regard des coopérations prévues.

Les établissements de référence mettent en place une télétransmission des images vers un centre d'expertise de niveau régional en vue d'obtenir des avis spécialisés.

Les établissements de proximité, mettent également en place une télétransmission des images vers un centre d'expertise de niveau territorial ou régional en vue d'obtenir ces avis.

Les établissements médicosociaux et toutes autres structures ayant des besoins d'accès à l'imagerie établissent une convention de coopération avec un plateau technique d'imagerie permettant de répondre à leurs besoins. Ces conventions précisent notamment les conditions liées au transport des patients entre les différentes structures.

Le recours à la téléimagerie

Les principes :

- serveur régional d'échange et de stockage des images accessibles aux professionnels de l'imagerie,
- concerne tous les établissements de soins ayant des obligations de permanence des soins et plus généralement les établissements ou structures souhaitant échanger des images dans un but de diagnostic ou d'expertise.

Les conditions de mise en œuvre :

La télé imagerie est caractérisée par la transmission d'images entre deux sites distants dans un but d'interprétation et de consultation. Elle concerne la radiologie conventionnelle, l'imagerie en coupe (scanner et IRM) et l'échographie pour tout ou partie de ces activités. Elle permet la transmission des images lorsque la présence médicale radiologique sur site n'est pas assurée. La téléimagerie permet également de développer la télé-expertise.

La téléimagerie ne doit pas remplacer sans raison valable un examen qui doit être pris en charge par un radiologue ou un échographiste local, notamment pour ce qui concerne les examens programmés. Elle est justifiée par l'état du patient, la continuité ou la permanence des soins ou plus généralement par des circonstances particulières de temps et de lieu. La téléimagerie est une modalité qui complète l'activité d'une structure de radiologie. Son emploi ne peut justifier l'installation ou le renouvellement d'équipements d'imagerie si le site ne dispose pas d'un temps de radiologue et/ou d'échographiste suffisant pour assurer le fonctionnement de cet équipement.

L'exercice de la téléimagerie s'appuie sur une organisation détaillée formalisée par des protocoles rédigés par les professionnels de santé concernés. Ces protocoles font l'objet de contrats transmis à l'ARS et soumis pour avis au comité régional de l'imagerie. Ils comportent notamment la description des stratégies diagnostiques, les modalités d'accompagnement et de surveillance du patient ainsi que les conditions techniques de réalisation de l'examen.

La téléimagerie constitue un des axes du développement de la télé-médecine. Les solutions techniques et les organisations fonctionnelles sont mises en place par les partenaires, l'ARS, les titulaires des autorisations et les professionnels de santé, pour assurer, prioritairement, la permanence des soins pour tous les territoires. Un programme régional spécifique, partie intégrante du PRS, sera élaboré à cet effet.

La mise en œuvre de la téléimagerie nécessite la contractualisation de cette activité entre l'ARS et les structures concernées, en référence au cahier des charges régional portant sur la téléimagerie et en référence aux modalités décrites dans le programme télé-médecine.

Les référentiels médicaux en imagerie

La diffusion des référentiels

Les référentiels de bonnes pratiques en imagerie médicale sont diffusés auprès des médecins généralistes, des radiologues et des médecins urgentistes.

La réalisation d'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

La réalisation d'EPP portant sur l'imagerie est encouragée.

La coopération entre professionnels

La loi HPST a prévu la possibilité d'établir, sous l'autorité de l'ARS et après validation de la HAS, des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Ainsi des médecins radiologues et des manipulateurs d'électroradiologie ou des infirmiers pourront soumettre à l'ARS un protocole de coopération ou adhérer à un protocole de coopération déjà autorisé.

La mise en œuvre de cette disposition aiderait à faire face à la pénurie de médecins radiologues pour ce qui est de la réalisation de certaines échographies.

Les besoins de formation

La formation à l'échographie

La difficulté pour réaliser les échographies, notamment dans le cadre de la permanence des soins, peut être partiellement comblée en proposant aux médecins urgentistes une formation à l'échographie d'urgence.

Dans le cadre de la mise en œuvre de coopérations entre professionnels, un programme de formation ad hoc devra être validé par les professionnels de santé manipulateurs ou infirmiers concernés.

La formation à la téléimagerie

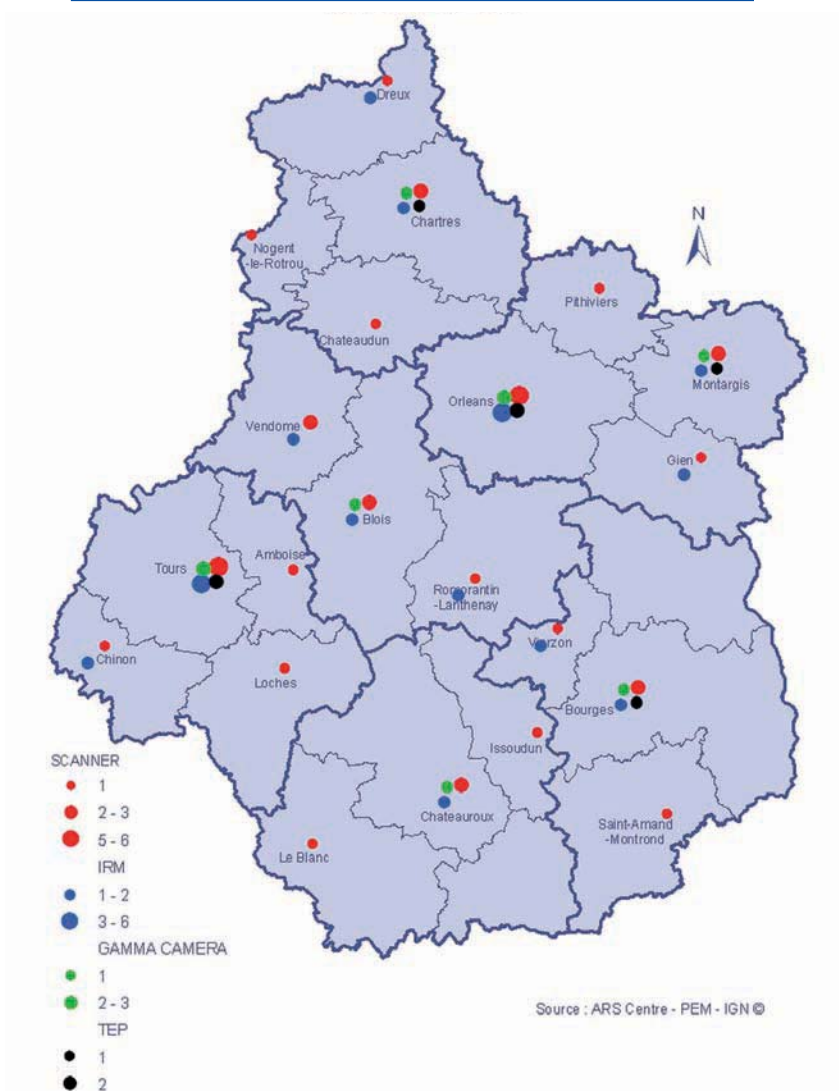
Des formations destinées aux manipulateurs d'électroradiologie sont nécessaires pour la maîtrise des procédures de téléimagerie.

2.5.3 Évaluation et suivi

Indicateurs :

- suivi annuel des implantations prévues,
- nombre et pourcentage d'IRM spécialisées,
- effectivité des tableaux de garde et astreintes,
- nombre de structures utilisant la téléimagerie.

Implantation des équipements d'imagerie en région Centre à l'horizon 2016



SROS - OQOS IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

IMAGERIE MEDICALE

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Répondre aux besoins en équipements et ainsi réduire les délais d'attente notamment pour l'accès à l'IRM.
- Promouvoir les IRM spécialisées.
- Optimiser la permanence des soins, notamment au travers d'une utilisation partagée des équipements par les professionnels de l'imagerie de statut public et privé.
- Organiser le recours à la téléimagerie (en articulation avec le programme d'application télémédecine).

PROPOSITION DE RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS PAR EML ET PAR TERRITOIRE

TERRITOIRES	SCANNER		IRM		G CAMERA		TEP	
	Nombre Implantations	Nombre appareils	Nombre Implantations	Nombre appareils	Nombre Implantations	Nombre appareils	Nombre Implantations	Nombre appareils
CHER (18)	4	6	3	5	1	2	1	1
Bourges	2	4	2	4	1	2	1	1
Saint-Amand	1	1						
Vierzon	1	1	1	1				
EURE-ET-LOIR (28)	6	8	3	5	1	2	1	1
Chartres	3	4	2	3	1	2	1	1
Châteaudun	1	1						
Dreux	1	2	1	2				
Nogent le Rotrou	1	1						
INDRE (36)	4	5	1 ou 2	2	1	2	0	0
Châteauroux	2	3	1 ou 2	2	1	2	0	0
Issoudun	1	1						
Le Blanc	1	1						
INDRE-ET-LOIRE (37)	9	11	7	9	3	6	2	2
Tours	6 dont Nord : 1 Centre :3 Sud : 2	8	6 dont Nord : 1 Centre :3 Sud : 2	8	3 dont Centre :1 Sud : 2	6	2	2
Amboise	1	1						
Chinon	1	1	1	1				
Loches	1	1						
LOIR-ET-CHER (41)	5	7	4	5	1	2	0	0
Blois	2	4	2	3	1	2	0	0
Romorantin	1	1	1	1				
Vendôme	2	2	1	1				
LOIRET (45)	9 ou 10	13	6	11	3	6	3	3
Orléans	5 ou 6 dont Nord : 1 ou 2 Centre :2 Sud : 2	8	3	7 dont Nord : 2 Centre : 1 Sud : 3 Non positionné : 1	2	5	2 dont Nord : 1 Sud : 1	2
Gien	1	1	1	1				
Montargis	2	3	2	3	1	1	1	1
Pithiviers	1	1						

3. Les filières

3.1

LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES ET LA FILIÈRE ALZHEIMER

Le projet régional de santé instauré par la loi HPST, en regroupant les différents schémas régionaux, favorise une vision globale de la prise en charge des personnes âgées.

Ce volet propose un focus sur l'ensemble des dispositifs gériatriques mis en place progressivement au cours des SROS 2 et 3 dans les établissements sanitaires de la région et s'inscrit résolument dans l'approche transversale d'un parcours de soins coordonné, intégrant l'ensemble de la filière gériatrique, y compris ses composantes médico-sociales.

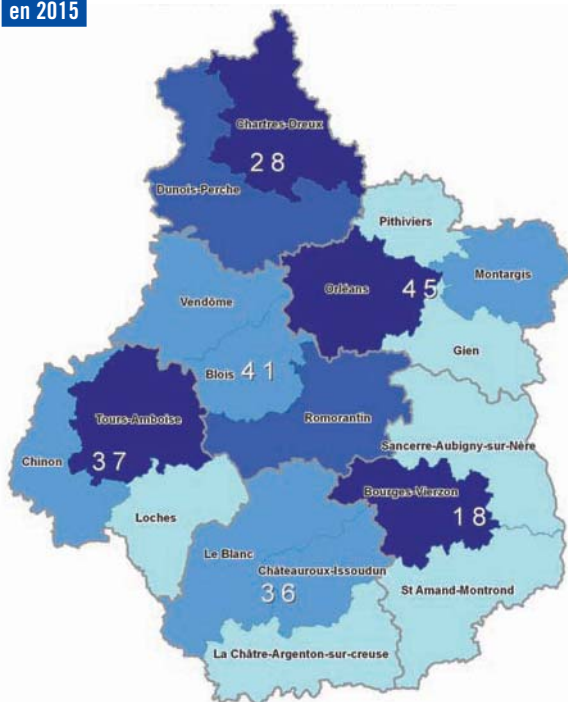
Ainsi, afin d'assurer une cohérence d'ensemble et tout particulièrement dans la réponse aux priorités identifiées dans le plan stratégique, les objectifs déclinés dans ce chapitre sont repris au sein du volet "Personnes Agées" du Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS).

3.1.1 Le contexte

La région Centre se caractérise par un vieillissement significatif de sa population, supérieur à la moyenne nationale, mais contrasté selon les territoires :

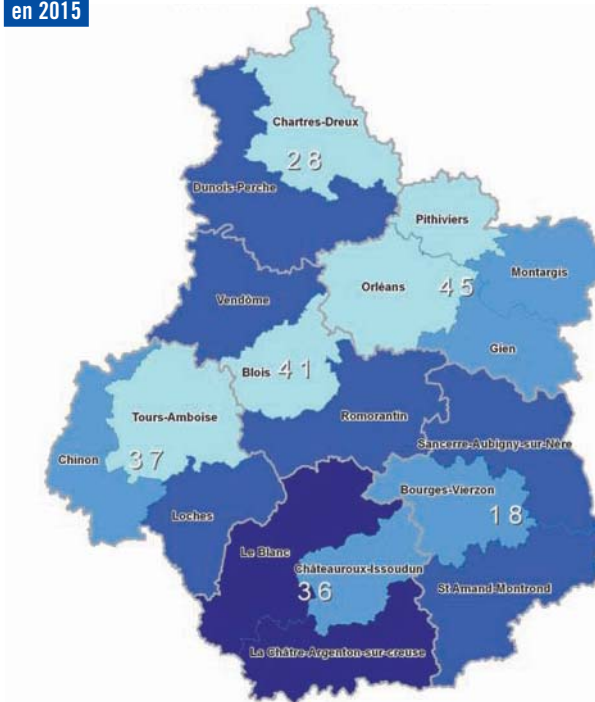
- **une population âgée importante en nombre** près des agglomérations : Tours, Orléans, Blois ainsi que Bourges, Chartres, Montargis, Châteauroux et Dreux,
- **un vieillissement significatif** en particulier au sud de la région, très marqué sur les zones de Loches, Argenton/Creuse, la Châtre, Saint Amand ainsi que Vendôme et Aubigny.

Nombre de personne âgées de 75 ans et plus en Région Centre en 2015



Source : INSEE au 1er janvier 2010, Omphale

Taux de personne âgées de 75 ans et plus en Région Centre en 2015



Source : INSEE au 1er janvier 2010, Omphale

Une offre de soins gériatriques structurée répartie sur les six territoires

L'offre de soins gériatriques s'est fortement développée et structurée au cours des dernières années, conformément aux préconisations du SROS 3 "volet personnes âgées" et en application des plans gouvernementaux (Plan Solidarité grand âge, Plan Alzheimer).

Cela s'est traduit par la création et le renforcement des différents dispositifs gériatriques⁹, en particulier :

- les courts séjours gériatriques : le ratio de 1 lit pour 1000 habitants de + de 75 ans est globalement atteint ; complémentirement, l'organisation des consultations médico-psycho-sociales dans les ex-hôpitaux locaux a permis d'optimiser la prise en charge de proximité en articulation avec les courts séjours,
- les équipes mobiles gériatriques : une équipe dans chaque établissement de référence siège d'une structure d'urgence et disposant d'un court séjour gériatrique,
- les structures de diagnostic de la maladie d'Alzheimer : un Centre mémoire de ressource et de recherche (CMRR) et 12 consultations mémoire labellisées, des antennes de proximité réparties sur le territoire permettent d'atteindre le ratio de 1 consultation pour 15 000 habitants de plus de 75 ans.

Au sein de chaque territoire de santé, la reconnaissance d'au moins une filière gériatrique regroupant l'ensemble des dispositifs prévus par la circulaire DHOS du 28 mars 2007, a été actée (voir fiche "Répartition des dispositifs").

Ces évolutions ont eu lieu notamment, grâce à la prise de conscience progressive, dans les établissements hospitaliers, de l'impact favorable d'une structuration de la prise en charge gériatrique sur le fonctionnement des autres services.

Cependant, l'articulation, la coordination et la lisibilité des dispositifs au sein de chaque territoire doivent encore être améliorées pour concourir au décloisonnement sanitaire et médico-social afin que le parcours de soins du patient âgé soit appréhendé dans sa globalité.

Les axes de développement concernent l'amélioration des actions de prévention comme le repérage précoce de la perte d'autonomie physique et psychologique quelque soit le lieu où se trouve la personne âgée (domicile, EHPAD, services hospitaliers...), la poursuite de l'identification et du renforcement des dispositifs gériatriques au sein des établissements, et également le déploiement des mesures du Plan Alzheimer notamment en ce qui concerne la prise en compte des troubles du comportement, avec une meilleure connaissance par les familles et les professionnels de l'offre existante.

9 - Les dispositifs de prise en charge mis en place au sein des structures sanitaires (consultations médico-psycho-sociales, courts séjours gériatriques, pôles d'évaluation, équipes mobiles gériatriques intervenant aux urgences et dans les services, ne sont pas soumis à autorisation mais sont reconnus sur la base des annexes à la circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Les consultations mémoire peuvent faire l'objet d'une labellisation sous réserve du respect du cahier des charges rattaché à la circulaire du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer.

Les soins de suite avec mention de spécialité gériatrique traités dans le cadre du volet SSR de ce schéma font en revanche l'objet d'une autorisation.

3.1.2 Les objectifs 2012-2016

L'organisation de l'offre de soins en direction des personnes âgées doit s'appuyer sur les constats suivants :

- une progression de l'espérance de vie à la naissance (77,5 ans pour les hommes et 84,6 ans pour les femmes),
- le souhait pour une forte majorité des personnes âgées de rester vivre le plus longtemps possible à domicile et donc une entrée de plus en plus tardive en institution, le plus souvent motivée par l'apparition de troubles cognitifs et troubles du comportement,
- un afflux croissant de personnes âgées aux urgences provenant du domicile (ou EHPAD) avec dans certains cas, l'identification de facteurs évitables,
- une difficulté d'orientation des patients à l'issue de la phase aigüe de la prise en charge.

Favoriser le dépistage précoce des facteurs de fragilité pour prévenir la perte d'autonomie

Le concept de fragilité est multidimensionnel et regroupe des facteurs liés à l'âge, à l'état de santé, à l'environnement familial et social.

Ces facteurs concernent tout particulièrement les troubles de la marche et les chutes, la dénutrition, l'incontinence, une mauvaise observance thérapeutique ou une complication iatrogénique, mais également l'arthrose et l'ostéoporose, les pertes sensorielles (vision, audition), la dépression, l'isolement social.

Le temps d'évaluation nécessaire et le recours à une équipe pluridisciplinaire ne permet pas -ou difficilement- aux médecins libéraux de réaliser ces consultations spécifiques et le recours aux dispositifs hospitaliers devient alors nécessaire, notamment les consultations médico-psycho-sociales, les pôles d'évaluation (réalisation de bilans), les consultations mémoire ...

Pour cela, l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants doit être améliorée et le maillage territorial doit être renforcé afin de limiter les délais de rendez-vous et améliorer l'accès aux soins.

Actions

- informer et mettre à disposition des médecins généralistes un numéro d'appel pour avis gériatrique auprès des médecins gériatres hospitaliers,
- élaborer un guide des ressources régional et par territoire, à destination des professionnels et des usagers, regroupant : un annuaire des différents types d'offre (champs sanitaire, médico-social, social) et des fiches techniques descriptives par type de dispositif reprenant les missions, le profil de public accueilli, le plateau technique, les prises en charge (limites ou exclusions), les complémentarités,

- mettre en place une équipe mobile extra hospitalière par territoire sur la base d'un cahier des charges régional en tenant compte des particularités de chaque territoire. Cette équipe aura vocation à venir en appui des médecins généralistes en complémentarité des dispositifs existants sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Poursuivre le développement des dispositifs de la filière gériatrique

La reconnaissance de filières gériatriques dans tous les territoires de la région Centre constitue une évolution significative dans la prise en charge graduée des patients âgés. Cependant, un renforcement du maillage doit être réalisé pour permettre l'organisation d'une offre adaptée aux besoins de proximité.

En effet, le développement de l'offre régionale reste inégal selon les territoires voire insuffisante dans certaines zones, en lien avec le difficile recrutement de gériatres mais aussi parfois du fait de la prise de conscience tardive de certaines équipes médicales de l'utilité du développement de l'offre gériatrique en dépit d'une population âgée.

Rappel des définitions de chaque dispositif en référence à la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, au Plan Solidarité grand Age et aux fiches établies par le Comité régional d'experts en gériatrie (CREG).

La filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité, mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.

L'établissement "support" de la filière gériatrique comporte : une structure d'urgence, un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de consultations et d'hospitalisation gériatrique de jour, un SSR Gériatrique, une USLD.

Ses missions recouvrent :

- les **hospitalisations non programmables** prises en charge par les urgences associées aux équipes mobiles de gériatrie et les courts séjours gériatriques,
- les **hospitalisations programmables** prises en charge selon le cas par les services de court séjour gériatrique, médecine des HL, SSR avec un relais possible par SLD, HAD, EHPAD,
- les **bilans réalisés à froid**, relevant de l'hospitalisation de jour ou de la consultation gériatrique (possibilité de bilan en court séjour si isolement).

La **consultation médico-psycho-sociale** est réalisée par un gériatre au sein d'un établissement (CH, établissement de proximité, SSR...). Elle a pour mission de dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant et proposer une prise en charge adaptée.

A ce titre, elle constitue une interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville.

Le **pôle d'évaluation gériatrique** réalise grâce à une équipe pluridisciplinaire des bilans spécifiques sur la base d'une évaluation gériatrique standardisée à partir d'outils validés, dans le cadre d'une hospitalisation de jour au sein d'une structure disposant d'un plateau technique minimum.

Le **court séjour gériatrique** assure la prise en charge en hospitalisation complète de patients âgés atteints de polyopathologies, avec dépendance ou risque de dépendance physique et/ou psychique, voire problèmes sociaux surajoutés dans le cadre d'une approche globale par une équipe pluridisciplinaire formée à la médecine gériatrique.

L'hospitalisation intervient en admission directe de préférence, pouvant être programmée, après contact préalable entre le médecin traitant et le praticien hospitalier

L'**équipe mobile gériatrique intra-hospitalière** fonctionne au sein d'une structure hospitalière siège d'un service d'accueil des urgences et disposant d'un court séjour gériatrique. Elle intervient auprès des patients âgés en étroite collaboration avec les équipes hospitalières. Elle apporte un avis spécialisé dans la prise en charge et l'orientation des personnes âgées.

Les **soins de suite gériatriques** accueillent en hospitalisation complète ou partielle (hospitalisation de jour) des patients âgés, avec risques de décompensation, relevant d'une ou plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique difficilement réversible.

Les patients sont pris en charge à l'issue d'une hospitalisation en court séjour afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle garantissant le retour dans le milieu de vie (en cours de séjour dans une structure médico-sociale, au domicile).

Actions

Améliorer l'accès aux soins :

- impulser une véritable politique gériatrique au sein des établissements afin de mettre en place et développer les consultations, les pôles d'évaluations, les courts séjours gériatriques en particulier sur les zones "fragiles" et/ou déficitaires : Châteaudun, Issoudun, le Blanc, Romorantin, Nogent le Rotrou, La Châtre,
- renforcer les capacités d'accueil en court séjour gériatrique (CHU...),
- renforcer les partenariats entre CH de référence et CH de proximité afin, le cas échéant de mutualiser les équipes, organiser des consultations avancées de gériatrie...

Améliorer la qualité et la sécurité des soins :

- anticiper les sorties de court séjour en prévoyant la mise en œuvre de solutions adaptées et éviter ainsi les ré-hospitalisations,

- formaliser les liens avec les services de soins de suite gériatriques pour développer les filières de soins et favoriser la cohérence du parcours de soins du patient,
- assurer en interne une articulation avec les équipes de soins palliatifs pour rendre accessible une offre de soins homogène et harmonieuse aux patients hospitalisés requérant des soins palliatifs en hospitalisation complète,
- développer les partenariats entre les structures sanitaires et médico-sociales : modalités d'admission directe en court séjour gériatrique, protocoles d'intervention des équipes psychiatriques et limiter ainsi les hospitalisations en urgence.

Améliorer l'efficacité :

- développer les coopérations et les complémentarités entre les acteurs et améliorer la transmission de l'information entre eux,
- identifier et faire connaître par territoire, les actions de formation et d'information.

Déployer les dispositifs préconisés dans le Plan Alzheimer 2008-2012

La maladie d'Alzheimer se caractérise par la perte progressive de la mémoire, des fonctions cognitives, et s'accompagne de troubles du comportement. Elle aboutit à une dépendance totale. Les troubles liés à la maladie évoluent et s'aggravent progressivement au cours du temps.

La maladie touche aussi des sujets jeunes. L'amélioration du repérage rapide des personnes atteintes constitue un enjeu essentiel pour réduire l'errance diagnostique et limiter l'évolution de la maladie et ses conséquences sur la vie sociale des malades et des aidants. L'accès le plus rapide aux techniques innovantes, la mise en place de structures spécifiques de réhabilitation cognitivo-comportementale et d'unités d'accueil et de répit constituent des priorités essentielles pour l'amélioration de la prise en charge de ces malades.

La circulaire DHOS/01/02/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008, relative au volet sanitaire du Plan Alzheimer 2008-2012, a précisé les actions à mettre en œuvre.

Une structuration des lieux de diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des maladies dites apparentées a été réalisée :

- les consultations mémoire qui permettent l'amélioration de l'accès au diagnostic,
- les Centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR) qui doivent assurer une triple mission : clinique, enseignement, recherche. Leur fonctionnement repose sur l'étroit partenariat entre les disciplines médicales de neurologie, gériatrie et psychiatrie.

Chacune de ces deux structures a des missions bien définies.

Les consultations mémoire ont pour missions d'affirmer un trouble mnésique, de diagnostiquer un syndrome démentiel et le type de démence, de rassurer les personnes exprimant une plainte mnésique n'ayant pas de syndrome démentiel et leur proposer un suivi. Elles doivent aussi identifier les situations complexes justifiant le recours au CMRR, mettre en place un projet de soins personnalisé, participer au suivi des personnes malades, en partenariat avec les médecins de ville (généralistes, neurologues, psychiatres...).

Le Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR) est une structure de recours pour les consultations mémoire et les spécialistes, pour les cas difficiles. Il doit aussi développer les travaux de recherche, assurer les formations universitaires, participer à la formation des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles démentiels, assurer l'information au grand public, structurer et animer un dispositif régional et/ou interrégional en partenariat avec les consultations mémoire, aborder et traiter les questions à caractère éthique.

En région Centre, les consultations mémoire se sont peu à peu développées permettant ainsi de répondre au plus près aux besoins de la population (1 consultation mémoire pour 15 000 habitants de plus de 75 ans). Douze consultations mémoire sont actuellement labellisées, réparties sur l'ensemble de la région Centre.

Le CMRR est localisé au CHRU de Tours, qui assure aussi la mission de consultation mémoire de proximité pour l'Indre-et-Loire. CMRR et consultations mémoire fonctionnent en partenariat.

Les unités cognitivo-comportementales (UCC)

Le Plan national "Alzheimer et maladies apparentées" 2008-2012 prévoit également la création d'unités spécialisées au sein des services de soins de suite et réadaptation (SSR), dans le cadre de la mesure n°17.

Ces unités "cognitivo-comportementales" sont destinées à accueillir des sujets atteints de maladie d'Alzheimer, en situation de "crise" à l'occasion d'un problème médical ayant conduit à la décompensation de la pathologie. Situées au sein même des SSR, elles ont pour objet la prise en charge spécifique des patients en termes de réhabilitation, afin de pouvoir envisager un retour à domicile dans les meilleures conditions.

Pour la région Centre, cinq unités en 5 ans ont été programmées et trois sont déjà opérationnelles.

Les Unités d'hébergement renforcées (UHR)

Les Unités d'hébergement renforcées (UHR) sont des unités spécifiques pouvant être mises en place dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les Unités de soins de longue

durée (USLD) en référence à la mesure 16 du Plan Alzheimer et à la circulaire d'application du 6 juillet 2009.

Ces unités qui peuvent accueillir jusqu'à 20 patients dans les USLD, se caractérisent par :

- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères,
- la présence d'un personnel qualifié, formé et soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades,
- l'élaboration d'un projet adapté de soin et d'un projet de vie personnalisé,
- la participation de la famille et des proches.

L'UHR fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères. L'UHR est un lieu d'hébergement séquentiel pour ces personnes qui sortiront de cette unité en cas d'amélioration notable des troubles.

En région Centre, l'objectif est de 14 à 15 UHR dont neuf au sein des USLD (trois par an) entre 2010 et 2012.

Action

Poursuite de la mise en place des dispositifs en région Centre.

IMPLANTATIONS DES DISPOSITIFS PAR TERRITOIRE

LES PATHOLOGIES DU VIEILLISSEMENT DONT LA MALADIE D'ALZHEIMER

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Favoriser le dépistage précoce des facteurs de fragilité pour prévenir la perte d'autonomie et éviter les hospitalisations en urgence.
- Poursuivre le développement des dispositifs de la filière gériatrique.
- Développer les coopérations et les complémentarités entre les différents acteurs de la prise en charge afin de fluidifier la filière de prise en charge et éviter notamment les séjours prolongés en hospitalisation et les ré-hospitalisations.
- Mettre en œuvre en région Centre, les différents dispositifs prévus par le plan Alzheimer : renforcer les consultations mémoire, créer les unités cognitivo-comportementales dans les SSR et développer les unités d'hébergement renforcé au sein des USLD.
- Organiser l'intervention des équipes de soins palliatifs dans les services pour les soignants intervenant auprès des patients en fin de vie.

RÉPARTITION DES DISPOSITIFS GÉRIATRIQUES

	CONSULTATION	PÔLE D'ÉVALUATION	COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE	EMG	SSR	USLD
CHER (18)						
Bourges	X	X	X	X	X	X
Vierzon	X	X	X	X*	X	X
St-Amand	X	X	X		X	X
Sancerre	X				X	X
* équipe mobile gériatrique fonctionnant avec une IDE + équipe d'appui soins palliatifs (EADSP)						
Le Cher est le territoire dont le maillage gériatrique est le plus abouti (3 filières gériatriques)						
EURE-ET-LOIR (28)						
Chartres	X	X	X	X	X	
Dreux	X	X	X	X	X	X
Chateaudun	X		X		X	X La Loupe
Nogent/Bonneval					X	X
+ équipe d'appui soins palliatifs (EADSP)						
L'Eure-et-Loir dispose de 2 filières gériatriques. L'organisation de la prise en charge gériatrique doit être impulsée sur Chateaudun et Nogent-le-Rotrou						
INDRE (36)						
Chateauroux	X	X	X	X	X	X
Issoudun	X	X	X		X	X
Le Blanc	X		X		X	X
La Châtre	X				X	
+ équipe d'appui soins palliatifs (EADSP)						
1 seule filière gériatrique sur CHATEAUROUX dans l'INDRE ; les autres zones sont confrontées aux difficultés de recrutement de gériatres.						
INDRE-ET-LOIRE (37)						
Tours	X	X	X	X	X	X
Amboise/Chateaufort	X	X	X sur chaque site		X	
Chinon	X		X		X	X
Loches	X	X	X		X	
+ équipe d'appui soins palliatifs (EADSP)						
1 deuxième filière gériatrique sera reconnue en 2012 sur le territoire de l'Indre-et-Loire – Le court séjour est à renforcer sur Tours et l'offre à identifier et développer sur Loches.						
LOIR-ET-CHER (41)						
Blois	X	X	X	X	X	X
Vendôme	X		X		X	
Romorantin	X				X	X
+ équipe d'appui soins palliatifs (EADSP)						
Le LOIR et CHER dispose de 2 filières gériatriques qui restent à conforter notamment au niveau des pôles d'évaluation. L'offre est à construire sur Romorantin.						
LOIRET (45)						
Orléans	X	X	X	X	X	X
Montargis	X	X	X	X	X	X
Gien/sully/Briare	X				X	X
Pithiviers	X				X	X
+ équipe d'appui Soins palliatifs (EADSP)						
Le LOIRET dispose de 2 filières gériatriques. L'offre doit être développée sur Pithiviers et confirmée sur l'est du département.						

RÉPARTITION DES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES ALZHEIMER "volet sanitaire"

TERRITOIRES	CMRR	CONSULTATIONS MÉMOIRE	UNITÉS COGNITIVO-COMPORTEMENTALES	UNITÉS D'HÉBERGEMENT RENFORCÉ/USLD
CHER (18)		3 labellisées + 1	1	2
EURE-ET-LOIR (28)		2 labellisées + 1	1	1 à 2
INDRE (36)		1 labellisée + 1		1
INDRE-ET-LOIRE (37)	X (Tours)	3 labellisées + 1	1	1
LOIR ET CHER (41)		2 labellisées	1	2
LOIRET (45)		2 labellisées dont 1 mutualisée à l'est du territoire	1	2
Objectif régional		1 pour 15 000 hab. de 75 ans et +	5	9 (15 avec le médico-social)

3.2

LES TRAUMATISMES CRANIO-CÉRÉBRAUX

3.2.1 Le contexte

La population des traumatisés crânio-cérébraux recouvre trois grandes catégories de blessés, légers, modérés graves, chacune d'entre elles nécessitant une prise en charge adaptée. La classification en "légers, modérés, graves", repose sur des critères cliniques bien établis, et sur l'imagerie.

Les traumatisés crânio-cérébraux légers représentent 70 à 80 % de l'ensemble des traumatisés crânio-cérébraux. C'est une population jeune de 15 à 30 ans, très mal connue sur le plan épidémiologique, dont la prise en charge est difficile car ils échappent rapidement au système de soin. Ces blessés ont un suivi très insuffisant alors que les séquelles à moyen et long terme peuvent être réelles : la "légèreté" initiale ne préjuge pas de l'évolution ultérieure du patient :

- 80 % des traumatisés crânio-cérébraux légers récupèrent spontanément, entre trois et six mois,
- 20 % d'entre eux, garderont des séquelles de leur traumatisme dont le syndrome post-commotionnel (céphalées, vertiges, fatigabilité intellectuelle).

Il est possible dans le cadre d'un suivi précoce d'identifier les patients qui auront plus de difficultés à récupérer, de façon à prévenir, par une prise en charge adaptée, l'aggravation progressive de leur état.

Les traumatisés crânio-cérébraux modérés représentent 8 % de l'ensemble des traumatisés crâniens. Ils doivent être distingués des traumatisés crânio-cérébraux légers: leurs troubles cognitifs récupèrent plus lentement, habituellement entre 3 à 12 mois. Certains d'entre eux gardent des séquelles cognitives à terme.

Les traumatismes crânio-cérébraux graves s'accompagnent de coma d'emblée et entraînent généralement la

mort dans plus de 50 % des cas. Parmi les survivants, 30 % ont des chances de récupération moyennes voire bonnes après six mois.

SÉQUELLES VARIABLES DES TRAUMATISMES CRÂNIO CÉRÉBRAUX : PARFOIS "INVISIBLES"

Les formes les plus évidentes vont du coma persistant à l'état végétatif chronique ou l'état pauci-relationnel.

Les séquelles physiques comme par exemple troubles moteurs, amputation du champ visuel... Le plus souvent, ces séquelles visibles disparaissent ou régressent fortement et rapidement. Le blessé peut avoir alors une apparence qui, à tort, laisse penser à une absence de séquelles.

L'atteinte cognitive ou intellectuelle est souvent très conséquente. Elle associe, à des degrés divers, des difficultés mnésiques, des troubles de l'attention et de la concentration, des difficultés de planification et d'organisation, des troubles du raisonnement. Le diagnostic n'est pas toujours aisé et nécessite parfois une analyse fine, voire une mise en situation notamment professionnelle.

Les troubles du comportement vont d'une apathie extrême à des troubles des conduites sociales par désinhibition qui peuvent cohabiter chez le même patient.

Les séquelles intellectuelles et comportementales constituent un frein considérable à la réinsertion familiale, professionnelle et sociale de la personne. Elles génèrent un handicap "invisible", difficile à appréhender pour l'entourage et souvent nié par la personne.

ESTIMATIONS DE LA POPULATION CONCERNÉE EN RÉGION CENTRE

L'application à la région Centre des données nationales conduit à une estimation de 6 500 hospitalisations pour traumatismes crânio-cérébraux légers ou modérés, plus rarement graves (environ 350 patients).

LES DISPOSITIFS DU SECTEUR SANITAIRE

- Chaque territoire de santé dispose d'au moins un établissement permettant l'accueil à la phase initiale des patients traumatisés crâniens quel que soit le degré de gravité.
- Deux services de neurochirurgie sont autorisés en Région Centre. Lorsque l'avis est nécessaire, les établissements se tournent vers les deux services régionaux (Tours et Orléans) mais également vers Rouen, notamment pour le CH de Dreux dans le cadre d'une collaboration sur le transfert d'images.
- Les médecins rééducateurs des SSR se déplacent au sein des réanimations et en neurochirurgie, dès lors qu'ils sont peu éloignés géographiquement.
- Six unités Etats Végétatifs Chroniques / Etat Pauci-Relationnel (EVC/EPR) autorisées et installées avec

secteur d'éveil, soit une unité dans chaque territoire de santé (au sein de 11 SSR disposant de l'autorisation d'activité de SSR avec mention prise en charge spécialisée "affections du système nerveux" et "affections de l'appareil locomoteur", à l'exception du SSR de l'Hospitalet dans le Loir-et-Cher qui ne dispose pas de cette autorisation spécifique appareil locomoteur, mais qui reste le SSR de la région pouvant accueillir les cérébrolésés et traumatisés médullaires pouvant nécessiter une suppléance des fonctions vitales).

LES DISPOSITIFS DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Plusieurs établissements ou services médico-sociaux (ESMS) ou sociaux, en lien avec l'offre développée par les Conseils généraux, accueillent des patients traumatisés crâniens

Au 31 février 2010, on dénombrait **690 places dont 483 en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), 150 en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et 57 en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) sont "labellisées" pour une prise en charge spécifique d'adultes polyhandicapés et d'adultes atteints d'un traumatisme crânien.** La répartition par territoire est la suivante :

NBRE DE PLACES	CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET	RÉGION CENTRE
MAS	58	62	0	151	60	152	483
FAM	0	70	40	40	0	0	150
SAMSAH	0	0	0	38	0	19	57
TOTAL	58	132	40	229	60	171	690

Cet équipement est complété par une équipe mobile pour cérébro-lésés qui intervient sur trois départements de la région : Indre, Indre-et-Loire et Loir-et-Cher.

Au 31 décembre 2009, la file active s'élevait à 91 personnes suivies : 68,9 % des personnes domiciliées en Indre-et-Loire, 20,3 % des personnes domiciliées dans le Loir-et-Cher, et 10,6 % des personnes dans l'Indre. Les personnes traumatisées crâniennes restent majoritaires (72,8 % dans le suivi), les autres présentant des séquelles d'accident vasculaire.

L'équipe mobile est constituée d'un temps :

- de médecin assurant la coordination,
- de neuropsychologue,
- d'ergothérapeute,
- d'assistant social,
- de secrétaire médical,
- d'éducateur spécialisé.

En revanche, Il n'existe pas encore d'Unité expérimentale d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) en région Centre ; un projet est en attente de financement.

Le public des traumatisés crâniens représentent un peu plus de 10 % des personnes accueillis en CRP.

Enfin un grand nombre des traumatisés crâniens vit à domicile, certains bénéficient de SAVS.

SYNTHÈSE DES POINTS FORTS DE LA PRISE EN CHARGE

- Le développement de l'offre ces cinq dernières années avec notamment la mise en place de six unités EVC / EPR, soit une unité dans chaque territoire de la région, et l'existence d'un réseau informel entre ces structures.
- Des structures médico sociales ayant développé des prises en charge spécifiques.

SYNTHÈSE DES POINTS FAIBLES DE LA PRISE EN CHARGE

- Le recensement réel du nombre de patients traumatisés crâniens et de leurs besoins en l'absence de système d'information partagé et ou de registre (Ce point n'est pas spécifique à la région Centre).
- Une filière de prise en charge et dispositifs existants mal connus des professionnels et usagers : Plusieurs dispositifs intégrant la filière de prise en charge de ces patients sont déjà mis en œuvre en région Centre mais ni les acteurs de terrain, ni les usagers, ne disposent à ce jour d'une visibilité de l'offre existante.

- La persistance de zones de rupture tout au long du parcours de ces publics :
- la consultation de suivi précoce des traumatisés crâniens légers n'est pas mise en place,
- les traumatisés crâniens légers ne bénéficient pas d'un suivi organisé et programmé, il est donc difficile de repérer et prendre en charge les 20 % de ces patients qui sont à risque de présenter des séquelles qui vont retentir sur leur qualité de vie sociale et professionnelle.
- L'UEROS non encore financée ce qui ne facilite pas le développement de projets de réinsertion professionnelle de ce public.
- Trois départements non couverts par l'offre multidisciplinaire d'une équipe mobile.
- L'avis précoce en réanimation d'un médecin de rééducation fonctionnel complexe dans le Loiret du fait de l'éloignement géographique des structures entre elles et des problèmes démographiques.
- Des coordinations entre les différents secteurs sanitaires et médicosociaux à renforcer.

3.2.2 Les objectifs 2012-2016

Les objectifs de ce volet du SROS doivent permettre d'apporter des réponses au diagnostic posé précédemment. En outre, ils s'inscrivent dans les priorités arrêtées dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS), et notamment celles définies pour le domaine "Autonomie" : **améliorer les réponses aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap et promouvoir une prise en charge de qualité et sécurisée.**

Le contenu de ce volet transversal du SROS PRS a été élaboré à partir :

- des constats issus du bilan du SROS 3,
- des données issues de l'enquête IGAS de juillet 2010 "traumatisés crâniens",
- des constats réalisés par l'étude du CREAL en 2007,
- des constats issus des différents groupes de travail ayant contribué aux travaux du plan stratégique régional de santé : aux travaux du SROS notamment les volets réanimation, soins intensifs surveillance continue, imagerie, SSR, et du SROMS au sein des groupes régionaux et départementaux,
- des constats effectués par les représentants des usagers,
- des constats et préconisations des associations de traumatisés.

L'identification d'une filière graduée de prise en charge

La prise en charge doit être coordonnée et s'inscrit dans la durée. Elle doit être assurée par une équipe multidisciplinaire, formée aux spécificités de cette pathologie. Le dépistage des séquelles éventuelles est une priorité.

La prise en charge des traumatismes crânio-cérébraux en région Centre s'appuie sur les préconisations du SROS 3 qui restent d'actualité, les différents dispositifs du champ sanitaire, médico-social et social existants.

Sur le versant hospitalier de la prise en charge, le SROS 3 préconisait d'identifier une filière pour les traumatisés crâniens avec graduation de la prise en charge selon le degré de gravité du traumatisme et ce dès la phase pré-hospitalière.

PHASE PRÉ-HOSPITALIÈRE : PHASE D'ÉVALUATION ORIENTATION

Après appel du centre 15, la régulation du SAMU organise les transports et veille à l'orientation du patient vers l'établissement le plus adapté à sa prise en charge en fonction des éléments recueillis.

Lors de la prise en charge initiale pré-hospitalière le patient traumatisé crânien bénéficie d'une évaluation clinique globale basée sur les recommandations de l'HAS.

Les traumatisés crâniens légers sont orientés vers le service hospitalier le plus proche autorisé pour l'accueil des urgences, et permettant vingt-quatre heures sur vingt-quatre la réalisation d'un scanner cérébral et l'interprétation des images par un radiologue formé à la neurotraumatologie.

Les traumatisés crâniens modérés et graves sont orientés vers le service d'un établissement disposant d'un service des urgences autorisé, d'une réanimation et d'un accès au plateau technique d'imagerie identique à celui décrit ci-dessus.

EN PHASE HOSPITALIÈRE: BILAN DES LÉSIONS

Les traumatisés crânio-cérébraux légers (70 à 80 % des traumatisés crâniens)

Le bilan effectué aux urgences déterminera s'il y a lieu ou non de réaliser un scanner et d'hospitaliser le patient.

Dans un deuxième temps, une consultation auprès d'un médecin formé à la prise en charge des traumatisés

crânio-cérébraux secondé par un neuropsychologue est indispensable pour évaluer les capacités neuro-psychologiques et de rechercher les facteurs de risques d'une évolution défavorable.

Les traumatisés crânio-cérébraux modérés (5 % des traumatisés crânio-cérébraux)

Ils bénéficient d'un accès rapide à l'imagerie. En cas de lésions visibles au scanner, l'avis neurochirurgical est nécessaire en vue d'un éventuel transfert en neurochirurgie.

Les traumatisés crâniens graves

Ils sont pris en charge par l'équipe responsable du déchoquage chargée d'assurer le maintien des fonctions vitales et d'évaluer les éventuelles lésions associées en lien avec l'équipe de réanimation. L'accès au scanner sans délai permet le bilan des lésions cérébrales et rachidiennes. L'avis neurochirurgical est nécessaire.

Pour les traumatisés crânio-cérébraux modérés et graves, si l'établissement ayant accueilli le patient ne dispose pas de neurochirurgien, l'avis téléphonique s'appuie sur la transmission des images. Si le transfert du patient est indiqué, le délai doit être le plus court possible.

Tous les patients traumatisés crâniens modérés ou graves bénéficient d'un avis précoce par l'équipe de rééducation fonctionnelle permettant la mise en place de soins spécifiques et organisant l'orientation secondaire en SSR spécialisé loconeurologue.

L'accompagnement des familles est organisé dès la phase aiguë dans le respect de la "charte d'accueil" pour les familles des traumatisés crâniens.

PHASE DE RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FONCTIONNELLES EN SERVICE DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION (SSR MENTION NEURO LOCOMOTEUR)

Elle concerne principalement les traumatisés crânio-cérébraux modérés et graves.

Les traumatisés crânio-cérébraux modérés présentent souvent des troubles cognitifs dont la récupération est lente, habituellement de 3 à 12 mois, et certains d'entre eux gardent des séquelles.

Les traumatisés crânio-cérébraux graves sont orientés à la sortie du court séjour vers un service de SSR physique et de réadaptation non spécialisé ou vers une unité d'éveil en fonction de l'état de conscience.

Deux types d'unités spécifiques destinées aux patients présentant les séquelles les plus lourdes seront individualisés:

- le secteur d'éveil,
- les unités pour patients en Etat végétatif chronique ou en Etat pauci-relationnel (EVC/EPR).

Le secteur d'éveil

Il accueille les traumatisés crânio-cérébraux non dépendants d'une technique de ventilation artificielle, en phase végétative ou présentant des troubles de la conscience. Le secteur d'éveil a des caractéristiques spécifiques : il est installé au sein d'un service de SSR avec mention neurologique disposant d'une unité d'état végétatif chronique ou d'état pauci-relationnel rattachée.

Il est situé à proximité d'un service de réanimation ou à défaut, une convention organise la coopération avec un service de réanimation. L'accès à des avis multidisciplinaires (réanimateur, neurologue, psychiatre, neurochirurgien, pneumologue...) est formalisé.

Il est individualisé sur le plan fonctionnel car il nécessite une organisation spécifique et un encadrement renforcé

en personnel. Toutefois l'individualisation physique de lits n'est pas indispensable. Il dispose de matériel de surveillance respiratoire, hémodynamique, thermique et nutritionnelle, du matériel pour les gestes d'urgence et d'un appareil de ventilation.

L'évolution des traumatisés crânio-cérébraux graves au sein de la structure d'éveil peut se faire :

- vers l'aggravation, avec retour si nécessaire en service de réanimation,
- vers une amélioration : la rééducation est alors poursuivie en SSR spécialisé et la sortie est organisée vers le domicile ou une structure médico-sociale,
- vers la chronicité : la sortie du patient de SSR spécialisé peut se faire en fonction du souhait de la famille et de l'état du patient vers le domicile ou une unité pour état végétatif chronique ou état pauci relationnel.

L'unité pour patients en Etat végétatif chronique ou en Etat pauci-relationnel (EVC/EPR)

L'unité accueille des patients en état végétatif chronique ou état pauci-relationnel. La chronicité est définie par le maintien de cet état au bout de 12 à 18 mois. Ces patients ne peuvent pas s'exprimer, sont totalement dépendants et ne peuvent pas assumer seuls la toilette, l'alimentation, l'habillement, le déshabillage, les transferts, les déplacements...

L'objectif de prise en charge somatique est triple : suppléer les dépendances, prévenir les complications d'immobilisation, de dénutrition et respiratoires, maintenir les acquis ou les développer pour les patients pauci-relationnels.

L'unité d'état végétatif chronique/état pauci-relationnel a des caractéristiques techniques spécifiques. D'une capacité de 6 à 8 lits elle est adossée à un service de soins de suite et réadaptation spécialisé (mentions neuro-locomoteur). Un lit dédié au répit est installé dans chaque unité d'état végétatif chronique ou d'état pauci-relationnel. Il répond aux besoins des familles accueillant des patients en état végétatif chronique ou pauci-relationnel. Ce lit permet une prise en charge temporaire anticipée et programmée d'une durée d'environ 30 jours contractualisée avec la famille.

EN PHASE POST HOSPITALIÈRE

Le suivi des soins est assuré par la mise en place d'équipes mobiles.

L'équipe mobile

L'équipe mobile prend en charge des patients victimes de traumatismes crânio-encéphaliques présentant des séquelles importantes et exceptionnellement des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux dont le tableau clinique est proche de celui des traumatisés (sujets jeunes avec séquelles cognitives majeures).

L'équipe mobile intervient au sein des structures médico-sociales ou au domicile du patient, à la demande de la

structure médico-sociale ou du médecin traitant en partenariat avec la famille.

L'équipe mobile a quatre missions :

- évaluer l'état global du patient par une approche pluridisciplinaire,
- réadapter le projet de soins si besoin, en partenariat avec les différents intervenants dont le médecin traitant,
- accompagner la famille ou la structure d'aval,
- soutenir les professionnels.

La composition de l'équipe mobile est pluridisciplinaire. Elle doit pouvoir disposer d'un temps : de médecins de rééducation fonctionnelle de préférence, ou possédant un diplôme universitaire relatif aux traumatismes crâniocérébraux, de rééducateurs paramédicaux (kinésithérapeute ou ergothérapeute ou psychomotricien, orthophoniste ou neuropsychologue), d'infirmiers, de secrétaires et d'assistante sociale.

L'équipe mobile est rattachée à un établissement disposant d'une autorisation d'activité de SSR avec mention "prise en charge spécialisée neuro-locomoteur" et possédant une unité d'état végétatif chronique ou d'état pauci-relationnel.

Le réseau des patients cérébrolésés

Le SROS 3 préconisait la mise en place d'un réseau ayant vocation à coordonner tous les acteurs sanitaires, médico-sociaux, et sociaux afin de permettre au patient sortant d'établissement et à sa famille, d'être guidés vers les aides nécessaires et garantissant la continuité de la prise en charge.

La faiblesse des effectifs de médecins rééducateurs, mais aussi des professionnels de rééducation en région Centre n'a pas encore permis de structurer un réseau. En revanche, une réflexion commune et des rencontres entre SSR disposant d'unités EVC / EPR se sont mises en place.

Améliorer l'information et la connaissance des besoins des personnes atteintes de handicap

Le recensement du public traumatisé crânien suivi par les MDPH ou accompagné par les établissements sociaux et médico-sociaux sera facilité par la mise en place du système d'information partagé envisagé en région Centre (objectifs du schéma régional d'organisation médico-social).

Les SSR seront concernés par l'alimentation de ce système d'information transversal.

Une meilleure connaissance des besoins permettra d'améliorer l'accompagnement et d'identifier les zones de rupture voire les manques.

Organiser le suivi systématique des patients traumatisés crâniocérébraux légers présentant des facteurs de risques de complications

- Former les professionnels et l'entourage des patients au repérage de ces facteurs de risques,
- informer les patients,
- mettre en place au sein des SSR spécialisés (mention affections neurologiques), une consultation pluridisciplinaire qui aura pour but d'évaluer les capacités neuropsychologiques et de rechercher les facteurs de risques d'une évolution défavorable.

Objectif à 5 ans : au moins trois consultations au niveau régional

Développer les contacts systématiques en réanimation avec un médecin de SSR autorisé avec la mention affection neurologiques dans les unités qui ne l'ont pas encore organisé

Faute de temps disponible de médecin rééducateur, et compte tenu de l'éloignement géographique, ce contact peut être organisé selon différentes modalités :

- évaluation par équipe mobile,
- utilisation de la télémédecine (staff pluridisciplinaire).

Mettre en place un suivi des besoins en lits d'éveil avec les unités de réanimation

Identifier les différents dispositifs de la filière traumatisés crâniens pour chaque territoire en renforçant les complémentarités et les coordinations

- Clarifier et faire connaître les missions de chaque dispositif et les intégrer au sein du guide régional de ressources,
- développer les conventions entre les structures médico-sociales et les structures de SSR spécialisées, définissant les modalités de suivi, d'admission et de transfert des patients,
- développer les partenariats dans le cadre de la formation continue des professionnels, du recrutement de professionnels,
- améliorer la transmission d'information entre les structures et entre celles-ci et les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Renforcer et développer la continuité des prises en charge et de l'accompagnement au sein de tous les territoires

- **Mettre en place une seconde équipe mobile à échéance du schéma (2016)** pour couvrir l'ensemble de la région en complémentarité de l'équipe déjà existante. Cette seconde équipe aura les mêmes missions à savoir :
 - évaluer l'état global du patient par une approche pluridisciplinaire,
 - réadapter le projet de soins si besoin, en partenariat avec les différents intervenants dont le médecin traitant,
 - accompagner la famille ou la structure d'aval,
 - soutenir les professionnels.
- **Mettre en place au moins une UEROS** : les Unités expérimentales d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) contribuent à garantir la continuité de l'accompagnement de ces personnes en assurant les passages, au besoin itératifs, entre le secteur sanitaire, notamment en soins de suite et réadaptation, le secteur médico-social et social, le secteur éducatif et le secteur du travail.

Les UEROS ont pour missions :

- d'accueillir,
 - d'informer ou de conseiller les personnes cérébrolésées : L'accueil, l'information et le conseil peuvent être assurés de manière individuelle ou collective,
 - de réaliser des évaluations préliminaires médico-psychologiques de courte durée afin de déterminer si l'intéressé peut bénéficier d'un programme de réentraînement ,
 - d'aider l'intéressé à élaborer son projet de vie,
 - d'informer les professionnels,
 - d'apporter, lorsqu'elles en font la demande, leur concours aux équipes pluridisciplinaires de la MDPH notamment dans le cadre de conventions.
- **Mettre en place une réflexion au sein des ESAT** afin de proposer un accompagnement adapté prenant en compte les spécificités des troubles aux problématiques posées (instabilité, troubles du comportement etc).

3.3

L'ADDICTOLOGIE

3.3.1 Le contexte

En matière d'addiction, l'offre de soins hospitalière complète d'autres offres de santé (prévention, offre médico-sociale, offre de soins ambulatoire) et doit tenir compte de politiques menées par divers partenaires : Cohésion sociale, Education nationale, Sécurité routière, lutte contre la délinquance. Par ailleurs, le dispositif "Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie" (MILDT) est géré au plan local par les Préfets de département, avec une articulation régionale assurée par le Préfet de région.

La filière hospitalière de soins en addictologie doit permettre à toute personne présentant une addiction d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Elle couvre l'ensemble des conduites addictives : addiction avec produit (tabac, alcool, médicament, substance illicite,...) ou addiction sans produit (trouble de la conduite alimentaire, jeu pathologique,...). Elle répond à l'ensemble des besoins du malade selon la nature et la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées (somatiques, psychologiques,

psychiatriques). Elle prépare le projet thérapeutique individualisé du patient avec les intervenants des secteurs médico-social et ambulatoire. Elle comporte une consultation d'addictologie, une Equipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), une possibilité de prise en charge en hôpital de jour, en hospitalisation complète pour la réalisation de sevrages simples et sevrages résidentiels complexes, ainsi qu'un accès à un service de soins de suite et de réadaptation spécialisé en addictologie. Le dispositif sanitaire est articulé avec le secteur médico-social spécialisé ainsi qu'avec le dispositif de prévention.

Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, ainsi que les circulaires DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 et DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 ont défini, pour la filière hospitalière de soins en addictologie, trois niveaux de prise en charge des patients :

- les structures de **niveau 1** (niveau de proximité) disposent d'une consultation hospitalière en addictologie et d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Elles permettent de réaliser des sevrages simples en hospitalisation complète,

- les structures de **niveau 2** (niveau de recours) disposent en sus de missions de niveau 1, de la possibilité de réaliser des sevrages et des soins résidentiels complexes en hospitalisation complète et des prises en charge en hospitalisation de jour. Cette activité de court séjour peut être assurée par un établissement de santé ayant une activité en psychiatrie, dès lors qu'il a développé une structure addictologique spécifique. Les soins de suite et de réadaptation participent à la prise en charge de niveau 2, dès lors qu'ils permettent de poursuivre les soins résidentiels au-delà des soins aigus pour les patients qui le nécessitent,
- les structures de **niveau 3** (niveau de recours régional) assurent, en plus des missions de niveau 1 et 2, des missions d'enseignement, de formation, de recherche et de coordination régionale. Elles se situent au niveau des Centres hospitaliers universitaires.

Il convient de noter que :

- l'hospitalisation complète ou partielle des patients relevant d'une prise en charge en addictologie ne fait pas l'objet d'une autorisation spécifique au regard de la réglementation, mais émerge selon les cas sur l'autorisation de **médecine**, de **psychiatrie** ou de **soins de suite et de réadaptation**,
- **les lits installés ne sont pas forcément individualisés**, notamment dans les services de médecine, les patients pouvant être pris en charge dans différents services de spécialités,
- les **équipes hospitalières de liaison en addictologie** et les **consultations hospitalières d'addictologie** sont identifiées et financées au titre des Missions d'intérêt général (MIG).

La structuration des filières hospitalières en addictologie sur chaque territoire de santé de la région, telle que prévue au SROS 3, est inachevée :

1. La prise en charge de proximité (niveau 1)

- Chaque territoire de santé dispose d'au moins une ELSA, située au sein du centre hospitalier de référence ou du centre hospitalier spécialisé. La couverture géographique du territoire de santé par une ELSA pour tout établissement disposant d'une structure des urgences, est assurée, en propre ou par convention entre établissements dans le Cher, l'Indre et le Loiret ; mais elle ne l'est pas en totalité dans l'Eure-et-Loir (Châteaudun et Nogent le Rotrou), l'Indre-et-Loire (Amboise/Château-Renault) et le Loir-et-Cher (Vendôme et Romorantin),
- la répartition géographique des consultations en addictologie est satisfaisante dans chaque territoire de santé, notamment pour ce qui concerne la tabacologie. Cependant toutes les addictions ne sont pas forcément prises en charge. Une carence est notée notamment pour ce qui concerne les drogues illicites qui, le plus souvent, ne sont prises en charge que sur un seul site par département. Une articulation doit être systématiquement réalisée avec les structures médico-sociales relatives à ces prises en charge.

- les consultations d'addictologie sont rendues obligatoires au sein des établissements pénitentiaires. Il appartient à chaque UCSA de les organiser soit directement soit en recourant aux services d'un CSAPA. La mise en œuvre de ces consultations a débuté et doit être achevée dans les meilleurs délais.
- les établissements de médecine et de psychiatrie réalisent des sevrages simples en hospitalisation complète.

2. La prise en charge spécialisée (niveau 2)

- Le SROS 3 a prévu l'implantation de cinq unités d'hospitalisation de niveau 2 dans la région. Trois établissements réalisent des sevrages complexes en hospitalisation complète en court séjour : CH George Sand dans le Cher, CHRU de Tours, CH Georges Daumezon dans le Loiret. Aucun établissement ne fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle pour cette activité. Le cahier des charges régional préalable à la reconnaissance des unités de court séjour de niveau 2 n'est pas élaboré.
- un seul établissement dispose d'une hospitalisation de jour dédiée à la prise en charge addictologique : le CH George Daumezon.
- quatre établissements SSR sont aujourd'hui autorisés comme structures spécialisées en addictologie, mais en fait principalement orientés vers l'alcoolologie : un en Eure-et-Loir et trois en Indre-et-Loire. Le SROS préconise que chaque court séjour addictologique de niveau 2 passe convention avec l'un de ces quatre SSR afin d'assurer une réadaptation de qualité. Il n'y a pas d'offre d'hospitalisation de jour en SSR.

3. La structure de recours régionale (niveau 3)

Le niveau 3 régional, tel que prévu par le SROS 3 au CHRU de Tours, n'est pas mis en œuvre.

Les évolutions qualitatives à envisager sur l'ensemble de la région portent sur le renforcement du dispositif et la formalisation des partenariats avec l'ensemble des acteurs ambulatoires, hospitaliers, médico-sociaux, et de prévention.

3.3.2 Les objectifs 2012-2016

Le volet "addiction" du schéma PRS s'inscrit de manière volontariste dans une démarche de transversalité entre les différents acteurs issus des secteurs sanitaires, médico-sociaux et de la prévention. Cette démarche correspond exactement au parcours de soins et de prises en charge dont bénéficient les patients.

Les orientations retenues en ce qui concerne le volet hospitalier addictologie s'inscrivent dans la priorité "**Réduire les conséquences des conduites à risques**" du Plan stratégique régional de santé.

Dépister précocement les conduites à risques

- **Dépister aux urgences** : les structures d'urgences procèdent au repérage précoce, opportuniste ou systématique, des patients présentant une problématique addictive, en association avec l'équipe de liaison et de soins en addictologie,
- **transmettre les informations au médecin traitant** : tout problème d'addiction identifié lors du passage d'un patient au service des urgences, lors d'une consultation hospitalière d'addictologie ou lors d'une intervention de l'équipe hospitalière de liaison et de soins en addictologie fera l'objet d'une information systématique au médecin traitant et d'une information au patient concernant les lieux ressources,
- **informer la médecine ambulatoire sur les outils de dépistage à utiliser** : les médecins traitants sont informés des outils de repérage scientifiquement validés.

Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité

- **Poursuivre le développement de la filière addictologique** en région Centre en achevant la mise en place de l'offre de niveau 1 (proximité) d'addictologie dans chaque établissement de santé doté d'une structure d'urgence autorisée :
- **définir l'organisation de la prise en charge de niveau 1** dans chaque territoire : les projets territoriaux de santé prévoient les modalités opérationnelles de déclinaison de la prise en charge de proximité, en prenant en compte la nécessaire articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social et la médecine de ville,
- **renforcer les Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) existantes** : compte-tenu de la nécessité de ne pas disperser les moyens pour permettre à ces équipes d'atteindre une masse critique suffisante pour faire face à leurs missions, les équipes de liaison et de soins en addictologie en fonctionnement dans les hôpitaux de référence seront renforcées pour répondre aux besoins du territoire de santé, en privilégiant une approche globale des addictions (toutes addictions avec ou sans substances) ; à cette fin, des conventions seront passées entre les établissements dotés d'une ELSA et chaque établissement doté d'une structure des urgences,
- **permettre à toutes les personnes détenues ayant un problème d'addiction de bénéficier d'une prise en charge** : les ELSA seront renforcées pour intervenir, via les Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) dans les établissements pénitentiaires, lorsque les consultations en addictologie ou le relais de prise en charge spécialisée ne peuvent être assurés par un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA),
- **renforcer l'accès à une consultation d'addictologie de proximité** : l'accès à une consultation d'addictologie devra être renforcé dans tous les établissements dotés

d'une structure des urgences. Cet accès pourra, en fonction de l'existant, être mis en œuvre, soit directement, soit par convention avec un établissement de référence qui organisera des consultations avancées ou avec une structure médico-sociale,

- **identifier une unité fonctionnelle d'addictologie dans les établissements de santé** : afin de favoriser la coordination et de permettre une mutualisation des moyens au sein d'un même établissement, les activités de consultations et de liaisons en addictologie devront être regroupées dans une unité fonctionnelle d'addictologie clairement identifiée.

• Poursuivre le développement de la filière addictologique en région Centre avec la mise en place de l'offre de niveau 2 (recours) et 3 sur l'ensemble de la région :

- **reconnaître cinq structures d'hospitalisation de court séjour de niveau 2, dont une de niveau 3** : compte-tenu de la population de la région Centre, cinq structures de court séjour addictologique de recours dont une structure de recours régional, sont nécessaires pour faire face aux besoins de la population. Il convient de veiller à ce que ces unités aient une masse critique d'activité suffisante, avec un nombre minimal de lits et places, pour pouvoir disposer des moyens de fonctionnement nécessaires. Afin que ces unités qui seront reconnues en niveau 2 ou 3 dans la région répondent effectivement aux missions dont elles relèvent, un cahier des charges régional sera élaboré sous l'égide de l'ARS en partenariat avec les acteurs de prise en charge. Il précisera notamment les conditions selon lesquelles l'hospitalisation de niveau 2 s'intégrera dans la filière hospitalière en optimisant les ressources existantes. La reconnaissance de ces unités devra intervenir au plus tard fin 2012,
- **mettre en œuvre le niveau 3 régional** : le développement de l'offre existante en matière d'enseignement et de recherche dans le domaine de l'addictologie est préconisé,
- **la valence universitaire de la structure d'addictologie de niveau 3 sera développée** : pour sortir d'un enseignement uniquement centré sur les conséquences somatiques ou psychiques de l'addictologie, il appartiendra aux professionnels de cette unité d'élaborer, avec la faculté, des modules spécifiques d'enseignement en addictologie, qui devront être dispensés dès la première année d'études. Il conviendra par ailleurs, à partir d'une analyse des besoins de développer l'offre de formation pour les internes, dans les services qualifiants en concertation avec le Doyen de la Faculté de médecine,
- **les modalités de la création d'un Diplôme inter-universitaire (DIU)** devront être arrêtées en lien avec le recteur de l'Académie Orléans-Tours et l'Université afin de permettre à la région Centre de se doter des professionnels nécessaires en addictologie.

En lien avec le volet "Soins de suite et de réadaptation", les orientations régionales relatives à la prise en charge en **soins de suite spécialisés en addictologie** visent à :

- **poursuivre l'élargissement des compétences des quatre établissements autorisés pour la mention "prise en charge spécialisée en addictologie" au-delà de l'alcoolologie**, vers toute l'addictologie, afin qu'une prise en charge de tous les types d'addiction soit réalisée sur la région. A défaut, l'établissement passera convention avec au moins un SSR d'addictologie assurant l'ensemble des missions de ces structures,
- **identifier, d'ici 5 ans, au sein d'au moins une implantation autorisée au titre des soins de suite en addictologie, une unité spécifique pour patients présentant des troubles des fonctions cognitives,**
- **mettre en œuvre des coopérations** entre les structures sanitaires et médico-sociales traitant de l'addictologie.

Articulation avec les autres schémas PRS

Le groupe de travail du PRS du domaine addiction a souhaité que chaque schéma (prévention, médico-social, hospitalier, ambulatoire) reprenne à son compte les orientations transversales suivantes:

- **faciliter l'accès aux consultations d'addictologie sur les différents points du territoire** selon les profils des patients en lien avec la filière médico-sociale. Il appartiendra à l'Instance régionale d'addictologie de définir les modalités de mise en œuvre de cette orientation,
- **poursuivre le développement de la filière addictologique en région Centre en sensibilisant les professionnels de santé des établissements de santé** : tout professionnel de santé intervenant au sein des établissements de santé doit pouvoir bénéficier d'une information ou d'une formation en addictologie. Elle sera plus ou moins approfondie, selon le type de service au sein duquel il exerce,
- **mieux impliquer les professionnels libéraux dans la prise en charge des addictions pour l'ensemble de la population.**

Éléments de référence nationaux:

Cadre législatif et plans nationaux

- Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires,
- Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011,
- Plan national de lutte contre le cancer 2009-2013,
- Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

Études nationales

- "Les Equipes de Liaison en Addictologie en 2005", OFDT, 2007,
- "Évaluation du plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 : filières hospitalières". DHOS, 2009.

Priorité du Plan stratégique : Réduire les conséquences des conduites à risques

Objectif 2.1 : Dépister précocement les conduites à risques

Objectif opérationnel : Favoriser le repérage précoce et les interventions brèves destinées à modifier les comportements

ACTIONS À MENER	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ DE L'ACTION ?	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
Encourager l'information des médecins traitants suite au passage de leur patient au service des urgences et/ou à une consultation par l'ELSA	Médecins traitants	Région Centre	Médecins urgentistes et ELSA DIM	Nb d'établissements dotés d'un outil informatique permettant de transmettre l'information au médecin traitant
Promouvoir l'utilisation d'outils de repérage scientifiquement validés dans le cadre de consultations ambulatoires des médecins traitants	Médecins traitants	Région Centre	Opérateurs en addictologie	Nombre d'outils validés par l'instance régionale

Priorité du Plan stratégique : Réduire les conséquences des conduites à risques

Objectif 2.2 : Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité

Objectif opérationnel : Poursuivre le développement de la filière addictologique en région Centre en achevant la mise en place de l'offre de niveau 1 (proximité) d'addictologie dans chaque établissement de santé doté d'une structure d'urgence autorisée

ACTIONS À MENER	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ DE L'ACTION ?	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
Optimiser l'offre existante au sein du secteur sanitaire, en lien avec le secteur médico-social, en privilégiant une approche globale des addictions (toutes addictions avec ou sans substances)	Population générale	Région Centre	Etablissements de santé publics ou privés dotés d'un service d'urgence en lien avec les CSAPA et CAARUD	Nombre d'établissement proposant directement ou par convention une prise en charge de niveau 1 toutes addiction avec ou sans substance
Renforcer les activités de consultation et de liaisons au sein d'une même unité fonctionnelle d'addictologie dès 2012	Population générale	Région Centre	Etablissements de santé publics ou privés dotés d'un service d'urgence Organisation des soins: procédure d'appel d'une ELSA	Nombre d'établissements bénéficiant d'une UF d'addictologie
Développer les consultations d'addictologie en milieu pénitentiaire pour un meilleur accès à une prise en charge des personnes détenues ayant un problème d'addictions	Personnes détenues	Région Centre	ELSA, UCSA en articulation avec les CSAPA auprès des détenus	Nombre d'établissements pénitentiaires disposant d'une consultation d'addictologie

Priorité 2 : Réduire les conséquences des conduites à risques

Objectif 2.2 : Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité

Objectif opérationnel : Poursuivre le développement de la filière addictologique en région Centre avec la mise en place de l'offre de niveau 2 (recours) et 3 (recours régional) sur l'ensemble de la région

ACTIONS À MENER	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ DE L'ACTION ?	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
Reconnaître 4 unités de court séjour addictologique de niveau 2 dans la région et une unité de court séjour addictologique de niveau 3 au sein du centre hospitalier universitaire	Patients ayant des conduites addictives et des comorbidités associées dont l'état de santé ne relève pas de l'ambulatoire ni d'un établissement de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA)	Couverture territoriale de 500 000 habitants pour chaque structure de niveau 2 ou 3	Etablissements de santé publics ou privés pour le niveau 2. Centre Hospitalier Universitaire pour le niveau 3	Rédaction du cahier des charges régional précisant les conditions d'hospitalisation en niveau 2 et celle spécifique de niveau 3 en insistant sur la formation des jeunes professionnels et sur la recherche. Service MCO ou CHS à proximité immédiate d'un plateau technique MCO Echéance : 31/12/2012
Développer les prises en charge multi addiction dans les 4 SSR spécialisés en addictologie (SSRA) en interne ou par convention	Professionnels de santé Usagers	Région Centre	SSR Addictologique,	Existence d'au moins un lieu ressource de SSRA en région Centre pour chaque type d'addiction
Développer au sein d'un SSRA une unité spécifique pour patients présentant des troubles des fonctions cognitives d'ici 5 ans	Patients présentant des troubles des fonctions cognitives sévères (2 niveaux de population avec ou sans récupération présumée)	Région Centre	SSR Addictologique Centres ressources mémoire Maisons d'Accueil Spécialisées Equipes neuro psychologiques et orthophonistes	Création de l'unité

Priorité 2 : Réduire les conséquences des conduites à risques

Objectif 2.2 : Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité

Objectif opérationnel : Poursuivre le développement de la filière addictologique en région Centre en sensibilisant les professionnels de santé des établissements sanitaires

ACTIONS À MENER	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ DE L'ACTION ?	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
Poursuivre l'information et/ou la formation des personnels des établissements de santé de tous les services potentiellement concernés	Personnels de santé Gouvernance des établissements	Région Centre	ARS ELSA Directeurs d'établissements Opérateurs qualifiés en addictologie du territoire	Rapport d'activité de l'établissement Bilan des Ressources Humaines et plan de formation de l'établissement
Poursuivre la formation des personnels des établissements spécialisés en addictologie	Personnels de santé en addictologie	Région Centre	Opérateurs qualifiés en addictologie	Nb d'actions de formation mutualisées entre plusieurs établissements

Articulation entre les différents schémas hospitaliers, ambulatoire, médico-social et prévention
Priorité du Plan Stratégique : Prévenir les conduites à risques
Objectif 1.3 : Améliorer la connaissance en matière de conduites à risques
Objectif opérationnel : Renforcer l'observation, la formation des professionnels et la recherche

ACTIONS À MENER	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ DE L'ACTION ?	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
Au sein du Centre hospitalier universitaire :				
Développer la valence universitaire de l'unité d'addictologie et articuler avec la Faculté l'élaboration de modules spécifiques en addictologie dès la première année d'études pour sortir d'un enseignement centré sur les conséquences somatiques ou psychiques uniquement	Tout intervenant	Région Centre	CHU	Nb de personnes formées
Etudier les modalités de création d'un DIU d'addictologie	Tout professionnel	DIU en inter région	Faculté	Mise en place effective du DIU
Auprès des autres acteurs concernés par l'addictologie :				
Développer l'enseignement, la formation et l'information en addictologie pour les professions médicales, paramédicales et les travailleurs sociaux et l'ensemble des personnels au contact des usagers			Développer l'enseignement, la formation et l'information en addictologie pour les professions médicales, paramédicales et les travailleurs sociaux et l'ensemble des personnels au contact des usagers	Nb de personnes formées
S'aider de référentiels de formation actualisés et validés au niveau régional : - sensibiliser les professionnels à l'addictologie - devenir acteurs de 1ère ligne en addictologie			Instance régionale d'addictologie (ex CRA)	Adoption d'un référentiel validé par l'instance régionale d'addictologie
Intégrer les compétences addictologiques dans la formation médicale continue (en particulier pour les médecins généralistes, les médecins scolaires et les médecins du travail)				Nb de formations
Intégrer les compétences addictologiques dans les plans de formation continue des professionnels non médicaux			Organismes et centres de formation et d'enseignement reconnus et autorisés	Nombre de plans de formation continue des professionnels non médicaux intégrant les compétences addictologiques
Promouvoir auprès des centres de formation (faculté de médecine, de psychologie et de pharmacologie, IFSI, école de sage femmes...) des possibilités de stage dans les structures d'addictologie hospitalière (ELSA, Unité d'Addictologie, SSR Addictologique), médico sociales (CSAPA, CAARUD) et associatives			CHU Résidents Structures d'addictologie	Nombre de structures ayant formé au moins un stagiaire dans chacun des trois champs
Organiser une journée annuelle sur les échanges de pratiques inter professionnels			Instance régionale d'addictologie	Réalisation de la journée annuelle

Priorité du Plan stratégique : Prévenir les conduites à risques

Objectif 1.3 : Améliorer la connaissance en matière de conduites à risques

Objectif opérationnel : Sensibiliser les professionnels aux risques des addictions sans produit ou comportementales

ACTIONS À MENER	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ DE L'ACTION ?	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
Promouvoir des journées de formation pour les professionnels du champ de l'addictologie sur les addictions sans produit	Tout professionnel de l'addictologie	Région Centre		Nb de journées de formation
Promouvoir des journées de formation pour les professionnels du champ de l'addictologie sur la prévention des troubles du comportement alimentaire				Nb de journées de formation

Priorité 1 : Prévenir les conduites à risques

Objectif 1.3 : Améliorer la connaissance en matière de conduites à risques

Objectif opérationnel : Organiser la veille et le suivi de l'activité régionale en addictologie

ACTIONS À MENER	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ DE L'ACTION ?	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
Créer une instance régionale en addictologie (IRA)	Tout professionnel de l'addictologie	Région Centre	ARS du Centre	Création de l'instance Echéance : 30/06/2012
Définir et/ou harmoniser les recueils de données et des bilans d'activités des filières hospitalières et médico sociales	Tout professionnel de l'addictologie	Région Centre	Instance régionale d'addictologie	Rédaction de la charte d'harmonisation des recueils de données Echéance : 31/12/2012
Définir quelques indicateurs communs au niveau régional à partir des rapports existants	Tout professionnel de l'addictologie	Région Centre	Instance régionale d'addictologie	Définition effective d'indicateurs de suivi Echéance : 30/06/2012
Promouvoir la mise en place d'un dispositif d'observation des usages et des produits en préservant le respect des règles de déontologie, au sein de l'IRA	Tout professionnel de l'addictologie	Région Centre	Instance régionale d'addictologie en lien avec le Dispositif d'appui régional MILDT	Disposer des données recueillies par le dispositif d'appui régional MILDT Echéance : 31/12/2012
Déterminer la typologie des personnes impliquées dans des accidents mortels de la circulation, avec usage de substances psychoactives licites et illicites, addictions sans substance, risques de dopage afin d'optimiser la portée des mesures de prévention, en réalisant une étude conjointement avec les services de sécurité routière.		A déterminer à partir de la cartographie des accidents	services de sécurité routière	Disposer des données de l'étude réalisée par les services sécurité routière

Priorité 2 : Réduire les conséquences des conduites à risques

Objectif 2.2 : Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité

Objectif opérationnel : Faciliter l'accès aux consultations d'addictologie sur les différents points du territoire selon les profils des patients

ACTIONS À MENER	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ DE L'ACTION ?	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
Favoriser l'identification par la population et les professionnels de santé des consultations d'addictologie au sein de la filière hospitalière, en lien avec la filière médico-sociale	Populations prioritaires: Jeunes, personnes sous main de justice, précaires, femmes enceintes	Bassin de soins	Professionnels de l'addictologie	Réalisation d'un annuaire des consultations d'addictologie par territoire de santé

Objectif opérationnel : Inscrire l'organisation de la filière complète dans les territoires

ACTIONS À MENER	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ DE L'ACTION ?	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
Décliner dans chaque territoire les modalités opérationnelles de la filière, en prenant en compte l'articulation entre la médecine ambulatoire, les structures médico-sociales et sociales et les établissements de santé et les associations oeuvrant dans le champ de l'addiction et les représentants des usagers	professionnels du territoire usagers et leur famille	Bassins de soins ou d'emplois	Professionnels hospitaliers: publics et privés, associatifs spécialisés et non spécialisés mais complémentaires, collectivités territoriales, groupe d'auto-supports....	Nb de conventions interpartenariales

Objectif opérationnel : Mieux impliquer les professionnels libéraux dans la prise en charge des addictions pour l'ensemble de la population

ACTIONS À MENER	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ DE L'ACTION ?	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
Améliorer les pratiques professionnelles et le travail en réseau par l'élaboration de protocoles de soins et la diffusion de référentiels de prise en charge	professionnels de santé, usagers et familles	Région Centre	validation par ARS des protocoles de soins, structures de formations des médecins libéraux, mais aussi des IDEs libérales	nbre de praticiens formés au RPIB
Créer un outil de recensement des ressources au sein d'une plateforme régionale de télésanté à destination des praticiens et de la population générale	professionnels de santé, usagers et familles	Région Centre	Dispositif d'appui régional en addictologie MILDT,	création de l'outil
Mobiliser les pharmaciens d'officine sur la question de la réduction des risques	Pharmaciens d'officine	Région Centre	Ordre régional des pharmaciens, pharmaciens. CAARUD	création de l'outil
Mobiliser les infirmières libérales sur la question de la réduction des risques	Infirmières libérales	Tous territoires et attention particulière en zones rurales	ordres départementaux des infirmiers, infirmiers CSAPA, CAARUD	Nombre d'infirmiers libéraux participant au dispositif de réduction des risques

Priorité 2 : Réduire les conséquences des conduites à risques

Objectif 2.2 : Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité

Objectif opérationnel : Favoriser la sensibilisation en milieu carcéral

ACTIONS À MENER	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ DE L'ACTION ?	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
Mobiliser les établissements pénitentiaires, les UCSA, et les services pénitentiaires d'insertion et de probation, sur la réduction des risques	les personnes détenues et les professionnels des maisons d'arrêt et des centres de détention	régional	professionnels intervenants en maison d'arrêt, et professionnels de l'addictologie, CSAPA	nombre d'établissement pénitentiaires participant à la réduction des risques
Elaborer un protocole "conduite à tenir" pour les personnes détenues concernées par l'une quelconque des addictions afin de faciliter la coordination des acteurs en détention et préparer la sortie des détenus pour la continuité des soins et de l'accompagnement	Etablissements pénitentiaires	Région Centre	Dispositif d'appui régional en addictologie MILDT,	Protocole finalisé en 2012

Priorité 2 : Réduire les conséquences des conduites à risques

Objectif 2.2 : Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité

Objectif opérationnel : Développer l'articulation entre les champs ambulatoire, sanitaire, médico-social et associatif

ACTIONS À MENER	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ DE L'ACTION ?	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
Inscrire l'organisation de la filière complète au niveau de chaque territoire et décliner les modalités opérationnelles de la filière, en prenant en compte l'articulation entre la médecine ambulatoire, les structures médico-sociales et sociales, les établissements de santé, les associations qui œuvrent dans le champ de l'addiction et les représentants des usagers	Professionnels du territoire, usagers et leurs familles	Bassins de soins ou d'emploi	Professionnels hospitaliers: publics et privés, professionnels médico-sociaux spécialisés et non spécialisés, collectivités territoriales, groupes d'auto-soutiens....	Nombre de conventions inter-partenariales "trajectoires de santé"
Elaborer et diffuser un annuaire régional des acteurs et structures ressources en addictologie au sein de "l'instance régionale en addictologie"	Population générale et professionnels de 1ère ligne	Région Centre	Ensemble des intervenants sur l'addictologie et représentants des usagers Associations de malades et bénévoles UCSA, CSAPA, CAARUD, dispositif d'appui régional MILDT	Réalisation de l'annuaire régional
Renforcer et pérenniser la place des associations de malades et de bénévoles œuvrant sur l'ensemble des addictions	Associations de malades et bénévoles	Région Centre	Associations de malades et bénévoles	Nombre d'associations de malades et bénévoles financées
Améliorer la coordination de la prise en charge des addictions de personnes détenues (en détention ou en sortant de détention)	Personnes détenues	Région Centre	UCSA, CSAPA, ELSA, associations de bénévoles	
Développer des interventions coordonnées en milieu festif en s'appuyant sur des compétences existantes associatives et médico-sociales	En priorité : public jeune	Région Centre	CAARUD CSAPA Associations	Nbre d'interventions coordonnées Nombre de protocoles formalisés pour les orientations d'urgence dans les services hospitaliers lors d'évènements festifs.

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

La douleur est définie comme une “expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion” (International Association for the Study of Pain).

Le syndrome douloureux chronique est un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient (Haute autorité de santé 2008).

3.4.1 Le contexte

Considérant les enjeux nationaux et à l'issue d'un consensus régional en date du 19 juin 2009, l'effectif minimum de fonctionnement d'une structure de consultation douleur en région Centre a été défini comme suit :

- 1 ETP médical, 1 ETP infirmier, 1 ETP de psychologue, 1 ETP de secrétaire,
- avec un objectif minimum de 1000 consultations médicales externes par an.

L'équipe doit, par ailleurs, pouvoir faire appel à une assistante sociale, un masseur kinésithérapeute, et autres personnels et techniques de soins non médicamenteux.

En région Centre, il existe actuellement sept structures complètes de consultation douleur pluri professionnelle réparties sur les six territoires, auxquelles s'ajoutent quelques équipes incomplètes :

TERRITOIRE	IMPLANTATIONS EN 2011	RESSOURCES HUMAINES EN 2011	NOMBRE DE CONSULTATIONS MÉDICALES EN 2010
Cher	<ul style="list-style-type: none"> • CH de Bourges • 2 consultations avancées : <ul style="list-style-type: none"> - Saint Amand Montrond - Vierzon 	1,2 ETP médecin + 1 ETP psychologue + 1 ETP IDE + 0,4 ETP secrétaire	1 287 en 2010
Eure-et-Loir	CH de Chartres	1,3 ETP médecin + 0,95 ETP psychologue + 1 ETP IDE + 1 ETP secrétaire	1 361 en 2010
	CH de Dreux	1,6 ETP médecin + 2 ETP IDE + 1 ETP psychologue + 1 ETP secrétaire	538 en 2010
Indre	CH Châteauroux	1 ETP médecin + 1 ETP psychologue + 1 ETP infirmière + 1 ETP secrétaire	866 en 2010
Indre-et-Loire	CHRU de Tours	2 ETP médecin + 1 ETP IDE + 0,6 ETP psychologue + 1 ETP secrétaire	1 097 en 2010
Loir-et-Cher	CH de Blois	1 ETP médecin + 1 ETP psychologue + 1 ETP infirmière + 1 ETP secrétaire + 0,5 ETP kiné + 0,5 ETP assistante sociale	1 646 en 2010
Loiret	CHRO	1,8 ETP médecin + 2 ETP IDE + 0,8 ETP secrétaire + 0,25 psychologue + 0,25 assistante sociale	2 278 en 2010

Les acteurs des structures identifiées “douleur” travaillent pour 97 % en consultations et pour 80 % avec la médecine de ville. Les professionnels de santé libéraux sont sensibilisés à la prise en charge de la douleur chronique.

La coordination de la prise en charge de la douleur chronique est assurée par une structure fédératrice de correspondants régionaux de la Société française d'études et de traitement de la douleur (SFETD).

Interlocuteur privilégié et dynamique de l'ARS, cette structure assure le déploiement régional de la politique nationale de la SFETD notamment en termes d'appropriation du cahier des charges.

Ses missions essentielles sont :

- l'information des acteurs locaux (rencontres semestrielles / News letters),
- la formation et l'identification des acteurs locaux (création d'un annuaire),
- l'élaboration d'outils de gestion et de suivi d'activité.

Chaque territoire de santé est pourvu d'au moins une structure complète de consultation. **Toutefois, l'accessibilité des patients à une structure de consultation douleur est perfectible :**

- **en termes de délais :** l'obtention d'un premier rendez-vous requiert 2 à 3 mois, avec un maximum de six à huit mois pour Blois ou Orléans ; les délais de suivi peuvent atteindre 4 mois avec un médecin et un mois avec un infirmier ou un psychologue,
- **en termes de distance géographique :** la région Centre est très étendue, les distances à parcourir pour accéder à une consultation sont importantes.

Il n'existe pas d'offre de prise en charge pluri professionnelle de la douleur chronique rebelle en dehors des sept structures hospitalières publiques sus nommées : 2 en Eure-et-Loir et 1 pour les cinq autres territoires de santé. Un démarrage de consultations "avancées" comportant un médecin, un psychologue et autres professionnels, est en cours en Eure-et-Loir.

Il n'y a pas de centre d'étude et de traitement de la douleur chronique en région (unité d'hospitalisation).

Les médecins généralistes formés interviennent souvent au sein des structures "douleur" mais la culture de la prise en charge de la douleur chez les professionnels de santé reste insuffisante.

Les professionnels de santé des établissements participent insuffisamment aux formations, notamment à celles proposées par les structures territoriales, souvent par manque de temps. Les ressources locales de professionnels formés, dans les établissements sont insuffisamment exploitées par manque de temps libéré (beaucoup de personnels sensibilisés sans possibilité de réinvestissement).

3.4.2 Les objectifs 2012-2016

L'objectif prioritaire de ce volet du SROS est d'**améliorer l'accessibilité à une structure de consultation pour tous les patients souffrant de douleur chronique.**

Ceci passera par la mise en œuvre des trois objectifs suivants :

- structurer l'organisation régionale par la graduation des soins et le renforcement de l'offre régionale,
- repérer les situations à risque en ambulatoire, médico-social et sanitaire,
- intégrer la démarche de prise en charge de la douleur dans la pratique soignante de l'ensemble des services de soins notamment les pathologies du vieillissement, maladies chroniques, neurologie, cancérologie, soins de support, soins palliatifs.

Les objectifs qualitatifs d'organisation territoriale

A) STRUCTURER L'ORGANISATION RÉGIONALE PAR LA GRADUATION DES SOINS

La graduation des soins doit permettre de :

- mieux cibler l'orientation des patients douloureux chroniques vers la structure adéquate,
- offrir une répartition territoriale homogène en limitant les délais de prise en charge,
- améliorer le parcours de soins du patient présentant un syndrome douloureux chronique, depuis la douleur aiguë jusqu'à la guérison ou le décès,
- anticiper les hospitalisations pour éviter le passage aux urgences ou éviter le recours intempestif aux urgences qui aboutit souvent à une hospitalisation,
- mettre en place une politique d'information et de communication à décliner depuis le niveau régional jusqu'au local,
- utiliser les outils disponibles de la plate forme régionale santé,
- collaborer avec les conseils départementaux de l'ordre des médecins.

Les acteurs concernés sont l'ensemble des professionnels de santé, structures et établissements : professionnels libéraux, d'hébergement et hospitaliers (médecins et IDE).

Niveau 1 : développer la démarche de prise en charge de la douleur au domicile

L'intérêt de cette démarche est de rendre accessible la prise en charge des symptômes douloureux chroniques des patients à domicile ou en structure d'hébergement (EHPAD).

Les acteurs concernés sont les soignants, médecin, infirmier, kinésithérapeute, du domicile, des structures d'hébergement, ou institutionnels (HAD, SSIAD), des établissements SSR, MCO et psychiatrie.

A ce premier niveau de prise en charge, leur rôle est de :

- identifier et évaluer une douleur chronique en première intention,
- connaître les filières de prise en charge.

Niveau 2 : conforter l'accès à la consultation d'étude et de traitement de la douleur chronique

Ce deuxième niveau de prise en charge permet de rendre accessible une offre de soins homogène et harmonieuse aux patients douloureux chroniques.

Les acteurs composant ce deuxième niveau sont les équipes des consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique. Dans ce cadre, leurs missions sont les suivantes :

- organiser l'accueil en consultation du patient adressé à la structure,

- réaliser une évaluation bio-psycho-sociale du syndrome douloureux chronique,
- définir un projet thérapeutique personnalisé sur la base de l'évaluation pratiquée, le proposer au patient et le diffuser aux professionnels impliqués dans la prise en charge,
- mettre en œuvre en son sein une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée après réunion de synthèse, si la situation du patient le nécessite,
- établir des liens avec son environnement médical et associatif pour assurer un parcours de soins de qualité,
- informer les autres professionnels de santé et les usagers.

Niveau 3 : identifier une structure de recours ou centre d'étude et de traitement de la douleur chronique

Ce troisième niveau doit rendre accessible les prises en charge complexes des symptômes douloureux chroniques en région Centre, notamment en hospitalisation ainsi que les traitements spécifiques dans les domaines d'expertise.

Les acteurs concernés sont les équipes des consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique.

Pour mettre en place ce niveau, une des structures actuelles de second niveau en place sera identifiée afin d'assurer les missions suivantes :

- assurer toutes les missions d'une structure de base,
- collaborer avec les consultations pour les situations les plus complexes : évaluation, prise en charge, réunion de concertation pluridisciplinaire,
- être en mesure d'organiser une prise en charge en hospitalisation,
- formaliser des relations avec les associations de patients et communiquer envers le grand public,
- promouvoir et/ou participer à la recherche clinique et/ou fondamentale,
- contribuer à l'enseignement universitaire (formation initiale et continue),
- participer au recueil de données épidémiologique.

La région Centre se dotera d'au moins un centre d'étude et de traitement de la douleur chronique polyvalent (niveau 2 de gradation des soins). Il n'y aura pas de prise en charge spécifique notamment pédiatrique. Une convention sera signée avec un centre spécifique de la douleur pédiatrique inter régional.

Les missions du centre d'étude et de traitement de la douleur chronique (niveau de recours, communication, information, recherche, éthique, enseignement, évaluation, épidémiologie) nécessitent des moyens humains et techniques supérieurs à ceux d'une consultation de niveau 2.

B) REPÉRER LES SITUATIONS À RISQUE EN AMBULAtoire, MÉDICO-SOCIAL ET SANITAIRE

Cet objectif vise à identifier rapidement, au domicile et en hospitalisation, les syndromes douloureux chroniques ou susceptibles de le devenir.

Il faut pour cela améliorer la connaissance et la mise en application des bonnes pratiques médicales de prise en charge de la douleur aiguë méconnue, dans les domaines de la prévention, du dépistage et des soins bénéficiant à tous les patients, y compris dans les populations vulnérables.

Les acteurs concernés sont l'ensemble des professionnels de santé, structures et établissements, professionnels libéraux, d'hébergement et hospitaliers (médecins et IDE).

Une meilleure connaissance des bonnes pratiques en matière de prise en charge de la douleur doit permettre :

- d'identifier, diagnostiquer et graduer rapidement les syndromes douloureux chroniques ou susceptibles de le devenir,
- de créer, mettre en œuvre et diffuser les outils (échelle de graduation de la douleur, fiche d'évaluation de la douleur),
- de fixer des objectifs réalistes avec le patient avant d'entreprendre la prise en charge, maintenir le lien entre le médecin traitant et la structure douleur, réorienter le patient vers le médecin demandeur dès que possible,
- de tendre vers un délai raisonnable de prise du premier rendez-vous, variable selon le type de douleur :
 - les douleurs liées au cancer, douleurs aiguës du zona, névralgies faciales : dans la semaine,
 - les douleurs évoluant depuis moins de six mois : 1 mois,
 - toutes les douleurs datant de plus de six mois ou ayant résisté aux traitements conventionnels : 4 mois.

Les actions suivantes devront être mises en œuvre pour atteindre l'objectif :

- construire une grille comportant des indicateurs de repérage, identification, graduation, inclusion, priorisation, traçabilité des syndromes douloureux chroniques,
- participer à la prévention de la douleur des soignants par des formations des gestes à risque de douleur notamment au domicile et en hébergement, en partenariat avec la médecine du travail,
- intégrer la prise en charge théorique et pratique de la douleur dans la formation des internes en médecine générale et dans les IFSI,
- intégrer la prise en charge de la douleur aux formations continues des médecins et IDE,
- motiver les professionnels de santé à participer aux formations et à adhérer à la culture de prise en charge de la douleur.

Deux structures ont mis en place des sessions de formation / information courtes (12h30 à 14 heures), ouvertes aux hospitaliers et aux libéraux du territoire. Ces actions très suivies semblent répondre à une demande et pourraient être étendues à d'autres zones infra départementales.

En termes de ressources humaines, il faudra veiller à :

- identifier des professionnels chargés de la formation initiale en médecine générale, dans les différents instituts de formation, y compris de formation continue,
- évaluer le coût de la création, mise en œuvre et diffusion des outils (échelle de graduation de la douleur, fiche d'évaluation de la douleur) et des moyens de communication appropriés.

Les besoins d'articulation et de coordination entre les acteurs des différents secteurs hospitaliers, ambulatoires, médico-sociaux et de prévention ont été identifiés comme suit :

- améliorer la prise en charge de la douleur aiguë méconnue notamment en ambulatoire, en urgence, en gynécologie afin de prévenir le passage à la douleur chronique,
- favoriser la participation des professionnels de santé libéraux au parcours de soins des patients douloureux chroniques. Améliorer le lien et les échanges entre la ville et l'hôpital,
- favoriser l'accès à la prise en charge de la douleur aux personnes âgées et handicapées, aux enfants, à la santé mentale et aux détenus,
- valoriser les approches en groupe (éducation thérapeutique, thérapie cognitivo-comportementale, gestion du stress, affirmation de soi, réhabilitation physique, relaxation...).

C) INTÉGRER LA DÉMARCHE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS LA PRATIQUE SOIGNANTE DE L'ENSEMBLE DES SERVICES DE SOINS "À RISQUE"

Cet objectif participe à l'amélioration de l'efficacité des soins par :

- l'identification rapide du patient douloureux chronique dans les services de soins notamment traitant les pathologies du vieillissement, maladies chroniques, neurologie, oncologie, soins de support, soins palliatifs (même grille d'inclusion évaluation que précédemment),
- la définition et la structuration de la prise en charge des patients douloureux hospitalisés dans tous les établissements privés et publics de chaque territoire,
- l'utilisation de toutes les ressources en professionnels formés à la prise en charge de la douleur,
- l'identification dans chaque établissement d'une personne "ressource douleur" chargée de la coordination du parcours de soins du patient douloureux.

Les acteurs concernés sont l'ensemble des professionnels de santé des établissements privés et publics.

Pour atteindre ces objectifs, les actions suivantes devront être mises en place :

- coordonner le parcours de soins en Identifiant des **Infirmiers Ressources Douleur** (IRD) dans les établissements de santé : IDE transversal à l'établissement, identifié, avec un temps de travail spécifiquement dédié et différent de celui de l'IDE de la structure douleur, membre actif du CLUD ou de l'instance chargée de la douleur. Ces IRD sont titulaires d'un DU douleur (ou équivalent) ou en cours de formation. Leur profil de poste s'inspire de celui présenté par la commission infirmière de la SFETD et intègre l'information, la formation, le soutien logistique et la mise en application des procédures, protocoles et bonnes pratiques aux équipes. Les IRD peuvent être infirmiers des structures douleur lorsqu'elles existent : ils disposent alors d'un temps spécifiquement dédié aux tâches institutionnelles (CLUD, formations internes, élaboration de protocoles, audit...). Il faudra veiller à la reconnaissance institutionnelle de l'activité de l'IRD (CPOM) et bien individualiser ses missions de celles de l'IDE des équipes de consultations. Il faudra valoriser le travail supplémentaire pour augmenter la capacité de prise en charge des structures en place selon la solution préconisée (cf. zones blanches).

L'IRD travaille en interface avec l'ensemble des services, au sein desquels sont identifiés des "**correspondants douleur**". Ils sont formés par l'IRD et forment le lien ascendant et descendant au sein de chaque unité de soin, médico-social, de rééducation, ou médico-technique avec le CLUD (ou son équivalent). Ces correspondants douleur peuvent être IDE mais aussi AS, kiné, Manipulateur en électroradiologie, sage-femme, auxiliaire puéricultrice...

- organiser le déploiement extra hospitalier territorial des structures de consultation intra hospitalières en identifiant le personnel formé à la prise en charge de la douleur chronique dans chaque établissement ou institution,
- mettre en place des réunions thématiques territoriales afin de diffuser la culture de prise en charge de la douleur et ses bonnes pratiques, de mettre en commun les expériences et d'analyser les situations à risque et événements indésirables. Les acteurs de l'ambulatoire et du médico-social doivent pouvoir s'intégrer s'ils le souhaitent aux réunions territoriales soit en assistant aux programmes, soit en communiquant leurs propres expériences. Ces réunions participent à la prévention de la souffrance des équipes de prise en charge.
- mettre en place des **réunions pluri-professionnelles territoriales** douleur institutionnalisées afin de décloisonner la prise en charge de la douleur chronique. (exemple réunions inter CLUD, information, échanges sur les pratiques et mutualisation d'outils (protocoles, formations, outils d'audits...). L'utilisation de la télé-médecine favorisera cette organisation.

Pour atteindre ces objectifs, les établissements formaliseront dans les projets d'établissements et les CPOM leur projet de prise en charge de la douleur chronique.

Les objectifs quantitatifs : le renforcement de l'offre

Le renforcement de l'offre en matière de prise en charge de la douleur nécessite de consolider les équipes des centres de consultation et d'étude de la douleur chronique.

Pour cela, il est recommandé de développer la formation initiale et continue à la prise en charge théorique et pratique de la douleur en particulier dans la formation des internes en médecine générale et des étudiants infirmiers (IFSI). Des professionnels de structures douleurs seront identifiés pour assurer ces formations.

Le SROS ne prévoit pas la création de nouvelle structure de consultation. Le renforcement de l'offre est envisagé par le déploiement extrahospitalier des structures de consultation douleur existantes selon trois formules :

- solution 1 : augmenter les ressources d'une structure existante de consultation douleur intra hospitalière afin d'opérer un déploiement extrahospitalier et territorial,
- solution 2 : mettre en place des consultations médicales avancées : le médecin d'une structure hospitalière de consultation douleur installée se déplacerait dans un établissement dépourvu, celui-ci fournirait, par convention les locaux, l'appui administratif et le personnel soignant non médical,
- solution 3 : certains établissements ont mis en place une consultation médicale "douleur" proposée par un praticien formé. Ce n'est pas une structure de consultation douleur conforme aux critères requis, l'offre n'étant pas pluridisciplinaire. Une affiliation avec une structure hospitalière en place fournirait le complément de ressources (mobiles). Un partenariat devra être formalisé entre l'établissement hôte de la structure de consultation douleur et l'établissement dépourvu demandeur.

Un modèle de convention, unique et standardisée sera proposé aux établissements, intégrable dans le projet médical d'établissement. La convention définira la solution adoptée, les intervenants de chaque établissement, les modalités et moyens d'accueil nécessaires. Elle devra préciser les missions et les temps de travail des personnels des équipes référentes et locales à intégrer dans les fiches de poste afin d'officialiser les temps dédiés à la prise en charge de la douleur.

La mise en place d'un centre d'étude et de traitement de la douleur chronique polyvalente à partir d'une structure existante nécessitera un renforcement de l'équipe pour prendre en charge les missions de recours.

Le développement des Nouvelles technologies de l'information et de communication (NTIC), notamment la télé-médecine, favorisera les collaborations.

Les objectifs d'implantation et d'évolution de l'offre par territoire sont présentés dans la fiche de synthèse à la fin du présent volet.

3.4.3 ÉVALUATION ET SUIVI

Il y a nécessité à construire un outil unique, commun à tous les territoires servant de recueil annuel des données de fonctionnement des structures.

Le bilan national standardisé d'activité (DGOS) peut servir de base mais il manque des indicateurs et il n'est pas modifiable. Il faut éviter au maximum les doubles saisies.

Grille de recueil des indicateurs de suivi pour chaque structure (outil à construire) :

- nombre de nouveaux patients,
- file active,
- origines des patients (médecine de ville, établissements médico-social, sanitaire, SSR,...),
- nombre de consultations par structure d'évaluation et de traitement de la douleur,
- nombre de consultations médicales de suivi,
- nombre de consultations de psychologue,
- nombre de consultations IDE,
- nombre de déplacements dans les services par le médecin et par l'IDE,
- proportion de consultations réalisées en dehors de l'établissement de rattachement,
- délai d'attente pour une première consultation : indicateur le plus pertinent (objectif : tendre vers un délai raisonnable en dehors de l'urgence de 6 à 8 semaines),
- nombre d'ETP d'infirmiers ressources douleur,
- nombre de réunions territoriales,
- nombre de correspondants "douleur" formés,
- nombres de réunions pluri-professionnelles.

Au niveau régional les indicateurs suivants seront recueillis :

- actions de communication et formation,
- nombre de réunions de "RCP" régionale

Des enquêtes de satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur chronique en consultation ne peuvent pas être systématisées. Elles pourront faire l'objet d'enquêtes ponctuelles sur un temps donné dans un établissement ou être intégrées à l'enquête de satisfaction pour la prise en charge de toutes les consultations dans chaque établissement.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Réduire les délais d'accès à une structure de consultation douleur.
- Structurer l'offre régionale par une graduation des soins.
- Repérer les situations à risque en ambulatoire, médico-social et sanitaire.
- Intégrer la démarche de prise en charge de la douleur dans la pratique soignante.
- Pas de création de consultation douleurs supplémentaires mais organisation de consultations avancées.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES/SECTEURS INFRA-TERRITORIAUX	NOMBRE D'IMPLANTATIONS DE CONSULTATIONS	RECOMMANDATIONS
CHER (18)	1	
Bourges	1	Prendre en compte la situation de la bordure ligérienne de l'est du département qui attire la population du nivernais par absence totale de consultation douleur. Mise en place de 2 consultations avancées à Vierzon et St Amand
Vierzon		
Saint-Amand		
EURE-ET-LOIR (28)	2	
Dreux	1	Le territoire de Nogent le Rotrou reste à investiguer Mise en place de 1 consultation avancée à Châteaudun Développement de la télémédecine à partir des maisons de santé pluri professionnelles.
Chartres	1	
Châteaudun		
Nogent-le-Rotrou		
INDRE (36)	1	
Châteauroux	1	Mise en place de consultations avancées à Issoudun, le Blanc et La Châtre. Priorité au territoire du Blanc
Issoudun		
Le Blanc		
La châtre		
INDRE-ET-LOIRE (37)	1	
Tours	1	Renforcement de la structure du CHRU de Tours et de consultations avancées pour intervention sur : • Loches, • Chinon, • Amboise – Châteaurenault.
Amboise		
Chinon		
Loches		
LOIR-et-CHER (41)	1	
Blois	1	Création d'une équipe mobile destinée à intervenir sur l'ensemble du territoire en expérimentation et évaluation
Vendôme		
Romorantin		
LOIRET (45)	1	
Orléans	1	Priorité au territoire de Montargis pour mis en place d'une consultation avancée.
Montargis		
Gien		
Pithiviers		

LES SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale.

L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution.

La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un phénomène naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche à ce que ces principes puissent être appliqués.

3.5.1 Le contexte

La région Centre offre les prises en charge palliatives suivantes :

- **1 Unité de soins palliatifs (USP)**, d'une capacité de 10 lits, implantée à Luynes, et gérée par le CHRU de Tours. L'USP accueille les patients en situation palliative complexe (symptômes difficiles, souffrance globale, délibération éthique). Elle propose également des hospitalisations de répit pour les familles ou les soignants. L'équipe pluridisciplinaire, affectée à l'unité, met en œuvre des actions de diffusion de pratiques de soins, de formation et de recherche.
- **288 Lits identifiés en soins palliatifs (LISP)**, répartis dans 35 établissements MCO et SSR, privés et publics, soit un taux d'équipement moyen en région de 11,68 LISP/100 000 habitants (objectif national 5/100 000).

Les lits identifiés en soins palliatifs constituent l'application d'une démarche palliative spécifique au sein des services non totalement dédiés aux soins palliatifs, confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents. Les lits identifiés contribuent, avec les équipes mobiles, au développement transversal des soins palliatifs dans les établissements de santé.

TERRITOIRE	POPULATION	NOMBRE DE LITS IDENTIFIÉS	TAUX D'ÉQUIPEMENT POUR 100 000 HABITANTS
Cher	312 277	51	16,33
Eure-et-Loir	412 094	49	11,89
Indre	230 954	35	15,15
Indre-et-Loire	563 062	40	7,10
Loir-et-Cher	318 853	50	15,68
Loiret	629 377	75	11,92
Région Centre	2 466 617	300	12,16

- **18 Équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)** : les équipes pluridisciplinaires de soins palliatifs interviennent en appui des professionnels qui effectuent ces prises en charge dans les services de l'établissement de référence ainsi que dans les structures et établissements sanitaires et médico-sociaux de tout le territoire.

Parmi ces 18 équipes, la région Centre a individualisé deux types d'équipes de prise en charge palliative :

- **12 équipes mobiles intra hospitalières** : les équipes mobiles de soins palliatifs interviennent strictement dans leur centre hospitalier de référence, la composition des EMSP est différente selon la structure de rattachement,

- **6 équipes mobiles extra hospitalières** : les Équipes d'appui départemental en soins palliatifs (EADSP) interviennent au domicile, dans les structures médico-sociales, EHPAD et accueil des personnes handicapées, ainsi que dans tous les établissements sanitaires publics ou privés sans EMSP. On compte une EADSP, de même composition, dans chaque territoire de santé.

- **une Équipe de coordination régionale (ECR)** : elle est composée d'une infirmière coordinatrice et d'une secrétaire. L'ECR est rattachée administrativement au CHRU de TOURS. Elle a pour mission générale l'animation des pratiques de soins palliatifs notamment :

- la coordination des différents professionnels, médecin, infirmier, kinésithérapeute, psychologue, phar-

macien, prestataire de service, etc. ayant une compétence en soins palliatifs,

- l'harmonisation et l'homogénéisation des interventions des équipes mobiles dans chaque territoire de santé de la région,
- l'évaluation de l'offre de soins palliatifs dans une démarche de qualité.

L'analyse de l'offre actuelle a mis en évidence les points forts et les points faibles suivants :

Les points forts :

- l'accès aux soins palliatifs existe dans chaque territoire,
- les équipes mobiles interviennent au domicile et en institutions médico-sociales (EHPAD, personnes handicapées) ainsi que dans les services des établissements sanitaires, notamment en lien avec les SAMU et équipes des services d'accueil d'urgence,
- chaque territoire dispose d'une offre de soins globale en LISP et équipes mobiles,
- les équipes de soins palliatifs participent à la diffusion de la culture palliative en région par la formation initiale et continue des professionnels médicaux et paramédicaux.

Les points faibles :

- la région Centre dispose d'une seule USP malgré son étendue et sa densité de population élevée,
- la démographie médicale et paramédicale en baisse ne permet pas d'envisager la création d'une USP par territoire,
- la coordination et l'harmonisation des pratiques professionnelles des équipes pluridisciplinaires de soins palliatifs (USP, EMSP, LISP) sont insuffisantes,
- les pratiques professionnelles des équipes mobiles intra et extrahospitalières de soins palliatifs (EADSP, EMSP) restent segmentées,
- les missions de la coordination régionale doivent être renforcées.

3.5.2 Les objectifs 2012-2016

Renforcer la gradation de l'offre

NIVEAU 1 : DÉVELOPPER LA DÉMARCHE PALLIATIVE AU DOMICILE

L'objectif est de rendre accessible une offre de soins palliatifs aux patients et à leur famille à domicile ou en structure d'hébergement (EHPAD).

Les acteurs concernés sont les soignants habituels du domicile, des structures d'hébergement, ou institutionnels (HAD, SSIAD, médecin, infirmier, kinésithérapeute, etc) auxquels les équipes de soins palliatifs apportent leur conseil et leur expertise.

Pour ce faire, le partenariat entre les équipes de soins palliatifs et l'HAD ou le SSIAD sera formalisé par une convention établissant les domaines d'intervention respectifs en cas d'intervention conjointe auprès d'un

patient. Les conventions établies devront être reprises dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements.

Indicateurs de suivi : nombre de personnes à domicile ou en hébergement ayant fait l'objet d'une intervention d'une équipe de soins palliatifs (nombre de demandes d'inclusion).

NIVEAU 2 : CONFORTER L'ACCÈS AUX SOINS PALLIATIFS EN HOSPITALISATION

L'objectif est de rendre accessible une offre de soins homogène et harmonieuse aux patients hospitalisés requérant des soins palliatifs en hospitalisation complète.

Les acteurs concernés sont les équipes de soins palliatifs (LISP, EMSP) qui apportent leurs conseils et leurs expertises aux professionnels de santé des établissements privés et publics, MCO et SSR.

La coordination des actions des équipes mobiles intra et extrahospitalières et des LISP est le moyen d'atteindre l'objectif souhaité.

Indicateurs de suivi:

- nombre de séjours Z515,
- nombre de personnes hospitalisées ayant fait l'objet d'une intervention d'une équipe de soins palliatifs (nombre de demandes d'inclusion).

NIVEAU 3 : RENFORCER LE RECOURS EN UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS

L'objectif est de rendre accessible les soins palliatifs complexes et la prise en charge d'une souffrance de fin de vie compliquée dans chaque territoire de santé.

Les acteurs concernés par cet objectif sont les professionnels des USP qui ont une activité spécifique et exclusive en soins palliatifs. Les USP sont des structures de référence et de recours pour les établissements disposant d'équipes de soins palliatifs et de lits identifiés de soins palliatifs.

Elles assurent également l'accueil des stagiaires, la recherche, les actions régionales et nationales pour la diffusion des soins palliatifs en fidélité aux repères.

Les objectifs nationaux recommandent une USP par territoire de santé.

Indicateurs de suivi :

- nombre de séjours en USP,
- heures d'enseignement et formation,
- lieux d'enseignement et formation.

LES ÉVOLUTIONS D'IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

Les lits identifiés en soins palliatifs

L'objectif est l'harmonisation du taux d'équipement sur chaque territoire.

La reconnaissance en LISP sera limitée pour les cinq ans à venir, le taux de prise en charge régional étant satisfaisant par rapport à la moyenne nationale.

L'attribution de LISP sera limitée aux services dont le taux de décès est élevé et à six lits par service.

La reconnaissance par l'ARS des lits identifiés en soins palliatifs répond au cahier des charges formalisé spécifique et s'établira selon une procédure définissant les critères réglementaires et de qualité de prise en charge arrêtés en lien avec la coordination régionale. L'ARS réalisera des contrôles de fonctionnement des lits identifiés en soins palliatifs autorisés avec possibilité de suppression d'agrément.

Les équipes mobiles en soins palliatifs

Les équipes de soins palliatifs devront offrir une offre de soins territoriale et homogène en supprimant la segmentation entre équipes intra et extra hospitalières et en adéquation avec la demande et les critères d'inclusion.

Il n'y aura pas de création de nouvelle équipe.

L'équipe de coordination régionale veillera à cette organisation harmonieuse. L'ARS réalisera des contrôles de conformité et qualité de l'offre de soins palliatifs.

Les unités de soins palliatifs

Le contexte régional défavorable en termes de démographie médicale et paramédicale ne permet pas d'atteindre les objectifs nationaux (une USP par territoire) dans les cinq ans.

Afin de favoriser l'accessibilité aux patients requérant ce type de soins palliatifs, la région Centre peut disposer de trois implantations d'USP, soit deux USP supplémentaires par rapport à l'offre existante aujourd'hui. Au terme du schéma, l'offre en USP se décomposera donc comme suit (cf. carte suivante) :

- 1 USP dans le sud de la région,
- 1 USP dans le centre de la région,
- 1 USP dans le nord de la région.

L'attribution de nouvelles USP dépendra de critères de qualité stricts notamment :

- la qualité des soins palliatifs proposés,
- le respect de la prise en charge de recours,
- l'adéquation géographique avec la demande régionale.

La reconnaissance de l'USP par l'ARS s'établira selon la procédure de reconnaissance de mission de service public, prenant en compte les critères réglementaires et de qualité de prise en charge arrêtés en lien avec la coordination régionale.

Elle réalisera des contrôles de fonctionnement.

L'équipe de coordination régionale en soins palliatifs sera sollicitée pour un avis préalable à l'attribution.

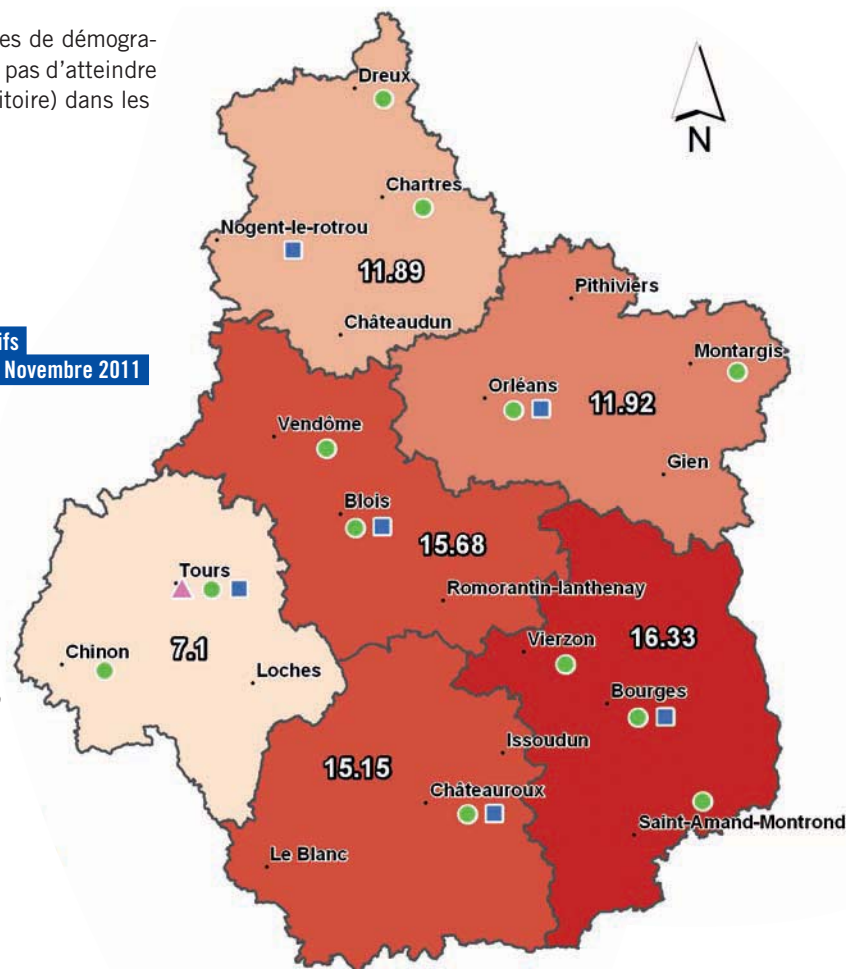
Taux d'équipement en lits identifiés soins palliatifs
Taux moyen région : 12.16 / 100 000 habitants - Novembre 2011

- ▲ USP
- EMSP
- EADSP

USP : Unité soins palliatifs

EMSP : équipe mobile soins palliatifs

EADSP : équipe d'appui départementale en soins palliatifs



Les objectifs d'amélioration qualitative de l'offre

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS PALLIATIFS À TOUS LES PATIENTS LE REQUÉRANT

L'objectif global est de :

- pouvoir et savoir proposer une prise en charge palliative à tous les patients, au domicile, en structure d'hébergement et en hospitalisation,
- favoriser l'accès aux soins palliatifs des populations les plus vulnérables, notamment les détenus et les patients atteints de pathologie mentale.

Les acteurs concernés sont :

- l'ensemble des professionnels de santé, structures et établissements de chaque territoire,
- l'équipe de coordination régionale.

Les objectifs opérationnels associés sont les suivants :

- améliorer la formalisation du partenariat entre les équipes de soins palliatifs et les professionnels de santé des territoires pour renforcer la culture palliative commune,
- développer les collaborations avec les EHPAD, les HAD et les SSIAD ainsi que les établissements pour enfants et adultes handicapés dans chaque territoire et les formaliser par la signature de convention intégrant des objectifs partagés,
- faciliter la mise en place de réunions pluridisciplinaires territoriales,
- prévenir la souffrance des soignants, notamment dans le domaine de la prévention des complications du deuil.

Actions à mettre en œuvre :

- rédiger une grille définissant les patients relevant de soins palliatifs selon les 3 niveaux de prise en charge,
- élaborer une fiche de recueil et de traçabilité du projet thérapeutique,
- élaborer une convention type "prise en charge palliative" entre les acteurs de soins palliatifs et les structures et établissements médico-sociaux et sanitaires n'ayant pas d'équipe sur place (HAD, SSIAD, EHPAD, etc.),
- organiser la participation et la traçabilité aux réunions pluridisciplinaires territoriales.

Indicateurs :

- nombre de demande d'inclusion dans les services,
- nombre de réunions pluridisciplinaires dans les services,
- nombre de formation/information auprès des équipes de soins palliatifs intervenant auprès des populations vulnérables (UCSA, précarité, gériatrie, psychiatrie).

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE PALLIATIVE

L'objectif global est de décloisonner, développer et formaliser la coopération entre les équipes de soins palliatifs dans les territoires de santé pour offrir une prise en charge homogène et exhaustive.

Les acteurs concernés sont les professionnels formés aux soins palliatifs, notamment ceux des USP, LISP, EADSP et EMSP.

Les objectifs opérationnels associés sont les suivants :

- optimiser la continuité du parcours du patient en soins palliatifs selon la graduation des soins,
- assurer aux professionnels prenant en charge des malades en soins palliatifs une permanence de prise en charge palliative par des acteurs formés.

Actions à mettre en œuvre :

- identifier tous les professionnels de santé formés aux soins palliatifs dans chaque territoire. Formaliser un annuaire des professionnels du soin palliatif accessible à tous,
- mettre en place une astreinte médicale téléphonique territoriale en soins palliatifs pour les professionnels de santé ville et hôpital,
- collaborer avec les professionnels de prise en charge des situations d'urgence.

Indicateurs :

- nombre de formations ou déplacements effectués par les équipes de soins palliatifs,
- nombre de permanence des soins mises en place.

AMÉLIORER L'EFFICIENCE DES MOYENS DE PRISE EN CHARGE PALLIATIVE

L'objectif global est d'améliorer la qualité du parcours de soins palliatifs des patients.

Les acteurs concernés sont tous les professionnels des équipes de soins palliatifs.

Les objectifs opérationnels sont les suivants :

- mettre en place une offre de prise en charge palliative territoriale graduée homogène et harmonieuse pour chaque territoire,
- harmoniser le taux d'équipement en LISP de MCO privés et publics et SSR,
- augmenter l'offre de soins palliatifs de recours (USP),
- accompagner la montée en charge de l'équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques "PAL-LIANCE",
- faciliter le décloisonnement du parcours de soins des patients polypathologiques.

Actions à mettre en œuvre :

- favoriser l'implication des différentes équipes ou structures d'un même territoire (USP, EMSP, EADSP, LISP) dans un projet commun en vue de constituer un dispositif territorial de soins palliatifs homogène sur chaque territoire de santé,
- dans un établissement de rattachement, favoriser l'appartenance à un même pôle (même responsable de pôle, cadre de santé) des équipes de soins palliatifs,
- dans un territoire, contractualiser la collaboration des équipes de soins palliatifs,
- concevoir et formaliser pour chaque territoire les modes de collaboration et de complémentarité avec les professionnels d'autres thématiques de soins, notamment les acteurs du cancer et de la douleur chronique,
- créer deux implantations supplémentaires d'USP, l'une dans le Centre de région, l'autre dans le Nord de la région. L'USP de Tours déjà en place apportant l'offre dans le sud de la région,
- formaliser l'évaluation de la prise en charge palliative territoriale (USP, LISP, EMSP),
- mettre en place des indicateurs de contrôle de qualité de l'offre de soins palliatifs à tous les niveaux, notamment en ce qui concerne l'activité en USP et en LISP.

Indicateurs :

- nombre de collaborations formalisées entre les équipes de soins palliatifs,
- nombre de professionnels ayant réalisé des stages au sein des différents dispositifs territoriaux,
- nombre de services avec LISP contrôlés,
- nombre d'USP installées,
- nombre et localisation des interventions de PAL-LIENNE.

RENFORCER LA DIFFUSION DE LA CULTURE PALLIATIVE

L'objectif global est de diffuser les bonnes pratiques pluridisciplinaires en soins palliatifs.

Les acteurs concernés sont l'équipe régionale de coordination et l'Agence régionale de santé.

Les objectifs opérationnels associés sont :

- diffuser la culture palliative aux soignants, toutes thématiques confondues, aux bénévoles et au grand public,
- développer les liens entre les acteurs de soins palliatifs, notamment à travers des formations communes et des rencontres sur des thématiques cliniques,
- améliorer la compétence et la participation des acteurs des équipes de soins palliatifs dans les domaines de la formation, notamment en pédagogie ainsi que de la recherche.

Actions à mettre en œuvre :

- organiser et formaliser l'information, la formation et le soutien professionnel aux professionnels du soin,
- permettre la réalisation de stages longue durée, d'échanges croisés de compétences, entre les différentes équipes territoriales,
- ouvrir des postes pour les internes en médecine générale dans les différents dispositifs de soins palliatifs des établissements,
- développer l'offre des structures de soins palliatifs comme terrain de stage pour les étudiants en formation initiale (élèves IDE, étudiants en médecine) mais aussi pour les professionnels (DIU de soins palliatifs...),
- poursuivre les actions de communications telles que la journée régionale de soins palliatifs, la journée mondiale de soins palliatifs, les Journées mono disciplinaires et pluridisciplinaires (inter-équipes, inter-EADSP),
- améliorer la communication auprès de tous les professionnels de santé des territoires, y compris les équipes soignantes intervenant auprès des populations vulnérables (détenus, santé mentale), notamment par le biais du site internet actualisé régulièrement (référentiels de bonnes pratiques en soins palliatifs, grille d'inclusion, fiches de traçabilité, conventions et autres documents produits, élaborés et validés par les équipes).

L'Agence régionale de santé effectuera des missions de contrôle de qualité.

Indicateurs :

- nombre de participants aux journées de communication et de formation,
- nombre d'étudiants accueillis en stage dans les différentes composantes du dispositif régional de soins palliatifs,
- nombre de postes d'interne proposés et pourvus.

RENFORCER LES MISSIONS DE L'ÉQUIPE DE COORDINATION RÉGIONALE DE SOINS PALLIATIFS

Composition de l'équipe de coordination régionale :

- Coordination : 0,20 ETP de directeur,
- 1 ETP de chargé qualité et développement,
- 1 ETP cadre de santé,
- 1 ETP de secrétaire.

Objectif global :

- coordination du parcours de soins palliatifs des patients,
- réactiver une dynamique régionale par la redéfinition des missions du réseau et de la recomposition de l'ECR,
- impulsion de la diffusion de la culture palliative.

Missions :

- mettre en place un plan d'amélioration de la qualité et impulser une dynamique régionale qualité, permettant une harmonisation et une diffusion des pratiques auprès des équipes du réseau (inclusion des patients, procédures de bonnes pratiques, Evaluations des pratiques professionnelles (EPP), fiches de traçabilité cahier des charges LISP et USP...),
- inscrire le réseau dans une démarche continue d'évaluation interne et participe aussi aux évaluations externes demandées dans une visée d'évolution du réseau,
- assurer le lien avec les instances régionales du réseau pour mettre en place les politiques régionales définies en lien avec les directives,
- interlocuteur privilégié de l'ARS sur les problématiques de soins palliatifs.

Objectifs opérationnels :

- mettre en œuvre les missions de la coordination régionale :
- favoriser le décloisonnement et le rapprochement des équipes intra et extra hospitalière par une contractualisation des rapports entre les équipes (EADSP/EMSP) permettant d'assurer la continuité d'intervention la complémentarité et l'accès aux soins sur le territoire,
- apporter son appui et son expertise aux équipes dans l'harmonisation des modes de fonctionnement territoriaux,
- assurer une aide aux équipes et s'impliquer dans les échanges avec le responsable de l'équipe et le cadre de santé de l'établissement d'appartenance (jurys de recrutement, soutien des demandes de formation, évaluations annuelles...),

- organiser des actions de communication :

- contribuer au développement du partenariat avec les autres réseaux régionaux en favorisant la mutualisation de moyens logistiques et la collaboration entre les acteurs des différentes équipes,
- mettre en place des dispositifs permettant d'organiser les échanges entre les équipes des réseaux (commissions, distanciels, lettres de diffusion...),
- assurer une communication régulière auprès des partenaires et du public sur le réseau, l'activité des équipes et les projets en cours (sensibilisation, formation, publication, site internet, annuaire des professionnels...),
- animer et développer le site web,
- proposer un plan de formation professionnelle pluriannuel des équipes.

L'avis de l'équipe de coordination régionale sera requis pour l'attribution de la répartition territoriale de l'offre de soins palliatifs.

Indicateurs :

- nombre de formations,
- plan de formation,
- nombre de connexions au site web,
- rapport d'activité annuel,
- actions de communication, participation et évaluation,
- annuaire des professionnels.

SROS - OQOS IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

SOINS PALLIATIFS

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Renforcer la gradation de l'offre.
- Améliorer la qualité de la prise en charge palliative.
- Améliorer l'efficacité des moyens de prise en charge palliative.
- Renforcer la diffusion de la culture palliative.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES/SECTEURS INFRA-TERRITORIAUX	LITS IDENTIFIÉS DE SOINS PALLIATIFS	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS	UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS
CHER (18)	51	4	1 à 3
EURE-ET-LOIR (28)	49	3	
INDRE (36)	35	2	
INDRE-ET-LOIRE (37)	37	3	
LOIR-ET-CHER (41)	50	3	
LOIRET (45)	75	3	
Total	297	18	

LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

3.6.1 Le contexte

Un Accident vasculaire cérébral (AVC) se manifeste par des signes et symptômes neurologiques dus à l'atteinte du cerveau par un défaut de circulation sanguine. Il s'agit le plus souvent d'une occlusion artérielle pouvant aboutir à un infarctus cérébral, parfois d'une rupture vasculaire provoquant une hémorragie. Les AVC surviennent généralement chez des patients âgés, néanmoins 25 % des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux ont moins de 65 ans.

Le diagnostic de l'état de santé de la région Centre établi en février 2011 préalablement au Plan stratégique régional de santé se fait l'écho du Plan d'actions national "accidents vasculaires cérébraux 2010-2014" en rappelant qu'en France, les AVC représentent la première cause de handicap moteur de l'adulte, la deuxième cause de démence, la troisième cause de mortalité et l'une des causes d'hospitalisation en urgence qui mobilisent le plus de ressources.

En région Centre, près de 1 600 décès sont observés annuellement pour les maladies neuro-vasculaires et environ 6 200 hospitalisations en court séjour par an sont directement liées à cette pathologie. Le vieillissement de la population laisse augurer un nombre croissant de patients atteints dans les prochaines années.

Au terme du premier mois suivant un AVC, environ 15 à 20 % des patients seront décédés, tandis que 75 % des survivants garderont des séquelles définitives avec un retentissement social voire professionnel important. **Or, les progrès récents en matière de traitement et de maîtrise des facteurs de risque vasculaires des AVC, représentent une opportunité majeure pour agir sur l'épidémiologie et sur les répercussions fonctionnelles des accidents cardio-neuro-vasculaires. La mise en œuvre du Plan national AVC est donc une priorité régionale pour permettre à tout patient de la région d'avoir accès aux modalités de traitement adaptées, en particulier la thrombolyse.**

Par ailleurs, le Plan stratégique régional de santé constate le poids important des maladies chroniques en région Centre. Les affections de longue durée cardio-neuro-vasculaires¹⁰ y sont au premier rang avec 34,8 % des admissions en ALD sur la période 2006 à 2008 (régime général) devant les tumeurs malignes (20,2 %) et le diabète de type 1 ou 2 (17,9 %).

Partant de ce constat, le plan stratégique se donne comme priorité dans ce domaine des maladies chroniques de réduire l'incidence et la prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaire (objectif 2.2). En terme de prévention primaire, les principaux facteurs de risque que sont l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie et le diabète, mais également les déterminants de santé que sont le tabagisme, la consommation d'alcool, la nutrition

et l'activité physique et sportive devront donc être abordés dans les programmes d'éducation pour la santé et dans les actions de prévention.

L'exigence de traitement précoce des AVC passe par une meilleure information des professionnels de santé et du public ainsi que par une optimisation des filières dès l'alerte. Si 1 % des patients victime d'AVC bénéficient actuellement d'une thrombolyse, on admet qu'ils pourraient être au moins de 15 %¹¹. Cette insuffisance s'explique principalement par le dépassement des délais en raison d'une mauvaise information des patients et d'une mauvaise organisation de la filière. Ainsi, le présent volet AVC du schéma d'organisation des soins définit les différentes étapes de la prise en charge et les modalités d'organisation des filières en région Centre.

Enfin, ce volet du schéma n'oublie pas que, l'AVC étant la **première cause de handicap moteur de l'adulte**, la prévention tertiaire des incapacités nécessite une intervention dès la prise en charge en court séjour par les professionnels de la rééducation.

3.6.2 Les objectifs 2012-2016

Identifier une filière Accidents vasculaires cérébraux (AVC)

En région Centre, la démographie médicale globalement déficitaire et répartie de façon peu homogène au sein de la région rend l'accès aux soins spécialisés en établissement très inégal. L'identification des filières AVC revêt donc une importance particulière. Les préconisations qui suivent s'appuient sur :

- les circulaires du 3 novembre 2003 et du 22 mars 2007 relatives à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux qui introduisent la notion d'**Unité neurovasculaire** (UNV),
- les recommandations de bonne pratique pour la prise en charge précoce des AVC publiée en mai 2009 par la Haute autorité de santé (HAS),
- le rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC de juin 2009 remis par le Dr E. Fery Lemonnier,
- le Plan d'actions national AVC 2010-2014.

A) EN PHASE PRE HOSPITALIERE : RAPIDITE ET APPEL SYSTEMATIQUE DU CENTRE 15

La situation actuelle, peu satisfaisante, doit être améliorée. En effet, les accidents vasculaires cérébraux représentent une urgence médicale diagnostique et thérapeutique au même titre que l'infarctus du myocarde. De la rapidité de la prise en charge dépendent le pronostic vital et l'importance des séquelles.

L'alerte doit être rapide et nécessite un appel systématique au centre 15. Les patients et tout spécialement

10 - ALD n°1 : accident vasculaire cérébral invalidant, ALD n°3 : artériopathie chronique, ALD n°5 : insuffisance cardiaque grave, ALD n°12 : hypertension sévère, ALD n°13 : maladie coronaire.

11 - Synthèse du rapport La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France présenté par la Docteure Elisabeth Fery-Lemonnier en juin 2009 : selon la SFNV, 1352 thrombolyse ont été recensées pour l'année 2007.

les patients déjà traités pour facteurs de risques (HTA, diabète, hyperlipidémie, etc) et particulièrement s'ils fréquentent une structure de prévention ou d'éducation thérapeutique ainsi que leur entourage, les professionnels de santé et les transporteurs sont formés à l'identification des premiers symptômes, à l'acquisition du réflexe centre 15 et à la notion d'urgence. Les messages doivent porter sur les AVC et les Accidents ischémiques transitoires (AIT)¹². Les critères d'éligibilité à la thrombolyse (désobstruction médicale d'un vaisseau) font l'objet d'une large diffusion auprès des médecins traitants pour que ces patients accèdent au site de thrombolyse dans les délais compatibles avec sa réalisation.

Les régulateurs du centre 15 sont formés aux signes et aux protocoles des AVC et des AIT. Ils veillent à l'orientation du patient vers l'unité neuro vasculaire la plus adaptée à sa prise en charge. Ils identifient les patients potentiellement thrombolysables et décident d'une éventuelle médicalisation du transport¹³. Les patients éligibles à la thrombolyse sont transférés directement vers un établissement disposant d'une UNV.

B) EN PHASE HOSPITALIERE DE COURT SÉJOUR : LES UNITÉS NEUROVASCULAIRES

Prise en charge initiale

Après régulation du SAMU, dès l'arrivée à l'hôpital, la prise en charge des patients est organisée directement par l'équipe médicale de l'unité neuro-vasculaire en lien avec les urgentistes et les radiologues. Cette prise en charge et sa coordination font l'objet d'une procédure écrite. L'accès au scanner est assuré en urgence vingt quatre heures sur vingt quatre dans toutes les UNV. L'Imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) est également accessible en urgence vingt quatre heures sur vingt quatre dans ces unités du fait de la réalisation potentielle de thrombolyse. Les établissements dotés d'UNV organisent l'accès direct et prioritaire à l'IRM des patients présentant un AVC ou un AIT de moins de 48 heures. En fonction de la file active, des IRM peuvent être dédiées à l'urgence neurologique ou neuro-vasculaire. Pour assurer la continuité des soins lors de panne ou maintenance de l'IRM ou du scanner, une convention sera conclue avec un établissement pouvant assurer la réalisation des examens 24h/24. Cette convention sera portée à la connaissance de la régulation du "15".

Dans le cas où le territoire de santé ne peut disposer d'emblée d'une UNV, il peut être mis en place temporairement une Unité dédiée (UD) aux AVC, assurant l'intégralité de la prise en charge exceptée la thrombolyse. L'accès au scanner et si possible à l'IRM sont également assurés 24h/24h.

Si malgré les efforts de généralisation du réflexe d'appel au centre 15, des patients se présentent directement aux urgences, une prise en charge immédiate et une orientation compatible avec la mise en œuvre d'une éventuelle thrombolyse est organisée. Cette prise en charge est pro-

tolisée et les conventions y concourant sont passées entre les établissements recevant les urgences et les établissements disposant d'une UNV.

L'unité neuro-vasculaire

Tout patient victime d'un accident vasculaire cérébral récent, quel que soit son âge ou le traitement qui sera mis en place, est hospitalisé d'emblée en UNV.

L'UNV est située préférentiellement dans un service de neurologie au sein d'un établissement disposant d'une unité de réanimation et d'un plateau technique d'imagerie incluant le scanner et l'IRM.

Elle comporte des lits aigus et subaigus. Les lits aigus sont qualifiés de lits de soins intensifs. Ces lits aigus sont destinés à la prise en charge initiale (48 à 72 premières heures) des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux. Leur état nécessite une surveillance clinique et biologique rapprochée. Passée cette période, le médecin de l'UNV décide de l'orientation du patient en fonction de son état clinique et de la prise en charge requise.

Les médecins de l'unité sont préférentiellement des neurologues ou des médecins expérimentés dans la prise en charge des AVC. L'unité neuro-vasculaire est sous la responsabilité d'un neurologue titulaire du Diplôme inter universitaire (DIU) de pathologie neuro-vasculaire (ou reconnu compétent par le conseil pédagogique du DIU).

La permanence des soins est assurée par un neurologue, sous la forme d'une garde sur place dans au moins une UNV de niveau régional ou d'une astreinte dans les autres UNV.

Au sein de l'UNV, la stabilité et la formation des équipes concourent à la qualité des soins.

Certains patients victimes d'Accidents ischémiques transitoires (AIT) bénéficient d'une prise en charge en hospitalisation partielle permettant la réalisation du bilan étiologique.

Par ailleurs, toutes les structures disposant d'une IRM quelque soit leur lieu d'implantation peuvent participer à la prise en charge de certains AIT datant de plus de 48 heures au sein d'une coordination ville hôpital. Elle permet un accès rapide à l'avis neuro-vasculaire et à une prise en charge thérapeutique conforme aux recommandations sans hospitalisation à temps complet a priori. Cette filière repose sur les praticiens adresseurs libéraux, premiers interlocuteurs du patient (médecins traitant principalement mais aussi cardiologues, ophtalmologues...).

L'unité dédiée aux AVC

La pénurie de médecins neurologues et la nécessité d'organiser la permanence des soins conduisent à mettre en place dans certains territoires une unité dédiée à la prise en charge des AVC.

12 - Si l'on manque d'informations fines sur les AIT, il semble admis que 30% des AVC sont précédés d'AIT le plus souvent dans les heures ou les jours avant. Ainsi l'AIT apparaît comme une urgence thérapeutique car il existe des traitements d'efficacité démontrée en prévention secondaire après un AIT.

13 - "Time being brain", l'envoi d'une équipe médicale du SMUR ne doit pas retarder la prise en charge d'un patient suspect d'AVC. Il est cependant bien sur nécessaire en cas de trouble de la vigilance, de détresse respiratoire ou d'instabilité hémodynamique. (HAS mai 2009).

L'organisation générale de l'unité est identique à celle de l'UNV. Cependant l'unité peut être sous la responsabilité d'un médecin non neurologue titulaire du DIU de pathologie neuro-vasculaire, les lits "aigus" sont qualifiés de lits de surveillance continue, la permanence des soins peut être assurée par une astreinte spécifique de médecin non neurologue expérimenté dans la prise en charge des AVC.

La reconnaissance par l'Agence régionale de santé des UNV et des unités dédiées s'appuient sur le cahier des charges régional validé par le comité régional de neuro-vasculaire.

Prise en charge post aiguë

A l'issue de la phase aiguë, les patients sont pris en charge au sein du service de neurologie.

Une équipe de médecine physique et réadaptation spécialisée dans les affections du système nerveux intervient dès les premiers jours d'hospitalisation. Elle participe à la prévention des complications de l'immobilité, et concourt à l'utilisation de moyens permettant de réduire la dépendance. Elle propose une orientation de sortie qui tient compte des facteurs individuels et environnementaux et se fait en concertation étroite avec le médecin du court séjour, le patient et son entourage¹⁴.

A l'issue de sa prise en charge en court séjour, le patient peut, en fonction de son état clinique et de son environnement familial et social, retourner à domicile avec ou sans aide ou être orienté vers une hospitalisation à domicile, un service de soins de suite polyvalent ou spécialisé dans les affections de la personne âgée ou du système nerveux, ou un établissement médico-social.

Coopérations

Une procédure est formalisée entre le 15, l'UNV ou les UNV ou l'unité dédiée du département notamment pour l'admission directe dans l'unité, éventuellement après passage par l'imagerie.

Les établissements disposant d'un service d'urgence autorisé passent convention avec un établissement ayant une UNV. De même, un établissement doté d'une unité dédiée établit une convention le liant à une UNV. Ces conventions précisent les modalités de transferts des patients d'une structure à l'autre.

Les établissements recevant des AVC organisent régionalement un système d'échange par télé-médecine permettant d'accéder à un centre référent d'expertise comportant une garde de neurologie et de neurochirurgie.

Afin de favoriser la fluidité de la filière régionale des AVC, les établissements avec UNV peuvent passer convention, après avis du comité technique régional de neuro-vasculaire, avec certains établissements ne disposant pas d'unité neuro-vasculaire mais offrant la possibilité de poursuivre les soins conformément aux référentiels de la haute autorité de santé.

Comme il a été dit supra, toutes les structures disposant d'une IRM quelque soit leur lieu d'implantation peuvent participer à la prise en charge de certains AIT datant de plus de 48 heures au sein d'une coordination ville hôpital permettant un accès rapide à l'avis neuro vasculaire.

Enfin, au sein d'un même territoire de santé toute structure de court séjour ou de soins de suite polyvalents accueillant des patients victimes d'AVC passe convention avec une structure de soins de suite et de réadaptation spécialisée dans les affections du système nerveux. Les UNV ou UD y formalisent les modalités de la coopération.

C) EN PHASE DE SOINS DE SUITE POLYVALENTS ET SPECIALISÉS

Critères d'orientation en soins de suite indifférencié et en soins de suite spécialisé dans les affections de la personne âgée ou des affections du système nerveux

L'orientation vers un service de soins de suite spécialisé dans les affections de la personne âgée ou des affections du système nerveux se fait pour des patients dont l'état de santé et l'autonomie permettent une prise en charge intensive en rééducation ou réadaptation, et qui présentent un potentiel de récupération.

Les altérations cognitives empêchant toute participation active à un programme de rééducation ou une fatigabilité liée à l'existence de pathologies associées ou à un grand âge physiologique orientent suivant les cas vers un SSR indifférencié ou un SSR spécialisé dans les affections de la personne âgée, poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

La préparation de la phase post hospitalière doit être envisagée précocement. Elle est décrite dans le volet "soins de suite et réadaptation". Elle fait intervenir des acteurs sanitaires ambulatoires, sociaux et médico-sociaux.

Coopération entre services de soins de suite indifférenciés, gériatriques et neurologiques

Dans le cadre l'article R 6123-124 du Code de la santé publique¹⁵, un partenariat est formalisé entre les services de soins de suite indifférenciés, gériatriques et neurologiques afin de permettre des échanges de pratiques et de fluidifier la filière. La circulation de patients entre les différents types de structure de soins de suite doit être prévue dans les deux sens en fonction de l'état clinique et des capacités à suivre un programme de rééducation.

D) SUIVI DES PATIENTS APRÈS L'HOSPITALISATION

Après un épisode aigu et selon les recommandations de bonne pratique, le traitement doit porter sur les facteurs de risque et sur la cause de l'accident. Le patient à sa sortie est informé des enjeux de son traitement, éventuellement par une personne spécialement formée, ainsi que des conditions du suivi (carnet de suivi).

14 - Le principe de cette collaboration est énoncé à l'article D6124-177-1 du code de la santé publique introduit par le décret 2008-376 du 17 avril 2008 sur les soins de suite. Cette modalité de coopération est attendue pour les SSR spécialisés dans les affections neurologiques par le SROS SSR arrêté en septembre 2009 (cf. son paragraphe V- 6).

15 - Introduit par le décret 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux soins de suite et de réadaptation.

Le courrier destiné au médecin traitant indique de façon claire les objectifs thérapeutiques et peut apporter une information concernant l'offre en matière de réseau ou d'éducation thérapeutique.

Une consultation de suivi par le spécialiste est programmée dès la sortie du court séjour. En particulier les établissements s'organisent pour proposer systématiquement une consultation neurologique entre deux et six mois¹⁶ permettant de réévaluer le patient et de le mobiliser sur les possibilités d'agir sur les facteurs de risque.

L'observance et la surveillance à long terme sont assurées par le médecin traitant. A chaque étape de sa prise en charge (court séjour, soins de suite, consultation) sont rappelés les objectifs de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire global.

L'accompagnement fonctionnel ou social, et la réévaluation du patient AVC dans son lieu de vie (domicile et/ou structures médico-sociales associées) sont organisés et peuvent relever d'équipes mobiles pluridisciplinaires extra hospitalières. Cette réévaluation médicale et fonctionnelle doit être possible quelque soit le lieu de vie du patient.

E) PREVENTION SECONDAIRE

Chaque patient ayant eu un premier épisode d'accident cardio-neuro-vasculaire doit pouvoir bénéficier d'une éducation thérapeutique adaptée visant à la prévention du risque vasculaire global et des risques spécifiques éventuels (anticoagulants - prévention des chutes pour les AVC), au sein du territoire. Celle-ci est initiée en fonction de l'état du patient dès le court séjour, ou dans les services de rééducation.

Le médecin traitant sensibilisé au risque cardio-neuro-vasculaire s'assure du contrôle des facteurs de risque, de l'optimisation des traitements et oriente le patient si nécessaire.

Les structures de prévention et d'éducation thérapeutique se coordonnent entre elles et avec les spécialistes. Les professionnels proposent des programmes globaux et accessibles aux patients actifs afin d'éviter des contraintes pouvant conduire à l'abandon de la démarche.

L'information portant sur l'existant (réseaux, structures d'éducation), les annuaires doivent être aisément accessibles aux médecins et aux patients.

F) RÉPARTITION TERRITORIALE

A échéance du schéma régional, chacun des six territoires de santé dispose au moins d'une unité neuro-vasculaire et d'au moins une implantation de soins de suite spécialisée dans les affections neurologiques comportant une unité d'accueil pour état végétatif chronique. Chaque bassin d'emploi de chaque territoire dispose d'une structure de soins de suite spécialisée dans les

affections de la personne âgée poly-pathologique en hospitalisation complète et en alternative à l'hospitalisation.

Au 1^{er} septembre 2011, l'objectif d'au moins d'une UNV par territoire de santé est atteint pour les territoires du Cher, d'Eure-et-Loir, d'Indre-et-Loire et du Loiret. Le territoire de l'Indre comporte une unité dédiée. Le territoire du Loir-et-Cher est quant à lui dépourvu d'UNV ou d'unité dédiée.

Compte tenu de la pénurie de neurologues, une coopération entre les territoires disposant ou ne disposant pas d'unité dédiée et ceux disposant d'UNV est mise en place.

La prise en charge en soins de suite polyvalents et spécialisés favorise la proximité. Il n'est pas individualisé de service de soins de suite de réadaptation exclusivement dédié à l'accueil des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux.

Comité technique régional de neuro-vasculaire et animateur de filière

• LE COMITE NEURO VASCULAIRE

Un comité technique régional de neuro-vasculaire (ou comité de coordination régional des AVC) a été créé lors du dernier schéma.

Il est chargé du suivi du schéma régional et veille à sa pluridisciplinarité. Il produit des indicateurs d'évaluation de la filière.

Il peut travailler à la mise en place d'éventuelle Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) AVC.

Il contribue à l'élaboration de critères permettant la reconnaissance des établissements pouvant recevoir les AVC au décours de la phase aiguë.

Il contribue à l'élaboration et à la diffusion auprès des médecins et des soignants de recommandations et protocoles validés et actualisés. Il peut superviser les audits de leur utilisation.

Enfin, il participe à l'élaboration des actions de formation du public et des professionnels.

• LE ROLE D'ANIMATEUR DE FILIERE

Le plan d'actions national AVC 2010-2014 prévoit une montée en charge progressive de la structuration des filières par la création de postes d'animateurs de filières sur deux ans à compter de 2011. Ils auront pour tâche, le cas échéant en lien avec les autres réseaux neurologiques de la région :

- d'établir la cartographie de la filière, l'analyse des circuits des patients, des séjours longs, des patients hors filières,
- la diffusion des protocoles de prise en charge des patients intégrant la télémédecine et le centre de référence régional,
- l'organisation de réunions de filières,

16 - L'action 6 du Plan d'actions national AVC 2010-2014 prévoit de "définir le contenu d'une consultation "bilan" post AVC, l'expérimenter et la mettre en œuvre". A visée "médicale, rééducative, psychologique, neuropsychologique et sociale, elle sera au mieux pluridisciplinaire" et réalisée entre 2 et 6 mois. Elle aura pour but d'adapter le suivi de chaque personne (y compris "l'évaluation médico-psychologique des patients légers qui sortent plus que d'autre de la filière") mais aussi de produire des indicateurs épidémiologiques de la fréquence de la gravité des séquelles. Un cahier des charges sera élaboré.

- le contrôle de l'organisation de la permanence des soins au sein de la filière (neurovasculaire, imagerie, cardiologie...) et de la lisibilité (pour le centre 15 et le répertoire opérationnel des ressources),
- le suivi de certains indicateurs de la filière ou de l'UNV¹⁷,
- la concertation avec les usagers, leur orientation dans la filière intégrant les soins de support, les soins à domicile et services et établissements médico sociaux ainsi que l'élaboration de documents à leur attention (fiches conseils, annuaires...),
- la participation à la formation des personnels.

3.6.3 Évaluation et suivi

Cette évaluation portera sur les indicateurs prévus par l'annexe III de la circulaire du 22 mars 2007¹⁸. Ces indicateurs pourront être enrichis par les "indicateurs de pratique clinique AVC" édités en juin 2010 par la HAS, notamment ceux évaluant la filière d'amont.

Indicateurs généraux :

- population régionale par tranche d'âge,
- taux d'incidence des AVC par territoire de santé,
- taux d'AVC par tranches d'âge,
- nombre et implantation des UNV, site ou non de thrombolyse.

Indicateurs par établissement

- IRM sur place ou par convention,
- nombre de patient présentant une pathologie neuro-vasculaire aiguë pris en charge dans l'établissement, dont nombre de patient pris en charge dans l'UNV (par type de pathologie),

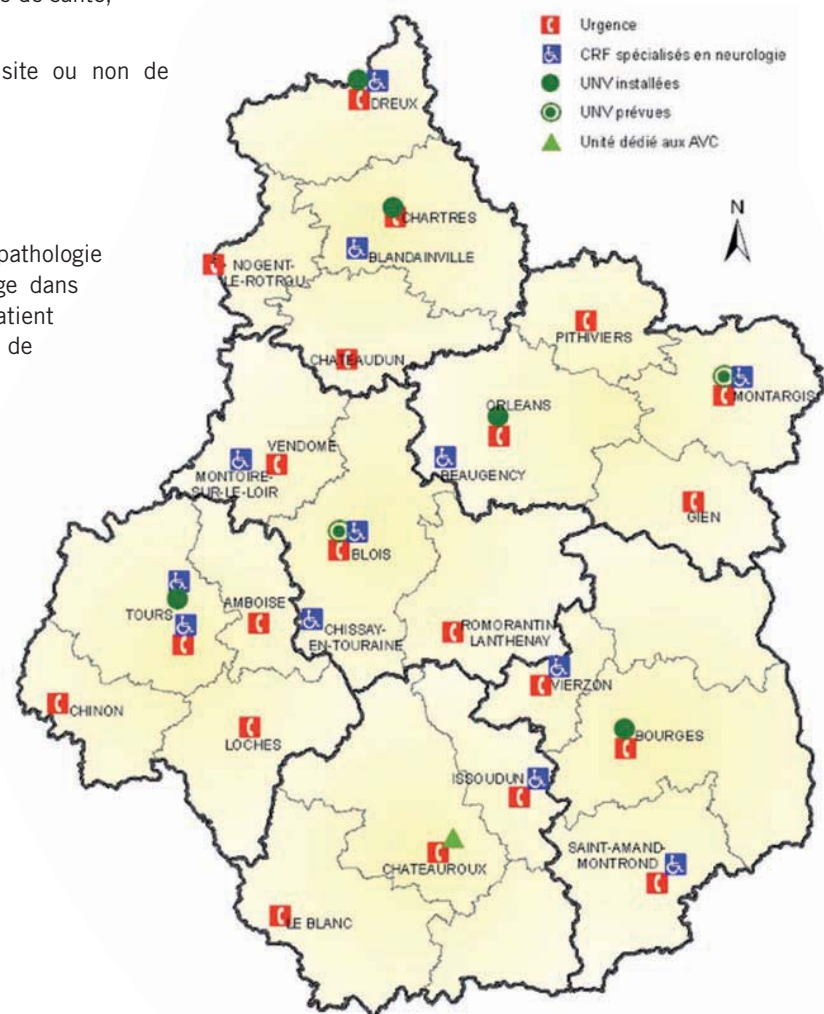
- nombre de thrombolyse pour AVC, dont nombre de thrombolyse pour les patients pris en charge dans l'UNV,
- durée moyenne de séjour en UNV et dans l'établissement, pour les patients présentant une pathologie neuro-vasculaire aiguë.

Indicateurs de suivi des UNV ou unités dédiées aux AVC par patient :

- origine géographique,
- nature de la pathologie présentée,
- score NIH à l'admission, après 48 heures et à la sortie,
- pratique d'une IRM (oui/non) ; si oui : IRM de première intention ou non,
- durée de séjour,
- mode de sortie et destination.

En soins de suite et de réadaptation, l'évaluation portera notamment sur la part des séjours en SSR dans les 30 jours suivants une hospitalisation pour AVC (Indicateurs CPOM).

Filières accidents vasculaires cérébraux en région Centre



Source : ARS - PEM - SAE 2009 - IGN©

17 - Cf. Indicateurs de pratique clinique AVC de juin 2010 : Efficacité, sécurité des soins, accès aux meilleurs soins. Groupe de coopération " Ensemble, améliorons les pratiques de prise en charge de l'AVC " avec la participation de la HAS.

18 - Indicateurs repris dans le cahier des charges pour la reconnaissance des UNV de la région Centre du 01/02/08.

IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

FILIÈRES “ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX”

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Améliorer la rapidité de la prise en charge (recours au centre 15).
- Poursuivre la structuration de la filière de soins en fonction des différentes étapes du parcours du patient.
- Formaliser les coopérations entre les différents acteurs ou services de la prise en charge (urgences, imagerie, unité neuro-vasculaire, soins de suite et de réadaptation).
- Organiser le suivi des patients après l'hospitalisation.

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES/SECTEURS INFRA-TERRITORIAUX	NOMBRE D'IMPLANTATIONS	COOPÉRATIONS-REGROUPEMENTS
CHER (18)		
Bourges	1 UNV avec USI	- coopérations entre les structures des urgences du territoire et l'UNV
EURE-ET-LOIR (28)		
Dreux	1 UNV avec USI	- coopération entre structures des urgences du territoire et les UNV
Chartres	1 UNV avec USI	- coopération entre les deux établissements de référence du territoire
INDRE (36)		
Châteauroux	1 UNV avec USI	- coopération entre les structures des urgences du territoire et l'UNV ou l'unité dédiée* (1 implantation éventuelle pendant la période transitoire avant reconnaissance en UNV) - coopération privilégiée avec l'Indre-et-Loire dans la période intermédiaire
INDRE-ET-LOIRE (37)		
Tours	1 UNV avec USI	- coopération entre structures d'urgence et l'UNV du territoire - coopération privilégiée avec l'Indre et le Loir et Cher dans la période intermédiaire - mission de recours régional
LOIR et CHER (41)		
Blois	1 UNV avec USI	- coopération entre structures d'urgences et l'UNV ou l'unité dédiée* du territoire (1 implantation éventuelle pendant la période transitoire avant reconnaissance en UNV) - coopération privilégiée avec l'Indre-et-Loire dans la période intermédiaire
LOIRET (45)		
Orléans	1 UNV avec USI	- coopération entre structures des urgences/UNV/unité dédiée* du territoire (1 implantation éventuelle pendant la période transitoire avant reconnaissance en UNV)
Montargis	1 UNV avec USI	- coopération entre les 2 établissements du niveau régional et de référence du territoire

*unité dédiée aux AVC avec Unité de soins continus (USC)

LES SOINS AUX DÉTENUS

Ce volet du SROS est élaboré en partenariat avec l'administration pénitentiaire¹⁹. Il tient compte du plan national d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

3.7.1 Le contexte

Les personnes placées sous main de justice sont constituées des personnes incarcérées et des personnes condamnées en milieu ouvert (travail d'intérêt général, libération conditionnelle ...) ou bénéficiant d'un aménagement de peine (Placements sous surveillance électronique (PSE), Placement en semi-liberté (SL), placements à l'extérieur). Le schéma régional est élaboré pour la prise en charge des personnes incarcérées qui n'ont pas accès aux soins en milieu libre.

Le public concerné présente des spécificités socio-sanitaires ; les conditions de détention ont une influence sur l'état de santé et les conditions de prise en charge sanitaire. Les travaux préparatoires au Plan stratégique régional de santé ont rappelé l'étude de l'ORS du Centre de 2008 démontrant une surreprésentation de certaines pathologies au sein de la population détenue en établissement pénitentiaire : hépatites, dermatoses, lombalgies, problèmes bucco-dentaires, troubles du sommeil,

consommation élevée de substances psychotropes et/ou psycho actives.

La morbidité psychiatrique de la population pénale s'accroît et s'aggrave du fait, notamment, de la responsabilité pénale accrue des délinquants malades mentaux et de la présence croissante de personnes souffrant d'addictions et d'auteurs d'infractions à caractère sexuel.

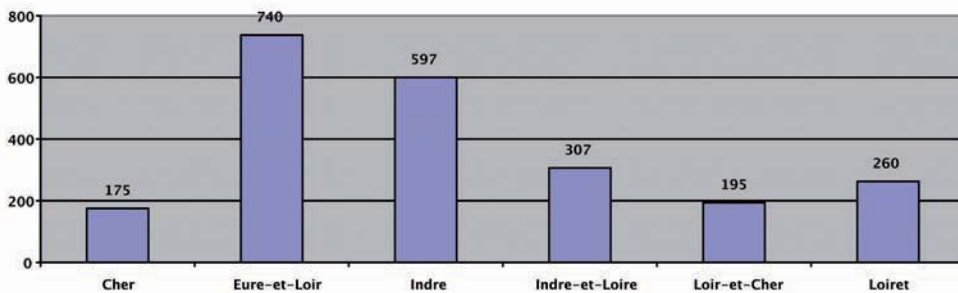
En région Centre, la population pénitentiaire (données 2010) à prendre en charge est importante :

- 3 123 entrées,
- près de 2 000 sorties,
- une file active de 5 400 personnes.

44 % des personnes écrouées sont en établissement pour peines et 56 % en maison d'arrêt.

L'effectif moyen quotidien est de 2274 personnes présentes; il se compose de 98 % d'hommes, 1,3 % de femmes (Bourges et Orléans), 0,7 % de mineurs (Bourges, Tours, Orléans). Cet effectif varie, selon l'établissement pénitentiaire, de 175 à Bourges et 740 à Chartres; la répartition par territoire de santé est inégale ; l'Eure-et-Loir compte l'effectif le plus élevé de la région (33,5 %) ; l'Eure-et-Loir et l'Indre cumulent à eux deux 61 % du total régional.

Effectif moyen quotidien de personnes incarcérées par territoire de santé



Contrairement aux établissements pour peine où l'encellulement individuel est respecté, le taux d'occupation moyen des maisons d'arrêt est de 162 % et atteint 213 % à Orléans et 192 % à Tours. Ce "surpeuplement" constitue à l'évidence un facteur de risque pour la santé physique et psychique des personnes détenues ; à ce

titre, la présence de plus de deux détenus dans une même cellule de 9 m² est à proscrire absolument. Le nombre de personnes détenues est en constante progression : + 12 % entre 2003 et 2009.

¹⁹ - La région Centre a changé de direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) ; depuis le 01/01/2009 : elle est passée de la DISP de Paris à la DISP Centre - Est de Dijon.

Les données pénitentiaires 2010 par établissement sont retracées ci-dessous :

ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE	CAPACITÉ THÉORIQUE	EFFECTIF MOYEN	TAUX D'OCCUPATION	NOMBRE D'ENTRÉES	NOMBRE DE SORTIES
MA Bourges	117	175	149,6 %	336	212
MA Chartres	103	157	152,4 %	422	312
CD Châteaudun	601	583	97 %	388	179
CP Châteauroux	366	391	106,8 %	386	234
MC Saint Maur	260	206	79,2%	51	2
MA Tours	142	307	216,2 %	630	439
MA Blois	119	195	163,9 %	391	309
MA Orléans	112	260	232,1 %	519	258
Total	1 820	2 274		3 123	1 945

MA : Maison d'arrêt ; CD : Centre de détention ; MC : Maison centrale, CP : Centre pénitentiaire.

L'évolution prévue par l'administration pénitentiaire porte sur :

- une extension de 60 places du CP de Châteauroux (36),

- la création d'un CP de 770 places à Saran (45) à l'horizon 2014,

- la fermeture des MA de Chartres et Orléans.

LE BILAN DE L'OFFRE DE SOINS RÉGIONALE :

10 établissements de santé sont impliqués dans les soins aux personnes détenues :

- 4 établissements assurent uniquement les soins somatiques,

- 3 établissements assurent à la fois les soins somatiques et les soins psychiatriques,

- 3 établissements les seuls soins psychiatriques.

TERRITOIRE DE SANTÉ	ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ASSURANT LES SOINS SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ASSURANT LES SOINS SOMATIQUES	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ASSURANT LES SOINS PSYCHIATRIQUES
Cher	MA Bourges		CH Bourges	CHS Bourges
Eure-et-Loir	MA Chartres		CH Chartres	CHS Bonneval
	CD Châteaudun		CH Châteaudun	CHS Bonneval
Indre	CP Châteauroux	CH Châteauroux		
	MC Saint Maur	CH Châteauroux		
Indre-et-Loire	MA Tours	CHRU Tours		
Loir-et-Cher	MA Blois	CH Blois		
Loiret	MA Orléans		CHR Orléans	CHS Fleury-les-Aubrais

MA : Maison d'arrêt ; CD : Centre de détention ; MC : Maison centrale, CP : Centre pénitentiaire.

La prise en charge sanitaire des personnes détenues est assurée à partir de dispositifs spécifiques :

• **8 Unités de consultation en soins ambulatoires (UCSA)** assurent les soins au sein des établissements pénitentiaires de la région. Ces unités se caractérisent par la faiblesse des ressources médicales voire l'absence de certaines spécialités telles l'ophtalmologie, la dermatologie, la stomatologie.

• **10 chambres sécurisées dont la conformité reste à valider pour certaines, sont réparties dans 7 centres hospitaliers :**

- 1 chambre au CH de Bourges, de Chartres, de Châteaudun, de Blois et au CHR d'Orléans,
- 2 chambres au CHRU de Tours,
- 3 chambres au CH de Châteauroux.

• Pour les hospitalisations somatiques de plus de 48 h, la région Centre est rattachée à l'**Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI)** de la Pitié Salpêtrière (Ile de France) et à l'Établissement public de santé de Fresnes (EPSF).

• **Le Service médico-psychologique régional (SMPR)** est actuellement implanté au CP de Châteauroux avec une antenne à la MC de Saint Maur, et ne fonctionne qu'en tant que structure alternative à l'hospitalisation.

• **L'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)**, structure de soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet, avec ou sans consentement, de 40 lits, est en cours de construction à Fleury les Aubrais, l'ouverture d'une 1^{ère} unité de 20 lits étant prévue en septembre 2012, la seconde tranche en janvier 2013. Dans l'attente de cette ouverture et en tant que de besoin après l'ouverture, les soins de psychiatrie en hospitalisation complète sont réalisés sous la forme d'Hospitalisation d'office (HO) conformément à l'article D.398 du Code de procédure pénale dans les services de psychiatrie des centres hospitaliers de référence.

3.7.2 Objectifs 2012-2016

Ils sont établis conformément aux **orientations nationales** axées sur

- l'amélioration de l'accès aux soins,
- l'amélioration de l'efficacité.

Améliorer l'accès aux soins

• Conforter les soins somatiques.

Les ressources en personnels pour les soins somatiques dans les UCSA de la région sont insuffisantes pour faire face à l'ensemble des missions confiées à ce dispositif spécifique, ces dernières augmentant avec les évolutions législatives de ces dernières années. De plus, selon l'étude réalisée, en février dernier, par l'Observatoire des services de santé des détenus (OSSD), elles apparaissent inférieures à celles des UCSA du niveau national :

SOURCE : OSSD	ETP MOYEN 8 UCSA RÉGION CENTRE	ETP MOYEN 172 UCSA NIVEAU NATIONAL	ETP MOYEN RÉGION VERSUS ETP MOYEN NATIONAL
Médecin généraliste	0,70	1,16	- 39,7 %
Médecin spécialiste	0,02	0,39	- 94,9 %
Dentiste	0,32	0,49	- 34,7 %
Cadre de santé	0,23	0,37	- 37,8 %
IDE	2,98	4,47	- 33,3 %
Aide soignant	0,00	0,11	- 100 %
Pharmacien / préparateur	0,06	0,51	- 88,2 %
Kinésithérapeute	0,02	0,11	- 81,8 %
ASH	0,03	0,18	- 83,3 %
Secrétariat	0,74	0,82	- 9,8 %

Des stratégies sont à concevoir pour palier ce déficit en ressources humaines, tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins. Ainsi, la valorisation de l'intérêt, au plan clinique, de la médecine pénitentiaire pourrait susciter des candidatures, pour peu que l'information circule au sein des communautés hospitalières, qu'accompagnement et formation adaptée soient initiés et développés. De même, dans le cadre du développement de la télé-médecine, celui de la téléconsultation est de nature à favoriser l'accès aux consultations spécialisées. Pour autant, une attention particulière est à porter au temps de médecin généraliste qui doit être suffisant pour assurer les missions qui sont les siennes au titre de l'UCSA dont notamment :

- examen médical systématique d'entrée avec, notamment, bilan des addictions et score dentaire,
- suivi médical si besoin,
- visite médicale en cas de placement au quartier disciplinaire ou d'isolement,
- rendu des résultats des sérologies de dépistage,
- consultation médicale de sortie.

• Organiser les réponses à l'urgence.

Compte tenu des conditions particulières d'exercice, il est recommandé de réaliser au bénéfice des personnels soignants et pénitentiaires des séances de sensibilisation formation à l'urgence.

Les procédures d'intervention en cas d'urgences vitales (arrêt cardio-respiratoire, pendaison) et non vitales et d'urgences psychiatriques sont à formaliser et porter à la connaissance de chacun, ce dernier point devant faire l'objet d'une vérification régulière auprès des professionnels concernés.

Une procédure écrite précise le circuit du patient à l'hôpital.

L'accès aux soins dans les situations d'urgence pendant les périodes de fermeture de l'UCSA fait l'objet d'une organisation concertée avec le SAMU et les professionnels de premier recours ; cette organisation est formalisée en tenant compte à la fois des caractéristiques de l'offre de soins du territoire de santé concerné et du profil des personnes détenues au regard de la catégorie de l'établissement pénitentiaire dont elles relèvent.

• Développer une offre de soins graduée et lisible en psychiatrie.

3 niveaux de soins sont définis :

- niveau 1 : les soins de proximité (ambulatoires gradués et diversifiés),
- niveau 2 : les soins en hospitalisation de jour,
- niveau 3 : les soins en hospitalisation à temps complet (HO D.398 et UHSA).

Les soins ambulatoires de proximité diversifiés :

La mise en œuvre de soins de type de Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) est attendue, à terme, au sein de chaque établissement pénitentiaire.

Cela suppose d'évaluer l'impact au niveau des locaux et des moyens humains tant sanitaires que pénitentiaires, logistiques et financiers.

A ce titre, le dimensionnement de l'équipe soignante tient notamment compte du nombre de personnes détenues pouvant être présentes au même moment au regard des règles de sécurité. Les locaux à adapter tiennent

compte des possibilités locales, une salle d'activité thérapeutique ne pouvant pas être inférieure à 18 m².

Cette offre de soins est à prévoir prioritairement à la MC de Saint Maur.

Les soins en hôpital de jour au sein du SMPR :

Ce 2^e niveau correspond à une prise en charge continue dans la journée nécessitant pour son optimisation des cellules d'hébergement.

Cette prise en charge, sous forme d'hôpital de jour, permettant au patient de bénéficier de soins polyvalents, individualisés, intensifs, suppose que ce dernier puisse avoir accès aux différentes activités et consultations, le soin primant de manière transitoire sur les autres aspects de la détention.

L'absence de ressources médicales suffisantes et le nouveau programme immobilier de la DAP conduisent à repositionner le SMPR actuellement localisé au CP de Châteauroux (36) au sein du futur CP de Saran (45) dont la mise en service est prévue début 2014 ; s'agissant d'une construction neuve, les questions relatives à l'implantation, l'architecture, l'équipement, la surveillance des cellules d'hébergement dédiées à ce type de prise en charge sont réputées réglées.

Ce repositionnement du SMPR est l'occasion de redéfinir le rôle spécifique de ce dernier, qui outre sa mission de recours clinique pour le niveau 2, conserve une mission de coordination régionale.

Les hospitalisations à temps complet intégrant les HO D.398 (dans les services de psychiatrie) et les hospitalisations au sein de la future UHSA de Fleury les Aubrais :

Dans l'attente de l'ouverture des UHSA, la prise en charge en hospitalisation à temps complet se poursuit à l'identique, dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie, dans le cadre de soins sans consentement régis par l'article D 398 du code de procédure pénale.

Le patient détenu doit bénéficier des mêmes conditions d'hospitalisation que tout autre patient ; à ce titre, l'utili-

sation de la chambre d'isolement ne peut relever, comme pour les autres patients que d'une nécessité et d'une prescription médicales conformément aux recommandations établies par la Haute Autorité de Santé.

Il est recommandé que le patient détenu soit hospitalisé au sein de l'unité fermée dont tout établissement accueillant des personnes en soins sans consentement doit disposer.

L'UHSA, aménagée au CH Georges Daumezon à Fleury les Aubrais, fait partie des neuf premières UHSA créées. En terme de ressort territorial, elle intègre, outre les établissements pénitentiaires de la région Centre, la MA de Troyes et le CD de Villenauxe-la-Grande dans l'Aube, la MA de Nevers dans la Nièvre, la MA d'Auxerre et le CD de Joux-la Ville dans l'Yonne, soit huit établissements pénitentiaires supplémentaires, hors région, totalisant un effectif moyen d'environ 1 700 personnes.

La procédure d'admission en UHSA fait l'objet d'un protocole unique pour l'ensemble des UCSA et des SMPR de sa zone d'intervention.

• Suivre le dispositif des chambres sécurisées

L'aménagement de chambre(s) sécurisée(s) au sein des établissements de santé chargés des soins aux personnes détenues, alliant à la fois les exigences sanitaires, de sécurité, de garde statique, participe à l'évidence, à l'amélioration de l'accès aux soins.

Le travail régional de mise aux normes déjà engagé est à poursuivre.

Il tient compte à la fois des besoins en soins hospitaliers à couvrir, des restructurations hospitalières opérées, du programme immobilier pénitentiaire.

La construction du nouvel établissement pénitentiaire de 770 places à Saran (45) doit s'accompagner de l'équipement ad hoc en chambres sécurisées (5 chambres avec 1 sas unique) au CHR d'Orléans.

ETABLISSEMENT	NBR. DE CHAMBRE NÉCESSAIRE	NBR. DE CHAMBRE EXISTANTE	NBR. DE CHAMBRE CONFORME	COMMENTAIRES
CH Jacques Cœur Bourges	1	1	0	Modifications proposées par le CH en cours d'étude par la DAP
CH Louis Pasteur Chartres	1	1	0	Quelques points à modifier par CH à suivre
CH Châteaudun	2	1	0	Validation de existant / restructuration CH
CH Châteauroux	3	2 + 1	1	Aménagements à suivre
CHRU Trousseau Tours	1	2	2	Validation par la DISP de Paris
CH Blois	1	1	1	Validation par la DISP de Paris
CHR La Source Orléans	5 a/c de 2014	1	1	Création à suivre

• Organiser l'offre de services du CRIAVS.

La prise en charge des Auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) concerne à la fois les champs de la santé et de la justice et concentre des difficultés provenant à la fois du type d'actes commis, qui constituent des infrac-

tions pénales, et de la fréquence des troubles psychiques à l'origine de tels actes, ainsi, que d'une absence courante de demande de soins en dehors d'une obligation.

Au plan sanitaire, longtemps considérés comme incurables, les troubles graves de la personnalité sous-jacents à un grand nombre d'actes d'agressions sexuelles, font l'objet, suite aux travaux menés depuis une vingtaine d'années, d'une avancée possible thérapeutique.

La prise en charge psychiatrique des AICS nécessite une adaptation et une amélioration des soins en fonction du lieu de prise en charge, milieu libre et milieu pénitentiaire.

Les Centres de ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) contribuent à l'amélioration de la prise en charge des AICS ; ils constituent une offre de recours et d'appui et réalisent un dispositif complémentaire au dispositif de soins de "droit commun" pour un public dont la clinique est particulièrement difficile et complexe, peu connu des profession-

nels, encore trop souvent rejeté du champ traditionnel de la psychiatrie.

La région Centre bénéficie de la création d'un CRIAVS, géré par le CHRU de Tours et dont l'ouverture progressive s'est opérée à partir du printemps 2010.

Ses conditions de fonctionnement avec les huit UCSA, le SMPR et l'UHSA sont à formaliser par voie de convention, décrivant notamment les modalités opérationnelles de sollicitation en cas de demande de soutien et d'accompagnement pour une prise en charge de cas difficiles, d'interventions de formations, de mise à disposition de documentation, et pour impulser des actions de recherche et d'évaluation des pratiques.

L'amélioration du relai de suivi entre le milieu carcéral et le milieu ouvert, période cruciale et sensible, est un axe fort.

Les chiffres communiqués, fin 2010, par la DISP, permettent d'approcher le besoin régional :

NOMBRE D'AICS	CONDAMNÉS INCARCÉRÉS	CONDAMNÉS EN MILIEU OUVERT SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE	TOTAL CONDAMNÉS	PRÉVENUS	TOTAL PAR TERRITOIRE DE SANTÉ
Cher	10	NC	10	7	17
Eure-et-Loir	83	21	104	10	114
Indre	121	29	150	14	164
Indre-et-Loire	22	52	74	13	87
Loir-et-Cher	8	136	144	11	155
Loiret	6	55	61	18	79
Région	250	293	543	73	616

• Organiser les liens entre les UCSA et l'UHSA d'une part et l'UHSA d'autre part

L'organisation des liens entre les UCSA et l'UHSA de la Pitié Salpêtrière/EPSPF passe par l'organisation de rencontres pluridisciplinaires, notamment, pour favoriser le partenariat entre les personnels, la formalisation des modalités de recours, d'admission et de retour des patients ; l'implantation de l'UHSA dans une autre région administrative et dans une autre DISP est de nature à constituer une difficulté au développement d'un partenariat de qualité.

A l'inverse, la localisation de l'UHSA au sein de la même région administrative que les UCSA constitue une aide précieuse pour l'organisation des liens.

Des actions de communication ont déjà eu lieu, notamment, au cours de la dernière journée régionale UCSA - SMPR, avec une séance de présentation spécifique de l'UHSA.

Sont programmés, dès à présent :

- l'élaboration concertée d'une fiche d'admission standardisée,
- la réalisation d'un point d'information régulier, au moins annuel,
- l'étude de la possibilité d'échanges entre personnels de santé et personnels pénitentiaires pour sensibiliser

les uns et les autres aux règles de fonctionnement respectives.

• Veiller à la continuité des soins à l'issue de la détention

La rupture des soins tant somatiques que psychiatriques a des répercussions négatives pour la santé individuelle, au plan collectif dans certains domaines (maladies transmissibles, addictions, santé mentale) pour les conditions d'insertion, pour la prévention de la récidive.

Pour toutes ces raisons et compte tenu des efforts consentis pendant la détention pour assurer les soins nécessaires au regard des besoins, la continuité des soins à la sortie justifie d'être mieux prise en compte.

Le but poursuivi est de permettre à toute personne de bénéficier, à sa sortie de prison, d'une prise en charge adaptée à ses besoins avec l'élaboration d'une proposition concrète.

La mise en place, dans toutes les UCSA, de la consultation de sortie des personnes condamnées, prévue depuis fin 2009, est un élément majeur.

L'organisation des relais sanitaires et sociaux nécessite de disposer des coordonnées de l'ensemble des dispositifs de soins y compris les dispositifs spécifiques pour les publics en situation de précarité et du recensement départemental, voire régional, des structures d'accueil et

d'hébergement pouvant être mobilisées pour accueillir des personnes sortant de prison.

Le partenariat avec le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) est à actualiser au regard de l'évolution de ses missions et nécessite d'être formalisé.

Améliorer l'efficacité

- **Développer les systèmes d'information et les réseaux informatiques**

L'informatisation de 100 % des UCSA est attendue à échéance de fin 2011, notamment, pour disposer du dossier médical unique informatisé.

Les aspects techniques ont fait l'objet de plusieurs séances de travail avec les différentes structures et en partenariat avec la DISP.

La diffusion d'un guide de déploiement des principales fonctionnalités à développer par le niveau national est prévue fin septembre 2011.

Cette action est à rapprocher de la suivante.

- **Promouvoir la télé-médecine**

La télé-médecine constitue un facteur d'amélioration de la politique de santé en faveur des personnes détenues.

Elle facilite l'accès à certaines spécialités particulièrement difficiles à faire intervenir au sein des établissements pénitentiaires, permet une meilleure coordination, contribue à rompre l'isolement des praticiens exerçant au sein des UCSA.

Sa mise en œuvre est une priorité régionale. A ce titre, le déploiement du dispositif pour l'ensemble des structures de soins s'inscrit dans le programme régional de télé-médecine.

La téléconsultation est l'acte de télé-médecine à privilégier dans un 1^{er} temps et pour des consultations de spécialités; il importe que le choix de ces spécialités résulte d'une approche plurifactorielle intégrant, outre l'évaluation plus précise des besoins selon les spécificités de chaque site, le niveau de faisabilité, d'acceptabilité de tous les partenaires concernés par la démarche.

L'impact de cette nouvelle forme de pratique médicale sur le nombre d'extractions, dont la gestion pose régulièrement de sérieuses difficultés, est une donnée à suivre.

Pour mémoire, les données à recueillir relatives aux extractions figurent dans le rapport annuel d'activité standardisé ; elles détaillent le nombre d'extractions selon différents critères, que sont l'urgence et la programmation, la demande et la réalisation, la consultation et l'hospitalisation.

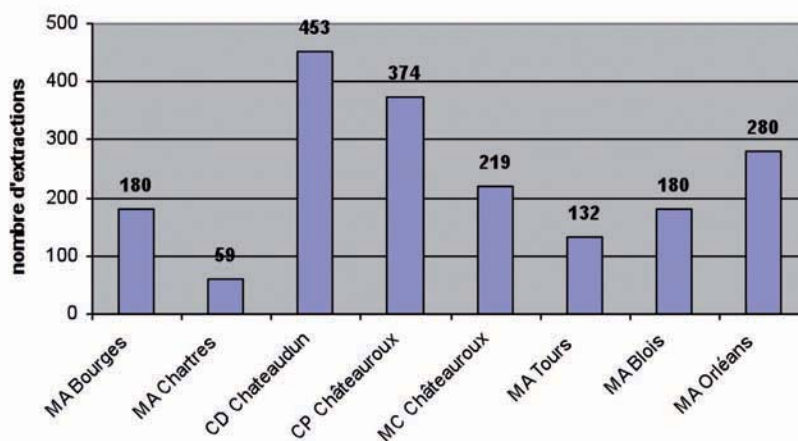
En 2010, le nombre régional d'extractions programmées réalisées est de 1 682, contre 1 607 en 2008 et 1 619 en 2009.

Les consultations et examens représentent 90 % de ces extractions programmées réalisées.

En 2009, le taux régional de non réalisation des extractions programmées demandées est de 14,4 %

Le nombre d'extractions programmées réalisées par site constitue une des caractéristiques à prendre en compte pour concevoir la construction du programme régional (données 2010) :

Nombre d'extractions programmées en 2010 par site



- **Mettre en place un plan de formation adapté pour les intervenants en milieu pénitentiaire**

Si la "sensibilisation" des professionnels de santé au cours de leur formation initiale relève du niveau national,

l'ouverture de terrains de stages au sein des UCSA peut s'appréhender au plan régional.

Dans l'attente de l'élaboration des outils nationaux pour les formations d'adaptation à l'emploi, les formations continues, l'évaluation des pratiques professionnelles,

la préparation et l'information, au mieux à partir de supports écrits, de tout nouveau soignant prenant ses fonctions restent la règle ; les pratiques existantes en la matière sont à mutualiser.

Des temps de formations communs entre les personnels de santé et les personnels pénitentiaires sont à privilégier.

- **Garantir la confidentialité des échanges patients/soignants**

La garantie de confidentialité des échanges patients/soignants concerne tout à la fois l'UCSA et l'hôpital.

Elle met en cause la question de la présence de personnel pénitentiaire au cours de certaines consultations, se heurte dans certaines situations à la problématique de la sécurité dont celle des soignants.

Elle nécessite que les règles existantes soient mieux connues et, in fine, respectées.

- **Garantir la sécurité de l'équipe soignante dans les UCSA et au SMPR**

L'attractivité pour exercer en milieu pénitentiaire pour les professionnels de santé implique que leur sécurité soit assurée.

Cette garantie nécessite, notamment, que :

- ces personnels soient dotés, selon les cas, de système de Protection du travailleur isolé (PTI),
- le personnel pénitentiaire de surveillance soit affecté en nombre suffisant pour un déroulement serein des consultations en fonction du volume de ces dernières.

En articulation avec les schémas régionaux de prévention et médico-social.

- **Mettre en place une offre globale et coordonnée des soins en addictologie**

Outre le dépistage et le diagnostic, la prise en charge globale intègre un projet de soins dans lequel sont coordonnés le suivi du sevrage, le suivi psychologique, la prescription et le suivi des traitements de substitution, la prise en charge des co-morbidités somatiques et psychiatriques ;

Un "bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac" est intégré à la visite médicale d'entrée obligatoirement proposée.

Ce bilan addictologique systématique pour chaque entrant est à réaliser à l'aide du questionnaire de repérage des conduites addictives diffusé fin 2010 ; l'utilisation d'un outil identique par l'ensemble des UCSA est de nature à favoriser la conduite de travaux régionaux.

L'amélioration du fonctionnement du dispositif passe par

- la nomination d'un personnel de l'UCSA en qualité de coordinateur,
- la rédaction d'un protocole organisationnel local,

- la désignation d'un CSAPA de référence pour chaque établissement pénitentiaire, non seulement pour garantir l'adéquation des prises en charge mais aussi pour établir le lien entre les interlocuteurs potentiels d'un suivi à la sortie.

- **Poursuivre la politique de prévention du suicide**

Les mesures de prévention du suicide actuellement mises en place, notamment celles du plan d'actions 2009 de la Garde des Sceaux du fait de l'engagement très important de la DISP de Dijon, portent sur :

- la formation de l'ensemble des intervenants, en priorisant les zones de détention sensibles (quartier disciplinaire, quartier arrivants, quartier d'isolement, SMPR ...),
- la détection du risque de suicide,
- la protection des personnes en crise suicidaire détectée,
- les échanges pluridisciplinaires,
- l'analyse des cas de suicide.

Les professionnels de santé participent au volet "prévention du suicide" des Commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) sur communication préalable de l'ordre du jour.

En dépit de la stagnation enregistrée du nombre de suicides, la sensibilisation, la formation, la mobilisation de tous les intervenants au titre de la prévention du suicide doivent rester une priorité.

- **Développer l'éducation à la santé**

Les actions d'éducation et de promotion de la santé existent en milieu pénitentiaire et les acteurs intervenants y sont multiples. Outre les personnels de l'UCSA et de l'établissement pénitentiaire, d'autres professionnels et de nombreuses associations interviennent dans ce milieu. C'est à l'UCSA que revient de coordonner cette activité.

Un comité de pilotage "présidé" par un personnel de l'UCSA composé des différents intervenants dont l'administration pénitentiaire est à constituer au sein de chaque site.

Des règles communes de fonctionnement entre UCSA/SPIP/opérateurs en promotion de la santé sont à établir.

Un référentiel d'intervention en éducation et promotion pour la santé en milieu pénitentiaire est en cours d'élaboration par le niveau national pour une mise à disposition des acteurs de proximité d'ici fin 2011.

Au sein de la région, le comité de pilotage existe dans 3 des 8 UCSA (données 2010), soit 37,5 % des sites.

- **Rendre accessible les programmes de dépistage organisé des cancers.**

Ces programmes se heurtent aux multiples contraintes du contexte carcéral.

Parmi les différents dépistages actuellement en cours dans la population générale, ceux du cancer colorectal et du col de l'utérus pourraient être retenus en priorité dans le cadre du plan régional de montée en charge des dépistages.

Le dépistage du cancer colorectal concerne la population de 50 à 74 ans.

En milieu pénitentiaire, il ne semble faisable qu'en étalement pour peines : cellule individuelle, durée d'incarcération plus longue, population plus âgée.

Dans cette hypothèse, ce sont de 200 à 300 hommes détenus qui seraient concernés par ce dépistage dans les trois sites à cibler que sont :

- le CD de Châteaudun,
- le quartier centre de détention du CP de Châteauroux,
- la MC de Saint Maur.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus concerne les femmes de 25 à 60 ans.

En milieu pénitentiaire, sa réalisation se heurte au manque de personnels et de locaux adaptés.

Pour autant, à partir des deux sites de détention pour femmes (MA de Bourges et MA d'Orléans), ce sont de 20 à 30 femmes qui seraient concernées par ce dépistage.

En tout état de cause, la montée en charge des dépistages doit organiser en parallèle le soutien et l'accompagnement des personnes en cas de résultats positifs, par les personnels soignants et en lien avec les associations.

Les recommandations par établissement

- CH Jacques Cœur à Bourges : achever la conformité de la chambre sécurisée,
- CH George Sand à Bourges: mettre en place une activité de CATTP au sein de la MA,
- CH de Chartres
 - assurer l'effectivité de la présence médicale pour les soins somatiques à la MA,
 - mettre en conformité la chambre sécurisée,
- CH de Châteaudun
 - réaliser la liaison informatique avec l'établissement de santé mentale à l'UCSA,
 - améliorer la programmation des différentes interventions au sein de l'UCSA,
 - développer la téléconsultation,
 - mettre en conformité la chambre sécurisée,

- CH Henri Ey à Bonneval
 - mettre en place une activité de CATTP au sein au CD,
 - doubler à minima la présence de psychiatre au CD,
- CH de Châteauroux : mettre en place une activité de CATTP au sein de la MC,
- CHRU de Tours
 - assurer la montée en charge du CRIAVS,
 - mettre en place une activité de CATTP au sein de la MA,
- CH de Blois
 - augmenter le temps médical pour soins somatiques pour faire face à l'augmentation de la fréquentation de la MA,
 - assurer la présence effective de psychiatre à la MA,
- CHR d'Orléans
 - répondre aux besoins en ophtalmologie,
 - créer les chambres sécurisées nécessaires,
- CH Georges Daumezon à Fleury les Aubrais
 - constituer un véritable pôle de psychiatrie pénitentiaire avec la poursuite de la mise en œuvre de l'UHSA et la création du SMPR.

3.7.3 Évaluation

Indicateurs de suivi

- taux de recours aux urgences hospitalières (nombre de passages pour 100 détenus),
- taux de CPU avec la participation de l'UCSA,
- taux de demande de consultation de sortie de la part des condamnés,
- taux de réalisation de ces consultations de sortie,
- taux d'informatisation des UCSA,
- taux d'UCSA avec DMUI,
- nombre de programmes d'éducation à la santé et thématiques,
- taux d'extractions en urgence,
- taux d'extractions programmées,
- nombre de participants aux formations pluridisciplinaires,
- nombre d'admissions en soins psychiatriques sur décision du préfet (ex HO D.398) en service de psychiatrie,
- nombre d'admissions à l'UHSA originaires des établissements pénitentiaires de la région Centre.

IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

SOINS AUX PERSONNES DETENUES

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- Conforter les soins somatiques
- Développer une offre de soins graduée et lisible en psychiatrie
- Poursuivre la mise aux normes des chambres sécurisées
- Développer les systèmes d'information et promouvoir la télémédecine

RÉPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES/SECTEURS INFRA-TERRITORIAUX	UCSA/ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE	SMPR/ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE	UHSA/ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE	CHAMBRES SÉCURISÉES/CH	COMMENTAIRES
CHER (18)	1			1	
Bourges	1			1	
EURE-ET-LOIR (28)	1			3	
Chartres	0			1	Fermeture de la MA de Chartres en 2014
Châteaudun	1			2	
INDRE (36)	1	0		3	
Châteauroux	1	0		3	Transfert du SMPR sur le site de Saran
Saint-Maur	1				
INDRE-ET-LOIRE (37)	1			1	
Tours	1			1	
LOIR-ET-CHER (41)	1			1	
Blois	1			1	
LOIRET (45)	1	1	1	5	
Orléans	1	1	1	5	Transfert de la MA d'Orléans à Saran en 2014 et transfert du SMPR

UCSA : Unité de consultation en soins ambulatoire
 SMPR : Service médico-psychologique régional
 UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée
 MA : Maison d'arrêt

LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

3.8.1 Le contexte

L'obésité est une **affection chronique**, multifactorielle, associée à une morbidité accrue. La mortalité associée à l'obésité sévère (IMC ≥ 35 kg/m²) ou à l'obésité modérée avec deux facteurs de risque est multipliée par un facteur de trois à cinq. En la circonstance, l'enjeu est de maintenir la cohérence d'un traitement évolutif et durable.

La personne obèse peut recourir au système de soins dans deux circonstances :

1- Celle d'une pathologie intercurrente non spécifiquement liée à l'obésité : l'enjeu est alors de garantir à ces patients des conditions optimales d'accueil, d'hébergement, de qualité et de sécurité des soins identiques à celles offertes aux non obèses.

2- Celle d'une prise en charge spécifique de l'obésité et de ses complications, en particulier pour les obésités massives qui représentent environ 1% de la population générale : l'enjeu est alors d'offrir une prise en charge spécifique, multidisciplinaire et intégrée de façon cohérente dans le parcours de soins des personnes souffrant d'obésité morbide ou multi-compiquée. Chez les adultes, selon l'Etude "ObEpi-Roche 2009", **la région Centre présente une prévalence de l'obésité supérieure à la moyenne nationale (14,5 %) avec un taux de 17,7 %.**

Le Programme national nutrition santé 2011-2015 (PNNS) traite de la nutrition qui intègre l'alimentation et l'activité physique comme déterminant de la santé.

Le Plan Obésité (PO) 2010-2013 s'articule et complète le PNNS par l'organisation du dépistage, de la prise en charge des patients et du suivi. Il se déroule selon quatre axes :

- améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et chez l'adulte,
- mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique,
- prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations,
- investir dans la recherche.

Le présent volet du SROS s'inscrit plus particulièrement dans l'axe n°1 du plan dont l'ambition est de mettre en place une organisation des soins lisible, accessible à tous afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins et de conforter la cohérence de la gradation des soins du médecin traitant au spécialiste, à l'accueil en établissement de santé, y compris les soins de suite et de réadaptation.

Au sein de cet axe, quatre mesures sont à mettre en œuvre au niveau régional et relèvent de ce volet du SROS-PRS :

- mesure 1-2 : structurer l'offre spécialisée au niveau régional et infra-régional,

- mesure 1-5 : développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité,
- mesure 1-6 : améliorer l'accueil en Soins de suite et de réadaptation (SSR),
- mesure 1-7 : assurer le transport sanitaire bariatrique.

3.8.2 Les objectifs 2012-2016

Optimiser l'organisation d'une offre de soins plus accessible et plus lisible pour les patients et les professionnels

Il s'agit d'identifier des **centres spécialisés** pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation de la filière de soins. Ces centres ont pour mission de prendre en charge l'obésité sévère et de promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire d'une part, de contribuer à organiser la filière régionale, de rendre l'offre plus lisible pour les patients et de les professionnels et de faciliter la diffusion des compétences sur le territoire d'autre part. Ils doivent respecter un cahier des charges national.

Deux centres spécialisés seront identifiés en région Centre d'ici la fin de l'année 2011.

Organiser la filière de soins en lien avec les acteurs des territoires (professionnels libéraux, hospitaliers et médico-sociaux) et renforcer le déploiement des réseaux "obésité"

Il s'agit d'établir un diagnostic territorial des besoins à partir d'un cahier des charges national afin de structurer la coordination territoriale de la prise en charge de l'obésité à échéance 2012-2013.

Améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation

Cet objectif renvoie au volet "soins de suite et de réadaptation" du présent SROS et plus particulièrement au paragraphe consacré à la prise en charge spécialisée des affections digestives, métaboliques et endocriniennes.

Un service de soins de suite et de réadaptation spécialisé dans l'accueil des patients obèses sévères en lien avec les centres spécialisés sera identifié en région Centre, en lien avec les centres spécialisés.

Assurer le transport sanitaire bariatrique

Cet objectif est également repris dans le volet "médecine d'urgence" du présent SROS dans sa partie consacrée aux transports terrestres.

Il devrait être mis en œuvre à échéance 2012-2013.

Articulation avec les autres schémas

La filière de soins doit s'appuyer sur les acteurs de la prévention dans le cadre du schéma régional de prévention ainsi que sur le schéma régional d'organisation des soins volet ambulatoire.

Certaines mesures du Plan "Obésité" :

- sont à mettre en œuvre dans les autres schémas en articulation avec ce volet du SROS :
- la mesure 1-1 (faciliter une prise en charge de premier recours adaptée par le médecin traitant) concerne le volet ambulatoire du SROS,
- la mesure 1-4 (reconnaître des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité en s'appuyant sur un référentiel de compétences intégrant la dimension psychologique, diététique et d'activité physique) est relayée dans le schéma de prévention (axe relatif à l'éducation thérapeutique) : il s'agit de développer des programmes d'éducation thérapeutique avec des équipes spécialisées dans le domaine de

l'obésité avec une dimension psychologique, diététique et d'activité physique adaptée dans les deux centres spécialisés,

- ou concernent des publics spécifiques faisant l'objet d'une attention particulière dans d'autres parties du PRS (schémas ou programmes) : peuvent ainsi être plus particulièrement signalées les mesures suivantes :
- la mesure 1-3 : promouvoir le dépistage précoce chez l'enfant et en assurer l'aval,
- la mesure 3-1 : mettre en place des actions aux bénéfices des groupes en situation de vulnérabilité sociale et économique,
- la mesure 3-2 : organiser l'offre de soin pour les personnes atteintes d'obésité associée aux maladies rares et pour les personnes atteintes de handicap mental et aider les familles,
- la mesure 3-3 : lutter contre les discriminations dans le système de soins.

3.9

LES MALADIES CHRONIQUES

3.9.1 Le contexte

Les maladies chroniques sont définies par la présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive, et une ancienneté de plusieurs mois. Leur retentissement sur la vie quotidienne peut être considérable.

Le Haut conseil de la santé publique définit la maladie chronique comme :

- un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer,
- ayant une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle,
- et un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - une limitation fonctionnelle des activités notamment professionnelles ou de la participation sociale,
 - un recours indispensable à un médicament, une alimentation adaptée, une technologie médicale, un appareillage ou une assistance personnelle,
 - ou la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Elles comprennent²⁰ :

- des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardiovasculaires, le cancer, la maladie de Parkinson, l'obésité, le diabète, la sclérose en plaques ...
- des maladies rares comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies...
- des maladies transmissibles persistantes comme le sida ou l'hépatite C...
- enfin, des troubles mentaux de longue durée, ou encore la douleur chronique, ou les conséquences de certains actes chirurgicaux comme les stomies.

En France, selon le Haut conseil de la santé publique, 15 millions de personnes seraient atteintes de maladies chroniques et 9,4 millions de personnes disposent d'une prise en charge en Affection de longue durée (ALD). Ces estimations permettent de considérer que près de 500 000 malades chroniques vivent en région Centre.

Considérant le poids qu'elles représentent en région, et leurs perspectives d'évolution inhérentes au vieillissement de la population, le Plan stratégique régional de santé a rappelé l'enjeu que représente la prise en charge des maladies chroniques en région Centre en l'identifiant comme un domaine d'action prioritaire pour les cinq années à venir.

20 - Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques - Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

Ces maladies sont souvent longues, évolutives, régulièrement associées à une invalidité, et donc à un handicap potentiel, et à la menace de complications graves. Le parcours des malades chroniques est souvent jalonné d'épisodes de sévérité ou d'intensité variable.

Considérant ces éléments, la prise en charge des maladies chroniques doit être réfléchie et organisée de manière globale et transversale entre les acteurs du soin et de l'accompagnement social et médico-social. Elle doit prendre en compte la notion de qualité de vie du malade et de son entourage.

3.9.2 Les objectifs 2012-2016

Le Plan stratégique régional de santé a fixé trois objectifs généraux pour l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques :

- soutenir la personne dans son projet de vie,
- limiter les complications de la maladie,
- prévenir et dépister.

Le présent volet du SROS s'attache à définir les grands principes guidant l'organisation d'une prise en charge satisfaisante des malades chroniques, et prenant en compte toutes les dimensions du soin et de l'accompagnement.

Partant du constat que les malades chroniques sont confrontés à des difficultés semblables, ces principes d'organisation sont ici définis de manière globale, indépendamment de la pathologie en cause.

Organiser l'offre de prise en charge de manière graduée

L'organisation de la prise en charge des maladies chroniques repose sur la définition de plusieurs niveaux de recours, traduisant eux-mêmes différents degrés de proximité et de spécialisation.

Ainsi, un premier niveau de prise en charge doit être organisé en proximité. Cette **offre de proximité** repose principalement sur l'organisation des soins de premier recours définis par le schéma ambulatoire du présent SROS. En référence aux dispositions de la Loi HPST du 21 juillet 2009, cet accès de premier recours et la prise en charge continue des malades "sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité".

Les soins visés par l'offre de premier recours sont :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- l'éducation pour la santé.

Le développement de l'éducation thérapeutique au bénéfice du patient ou de son entourage fait partie intégrante de ce niveau de proximité. Inscrite dans une démarche de prévention tertiaire, l'éducation thérapeutique participe à l'amélioration de la qualité de vie du malade et à la prévention des complications. Il revient au schéma régional de prévention de définir les modalités de son développement dans l'objectif d'offrir un maillage territorial satisfaisant.

De nombreux acteurs, médicaux et non médicaux, acteurs du champ sanitaire, social ou médico-social, composent ce premier niveau de prise en charge et de suivi : professionnels libéraux, réseaux de santé, établissements et services médico-sociaux, hôpitaux de proximité (ex hôpitaux locaux), services d'hospitalisation à domicile, etc.

Parmi ces acteurs, le médecin traitant (médecin généraliste) joue un rôle central en termes de suivi organisé et de repérage/dépistage de possibles complications ou évolutions de la maladie. L'article L4130-1 du code de la santé publique définit le rôle du médecin généraliste de premier recours :

- contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé : cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux,
- orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social,
- s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients,
- veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient,
- s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé,
- contribuer aux actions de prévention et de dépistage,
- participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1,
- contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Le second niveau de prise en charge se concentre sur les soins hospitaliers et les différents plateaux techniques, davantage spécialisés, et susceptibles de répondre aux différents épisodes de la maladie : une crise aiguë, la nécessité d'un bilan, de soins spécialisés, ou de rééducation/réadaptation.

Les établissements de santé, publics ou privés, sont aussi concernés par la mise en œuvre de plusieurs missions de service public dont "des actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination, la lutte contre l'exclusion sociale, la formation des professionnels ou des actions de santé publique"²¹.

21 - Article L6112-1 et suivants du code de la santé publique

Au sein de l'offre hospitalière, les services de soins de suite et de réadaptation jouent un rôle particulier dans la prévention ou la réduction des conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Les différentes spécialisations existantes et implantées dans les territoires de santé de la région permettent d'apporter une réponse ciblée en fonction du public et de l'affection correspondante.

Le troisième niveau de prise en charge représente le degré le plus élevé de spécialisation. Il s'agit d'un niveau de référence, souvent organisé à un niveau régional, voire interrégional ou national selon la fréquence de la maladie concernée (exemple : maladies rares).

Améliorer la coordination des acteurs de la prise en charge

La coordination des professionnels impliqués dans la prise en charge d'un malade chronique est un facteur de réussite du parcours de soins et du maintien à domicile du patient. Elle garantit une bonne orientation dans le système de soins ou médico-social, et peut souvent permettre d'éviter un recours inadéquat aux urgences.

Cet objectif passe tout d'abord par une bonne connaissance et lisibilité de l'offre existante, portant notamment sur la répartition territoriale des ressources, ainsi que sur le rôle et les responsabilités réciproques des acteurs de la prise en charge.

Afin d'améliorer cette lisibilité, **le portail internet Santé Région Centre sera élargi à tout le champ des maladies chroniques**, et permettra de recenser par territoire de santé les offres de prise en charge et d'accompagnement existantes.

La coordination des acteurs est aussi le gage d'une approche pluridisciplinaire permettant à un ensemble de professionnels de partager l'analyse d'une situation individuelle.

Plusieurs modalités d'intervention ou d'exercice peuvent faciliter la coordination entre les acteurs :

- **les réseaux ville/hôpital** : le volet ambulatoire du présent schéma encourage le regroupement de réseaux monothématiques vers des réseaux plurithématiques de proximité ; la forme de "maison des réseaux" sera initié à cet effet,
- **les équipes mobiles spécialisées** (gériatrie, psychiatrie, soins palliatifs, etc) destinées à améliorer l'accès à des soins spécialisés,
- **les regroupements de professionnels** de proximité sous la forme de maison de santé pluridisciplinaire, pôles de santé ou centres de santé,

- **le développement et l'utilisation des systèmes d'information en santé** comme le Dossier médical personnel (DMP), les outils de télémédecine (télésurveillance, téléconsultation, télé-expertise, téléassistance médicale), ou encore les messageries sécurisées.

Reconnaitre la place des associations de malades et d'usagers

Les associations de malades et d'usagers jouent un rôle important auprès des patients et de leur entourage.

Qu'elles soient à thématique générale ou spécialisée, les associations interviennent pour l'information et le soutien des patients et de leur entourage, de même dans la prévention et le dépistage.

Plus particulièrement, un décret du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient a reconnu le rôle des associations de patients dans les activités d'éducation thérapeutique : "Les programmes d'éducation thérapeutique du patient mentionnés aux articles L.1161-2 à L.1161-4 sont coordonnés par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'article L.1114-1".

Les établissements et les réseaux territoriaux mettent à la disposition des patients les coordonnées de ces associations, favorisent leur permanence dans leurs locaux et les sollicitent chaque fois que nécessaire pour améliorer la prise en charge des patients.

3.9.3 La transversalité de la prise en charge des maladies chroniques

Les dispositions prévues au sein de l'offre de soins hospitalière

Les principes généraux de l'organisation de l'offre ont vocation à s'appliquer aux différentes filières et réseaux de soins spécialisés. Ainsi, les autres volets du présent SROS consacrés à la prise en charge d'une maladie chronique spécifique (insuffisance rénale chronique, cancers, douleur, pathologie du vieillissement, accidents vasculaires cérébraux, etc) reprennent ces principes.

L'organisation prévue par les différents volets relatifs aux activités de médecine, d'hospitalisation à domicile, de soins de suite et de réadaptation, des unités de soins de longue durée, décrite dans le présent schéma, est essentielle à une prise en charge de qualité des malades chroniques.

Des organisations plus spécifiques ont été mises en place pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, des personnes âgées et de la filière Alzheimer, de la douleur ainsi que pour le traitement du cancer, la prise en charge des soins palliatifs, les accidents vasculaires cérébraux, l'addictologie, le surpoids et l'obésité.

Les dispositions prévues au sein de l'offre ambulatoire

Sur ce champ, particulièrement exposé au déficit d'accès aux soins pour les malades chroniques sur certains territoires (démographie médicale, isolement géographique et social des populations), les préconisations portent prioritairement sur une structuration rigoureuse de la coordination des soins, notamment via les réseaux de soins.

C'est pourquoi doit être mise en place, dans chaque territoire de santé, une maison des réseaux chargée d'organiser et de coordonner l'activité de l'ensemble des réseaux du territoire. Par ailleurs, chaque malade chronique devra disposer d'un plan personnalisé de soins. Enfin, il est préconisé de maintenir l'accès à des soins de qualité dans les zones géographiques les plus fragiles par la reconnaissance et la qualification de professionnels de santé paramédicaux (réalisation d'explorations fonctionnelles respiratoires par des kinésithérapeutes pour les bronchitiques chroniques, amélioration de la couverture géographique par des podologues agréés par l'Assurance Maladie pour les diabétiques, développement de la télé-expertise à domicile via les infirmières libérales dans le cadre de la prise en charge des plaies chroniques).

Les dispositions prévues au sein du schéma de l'organisation médico-sociale

Les actions portées par le schéma d'organisation médico-sociale contribuent à l'amélioration des prises en charge du malade chronique dans le cadre d'une compensation d'un potentiel handicap ou d'une perte d'autonomie.

L'offre visée par ce schéma régional participe au maintien du malade chronique dans son lieu de vie habituel et dans son environnement social.

Par ailleurs, il vise à améliorer la délivrance d'informations relatives au maintien dans l'emploi (en lien avec le plan régional d'insertion des travailleurs handicapés), le soutien des aidants proches (recherche de solutions de répit), le renforcement des coordinations territoriales

et des coopérations avec les acteurs de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière (développement de la télé-expertise dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes au bénéfice des résidents des EHPAD mais aussi, au bénéfice des populations locales et des professionnels de santé de premier recours).

Les dispositions prévues au sein du schéma de prévention

La prévention vise à empêcher la survenue ou l'aggravation d'une maladie par son action sur les déterminants de santé (activité physique, nutrition, lutte contre les facteurs de risque tels que le tabac et l'alcool,...), la réalisation de dépistages (maladies infectieuses, maladies métaboliques, cancers...), le développement de l'éducation thérapeutique du patient.

Plusieurs actions sont inscrites dans le schéma de prévention telles que l'amélioration de l'information des patients, le développement de l'éducation pour la santé (mise en œuvre des préconisations du plan national nutrition santé et intensification de la lutte contre les addictions avec ou sans substance), le renforcement des dépistages (troubles nutritionnels, diabète, cancers et maladies cardio-neuro-vasculaires) notamment en direction des populations les plus isolées ou de populations à risque (jeunes, femmes enceintes, population carcérale,...), le développement d'une éducation thérapeutique du patient contribuant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, le renforcement des coordinations régionales permettant de structurer la politique de santé (nutrition, environnement, éducation thérapeutique...).

4. Les missions de service public

L'article L1434-9 du Code de la santé publique prévoit que le **SROS fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé, les missions de service public** définies à l'article L.6112-1 du CSP, et pouvant être assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L.6112-2.

Tout établissement de santé ou autres personnes prévues par le Code de santé publique peuvent exercer une ou plusieurs missions de service public.

Il est nécessaire de distinguer deux catégories de missions de service public :

- **les missions de service public faisant l'objet d'une autorisation d'activité de soins ou d'une procédure d'attribution par ailleurs :**

- la recherche,
- le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers,
- la formation initiale et le développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences,
- les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination,
- les actions de santé publique,
- les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaire de sûreté,
- l'aide médicale urgente,
- l'enseignement universitaire et post-universitaire.

- **les missions de service public devant faire l'objet d'une procédure de reconnaissance spécifique par l'ARS dans le cadre du présent schéma :**

- la permanence des soins en établissements de santé,
- les soins palliatifs,
- la lutte contre l'exclusion sociale,
- la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement,
- les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, et si nécessaire en milieu hospitalier,
- les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres de rétention administrative.

Cette reconnaissance se formalise par l'inscription au Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) passé entre l'ARS et l'établissement ou la personne concernée.

Cette inscription peut s'envisager à l'issue de deux scénarii :

- soit le SROS constate une couverture satisfaisante des besoins en implantations par territoire de santé : la reconnaissance intervient alors par inscription au CPOM de l'établissement concerné, postérieurement à la publication du SROS,
- soit le SROS fait état d'insuffisances dans la couverture territoriale du besoin, auquel cas l'ARS effectue un appel à candidature (procédure de publicité). Si celui-ci s'avère infructueux, l'ARS peut décider d'autorité de confier une mission à un établissement sur un territoire déficitaire.

Le présent SROS dresse donc l'inventaire des établissements assurant les différentes missions de service public définies par le code de la santé publique. La couverture du besoin s'analyse quantitativement, en implantation, soit au niveau régional soit par territoire de santé.

Les conditions de fonctionnement et de mise en œuvre, ainsi que le contrôle des obligations inhérentes à la mission de service public (article L6112-3 du CSP), sont inscrites et vérifiées à l'occasion de la négociation et de l'évaluation du CPOM liant l'ARS et l'établissement concerné. La couverture territoriale du besoin peut donc être reconsidérée au cours du présent schéma dans l'hypothèse où un opérateur, détenteur d'une mission de service public, ne l'assurerait pas de manière satisfaisante.

La reconnaissance d'une mission de service public ne fait pas l'objet d'une compensation financière systématique. Lorsque c'est le cas, le CPOM passé entre l'ARS et l'établissement précise les modalités de cette potentielle compensation, ainsi que les obligations auxquelles sont assujetties toutes personnes assurant ou contribuant à la mission.

LES MISSIONS FAISANT L'OBJET D'UNE PROCÉDURE D'ATTRIBUTION OU D'AUTORISATION PAR AILLEURS

4.1.1 La recherche

La mission de recherche consiste, dans le respect notamment des dispositions des articles L.1121-1 et suivants du code de la santé publique, 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.

La définition des besoins de recherche est réalisée au niveau national voire européen et international. Les articles L.6142-1 et suivants du Code de la santé publique définissent à cet égard la mission et le rôle spécifiques des centres hospitaliers et universitaires. **En région Centre, cette mission est donc assurée par le CHRU de TOURS (territoire d'INDRE-ET-LOIRE).**

Dans le cadre de la coopération des Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (HUGO) et du cancérpôle Grand Ouest, le CHR d'ORLEANS assure également des missions de recherche par convention de coopération.

Le CHR d'ORLEANS et le CHRU de TOURS sont également membres du Pôle de recherche et d'enseignement supérieur (PRES Centre Val de Loire Université) qui regroupe également deux universités et quatre écoles d'enseignement supérieur.

4.1.2 Le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers

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, à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville.

Tous les établissements de santé, publics ou privés, ont l'obligation de mettre en place le DPC. Le besoin peut donc être considéré comme potentiellement couvert. Toutefois, il faut noter que l'obligation de mettre en œuvre le DPC prend effet 18 mois après la publication des décrets correspondants.

4.1.3 La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence

• La formation initiale des sages femmes et personnel paramédical

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. Cette formation est toujours sanctionnée par un diplôme.

Les sages femmes font partie des professions médicales. L'école régionale de sages femmes est rattachée d'une part à l'UFR de Médecine, qui délivre le diplôme d'Etat et d'autre part à l'Institut de formation des professions de santé du CHRU de TOURS. Le numerus clausus est de 30 étudiants et 2 étudiants à titre étranger (+ 8 %).

La Première Année Commune aux études de Santé (PACES) ou première année d'études des filières conduisant aux quatre professions médicales (Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie) permet d'établir des passerelles entre ces quatre professions

En région Centre, 45 Instituts de formation et trois lycées professionnels accueillent sur 20 sites, 2 549 étudiants en première année des formations sanitaires. Les contingents les plus importants concernent les IDE (1 137 étudiants répartis dans 13 instituts), les aides soignantes (877 élèves répartis dans 16 instituts et trois lycées).

Les quotas d'étudiants sont réexaminés chaque année. Ils seront revus en concertation avec le Conseil régional, à l'occasion du renouvellement des autorisations des instituts de formation. Il en sera de même pour la capacité des écoles.

L'ouverture d'une formation en ergothérapie pour la rentrée 2012 sera vraisemblablement actée. En ce qui concerne les psychomotriciens, où les besoins ne sont pas couverts (il n'existe que six instituts de formation en France) et qui sont amplifiés par la mise en place du Plan Alzheimer, un appel à projet sera lancé.

Enfin, le développement des formations initiales s'inscrit dans le Contrat de plan régional des formations établi entre l'Etat et la Région.

• Le développement professionnel continu

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.

L'offre en DPC est égale aux programmes de DPC qui sont définis au regard des axes prioritaires inscrits par arrêté, et potentiellement, au regard des orientations régionales particulières en lien avec le PRS.

Tous les établissements de santé, publics ou privés, ont l'obligation de mettre en place le DPC. Le besoin peut donc être considéré comme potentiellement couvert. Toutefois, il faut noter que l'obligation de mettre en œuvre le DPC prend effet 18 mois après la publication des décrets correspondants.

4.1.4 Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination

Cette mission a vocation à être assumée par l'ensemble des établissements de santé et constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1 du Code de santé publique.

Les actions mises en œuvre par les établissements de santé dans ce cadre devront s'inscrire en cohérence avec le schéma régional de prévention 2012-2016 qui demeure le document de référence pour la définition et la mise en œuvre des objectifs prioritaires dans ce domaine.

4.1.5 Les actions de santé publique

Cette mission, qui constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1 du CSP, fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé.

Les actions mises en œuvre par les établissements de santé dans ce cadre devront s'inscrire en cohérence avec le schéma régional de prévention 2012-2016 qui demeure le document de référence pour la définition et la mise en œuvre des objectifs prioritaires dans ce domaine.

4.1.6 Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-medico-judiciaires de sureté, assurés par des établissements désignés directement par le gouvernement

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sureté est exercée dans le respect des dispositions des articles L.706-53-13 et suivants du Code de procédure pénale.

Dans les faits, il n'existe actuellement qu'un seul centre expérimental situé à Fresnes, dont l'évaluation est prévue après cinq ans de fonctionnement. **Cette mission de service public ne peut donc pas faire l'objet d'une attribution dans le cadre du présent SROS.**

4.1.7 L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés

La mission d'aide médicale urgente est exercée dans le respect de l'article L.6311-2 et des articles R.6311 et suivants du CSP. Cette mission fait l'objet d'une procédure d'autorisation d'activité de soins, et est donc développée dans le volet "médecine d'urgence" correspondant du présent SROS.

Le ressort géographique de cette mission est le territoire de santé.

Compte tenu de la présence d'un service d'aide médicale urgente sur chaque territoire de santé de la région, **le besoin est considéré comme couvert.**

4.1.8 L'enseignement universitaire et post-universitaire

La mission d'enseignement universitaire et post 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, des odontologues et des pharmaciens.

Sur le fondement de la Loi du 21 juillet 2009, une réforme de l'organisation du 3^e cycle des études médicales a été menée afin d'adapter au besoin les capacités de formation régionales.

Ainsi, l'agrément des terrains de stage des internes fait l'objet d'une procédure prévue par arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales.

L'ARS procède à l'agrément des terrains de stage pour la formation pratique des étudiants de 3^e cycle des études médicales. Les décisions de l'ARS doivent prendre en compte l'avis de deux commissions prévues par arrêté du 4 février 2011 :

- la commission d'évaluation des besoins de formation : elle doit permettre de vérifier l'adéquation du nombre et de la nature des terrains de stage avec les pré-choix et choix des spécialités effectués par les internes
- la commission de subdivision : elle procède à la répartition des postes par discipline au sein des terrains de stage.

Dans le cadre de la présente mission de service public, il appartient donc à la commission de subdivision d'examiner les demandes d'agrément présentées selon la procédure prévue par arrêté ministériel.

Les critères suivants doivent être notamment pris en compte pour l'agrément :

- le nombre d'internes inscrit dans chaque Diplômes d'études spécialisées (DES) conditionne le nombre de terrains de stages à ouvrir dans les services universitaires et non universitaires. Ainsi, la capacité d'accueil des services universitaires en nombre et en encadrement est déterminante pour la capacité de formation,
- le respect des maquettes de formation appliquées à chaque DES ou Diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) est également déterminant pour définir le nombre de stage à effectuer pour la formation, dont le nombre de stages en service hospitalo-universitaire.

C'est à partir de cette offre de stage agréée que le directeur général de l'ARS procède à la répartition des postes offerts au choix semestriels des internes de chaque discipline.

La dernière estimation des besoins de formation en région Centre a été réalisée par la commission d'évaluation des besoins de formation réunie le 24 juin 2011. L'offre de stages disponible actuellement représente 617 services agréés, dont :

- 359 services agréés pour les Diplômes d'études spécialisées (DES) dont 129 services universitaires et 230 non universitaires,
- 143 services agréés pour les Diplômes d'études spécialisés complémentaires (DESC) dont 77 services universitaires et 66 non universitaires,
- 115 services agréés pour la médecine générale (21 universitaires et 94 non universitaires)

Le dernier état des lieux de l'offre de stage par discipline est présenté en annexe. Cette offre permet actuellement de satisfaire globalement aux besoins de formation. Toutefois, ce bilan est par définition évolutif puisque tous les établissements de santé, public ou privé, ainsi que les terrains de stage ambulatoires peuvent désormais accueillir des internes en médecine, sous réserve de satisfaire aux exigences du dossier de candidature prévu par l'arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales.

Références :

- loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, d'orientation de l'enseignement supérieur,
- loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009,
- décret n° 89-697 du 1er septembre 1989 relatif à l'agrément des services formateurs et à la répartition des postes d'internes au titre du troisième cycle de biologie médicale,
- décret n°2010-700 du 25 juin 2010 modifiant le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

LES MISSIONS DEVANT FAIRE L'OBJET D'UNE PROCÉDURE DE RECONNAISSANCE AD HOC

4.2.1 La permanence des soins en établissements de santé (pdses)

Le périmètre de la PDSES

La **Permanence des soins en établissement de santé (PDSES)** se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20h du soir le plus souvent, et jusqu'à 8h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La PDSES concerne le seul champ de la **Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO)** et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la **permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-OQN** (cf. ci-dessous liste des établissements potentiellement concernés).

Par conséquent, les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie ne peuvent donc pas relever du dispositif de PDSES. Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe (forfait) et les structures d'hospitalisation à domicile (activité) font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Les Plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) appartiennent au réseau des urgences et relèvent à ce titre automatiquement du schéma cible de PDSES : cela concerne notamment les activités des deux établissements régionaux qui conservent leur propre organisation destinée à répondre à leur vocation régionale.

Pour les spécialités qui ne relèvent pas des PTHS, notamment les spécialités de médecine ou encore d'autres plateaux techniques moins spécialisés, il appartient à l'ARS d'identifier à la lumière du diagnostic régional partagé, les lignes de gardes et d'astreintes des structures qui devront s'engager dans un partenariat renforcé avec le réseau des urgences pour les prises en charge la nuit, les week-ends et jours fériés.

L'indemnisation allouée au titre de la participation à la mission de service public de PDSES visera ainsi à valoriser les établissements s'engageant à accueillir de nouveaux malades dans le cadre d'un partenariat renforcé avec les urgences. Les praticiens libéraux (y compris de ville) pourront également être impliqués dans le dispositif et indemnisés à ce titre.

Cela n'exclut pas la possibilité pour les structures de médecine d'urgence de recourir en cas de besoin, de manière ponctuelle, à d'autres services ou structures non financées.

Toute ligne de garde ou d'astreinte en établissement de santé ne relève pas de la permanence des soins. En effet, une autorisation d'activité de soins nécessite une organisation de prise en charge continue des soins 24 heures sur 24. Cela définit la continuité des soins dont le financement est lié à l'activité par la rémunération des séjours d'hospitalisation.

La permanence des soins inclut des activités médicales réglementées, non réglementées et médico-techniques.

Les activités réglementées : certaines activités de soins autorisées sont assorties d'obligation de permanence des soins. Ce sont principalement

- les activités de périnatalité, de gynécologie obstétrique,
- les réanimations adulte et pédiatrique, unités de surveillance continue et soins intensifs cardiologiques,
- les unités neurovasculaires,
- la cardiologie interventionnelle,
- la chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle : ces activités relèvent pour leur organisation du schéma inter-régional d'organisation des soins et ne sont par conséquent pas traitées dans le présent schéma ; elles sont en revanche indemnisées au titre de l'enveloppe de financement de la PDSES (MIG ou FIR),
- l'hémodialyse, les greffes d'organe et de cellules hématopoïétiques : la greffe relève d'un financement spécifique hors schéma, l'hémodialyse relève de la continuité des soins.

Les activités non réglementées : il s'agit de spécialités médicales et chirurgicales nécessitant potentiellement une prise en charge aiguë spécialisée au sein des urgences ou directement dans un service de spécialité :

- spécialités médicales : neurologie, gastroentérologie, cardiologie, pneumologie, hématologie clinique,
- spécialités chirurgicales : chirurgie vasculaire et thoracique, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie de la main, chirurgie infantile, ophtalmologie, urologie.

Les activités médico-techniques : ce sont l'imagerie médicale et radiologie, la biologie, la pharmacie. Elles sont nécessaires à la continuité des soins mais participent aussi à la permanence des soins. Elles sont inscrites dans le schéma cible.

Les spécialités suivantes ne sont pas concernées par le schéma de permanence des soins :

- traitement du cancer,
- soins de suite et de réadaptation, de la rééducation et réadaptation fonctionnelle,
- activités de biologie d'assistance médicale à la procréation, de diagnostic prénatal,
- examen de caractéristiques génétiques,
- psychiatrie,
- urgences.

En région Centre, **43 établissements** sont potentiellement concernés (23 publics et 19 privés et 1 participant au service public hospitalier), répartis comme suit :

CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET
Centre hospitalier de Bourges	Centre hospitalier de Chartres	Centre hospitalier de Châteauroux	Centre hospitalier et universitaire de Tours	Centre hospitalier de Blois	Centre hospitalier régional d'Orléans
Centre hospitalier de Vierzon	Centre hospitalier de Dreux	Centre hospitalier de la Châtre	Centre hospitalier de Chinon	Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay	Centre hospitalier de l'Agglomération montargoise
Centre hospitalier de Saint Amand Montrond	Centre hospitalier de Châteaudun	Centre hospitalier du Blanc	Centre hospitalier de Loches	Centre hospitalier de Vendôme	Centre hospitalier de Gien
Clinique Guillaume de Varye	Centre hospitalier de Nogent le Rotrou	Centre hospitalier d'Issoudun	Centre hospitalier d'Amboise –Château-Renault	Clinique du Saint Cœur	Centre hospitalier de Pithiviers
Clinique des Grainetières	Clinique Saint François	Clinique Saint François	Clinique Jeanne d'Arc	Polyclinique de Blois	Clinique des longues allées
	Clinique Notre dame du bon secours		Clinique de l'Alliance		Clinique de la Reine Blanche
	Clinique Maison Blanche		Clinique Pôle santé Léonard de Vinci		Clinique de l'Archette
			Clinique Saint Gatien		Clinique de Montargis
			Centre hospitalier de Luynes		Clinique Jeanne d'Arc
					Clinique de la présentation
					Clinique des Murlins
					Hôpital Saint Jean de Briare

Sur les 19 établissements privés, deux ont une autorisation de médecine d'urgence (clinique de l'Alliance à Tours et clinique Saint François de Mainvilliers), trois sont des ex-POSU (clinique Saint Gatien à Tours, clinique de la Reine Blanche et des longues allées à Orléans) et cinq sont concessionnaires de missions de service public (clinique Jeanne d'Arc à Chinon pour la chirurgie, clinique du Saint Cœur à Vendôme pour l'activité d'obstétrique et la chirurgie, clinique Jeanne d'Arc à Gien pour la chirurgie, clinique des Grainetières à Saint Amand-Montrond pour la chirurgie, Clinique Pôle de santé Léonard de Vinci à Tours pour l'obstétrique).

Les objectifs

Améliorer l'accès aux soins :

- optimiser l'organisation de la PDSSES pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent permettant de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional, ou régional selon les disciplines concernées (principe de gradation des soins) en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés,
- améliorer l'accès financier aux soins dans les plages horaires concernées : la PDSSES relevant des missions

de service public, les tarifs opposables pour les prises en charge réalisées dans ce cadre sont ceux du secteur 1.

Améliorer la qualité de prise en charge :

- réduire les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences,
- sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge ou d'orientation.

Améliorer l'efficience : élaborer un schéma cible de PDSSES en :

- optimisant l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leurs statuts, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux dans le dispositif,
- éliminant les doublons entre établissements sur une même activité, pour éviter les dépenses inutiles et rémunérer uniquement les établissements assurant la mission de service public de PDSSES,
- répartissant de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé.

L'état des lieux

L'état des lieux a été réalisé à partir de l'enquête nationale lancée en février 2011.

Cet état des lieux, consultable sur le site de l'Agence, a été soumis à concertation.

Il fait ressortir 81,5 gardes et 307 astreintes réparties comme suit :

	CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET	TOTAL
Gardes	3	18	6	22	9	23,5	81,5
Astreintes	40	43	26	92	38	69	307

NB : les astreintes des établissements privés ont été décomptées au titre d'astreintes opérationnelles

Les documents déclaratifs ne permettent pas toujours de distinguer les activités relevant de la permanence des soins de celles relevant de la continuité des soins.

Les principes d'organisation de la PDES

en région Centre

- Une permanence territoriale des soins : il ne pourra y avoir d'approche systématique sur l'ensemble des territoires, des adaptations locales pourront être nécessaires selon des critères d'éloignement géographique ou de niveau d'activité. Elles seront déclinées localement sur la base du cahier des charges régional qui devra être rédigé et qui précisera les attentes qui pèseront sur les sites reconnus comme attributaires de la mission de service public.
- Des mutualisations public/public ; public/privé ; privé/privé.
- Une organisation et des implantations lisibles pour la population : le principe est acté qu'entre deux implantations il ne peut y avoir d'organisation alternée pour une même spécialité, c'est pourquoi le site d'implantation sera préférentiellement le site d'accueil des urgences disposant d'une réanimation.
- Pour les spécialités, plateaux techniques hautement spécialisés : organisations inter-territoriales ou régionale.

Le schéma préconise une organisation basée sur la totalité des plages de permanence des soins (nuit, samedi après-midi, dimanche et jours fériés) ; la mise en œuvre de demi-astreinte ou demi-permanence sur place pourra être envisagée, rémunérées dans la limite de l'enveloppe régionale disponible.

Par spécialité, l'application de ces principes conduit à mettre en place l'organisation suivante :

ACTIVITES REGLEMENTÉES :

L'ACTIVITÉ DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE : pour tout site autorisé pour l'obstétrique, adossé à un service d'urgence ou concessionnaire d'une mission de service public, et selon le niveau d'activité :

Les maternités :

< à 1 500 naissances :

- le gynécologue est d'astreinte dédiée ; un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale,
- l'anesthésiste et le pédiatre sont d'astreinte (possibilité de mutualisation).

> à 1 500 naissances :

- le gynécologue est de garde ; un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale,
- l'anesthésiste est de garde sur site (possibilité de mutualisation),
- le pédiatre est d'astreinte (possibilité de mutualisation).

> à 2000 naissances :

- le gynécologue est de garde ; un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale,
- l'anesthésiste est de garde dédiée,
- le pédiatre est de garde.

La réanimation : hors établissements à vocation régionale, 1 garde dans chaque établissement de référence, soit un total de 6 pour la région.

Les unités de soins intensifs cardiologiques : hors établissements à vocation régionale, 1 garde de cardiologue par unité, soit 8 pour la région.

Les unités de soins intensifs : en chirurgie cardiaque, hors établissements à vocation régionale, 1 garde.

Les unités neurovasculaires : hors établissements à vocation régionale, une astreinte de neurologue par UNV : soit à terme du schéma un objectif de 6 pour la région.

La cardiologie interventionnelle : hors établissements à vocation régionale : une astreinte de cardiologue interventionnel dans chaque site autorisé, soit 5.

A terme du schéma, une astreinte de cardiologue interventionnel par ville siège d'une activité de cardiologie interventionnelle est rémunérée. Les établissements organisent une mutualisation de la PDS sur un site avec participation des médecins de l'ensemble des sites.

ACTIVITÉS NON REGLÉMENTÉES :

L'ACTIVITÉ DE CHIRURGIE ET D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION

- **Viscérale et digestive** : 1 permanence départementale mutualisée, soit sur place, soit en astreinte opérationnelle, selon le niveau d'activité ; de préférence sur un site autorisé à la médecine d'urgence avec réanimation et 1 permanence d'anesthésie réanimation soit sur place, soit en astreinte opérationnelle, selon le niveau d'activité. Pour l'anesthésie-réanimation, toujours sous cette dernière réserve, possibilité de mutualisation avec les autres spécialités chirurgicales et avec l'activité d'obstétrique jusqu'à 2 000 naissances.

- **Orthopédique et traumatologique** : 1 permanence départementale mutualisée, soit sur place, soit en astreinte opérationnelle, selon le niveau d'activité ; de préférence sur un site autorisé à la médecine d'urgence avec réanimation et 1 permanence d'anesthésie réanimation soit sur place, soit en astreinte opérationnelle, selon le niveau d'activité. Pour l'anesthésie-réanimation, toujours sous cette dernière réserve, possibilité de mutualisation avec les autres spécialités chirurgicales et avec l'activité d'obstétrique jusqu'à 2 000 naissances.

S'agissant des deux activités ci-dessus, possibilité, à titre exceptionnel, de reconnaître une implantation supplémentaire sur certains territoires de santé après, analyse de l'activité réalisée pendant les heures de permanence des soins, prise en compte des critères d'éloignement géographique et dans le respect du cahier des charges régional de PDES qui sera rédigé courant 2012.

- **Pour les spécialités chirurgicales** : urologie, vasculaire et thoracique, ORL, ophtalmologie : 1 permanence départementale mutualisée, soit sur place, soit en astreinte opérationnelle, selon le niveau d'activité ; de préférence sur un site autorisé à la médecine d'urgence avec réanimation et 1 permanence d'anesthésie réanimation soit sur place, soit en astreinte opérationnelle, selon le niveau d'activité. Pour l'anesthésie-réanimation, toujours sous cette dernière réserve, possibilité de mutualisation avec les autres spécialités chirurgicales et avec l'activité d'obstétrique jusqu'à 2 000 naissances. Possibilité d'envisager une organisation inter-territoriale.

L'ACTIVITÉ DE MÉDECINE :

- **médecine polyvalente** : hors établissements à vocation régionale : adossée à tout site d'urgence (hors services d'accueil des urgences non concernés par le présent dispositif) : une astreinte opérationnelle, soit 21 astreintes et 2 permanences sur place pour les sites d'accueil des urgences des établissements privés autorisés à la médecine d'urgence, avec un objectif de 3 à 4 à échéance du PRS.

- gastro-entérologie : pour les endoscopies digestives : 1 astreinte opérationnelle par territoire,

- pneumologie : 1 astreinte opérationnelle par territoire.

Les autres sous spécialités médicales relèvent de la continuité des soins.

La pédiatrie : selon le niveau d'activité, 1 astreinte ou 1 garde de pédiatrie, potentiellement mutualisable avec l'activité d'obstétrique, dans chaque établissement de référence, notamment pour accueillir les urgences pédiatriques.

ACTIVITES MÉDICO-TECHNIQUES :

L'imagerie : mutualisation des permanences d'imagerie selon les préconisations du volet correspondant du SROS :

CLASSIFICATION NIVEAU DE RECOURS VOLET MÉDECINE	ÉCHOGRAPHIE	SCANNER	IRM	TYPE DE PDS	COMMENTAIRE
Etablissement de niveau régional	Nuit samedi après midi dimanche et fériés	Nuit samedi après midi dimanche et fériés	Nuit samedi après midi dimanche et fériés	Astreintes	Etablissement autonome pour l'organisation de sa PDS. Rx : Interprétation initiale par les cliniciens avant relecture par le radiologue Scanner et IRM : télétransmission possible au radiologue d'astreinte
Etablissement de référence avec UNV	Nuit --> 0h samedi après midi dimanche et fériés	Nuit --> 0h samedi après midi dimanche et fériés	Nuit --> 0h samedi après midi dimanche et fériés	Astreinte	Rx : Interprétation initiale par les cliniciens avant relecture par le radiologue Echographie : de 0h > 8h, réalisation par autre acteur (gynéco-obst,...) Scanner et IRM : 18h30 > 0h : télétransmission possible au radiologue d'astreinte (domicile ou
Etablissement de référence	Nuit --> 0h samedi après midi dimanche et fériés	Nuit --> 0h samedi après midi dimanche et fériés		Astreinte	Rx : Interprétation initiale par les cliniciens avant relecture par le radiologue Echographie : de 0h > 8h, réalisation par autre acteur (gynéco-obst,...) Scanner : 18h30 > 0h : télétransmission possible au radiologue d'astreinte (domicile ou autre s
Etablissement de proximité avec accueil des urgences					Rx : Interprétation initiale par les cliniciens avant relecture par le radiologue Echographie : réalisation par autre acteur (gynéco-obst,...) Scanner : télétransmission vers un centre d'expertise territorial ou régional

Une permanence à vocation régionale devra donc être organisée pour la nuit profonde : au-delà de 0h, les établissements de référence et de proximité pourront contacter un médecin radiologue de la région assurant une garde de téléradiologie afin de mettre en œuvre à distance les examens d'imagerie en coupe nécessaires et d'en assurer l'interprétation. Ce radiologue, de statut privé ou public, pourra exercer dans un établissement, une structure d'imagerie ou tout autre lieu en respectant les conditions décrites dans le volet imagerie du schéma et le programme de télé-médecine.

La biologie médicale et la pharmacie :

- les appels sont exceptionnels pour la pharmacie dans chaque site d'accueil des urgences. A titre exceptionnel et au vu de l'activité, possibilité d'une astreinte de sécurité, soit à terme du schéma 24 à 25 sites,
- une astreinte de sécurité pour la biologie pour chaque site d'accueil des urgences et maternité, soit en interne, soit par convention avec un autre établissement ou laboratoire de biologie privé.

La présentation suivante décline par territoire l'application de ces principes :

POUR LA REGION : une permanence en imagerie pour la période 0h00-8h00.

TERRITOIRE DU CHER

• 5 établissements :

- 3 publics (1 établissements de référence et 2 de proximité), 2 privés dont 1 concessionnaire de mission de service public (CPP en anesthésie réanimation, chirurgie générale et orthopédique),
- 3 sites d'accueil des urgences,
- 4 maternités.

Proposition d'organisation de la PDS :

Pour les sites d'accueil des urgences : 3 sites géographiques avec chacun 1 astreinte de médecine polyvalente

Pour les maternités : 4 sites géographiques : CH de Bourges : 1 garde gynécologie obstétrique, d'anesthésie réanimation, une astreinte opérationnelle de pédiatrie ; pour les autres sites : une astreinte de gynécologie obstétrique, d'anesthésie réanimation et de pédiatrie.

Pour la chirurgie : 1 seule implantation géographique sur l'agglomération de Bourges, préférentiellement adossée au site d'urgence : 1 astreinte en chirurgie viscérale, 1 en orthopédie, 1 astreintes par spécialités chirurgicales (urologie, vasculaire, ORL et ophtalmo), avec une garde ou une astreinte en anesthésie.

Pour l'imagerie : ½ astreinte pour les nuits, astreinte le samedi après-midi, dimanche et jours fériés sur le site de Bourges (établissement de référence, avec UNV).

Auprès du centre hospitalier de référence : 1 garde pour la réanimation, 1 pour les soins intensifs de cardiologie, 1 astreinte pour la cardiologie interventionnelle, et la neurologie. 1 garde ou 1 astreinte pour la pédiatrie.

Pour les spécialités médicales : une astreinte départementale pour la gastro-entérologie et 1 pour la pneumologie.

Pour les plateaux techniques :

Système d'appel exceptionnel pour la pharmacie pour chaque site d'accueil des urgences.

Une astreinte de sécurité pour chaque site d'accueil des urgences et maternités pour la biologie lorsque cette activité n'est pas déjà externalisée.

TERRITOIRE DE L'EURE-ET-LOIR

• 7 établissements :

- 4 publics (2 établissements de référence, 2 établissements de proximité), 3 privés,

- 5 sites d'accueil des urgences dont 1 établissement privé (avec des CPP pour la chirurgie générale, orthopédique, digestive et l'anesthésie réanimation),

- 3 maternités.

Proposition d'organisation de la PDES :

Pour les sites d'accueil des urgences : 5 sites géographiques avec chacun 1 astreinte de médecine polyvalente- 1 ligne de garde à ajouter pour la nouvelle clinique Saint François.

Pour les maternités :

Chartres : 1 garde de gynécologie - obstétrique et anesthésie réanimation, une garde de pédiatrie.

Dreux : 1 garde de gynécologie - obstétrique et anesthésie réanimation, une astreinte de pédiatrie,

Sur le site de Châteaudun : 1 astreinte de gynécologie obstétrique, 1 d'anesthésie réanimation et 1 de pédiatrie.

Pour la chirurgie : 1 à 2 implantation(s) géographique(s) : 1 à 2 astreinte(s) en chirurgie viscérale, 1 à 2 en chirurgie orthopédique, 4 astreintes pour les spécialités chirurgicales (urologie, vasculaire, ORL et ophtalmo) avec 1 astreinte ou 1 garde, selon le niveau d'activité, en anesthésie.

Pour les spécialités médicales : une astreinte départementale pour la gastro-entérologie et 1 pour la pneumologie.

Pour l'imagerie : ½ astreinte pour les nuits, astreinte le samedi après-midi, dimanche et jours fériés sur les sites de Chartres et Dreux (établissements de référence).

Auprès des centres hospitaliers de référence : chacun 1 garde pour la réanimation, 1 garde pour l'USIC, 1 astreinte pour la cardiologie interventionnelle et 1 pour la neurologie. Chacun 1 astreinte ou 1 garde pour la pédiatrie.

Pour les plateaux techniques :

Système d'appel exceptionnel pour la pharmacie pour chaque site d'accueil des urgences.

Une astreinte de sécurité pour chaque site d'accueil des urgences et maternités pour la biologie lorsque cette activité n'est pas déjà externalisée.

TERRITOIRE DE L'INDRE

• 5 établissements :

- 4 publics (1 établissement de référence, 3 établissements de proximité), 1 privé,

- 3 sites d'accueil des urgences,

- 2 maternités.

Proposition d'organisation de la PDES :

Pour les sites d'accueil des urgences : 3 sites géographiques avec chacun 1 astreinte de médecine polyvalente.

Pour les maternités : CH de Châteauroux : 1 garde de gynécologie obstétrique, anesthésie réanimation, et 1 astreinte de pédiatrie ; pour le site du Blanc : 1 astreinte en gynécologie obstétrique, anesthésie réanimation, et pédiatrie.

Pour la chirurgie : 1 implantation territoriale pour la chirurgie viscérale, 1 pour la chirurgie orthopédique et traumatologique, 4 astreintes de spécialités chirurgicales (urologie, vasculaire, ORL et ophtalmo) avec 1 astreinte ou 1 garde, selon le niveau d'activité, en anesthésie.

Pour les spécialités médicales : une astreinte départementale pour la gastro-entérologie et 1 pour la pneumologie.

Pour l'imagerie : ½ astreinte pour les nuits, astreinte le samedi après-midi, dimanche et jours fériés sur le site de Châteauroux

Auprès du centre hospitalier de référence : 1 garde pour la réanimation, 1 garde pour les soins intensifs de cardiologie, une astreinte pour la neurologie, 1 garde ou 1 astreinte pour la pédiatrie.

Pour les plateaux techniques :

Système d'appel exceptionnel pour la pharmacie pour chaque site d'accueil des urgences.

Une astreinte de sécurité pour chaque site d'accueil des urgences et maternités pour la biologie lorsque cette activité n'est pas déjà externalisée.

TERRITOIRE DE L'INDRE-ET-LOIRE

• 9 établissements :

- 4 publics (1 CHRU et 3 établissements de proximité), 5 privés dont 2 avec concession de service public, pour la chirurgie à Chinon (CPP en anesthésie réanimation, chirurgie générale, orthopédique, viscérale et digestive) et 1 pour l'obstétrique (cf ci-dessous),

- 5 sites (juridiques) d'accueil des urgences (dont 1 privé avec CPP en anesthésie-réanimation, chirurgie générale, gynécologique, urologique et orthopédique, tho-

racique et cardiologie vasculaire, viscérale et digestive)
+ 1 ex-POSU avec CPP(anesthésie-réanimation, cardiologie, chirurgie orthopédique, thoracique et cardio-vasculaire),

- 3 maternités dont 1 privée avec concession de service public (CPP en anesthésie réanimation, gynécologie-obstétrique).

Proposition d'organisation de la PDSSES :

Pour les sites d'accueil des urgences (hors CHRU) :
4 sites géographiques avec chacun 1 astreinte de médecine polyvalente -1 à 2 ligne de garde à ajouter pour les établissements privés de l'agglomération pour l'activité d'urgence et une astreinte pour le site de Château-Renault.

Pour les maternités (hors CHRU) : PSLV : 1 garde de gynécologie obstétrique, anesthésie réanimation, de pédiatrie ; pour le CH de Chinon : 1 astreinte de gynécologie obstétrique, anesthésie réanimation, et pédiatrie.

Pour la chirurgie : 1 à 2 implantation(s) géographique(s) sur l'agglomération de Tours, avec 1 astreinte ou 1 garde, selon le niveau d'activité, en anesthésie.

Pour l'ex- POSU cardiologique : 1 garde la réanimation chirurgicale, 1 garde pour les soins intensifs, 1 astreinte pour la cardiologie interventionnelle.

Pour les plateaux techniques (hors CHRU) :

Système d'appel exceptionnel pour la pharmacie pour chaque site d'accueil des urgences.

Une astreinte de sécurité pour chaque site d'accueil des urgences et maternités pour la biologie lorsque cette activité n'est pas déjà externalisée.

NB : le CHRU conserve sa propre organisation afin de répondre à sa vocation régionale

TERRITOIRE DE DU LOIR-ET-CHER

• 5 établissements :

- 3 publics (1 établissement de référence et 2 établissements de proximité), 2 privés dont 1 avec concession de service public pour la maternité et la chirurgie (CPP en anesthésie réanimation, chirurgie générale, urologique et orthopédique),

- 3 sites d'accueil des urgences,

- 4 maternités dont 2 privées et 1 concessionnaire de service public (cf ci-dessus).

Proposition d'organisation de la PDSSES :

Pour les sites d'accueil des urgences : 3 sites géographiques avec chacun 1 astreinte de médecine polyvalente.

Pour les maternités : CH de Blois 1 garde de gynécologie obstétrique, anesthésie réanimation, astreinte opérationnelle de pédiatrie ; pour les 3 autres sites : une astreinte de gynécologie obstétrique, d'anesthésie réanimation et de pédiatrie.

Pour la chirurgie : 1 implantation géographique sur l'agglomération de Blois, préférentiellement adossée au site d'urgence : 1 astreinte en chirurgie viscérale, 1 en orthopédique, 4 astreintes de spécialités chirurgicales (urologie, vasculaire, ORL et ophtalmo), avec 1 astreinte ou 1 garde, selon le niveau d'activité, en anesthésie.

1 implantation pour la chirurgie viscérale et 1 en chirurgie orthopédique sur l'agglomération de Vendôme pour la clinique du Saint Cœur qui assure une concession de service public en chirurgie et gynécologie-obstétrique, qui dispose d'une convention de repli avec le centre hospitalier de Vendôme et une autre avec le centre hospitalier de Châteaudun.

Pour l'imagerie : ½ astreinte pour les nuits, astreinte le samedi après-midi, dimanche et jours fériés sur le site de Blois (établissement de référence).

Après du centre hospitalier de référence : 1 garde pour la réanimation, et 1 pour les soins intensifs de cardiologie. 1 garde ou 1 astreinte pour la pédiatrie.

Pour les spécialités médicales : une astreinte départementale pour la gastro-entérologie et 1 pour la pneumologie.

Pour les plateaux techniques :

Système d'appel exceptionnel pour la pharmacie pour chaque site d'accueil des urgences.

Une astreinte de sécurité pour chaque site d'accueil des urgences et maternités pour la biologie lorsque cette activité n'est pas déjà externalisée.

TERRITOIRE DU LOIRET

• 12 établissements :

- 4 publics (1 CHR, 1 établissement de référence et 2 établissements de proximité), 7 privés, dont 1 concessionnaire de mission de service public pour la chirurgie (CPP en anesthésie-réanimation, chirurgie générale et orthopédique), 1 PSPH,

- 4 sites (juridiques) d'accueil des urgences + 2 ex-POSU avec CPP (l'un pour la cardiologie : anesthésie et cardiologie, l'autre pour les urgences mains : anesthésie et chirurgie orthopédique),

- 5 maternités.

Proposition d'organisation de la PDSSES :

Pour les sites d'accueil des urgences (hors CHRO) :
3 sites géographiques avec chacun 1 astreinte de médecine polyvalente, 1 ligne de garde à prévoir pour la clinique Oréliance au nord de l'agglomération Orléanaise.

Pour les maternités (hors CHRO) : 4 sites avec chacun : 1 astreinte de gynécologie - obstétrique, d'anesthésie réanimation et de pédiatrie.

Pour la chirurgie : 2 à 3 implantation(s) géographique(s), dont 1 à 2 sur l'agglomération d'Orléans avec 1 astreinte ou 1 garde, selon le niveau d'activité, en anesthésie.

Pour les ex POSU : maintien d'une astreinte pour la chirurgie orthopédique et 1 astreinte pour l'anesthésie réanimation (urgences mains), 1 garde pour les soins

intensifs en cardiologie, 1 astreinte pour la cardiologie interventionnelle.

Pour le centre hospitalier de référence de Montargis :
1 garde pour les soins intensifs de cardiologie et 1 pour la réanimation. 1 garde ou 1 astreinte de pédiatrie.

Pour les plateaux techniques (hors CHRO) :

Système d'appel exceptionnel pour la pharmacie pour chaque site d'accueil des urgences.

Une astreinte de sécurité pour chaque site d'accueil des urgences et maternités pour la biologie lorsque cette activité n'est pas déjà externalisée.

NB : le CHRO conserve sa propre organisation afin de répondre à sa vocation régionale.

Plan d'action et indicateurs

Plan d'action

Le schéma cible projette une organisation à cinq ans. Une montée en charge progressive sera par conséquent nécessaire, ne serait-ce que pour anticiper l'information des usagers et des SAMU, organiser les transports, les logiques de mutualisation (convention de coopération, mise en place de groupement de coopération sanitaire...) et les systèmes d'avis à distance, notamment pour la téléradiologie.

Dans ce cadre, il reviendra à chaque conférence de territoire de décliner le présent schéma cible, ainsi que son calendrier de mise en œuvre, sur la base du cahier des charges régional qui sera rédigé dans le courant de l'année 2012. Ce cahier des charges sera validé par le groupe de concertation mis en place à l'occasion de la rédaction du présent schéma.

Un suivi régional sera organisé annuellement, il permettra le cas échéant de proposer des amendements.

Indicateurs :

- taux de réalisation du schéma cible : c'est l'écart annuel entre le nombre de lignes de gardes et d'astreintes identifiées par spécialité et par établissement dans le diagnostic initial et le schéma cible visé,
- nombre de coopérations formalisées entre établissements d'un même territoire de santé pour la PDSSES,
- activité relative au nombre de nouveaux patients accueillis pendant les périodes de permanence des soins.

4.2.2 La prise en charge des soins palliatifs

La mission de prise en charge des soins palliatifs consiste pour un établissement de santé à disposer d'une ou plusieurs unités identifiées (équipe mobile ou unités de soins palliatifs) ainsi que des personnels en capacité de dispenser des formations relatives aux soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé.

La reconnaissance de la mission de service public n'englobe donc pas les lits identifiés de soins palliatifs et le fonctionnement de l'équipe de coordination régionale.

Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé.

Le volet du présent SROS dédié aux soins palliatifs (chapitre "Filières") fait le point sur l'offre actuellement disponible et les évolutions souhaitées à cinq ans en fonction des besoins repérés.

L'inventaire réalisé au sein du volet "Soins palliatifs" du présent schéma (chapitre "Filières") permet de dresser les conclusions suivantes :

- le besoin en équipes de soins palliatifs est considéré comme couvert pour tous les territoires de santé ; il n'y aura donc pas de création d'équipes supplémentaires,
- le besoin en unité de soins palliatifs n'est couvert que partiellement (une seule unité sur le territoire régional) : l'objectif est de créer deux unités de soins palliatifs supplémentaires au terme du SROS. Un appel à candidature sera donc diffusé par l'ARS pour atteindre cet objectif.

4.2.3 La lutte contre l'exclusion, en relation avec les autres professionnels et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination

La mission de lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante :

- une Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) établie au sein de l'établissement de santé,
- une équipe mobile assurant le suivi et les soins de personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie.

Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé. L'offre actuelle est la suivante :

TERRITOIRES	PASS	PASS PSY	ÉQUIPE MOBILE (PSY)
Cher	CH BOURGES CH VIERZON		
Eure-et-Loir	CH CHARTRES CH DREUX*	CH BONNEVAL	CH BONNEVAL
Indre	CH CHATEAUROUX		CH CHATEAUROUX
Indre-et-Loire	CHRU TOURS CHIC AMBOISE	CHRU TOURS	CHRU Tours
Loir-et-Cher	CH BLOIS CH VENDOME		CH BLOIS
Loiret	CHR ORLEANS CH GIEN CH MONTARGIS		

*dont PASS Périnatalité

Par ailleurs, il faut rappeler que certains établissements accueillant un volume de personnes en situation de précarité ouvrent droit à la perception de la MIG "Précarité". Ce volume est déterminé "annuellement" par les services du Ministère de la santé à partir des données transmises par la CNAM (volume de taux de séjours CMU, CMUC, AME, AMEU).

Il reviendra au Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), composante à part entière du PRS, d'apporter des éléments d'appréciation et d'objectivation du besoin en matière de lutte contre l'exclusion dans le cadre de cette mission de service public. En fonction des conclusions apportées par ce programme, ce volet du schéma pourra faire l'objet d'une actualisation.

4.2.4 La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement a fait l'objet d'une réforme majeure par la promulgation de la Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Les modalités de cette prise en charge sont donc encadrées par de nouvelles dispositions législatives et réglementaires rappelées ci-après. L'article L.3222-1 du Code de la santé publique dispose désormais que :

"Pour chaque territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'Etat dans le département, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission de service public définie au 11^e de l'article L.6112-1.

Les établissements ainsi désignés assurent, par leurs propres moyens ou par voie de convention, la prise en charge à temps complet, à temps partiel et sous forme de consultations des patients atteints de troubles mentaux, dans le respect des conditions mentionnées à l'article L.6112-3".

La zone géographique dans laquelle l'établissement de santé exerce cette mission de service public est précisée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L.6114-1 signé avec l'agence régionale de santé. Son projet d'établissement détaille les moyens mis en œuvre pour l'accomplissement de ladite mission et les modalités de coordination avec la sectorisation psychiatrique dans les conditions définies à l'article L.3221-4.

Par ailleurs, l'article L.3211-2-3 du même Code prévoit que "lorsqu'une personne remplissant les conditions pour être admise en soins psychiatriques prévues aux chapitres II et III du présent titre est prise en charge en urgence par un établissement de santé qui n'exerce pas la mission de service public mentionnée au 11^e de l'article L.6112-1, son transfert vers un établissement exerçant cette mission est organisé, selon des modalités prévues par convention, dans des délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous quarante-huit heures.

La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L.3211-2-2 prend effet dès le début de la prise en charge".

Au 1^{er} août 2011, date d'entrée en vigueur de la Loi du 5 juillet 2011, **12 établissements de santé publics sont autorisés en psychiatrie pour la mise en œuvre des dispositions de la Loi :**

TERRITOIRES	ÉTABLISSEMENTS PUBLICS
Cher	1 : Centre hospitalier (CH) Georges Sand à Bourges
Eure-et-Loir	2 : CH de Dreux et Bonneval (dont 1 antenne sur Chartres)
Indre	1 : CH de Châteauroux
Indre-et-Loire	3 : CHRU de Tours, CH de Chinon, CH intercommunal d'Amboise Château-Renault
Loir-et-Cher	3 : CH de Blois, Romorantin, Vendôme
Loiret	2 : CH Georges Daumezon de Fleury les Aubrais, CH Agglomération Montargoise,
Région	12

Comme rappelé en préambule du présent chapitre consacré aux missions de service public, les conditions de fonctionnement inhérentes à l'exercice de cette mission sont appréciées et formalisées au sein du CPOM liant l'établissement et l'ARS, en référence aux obligations définies par la Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Compte tenu de la récente entrée en vigueur de la Loi 5 juillet 2011, ses conséquences sur le fonctionnement et les garanties devant être apportées par les établissements concernés par cette mission de service public restent encore à préciser et approfondir. Aussi, l'attribution de cette mission de service public par territoire est susceptible d'une révision.

4.2.5 Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier

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.

La couverture du besoin de cette mission de service public s'apprécie quantitativement par territoire de santé. Les conditions d'organisation et les recommandations relatives à la mise en œuvre de cette activité par les établissements concernés sont détaillées dans le volet "Soins aux détenus" du présent schéma (chapitre "Filières").

10 établissements de santé sont impliqués dans les soins aux personnes détenues :

- 3 établissements assurent à la fois les soins somatiques et les soins psychiatriques,
- 4 établissements assurent uniquement les soins somatiques,
- 3 établissements, les seuls soins psychiatriques.

TERRITOIRE DE SANTÉ	ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ASSURANT LES SOINS SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ASSURANT LES SOINS SOMATIQUES	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ASSURANT LES SOINS PSYCHIATRIQUES
Cher	MA Bourges		CH Bourges	CHS Bourges
Eure-et-Loir	MA Chartres		CH Chartres	CHS Bonneval
	CH Châteaudun		CH Châteaudun	CHS Bonneval
Indre	CP Châteauroux	CH Châteauroux		
	MC Saint-Maur	CH Châteauroux		
Indre-et-Loire	MA Tours	CHRU Tours		
Loir-et-Cher	MA Blois	CH Blois		
Loiret	MA Orléans		CHR Orléans	CHS Fleury-les-Aubrais

MA : Maison d'arrêt ; CD : Centre de détention ; MC : Maison centrale, CP : Centre pénitentiaire ; CHS : Centre hospitalier spécialisé.

Tout établissement pénitentiaire bénéficie donc de l'intervention d'un établissement de santé de rattachement sur son territoire.

La prise en charge sanitaire des personnes détenues est assurée à partir de dispositifs spécifiques :

- **8 Unités de consultation en soins ambulatoires (UCSA)** gérées par sept établissements de santé : CH de Bourges, CH de Chartres, CH de Châteaudun, CH de Châteauroux, CHRU de Tours, CH de Blois, CHR d'Orléans,
- **10 chambres sécurisées réparties dans 7 centres hospitaliers :**
 - 1 chambre au CH de Bourges, de Chartres, de Châteaudun, de Blois et au CHR d'Orléans,
 - 2 chambres au CHRU de Tours,
 - 3 chambres au CH de Châteauroux,
- pour les hospitalisations somatiques de plus de 48 heures, la région Centre est rattachée à l'**Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI)** de la Pitié Salpêtrière (Ile de France) et à l'Etablissement public de santé de Fresnes (EPSF),

- **le Service médico-psychologique régional (SMPR)** est actuellement implanté au CP de Châteauroux avec une antenne à la MC de Saint Maur, et ne fonctionne qu'en tant que structure alternative à l'hospitalisation,
- **l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)**, structure de soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet, avec ou sans consentement, de 40 lits, est en cours de construction à Fleury les Aubrais (Loiret). L'ouverture d'une 1ère unité de 20 lits est prévue en septembre 2012, la seconde tranche en janvier 2013. Dans l'attente de cette ouverture et en tant que de besoin après l'ouverture, les soins de psychiatrie en hospitalisation complète sont réalisés sous la forme d'hospitalisation sans consentement conformément à l'article D.398 du Code de procédure pénale dans les services de psychiatrie des centres hospitaliers de référence. Les soins dispensés 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.

Considérant ces éléments, la couverture du besoin est considérée comme satisfaisante en implantations et équipements.

4.2.6 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.

L'article L551-2 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile dispose que l'étranger faisant l'objet d'une mesure de rétention administrative est informé "dans une langue qu'il comprend et dans les meilleurs délais que, pendant toute la période de rétention, il peut demander l'assistance d'un interprète, d'un conseil ainsi que d'un médecin".

En outre, l'article R.553-8 du même Code précise :

"Dans les conditions prévues aux articles R.553-3 et R.553-6, des locaux et des moyens matériels adaptés doivent permettre au personnel de santé de donner des consultations et de dispenser des soins dans les centres et locaux de rétention.

Les conditions dans lesquelles le service public hospitalier intervient au bénéfice des personnes retenues, en application des articles L.6112-1 et L.6112-8 du Code de la santé publique, sont précisées par voie de convention passée entre le préfet territorialement compétent et un établissement public hospitalier selon des modalités définies par arrêté conjoint du ministre chargé de l'immigration, du ministre chargé des affaires sociales et du ministre chargé de la santé. Pour les centres de rétention administrative, cet arrêté précise notamment les conditions de présence et de qualification des personnels de santé ainsi que les dispositions sanitaires applicables en dehors de leurs heures de présence au centre".

L'inventaire des locaux de rétention administrative a été réalisé par enquête auprès de chaque préfecture de département :

TERRITOIRE	LOCAL DE RÉTENTION ADMINISTRATIVE EXISTANT	CONVENTION EXISTANTE AVEC UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ* OUI/NON
Cher (18)	Pas de local de rétention administrative	Néant
Eure-et-Loir (28)	Locaux du commissariat de DREUX (4, place d'EVESHAM) (arrêté préfectoral du 21/12/2009)	Oui CH DREUX
Indre (36)	Locaux du commissariat de CHATEAUROUX (Boulevard Georges SAND) (arrêté préfectoral du 16/04/2009)	Non
Indre-et-Loire (37)	Locaux du commissariat central de TOURS (70-72 rue Marceau) (arrêté préfectoral du 19/03/2004)	Non
Loir-et-Cher (41)	Pas de local de rétention administrative	Néant
Loiret (45)	Pas de local de rétention administrative	Néant

**en vertu de l'article R553-8 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile*

Sur les trois départements concernés par un local de rétention administrative, seul celui de l'Eure-et-Loir satisfait aux obligations légales et réglementaires encadrant le recours aux soins des personnes retenues. En

conséquence, un appel à candidature devra être publié sur les deux autres territoires (Indre-et-Loire, Indre) conformément à la procédure de reconnaissance de mission de service public.

5. État des lieux des missions de service public

MISSION : RECHERCHE			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Indre-et-Loire	CHRU TOURS	Le besoin s'apprécie au niveau national voire européen et international	
Loiret	CHR ORLEANS		

MISSION : ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Cher	CH BOURGES, CH VIERZON, CH SAINT-AMAND-MONTROND	L'offre de stage actuelle est composée de 617 services agréés.	L'ARS procède à l'agrément des terrains de stage après avis de la commission subdivision prévue par arrêté du 4 février 2011.
Eure-et-Loir	CH CHARTRES, CH DREUX		
Indre	CH CHATEAUROUX		
Indre-et-Loire	CHRU TOURS, CH CHINON, CHIC AMBOISE CHATEAURENAULT, CH LOCHES, SSR BOIS GIBERT, SSR BEL AIR		
Loir-et-Cher	CH BLOIS, CH VENDOME		
Loiret	CHR ORLEANS, CH AGGLOMERATION MONTARGOISE		

MISSION : ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Cher	Tous les établissements de santé sont soumis à l'obligation de mettre en œuvre le DPC	Besoin couvert	L'obligation faite aux établissements sera effective 18 mois après la parution de décrets spécifiques.
Eure-et-Loir			
Indre			
Indre-et-Loire			
Loir-et-Cher			
Loiret			

MISSION : FORMATION INITIALE ET DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES SAGES-FEMMES ET DU PERSONNEL PARAMÉDICAL ET LA RECHERCHE DANS LEURS DOMAINES DE COMPÉTENCES			
FORMATION INITIALE			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Cher	CH BOURGES, CH VIERZON, CH SAINT-AMAND + CRF BOURGES	Le développement des formations initiales s'inscrit dans le Contrat de Plan Régional des Formations	
Eure-et-Loir	CH CHARTRES, CH DREUX, CH CHATEAUDUN		
Indre	CH CHATEAUROUX, CH LE BLANC, CH ISSOUDUN, LP CHATEAUROUX		
Indre-et-Loire	CHRU TOURS, CHIC AMBOISE, CRF TOURS		
Loir-et-Cher	CH BLOIS, CH ROMORANTIN, LP BLOIS		
Loiret	CHR ORLEANS, CH AGGLOMERATION MONTARGOISE, LP ORLEANS		

DPC			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Cher	Tous les établissements de santé sont soumis à l'obligation de mettre en œuvre le DPC	Besoin couvert	L'obligation faite aux établissements sera effective 18 mois après la parution de décrets spécifiques.
Eure-et-Loir			
Indre			
Indre-et-Loire			
Loir-et-Cher			
Loiret			

MISSION : ACTIONS D'ÉDUCATION ET DE PRÉVENTION POUR LA SANTÉ ET LEUR COORDINATION			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Cher	Tous les établissements de santé sont potentiellement concernés par la mise en œuvre de ces actions	Besoin couvert	Le schéma de prévention définit les actions et objectifs prioritaires en région
Eure-et-Loir			
Indre			
Indre-et-Loire			
Loir-et-Cher			
Loiret			

MISSION : ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Cher	Tous les établissements de santé sont potentiellement concernés par la mise en œuvre de ces actions	Besoin couvert	Le schéma de prévention définit les actions et objectifs prioritaires en région
Eure-et-Loir			
Indre			
Indre-et-Loire			
Loir-et-Cher			
Loiret			

MISSION : SOINS DISPENSÉS AUX PERSONNES RETENUES EN CENTRE SOCIO-MÉDICO-JUDICIAIRE			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Cher	il n'existe actuellement qu'un établissement expérimental situé à FRESNES.		l'attribution de cette mission ne peut donc être réalisée dans le cadre du présent schéma.
Eure-et-Loir			
Indre			
Indre-et-Loire			
Loir-et-Cher			
Loiret			

MISSION : AIDE MÉDICALE URGENTE			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Cher	CH BOURGES	Besoin couvert	
Eure-et-Loir	CH DREUX		
Indre	CH CHATEAUROUX		
Indre-et-Loire	CHRU TOURS		
Loir-et-Cher	CH BLOIS		
Loiret	CHR ORLEANS		

MISSION : LUTTE CONTRE L'EXCLUSION			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Cher	CH BOURGES, CH VIERZON	Besoin couvert	il appartiendra au PRAPS d'analyser et d'objectiver plus précisément le besoin en matière de lutte contre l'exclusion dans le cadre de cette mission.
Eure-et-Loir	CH CHARTRES, CH DREUX, CH BONNEVAL		
Indre	CH CHATEAUROUX		
Indre-et-Loire	CHRU TOURS, CH CHINON, CHIC AMBOISE		
Loir-et-Cher	CH BLOIS, CH VENDOME		
Loiret	CHR ORLEANS, CH GIEN, CH AGGLOMERATION MONTARGOISE		

MISSION : SOINS PALLIATIFS			
LES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Cher		besoin non couvert	Le SROS fixe comme objectif de créer deux USP supplémentaires sur le territoire régional d'ici 2016.
Eure-et-Loir		besoin non couvert	
Indre		besoin non couvert	
Indre-et-Loire	CHRU TOURS (site de Luynes)	besoin couvert	
Loir-et-Cher		besoin non couvert	
Loiret		besoin non couvert	

LES ÉQUIPES DE SOINS PALLIATIFS			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Cher	CH BOURGES, CH VIERZON et CH SAINT AMAND MONTROND	Besoin couvert	
Eure-et-Loir	CH CHARTRES et CH DREUX		
Indre	CH CHATEAUROUX		
Indre-et-Loire	CHRU TOURS, CH CHINON		
Loir-et-Cher	CH BLOIS et CH VENDOME		
Loiret	CHR ORLEANS et CH AGGLOMERATION MONTARGOISE		

MISSION : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HOSPITALISÉES SANS LEUR CONSENTEMENT			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Cher	CH GEORGE SAND (BOURGES)	Besoin couvert	
Eure-et-Loir	CH CHARTRES, CH DREUX et CH BONNEVAL		
Indre	CH CHATEAUROUX, CH LA CHATRE		
Indre-et-Loire	CHRU TOURS, CH CHINON, CHIC AMBOISE CHATEAURENAULT		
Loir-et-Cher	CH BLOIS, CH ROMORANTIN, CH VENDOME		
Loiret	CH FLEURY-LES-AUBRAIS, CH AGGLOMERATION MONTARGOISE		

MISSION : SOINS DISPENSÉS AUX DÉTENUÉS			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Cher	CH BOURGES, CHS BOURGES	Besoin couvert	
Eure-et-Loir	CH CHARTRES, CHATEAUDUN, CHS BONNEVAL		
Indre	CH CHATEAUROUX		
Indre-et-Loire	CHRU TOURS		
Loir-et-Cher	CH BLOIS		
Loiret	CHR ORLEANS, CHS FLEURY LES AUBRAIS		

MISSION : SOINS DISPENSÉS AUX PERSONNES RETENUES (ART.L551-1 DU CODE DE L'ENTRÉE ET DU SÉJOUR DES ÉTRANGERS ET DU DROIT D'ASILE)			
Territoire	Établissement(s)	Besoin	Commentaires
Cher	pas de besoin recensé		
Eure-et-Loir	CH DREUX	besoin couvert	convention effective
Indre	pas d'établissement désigné à ce jour	besoin non couvert	un appel à candidature sera nécessaire
Indre-et-Loire	pas d'établissement désigné à ce jour	besoin non couvert	un appel à candidature sera nécessaire
Loir-et-Cher	pas de besoin recensé		
Loiret	pas de besoin recensé		

Glossaire



SIGLE	INTITULÉ
ABM	agence de biomédecine
AGGIR	autonomie gérontologie groupes iso-ressources
AIT	accident ischémique transitoire
AJ	accueil de jour
AM	assurance maladie
AMP	assistance médicale à la procréation
AMU	aide médicale urgente
ANESMS	agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	allocation personnalisée d'autonomie
AREC	assistance respiratoire extra corporelle
ARH	agence régionale de l'hospitalisation
ARS	agence régionale de sante
ASV	ateliers sante ville
AVC	accident vasculaire cérébral
CARSAT	caisse d'assurance retraite et de la sante au travail
CASF	code de l'action sociale et des familles
CATTP	centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
BMR	bactérie multi résistante
BPCO	broncho pneumopathie chronique obstructive
CD	centre de détention
CESU	centre d'enseignement des soins d'urgence
CH	centre hospitalier
CHIC	centre hospitalier inter communal
CHRO	centre hospitalier régional d'Orléans
CHRU	centre hospitalier régional universitaire
CHS	centre hospitalier spécialisé
CHT	communauté hospitalière de territoire
CHU	centre hospitalier universitaire
CMP	centre médico-psychologique
CMRR	centre mémoire de ressources et de rechercher
CP	centre pénitentiaire
CPER	contrat de projet Etat-Région
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRA	centre régional autisme
CRDS	cellule régionale de défense et de sécurité
CREAI	centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
CREG	comité régional d'experts en gériatrie
CRF	Croix rouge française
CRIAVS	centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles
CRIRC	comite régional de l'insuffisance rénale chronique
CRONDPS	comite régional de l'observatoire national de la démographie des professions de sante
CRPP	commission régionale permanente de psychiatrie
CRRA	centre de réception et de régulation des appels
CRRS	centre de réception et de régulation des signaux
CRSA	conférence régionale de la sante et de l'autonomie
CRUQPC	commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

CSAPA	centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	code de la sante publique
CUMP	cellule d'urgence médico-psychologique
DCC	dossier commun communiquant
DES	diplôme d'études spécialisées
DES	diplôme d'études spécialisées complémentaires
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DGS	direction générale de la sante
DIU	diplôme inter-universitaire
DMP	dossier médical personnel
DMS	durée moyenne de séjour
DO	déclaration obligatoire
DP	dialyse péritonéale
DPC	développement professionnel continu
DPI	diagnostic préimplantatoire
DPN	diagnostic prénatal
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EADSP	équipe d'appui départementale en soins palliatifs
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSA	équipe de liaison et de soins en addictologie
EMSP	équipe mobile de soins palliatifs
EMSPP	équipe mobile spécialisée en psychiatrie pour les précaires
EPP	évaluation des pratiques professionnelles
EPS	établissements publics de sante
ESMS	établissements et services médico-sociaux
EVC-EPC	état végétatif chronique - état pauci relationnel
FAM	foyer d'accueil médicalisé
FINESS	fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR	fonds d'intervention régional
FIV	Fécondation in vitro
GCS	groupement de coopération sanitaire
GCSMS	groupement de coopération sociale ou médico-sociale
GDR	gestion du risque
GEM	groupe d'entraide mutuelle
GIR	groupes iso ressources
GMPS	gir moyen pondéré soins
GPEC	gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HAD	hospitalisation a domicile
HAS	haute autorité de sante
HDAD	hémodialyse a domicile
HDJ	hospitalisation de jour
HL	hôpital local
HO	hospitalisation d'office
HPST	hôpital, patients, sante, territoires
HT	Hébergement temporaire
IFSI	institut de formation en soins infirmiers
IGAS	inspection générale des affaires sociales

IMC	indice de masse corporelle
INSEE	institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	institut national de la sante et de la recherche médicale
INVS	institut de veille sanitaire
IRC	insuffisance rénale chronique
IRCT	insuffisance rénale chronique terminale
IRM	imagerie par résonance magnétique
IVG	interruption volontaire de grossesse
JLD	juge des libertés et de la détention
LBM	laboratoire de biologie médicale
LISP	lits identifiés de soins palliatifs
LMD	licence master doctorat
LP	Lycée professionnel
MA	maison d'arrêt
MAIA	maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS	maison d'accueil spécialisée
MCO	médecine chirurgie obstétrique
MDA	maison départementale des adolescents
MDO	maladies à déclaration obligatoire
MDPH	maison départementale des personnes handicapées
MERRI	mission d'enseignement, recherche, référence, innovation
MIG	missions d'intérêt général
MIGAC	missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MILDT	mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MMG	maison médicale de garde
MNASM	mission nationale d'appui en sante mentale
MSP	maison de sante pluridisciplinaire
NRBC	nucléaire – radiologique – bactériologique - chimique
NTIC	nouvelle technologie de l'information et de communication
OMS	organisation mondiale de la sante
OQOS	objectifs quantifiés de l'offre de soins
ORS	observatoire régional de la sante
PASA	pôles d'activités et de soins adaptés
PASS	permanences d'accès aux soins de sante
PDESE	permanence des soins en établissements de sante
PJJ	protection judiciaire de la jeunesse
PMI	protection maternelle infantile
PMSI	programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	plan national nutrition sante
POSU	pole spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
PPS	programme personnalisé de soins
PRAPS	programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
PRS	projet régional de sante
PRSE	plan régional sante environnement
PSE	placement sous surveillance électronique
PSRS	plan stratégique régional de sante
PUI	pharmacie à usage intérieur

RCC	réseau régional de cancérologie
RCP	réunions de concertation pluridisciplinaire
RECO	réunion de concertation et d'orientation des insuffisants rénaux
REIN	réseau épidémiologie et information en néphrologie
RMM	revue de mortalité et de morbidité
ROR	rougeole, oreillons, rubéole
ROR	répertoire opérationnel ressources
RPU	résumés de passage aux urgences
SAE	statistique annuelle des établissements de sante
SAMU	service d'aide médicale urgente
SAU	service d'accueil des urgences
SCA	syndrome coronaire aigu
SDAGR	schéma départemental d'analyse de couverture des risques
SDIS	service départemental d'incendie et de secours
SESSAD	service d'éducation spécialisée et de soins a domicile
SFETD	société française d'étude et de traitement de la douleur
SIOS	schéma interrégional d'organisation des soins
SL	semi liberté
SMPR	service medicopsychologique régional
SMUR	service mobile d'urgence et de réanimation
SPIP	service pénitentiaire d'insertion et de probation
SROMS	schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	schéma régional de l'organisation des soins
SSR	soins de suite et réadaptation
SSIAD	services de soins infirmiers à domicile
TED	trouble envahissant du développement
TEP	tomographe par émission de positons
UCC	unité cognitivo-comportementale
UCSA	unité de consultations et de soins ambulatoires
UDM	unité de dialyse médicalisée
UER	unité d'évaluation et de réhabilitation
UEROS	unité expérimentale d'évaluation, réentrainement, orientation sociale
UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
UHR	unité d'hébergement renforcée
UHSA	unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
UMAC	unité mobile d'assistance circulatoire
UNV	unité neuro vasculaire
UHSA	unité hospitalière spécialement aménagée
UPCOG	unité pilote de coordination en oncogériatrie
URPS	unions régionales des professionnels de sante
USC	unité de soins continus
USCC	unité de soins continus en cardiologie
USI	unité de soins intensifs
USIC	unité de soins intensifs en cardiologie
USLD	unité de soins de longue durée
USP	unité de soins palliatifs
VAGUSAN	veille, alerte et gestion des urgences sanitaires



3

Le volet ambulatoire



Préambule



Le premier schéma régional de l'organisation des soins - volet ambulatoire (SROS ambulatoire) a pour ambition de définir, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, la stratégie d'organisation des soins ambulatoires, pour la région Centre.

Il a vocation à mobiliser les professionnels de santé, afin de construire aujourd'hui et demain une organisation de l'offre de soins de proximité, reposant sur l'accessibilité et la qualité des soins.

Le SROS ambulatoire est élaboré, en tenant compte des principes suivants :

- l'importance d'une déclinaison territoriale adaptée aux spécificités locales (le SROS ambulatoire fixe des orientations et priorités d'actions régionales mais en tenant compte de l'expérience des acteurs de terrain et des problématiques des territoires),
- la planification d'une organisation autour de priorités partagées, se fondant sur une concertation approfondie avec les professionnels et partenaires de santé,
- le pragmatisme de la démarche avec une priorisation des actions (ciblage de celles réalisables) et des territoires ; la priorisation des actions intervient à la fois pour les thèmes propres à l'ambulatoire mais également pour les thèmes transversaux d'articulation avec les autres schémas.

Il n'est pas opposable conformément aux dispositions de l'article L.1434-7 du code de la santé publique (CSP).

Dans sa mise en œuvre au cours des cinq prochaines années, des modifications pourront être apportées au présent schéma, en fonction du contexte législatif et réglementaire et des spécificités régionales et locales, s'adaptant aux évolutions de l'organisation de l'offre de soins et aux besoins de santé.

Chaque modification fera l'objet d'une concertation préalable, dans le cadre des dispositions de l'article R 1434-1 du CSP qui prévoit les modalités de révision du PRS.

Pour l'élaboration et la mise en œuvre de ce schéma, l'ARS souhaite tout particulièrement travailler en étroite concertation avec l'ensemble des acteurs concernés et notamment :

- les services de l'État en charge de l'aménagement du territoire,
- les collectivités territoriales : conseil régional et conseils généraux,
- l'université,
- les instances représentatives des professionnels de santé : conseils de l'ordre et unions régionales des professions de santé,
- les associations représentant les usagers.

Ces différents partenaires sont représentés au sein du Comité régional de la démographie des professions de santé prévu par le décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 ; il convient de souligner qu'en région Centre, l'ARS a choisi de demander aux conseils généraux d'y siéger alors que leur participation n'est pas prévue par le texte susvisé, compte tenu de leur forte implication sans les questions de démographie des professions de santé. Cette instance doit en effet contribuer à la mise en œuvre un plan d'action partagé et cohérent.

1. Diagnostic et problématiques

1.1

DÉFINITION DU CHAMP DU SCHÉMA : L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ

La loi HPST rappelle que "l'accès aux soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité" (art. 1411-11 du CSP).

Les soins visés sont :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,

- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- l'éducation pour la santé.

Le volet ambulatoire du SROS a vocation à s'adresser à l'ensemble des professionnels de santé et des structures de ville participant au premier recours, mais également à certains intervenants du second recours, composant l'offre de soins de proximité.

Les professions de santé et leurs modalités de fonctionnement font l'objet de la quatrième partie du code de la santé publique : en relèvent les professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), les pharmaciens et les auxiliaires médicaux. Parmi ceux là, certains exercent en ambulatoire et sont susceptibles de s'inscrire dans des processus de coopération : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicure-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, audioprothésistes et opticiens lunettiers, diététiciens.

Les médecins généralistes

Le médecin généraliste constitue l'une des portes d'entrée pour accéder au système de soins (diagnostic, prise en charge, suivi des maladies chroniques) et a une place prépondérante en matière de prévention et de santé publique (dépistage, éducation thérapeutique).

La plupart des médecins généralistes a été choisie comme médecin traitant : à ce titre, ils orientent leurs patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social et s'assurent de la coordination des soins nécessaire, ce dans le cadre du parcours de soins.

Enfin, il contribue :

- au dispositif de permanence des soins ambulatoires sur la base du volontariat,
- à la synthèse des informations transmises par les différents intervenants dans le parcours de soins du patient,
- à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Le parcours de soins est un élément structurant de l'offre de proximité, il s'articule autour du premier recours (médecin traitant).

Dans le maintien et l'amélioration de l'accès aux soins de premier recours, il importe de tenir compte et de valoriser la place des autres professionnels de santé dans le système de soins, optimisant leurs compétences et en développant de nouveaux rôles.

Les infirmiers

Les infirmiers (de par leur présence 7 jours sur 7), sont, comme les autres professionnels du premier recours, des acteurs de santé publique.

Ils interviennent, jusqu'à ce jour, presque exclusivement sur prescription médicale pour des soins ponctuels (pan-

sement, injection,... durant une période établie) ou chroniques.

Leurs compétences ont récemment été reconnues par la convention nationale des infirmiers signée entre l'Assurance maladie et les syndicats professionnels, leur conférant un droit de prescription dans certains cas (dispositifs médicaux, le renouvellement de la pilule contraceptive sous certaines conditions).

Dans le contexte de la démographie médicale déclinante nécessitant l'optimisation du temps médical, leur implantation sur le territoire, et leur insertion dans la vie médico-sociale, leur implication dans la prise en charge globale, l'observance et le suivi des malades chroniques est fondamentale. La fréquence de leur passage à domicile (une à plusieurs fois par jour) et leur expertise professionnelle sont des atouts majeurs pour éduquer, coordonner, déceler, repérer ou prévenir une dégradation de l'état du patient.

Leur intervention s'articule avec les autres professionnels médico-sociaux (médecins, laboratoires, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, Etablissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), Services de soins à domicile (SSIAD) et Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)).

Leur formation s'inscrit donc en toute cohérence dans le cursus licence-master-doctorat (LMD).

Les masseurs-kinésithérapeutes

Comme les autres professionnels de santé du premier recours, en tant qu'acteurs de santé publique, les masseurs-kinésithérapeutes ont un champ d'action qui s'étend de la naissance à la fin de vie, sur l'ensemble des pathologies aiguës et chroniques, au cabinet du praticien comme au domicile du patient.

Le bilan diagnostic masso-kinésithérapie et le droit de prescription limité et défini, font des masseurs-kinésithérapeutes des professionnels de santé concepteurs et organisateurs :

- de plans de traitement thérapeutiques,
- d'éducation thérapeutique,
- de plans d'actions de prévention et de conseils,
- de maintien de l'autonomie, notamment les personnes à domicile,
- de plans de remise en forme.

Ils jouent un rôle important en matière de coordination des soins, de qualité de prise en charge et de continuité des soins, au même titre que les autres professionnels de santé.

Ils participent, notamment, à une meilleure organisation de la prise en charge des patients lors de la sortie d'hospitalisation en concertation avec le médecin prescripteur, afin de diminuer la durée des séjours en établissements de santé conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS).

Les pharmaciens d'officine

Le rôle des pharmaciens d'officine dans la prise en charge du premier recours a été largement amplifié par la loi HPST :

- contribution aux soins de premier recours,
- participation à la coopération entre professionnels de santé,
- participation à la mission de service public de la permanence des soins,
- contribution aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé,
- participation possible à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients,
- possibilité d'assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,
- possibilité d'être désignés comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient dans le cadre d'une coopération avec d'autres professionnels de santé,
- possibilité de proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Ils jouent un rôle d'orientation et de conseil au patient, améliorant son état de santé.

Par ailleurs, en lien avec le médecin, dans le cadre de coopérations, ils peuvent renouveler le traitement des personnes atteintes de maladies chroniques, en ajustant au besoin leur posologie.

Les chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes constituent une composante non négligeable du premier recours et de l'offre de proximité ; ils contribuent à la politique d'amélioration de la santé bucco-dentaire par la prévention (dépistage) et l'éducation à la santé (sensibilisation à la santé et à l'hygiène bucco-dentaire, tout particulièrement, à destination des jeunes). Ils participent à l'accueil et à la formation de stagiaires de 6^e année.

Les orthophonistes

Les orthophonistes contribuent également à l'offre de proximité, à différents niveaux, parmi lesquels :

- intervention auprès des enfants porteurs de troubles du langage, dès leur plus jeune âge et ultérieurement dans le cadre du handicap ou non, incluant la notion de guidance parentale,
- continuité des soins de rééducation à la sortie d'hospitalisation, notamment pour les affections neurologiques (AVC, tumeurs, traumatismes crâniens,...) et ORL (cancérologie, dysphagie,...),
- contribution au diagnostic des maladies dégénératives, suivi de la prise en charge du patient pour le maintien de la communication et d'une aide aux aidants pour

une meilleure compréhension des troubles conduisant à un accompagnement approprié.

Les orthoptistes

Les missions pouvant être conduites par la profession :

- dépistage (troubles visuels de l'enfant, dans le monde du travail, chez les personnes âgées,...),
- prévention, éducation sanitaire (informations, conseils, observance des traitements, exercices d'entretien),
- actions de promotion de la santé et soins de premier recours (transfert de tâches, prescription de prismes pour essai,...).

Les sages-femmes

Profession médicale à compétences définies, la sage-femme libérale intervient en premier recours, en toute autonomie lors de grossesses normales, dont elle peut assurer (selon son choix d'activité) la déclaration, le suivi en consultations, la préparation à la parentalité, l'accouchement, les suites de couches, le suivi de l'allaitement, la consultation post-natale et la rééducation périnéale post-natale.

En deuxième recours, en collaboration avec un médecin, elle peut surveiller une patiente présentant une grossesse pathologique. Sur prescription, elle fait la rééducation périnéosphinctérienne. Depuis 2009, son champ d'intervention s'est étendu au dépistage et à la prévention par le biais du suivi gynécologique de la femme en bonne santé.

Elle reçoit des étudiants sages-femmes et les forme à l'exercice libéral.

Sa proximité géographique, ses compétences médicales et son empathie en font un maillon important dans le réseau de santé pour une bonne prise en charge de la femme lors de la période génitale.

Les pédicures-podologues

Les pédicures-podologues sont comme les autres professionnels du premier recours, des acteurs de santé publique, qui ont un rôle important en matière de qualité de la prise en charge et de continuité des soins.

- Ils participent à la coopération entre les professionnels de santé,
- ils participent à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients,
- ils ont la possibilité de diagnostic,
- ils ont droit à la prescription.

Les biologistes médicaux

L'ordonnance du 13 janvier 2010, relative à la biologie médicale réforme les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale qui font l'objet d'un volet spécifique du schéma. Le biologiste médical acquiert désormais un rôle médical à part entière dans le parcours de soins du

patient : diagnostic de la majorité des pathologies, suivi thérapeutique.

Les conditions de dialogue entre biologiste médical et médecin clinicien sont renforcées.

Enfin, la réforme introduit la notion de responsabilité du biologiste médical sur la qualité de toute la chaîne de production, de l'examen, du prélèvement jusqu'au rendu du résultat validé et interprété.

Cette réforme a pour objectifs de :

- garantir partout un accès à une biologie médicale de qualité, payée à son juste prix,
- améliorer la fiabilité des examens de biologie médicale.

Les spécialistes à accès direct

Certains médecins spécialistes sont intégrés à l'offre de premier recours car ils peuvent être directement consultés sans passer par le médecin traitant (convention médicale du 12 janvier 2005) ; ce sont les ophtalmologistes, les gynécologues, et les psychiatres.

Les pédiatres sont aussi en accès direct, puisque les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par le dispositif du parcours de soins.

Ces professionnels sont d'autant plus à prendre en considération, lorsque l'on parle de proximité et d'accessibilité aux soins, que leur démographie est fortement touchée en région Centre et que les délais de prise en charge deviennent problématiques.

Les autres professionnels et structures contribuant au premier recours

De même, certains spécialistes du second recours impactent l'offre de premier recours, soit par l'accueil d'une proportion importante de patientèle de moins de 16 ans, soit :

- par leur participation au suivi de pathologies chroniques ou par l'accès direct choisi,
- par un certain nombre de patients dans des maladies précises et répétitives relevant de la spécialité ; à ce titre, presque toutes les spécialités peuvent être concernées et, en particulier : les cardiologues, rhumatologues, ORL, dermatologues.

Les auxiliaires médicaux relevant du code de la santé publique, autres que ceux cités, sont également susceptibles de contribuer à l'accès aux soins de premier recours, notamment en s'inscrivant dans le cadre des coopérations prévues par l'article L.4011-1 du CSP.

Il convient également de prendre en compte tout un environnement sanitaire et médico-social composé de structures liées à l'offre de premier recours, qui impacte l'exercice des professions de santé précédemment décrites, comprenant :

- les centres de Protection maternelle et infantile (PMI),
- les centres de planification ou d'éducation familiale,

- les EHPAD,
- les services d'Hospitalisation à domicile (HAD),
- les SSIAD,
- des centres médico-psychologiques (CMP).

Les centres de santé représentent aussi une offre complémentaire et concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

La proximité se mesure en termes d'accessibilité et concerne certaines catégories de professionnels de santé (du premier recours mais aussi du second recours) ; elle doit viser également un objectif de qualité des soins.

Les dispositions législatives (ordonnance de biologie médicale) et réglementaires (conventions assurance maladie / professionnels de santé) font évoluer les domaines d'intervention de chaque catégorie des professionnels de santé de premier recours.

Il s'agit donc d'acquiescer pendant la période de mise en œuvre du schéma ambulatoire une vision claire et partagée du rôle de chaque intervenant dans le parcours de soins et l'organisation de l'offre de soins de proximité (diagnostic, orientation, droit de prescription, suivi,...), ce, dans un contexte de pénurie médicale et paramédicale, d'augmentation des maladies chroniques nécessitant une prise en charge coordonnée et globale.

Pour ce faire, les exercices innovants (exercices regroupés, protocoles de prise en charge, télémédecine, réseaux de santé,...) favorisent l'articulation et la coordination des acteurs de premier recours et l'accès aux professionnels du second recours

Le présent schéma, qui est le premier à traiter le sujet de l'offre de soins ambulatoire, se concentre sur l'organisation du premier recours et la question de son accessibilité, du fait de la nécessité de prioriser les actions ; il n'est cependant pas exclu que, au cours de son suivi et de son bilan à mi-parcours, certaines actions intègrent et concernent les autres spécialistes.

Ce volet ambulatoire concerne les professionnels de santé, qu'ils exercent de manière isolée ou en groupe.

Au-delà d'une vision segmentée, par catégorie de professionnels de santé, les métiers décrits doivent s'envisager dans une approche plus dynamique, c'est-à-dire pluri-professionnelle, en tenant compte de l'évolution du rôle et des missions de chaque acteur au sein du parcours de santé, mais aussi sur des nouvelles formes de pratiques fondées sur la coordination et la coopération indispensables pour faire face aux défis qui impactent l'organisation de l'offre de soins de proximité : raréfaction de l'offre de soins, vieillissement de la population,...

CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉGION CENTRE

Le Plan stratégique régional de santé (PSRS) dresse un bilan global de l'offre de soins et confirme que la démographie des professionnels de santé (quels que soient leur statut, leur catégorie) est inquiétante en région Centre.

Dans certaines zones déficitaires de la région, la moitié des médecins a une activité supérieure de 50 % à la moyenne nationale - soit plus de 7 800 actes par an.

La région Centre est soumise à l'influence et à l'attractivité des régions limitrophes : principalement, au nord / nord-est, la région parisienne impactant l'Eure-et-Loir et le Loiret, au sud / sud-est, le Limousin impactant l'Indre et le Cher.

Relativement vaste et peu dense, la région Centre présente un caractère à majorité rural.

La région se caractérise également par de très fortes disparités en matière de répartition des professionnels de santé dans les territoires infra régionaux ; seul le département d'Indre-et-Loire bénéficie de l'attractivité de la faculté de médecine et présente des densités de professionnels conformes à la densité métropolitaine. Au demeurant certains secteurs de ce département connaissent de sérieuses difficultés en matière d'offre de soins de premier recours.

Actuellement, deux évolutions démographiques concomitantes majeures sont apparues et vont s'accroître ces prochaines années : d'une part, un taux important de professionnels de santé (médecins notamment) proches de la retraite, d'autre part, un vieillissement de la population et une augmentation continue des maladies chroniques, requérant une prise en charge lourde du patient, fondée sur la continuité et la coordination des soins (prise en charge globale autour du patient).

A ces facteurs, s'ajoute un aspect sociologique très net souligné au niveau national par un rapport du conseil de l'ordre des médecins de 2009 consacré au médecin dans son environnement : *“le rapport à l'économie et à la démographie conditionne l'évolution du soin, dans sa qualité, dans ses prestations, bien différente pour l'instant selon l'insertion en ville ou à la campagne, la jeune génération privilégiant pour l'instant le milieu urbain au rural, le groupe à l'installation isolée, la qualité de vie au volume de travail, la liberté d'installation constituant une revendication absolue.”*

L'ancienne génération de professionnels de santé qui se caractérisait par une grande disponibilité à l'égard des patients a laissé place à des hommes et femmes soucieux de concilier travail et vie de famille et recherchant une qualité de vie (augmentation du travail à temps partiel, choix du salariat,...). De même, les professionnels de santé ne souhaitent plus exercer nécessairement sur leur lieu d'habitation. C'est l'ensemble de ces phénomènes qu'il importe de prendre en compte si l'on veut

organiser l'accès aux soins de premier recours, c'est-à-dire de proximité, aujourd'hui et demain.

Ainsi, répondant aux attentes et souhaits de certains professionnels de santé en exercice mais surtout à ceux des jeunes générations (étudiants en médecine et auxiliaires médicaux) qui veulent rompre avec un exercice isolé, l'État et la Région en lien avec l'ARS, contribuent au développement des exercices regroupés, parmi lesquels celui des Maisons et Pôles de santé pluridisciplinaires (MSP et PSP).

Dès 2007, des projets ont été déposés dans le cadre du Contrat de projet État/Région (CPER).

La continuité de ce programme d'actions a été confortée suite à la création de l'ARS le 1^{er} avril 2010, ce grâce à une action concertée entre tous les acteurs précités et à une démarche d'accompagnement approfondie impliquant les porteurs de projets.

Ces exercices regroupés, par l'intégration de différents cabinets médicaux et paramédicaux (pour beaucoup, individuels), redessinent la carte géographique de l'offre de soins, jusqu'à présent organisée autour d'une commune (la plupart des communes ayant encore jusqu'à ce jour “son ou ses” médecin(s), “ses” auxiliaires médicaux). Or, ceci n'est plus possible actuellement et le sera encore moins à l'avenir, compte tenu de la situation de la démographie des professions de santé que connaît la région Centre, rendant souhaitable et nécessaire le regroupement de plusieurs professionnels de santé dans un même territoire.

Aussi, afin d'éviter tout déséquilibre d'un territoire en faveur d'un autre, ces nouvelles structures d'exercice regroupé pluridisciplinaire doivent s'inscrire dans une véritable politique d'aménagement du territoire, soucieuse de répartir de manière efficiente les ressources médicales entre toutes les zones impactées (du moins, de ne pas rompre l'équilibre établi) et d'offrir à la population, au même titre que les autres services, un véritable service de santé de proximité. Ceci se fera en lien avec l'État et la Région, en articulation respectivement, avec le Plan d'action stratégique de l'État en région et avec le Schéma régional d'aménagement du territoire de ces deux partenaires.

Toutefois, à l'heure actuelle, comme le souligne le rapport Mousli¹ relatif aux “conséquences du vieillissement de la population en région Centre”, 96 % des communes sont en moyenne à moins de 20 minutes d'un généraliste, de même l'accès aux services d'urgence est en moyenne de 30 minutes.

En outre, la région Centre n'a pas de reliefs accidentés et est bien desservie par un réseau important d'axes autoroutiers et routiers, ce qui contribue à l'accessibilité.

L'accès aux soins est donc satisfaisant pour les personnes pouvant se déplacer, plus problématique pour les

1 - Rapport Mousli “Conséquences du vieillissement de la population en région Centre” (novembre 2009)

personnes à mobilité réduite, ce d'autant plus qu'il risque de ne plus y avoir un médecin dans chaque commune.

Cette situation de pénurie médicale annoncée n'est pas une fatalité et au-delà de ce constat, il est nécessaire d'accompagner ces évolutions (sensibilisation, information, concertation avec les élus et entre eux, politique de transports,...).

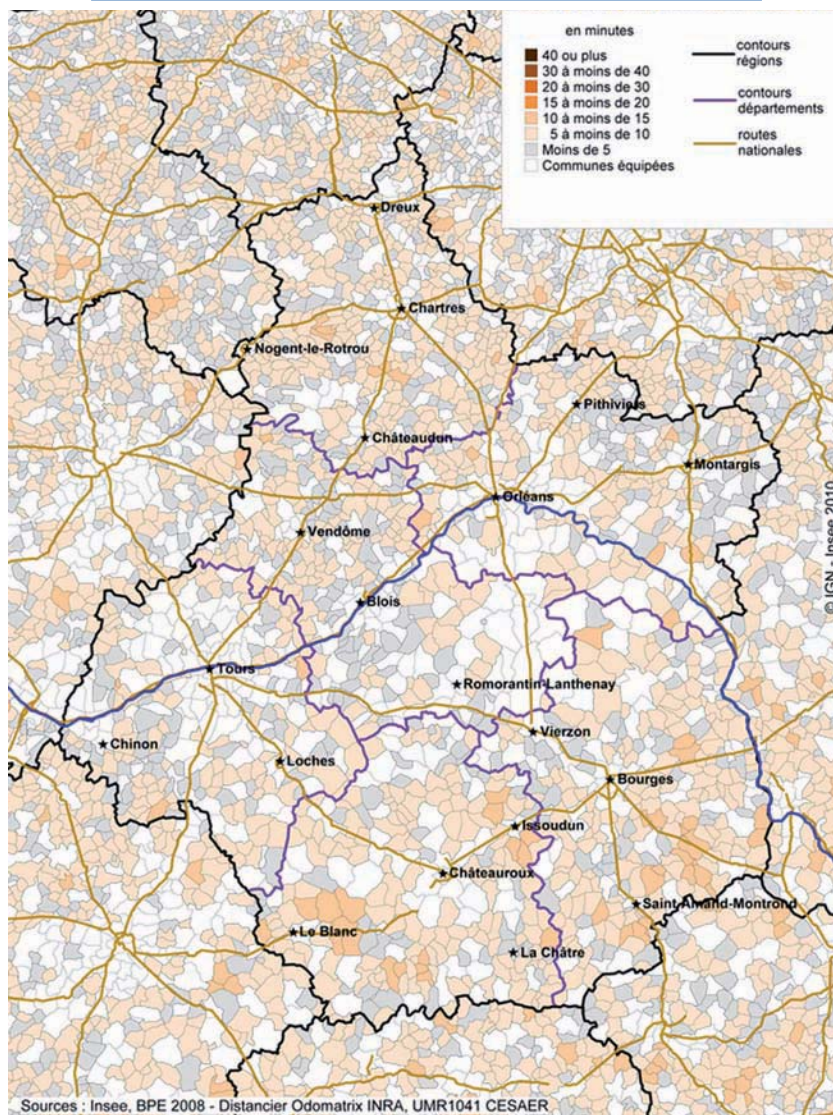
Dans ce cadre et dans un contexte d'évolution majeure de l'organisation de l'offre de soins de premier recours, l'État, la Région et l'ARS ont choisi d'adopter un programme d'actions concerté garantissant l'accessibilité et envisageant l'offre de soins comme un service de santé à la population. Il importera, pour la mise en œuvre du présent schéma, de travailler, via un partenariat fort, dans le cadre de programmes territoriaux de santé, sur la problématique de l'accès géographique à l'offre de soins, en particulier, par le développement d'une véritable politique des transports.

Un autre constat est celui des difficultés rencontrées dans la prise en charge de la continuité des soins en

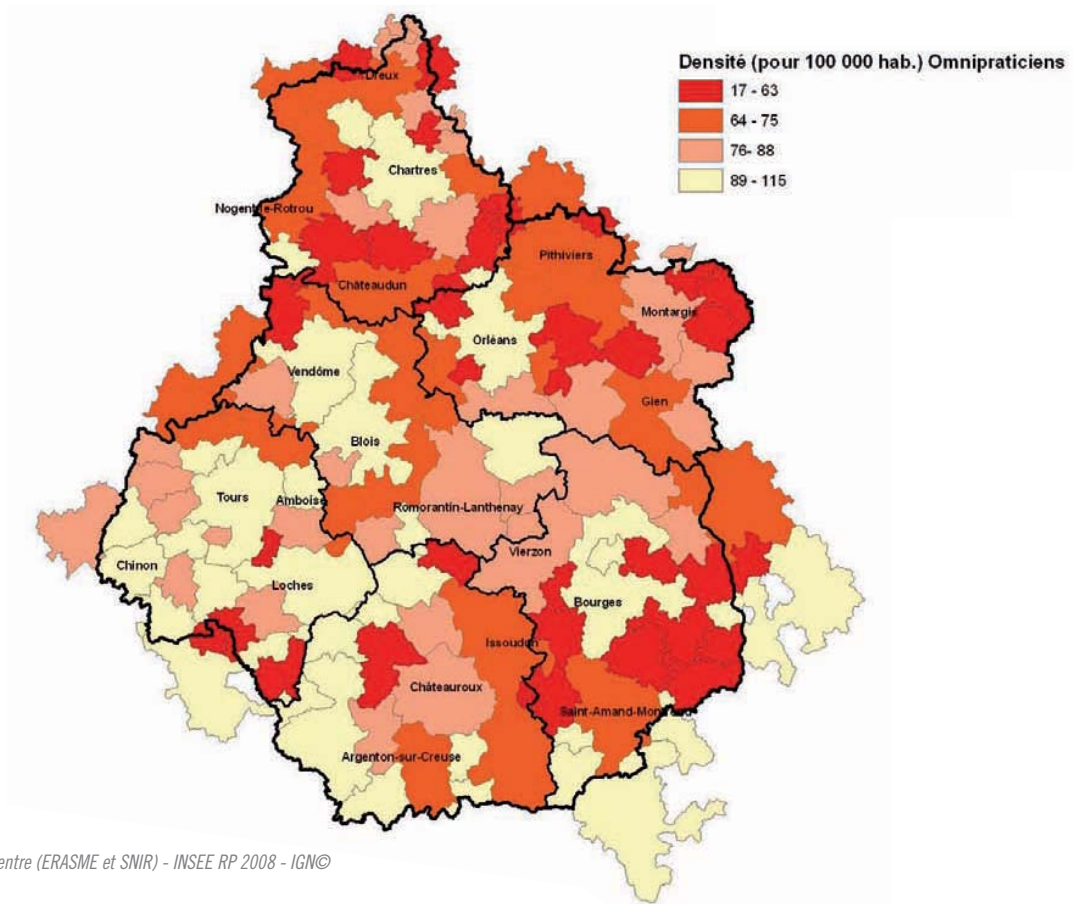
journée qui pèse ensuite sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

La PDSA, prévue par les dispositions des articles L 6314-1 à L 6314-3 et R 6315-1 du CSP, ne relève pas, stricto sensu, de l'objet du schéma ; il s'agit d'un dispositif à part. En effet, elle fait l'objet d'un arrêté du directeur général de l'agence fixant un cahier des charges régional qui définit le dispositif d'organisation ; cet arrêté est opposable là où le schéma n'est qu'indicatif. Toutefois, elle s'inscrit dans les orientations du SROS qu'elle respecte (zonage) et concerne notamment l'organisation du premier recours et de la réponse au patient, en contribuant à renforcer l'attractivité d'un territoire pour les professionnels de santé. Une PDSA bien organisée et adaptée aux spécificités d'un territoire (densité, superficie, nombre de territoires de permanence, effectif de médecins par territoire) contribue de façon certaine à favoriser les installations en milieu rural.

Médecins omnipraticiens.
Durée d'accessibilité moyenne par commune en minutes (heures creuses)

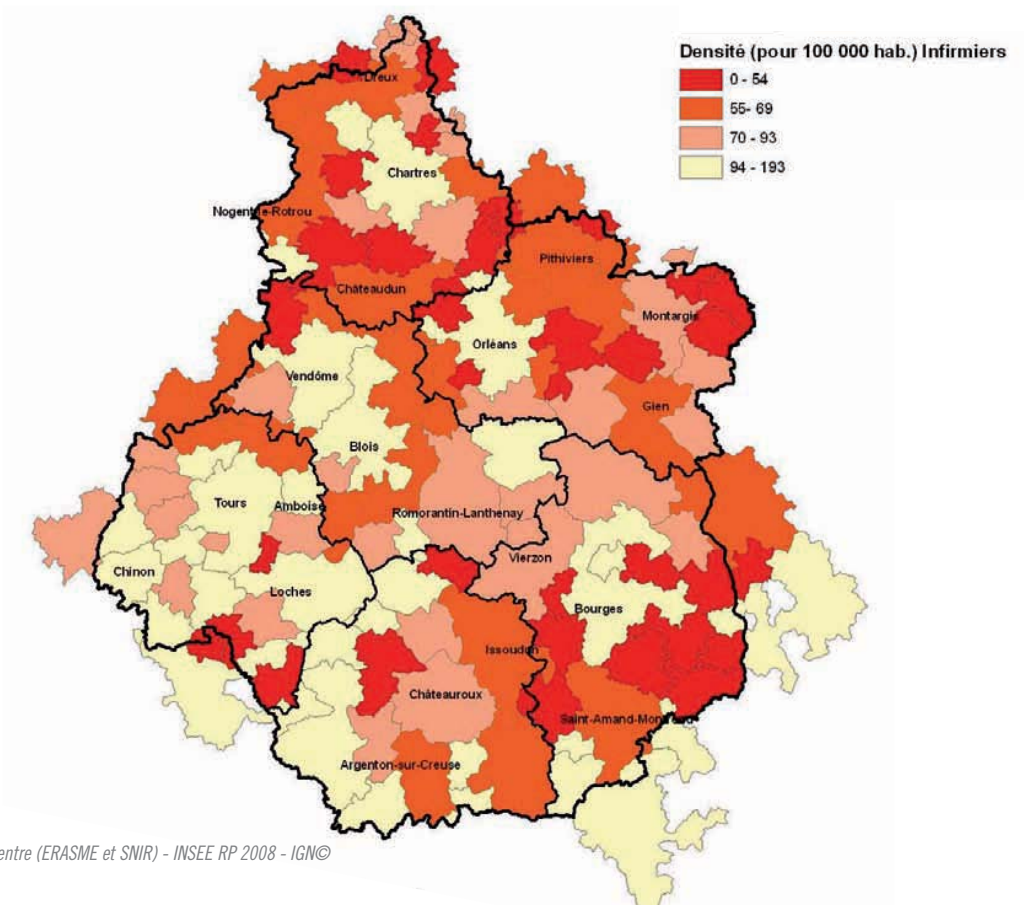


Densité d'omnipraticiens libéraux en région Centre par bassin de vie (au 01/01/2011)



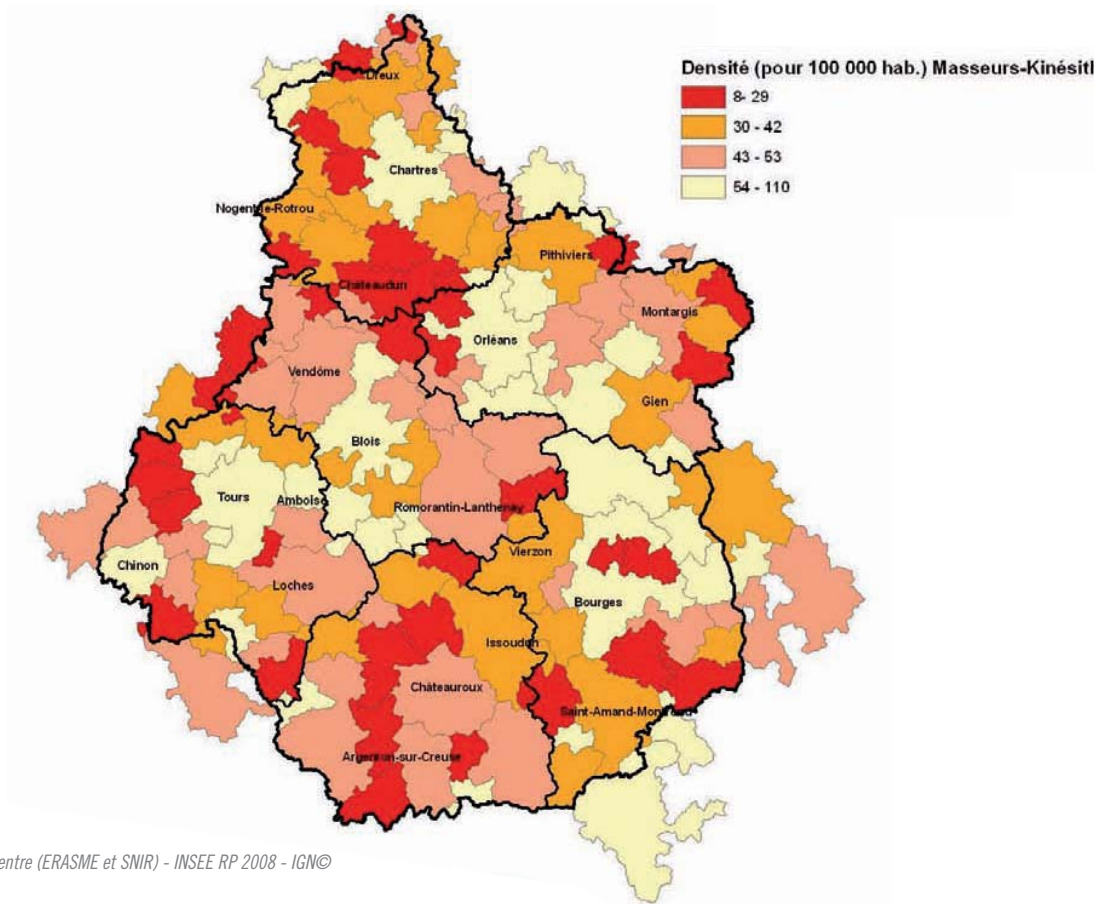
Source : ARS du Centre (ERASME et SNIR) - INSEE RP 2008 - IGN©

Densité d'infirmiers libéraux en région Centre par bassin de vie (au 01/01/2011)



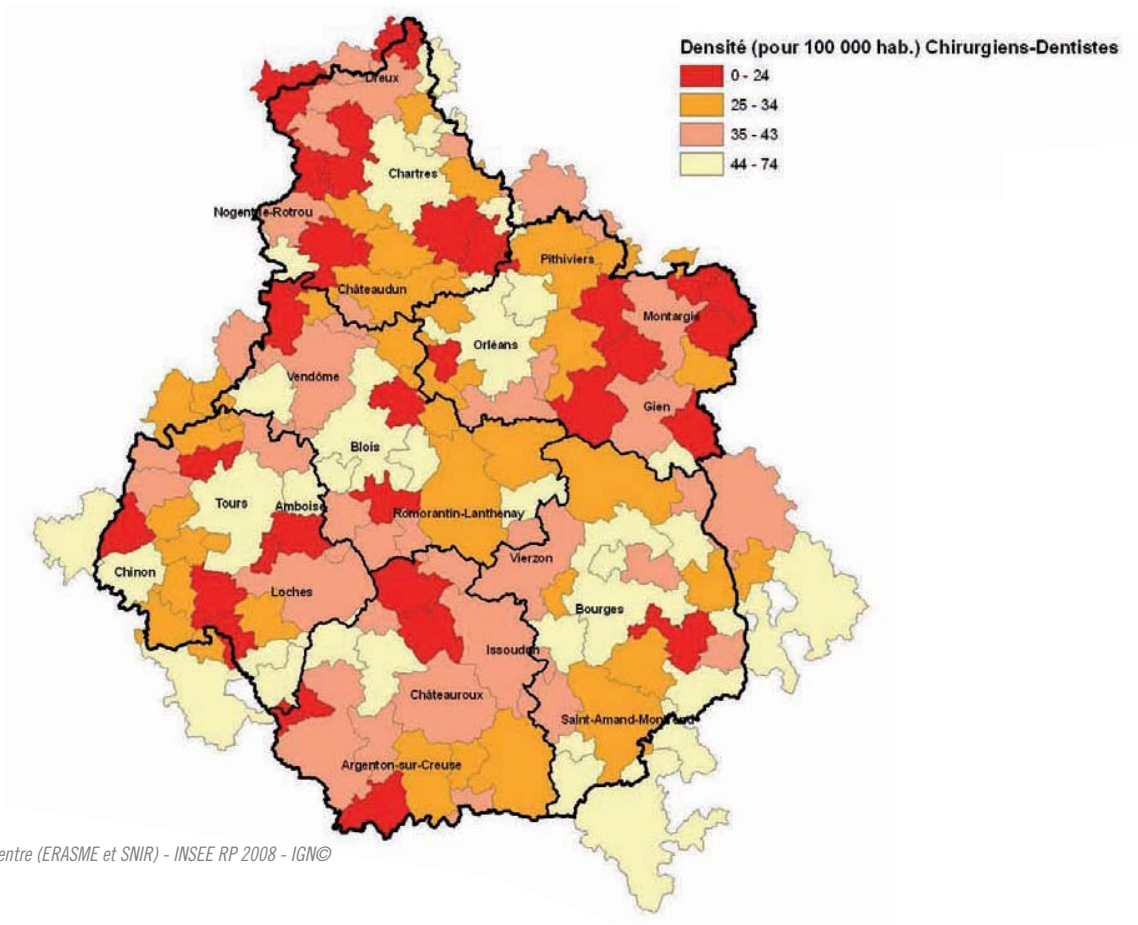
Source : ARS du Centre (ERASME et SNIR) - INSEE RP 2008 - IGN©

Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux en région Centre par bassin de vie (au 01/01/2011)



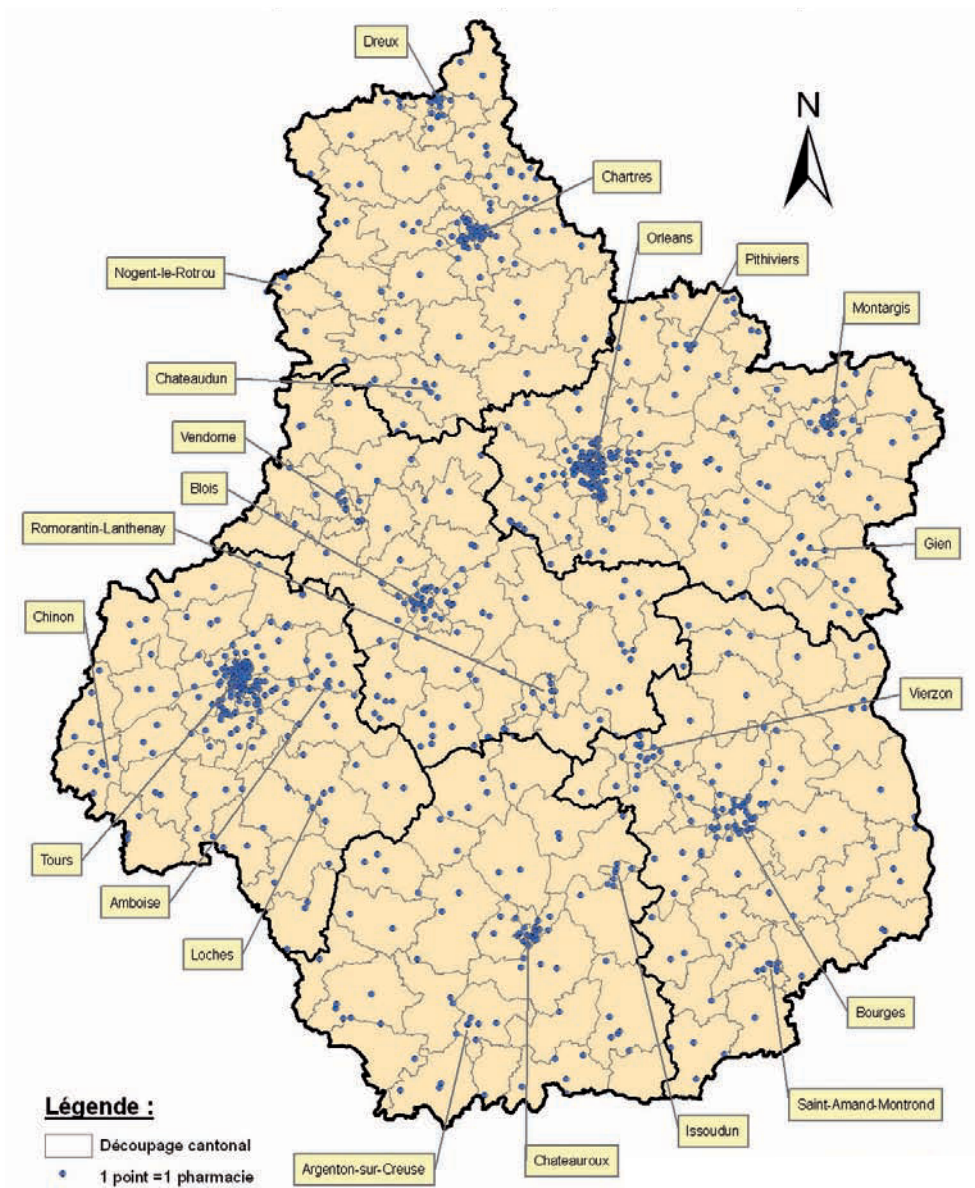
Source : ARS du Centre (ERASME et SNIR) - INSEE RP 2008 - IGN©

Densité de chirurgiens-dentistes libéraux en région Centre par bassin de vie (au 01/01/2011)



Source : ARS du Centre (ERASME et SNIR) - INSEE RP 2008 - IGN©

Implantation des pharmacies d'officine en région Centre (septembre 2011)



Source : ARS du Centre - FINISS - IGN©

2. La planification d'une organisation cible à cinq ans

A partir de l'évaluation des besoins et de l'offre de santé effectuée dans le Plan stratégique régional de santé, le SROS a pour objet de prévoir et de 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.

Dans son volet ambulatoire, objet du présent document, il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi

que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales (art.1 434-7 CSP).

Ses objectifs sont de :

- répondre aux besoins de santé de la population,
- prendre en compte l'accessibilité (géographique et financière),
- préciser les modalités de coordination de toute nature autour du patient, assurant une offre de soins suffisante aux tarifs des honoraires prévus par le code de la sécurité sociale et répondant aux aspirations des professionnels de santé,
- améliorer l'efficacité de l'offre de soins.

2.1

IDENTIFIER DES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ À CONSOLIDER

La question des territoires de proximité est centrale dans le volet ambulatoire du SROS, son enjeu étant l'organisation des soins de premier recours en garantissant l'accessibilité en tout point du territoire de la région Centre. De la définition de ces territoires va dépendre toute une série d'actions à mettre en œuvre visant à renforcer l'attractivité de la région Centre.

Les territoires de proximité, qui constituent le cadre géographique retenu pour la planification de l'offre de premier recours (et par incidence du second recours), sont les bassins de vie. Ils se distinguent des territoires de santé, ces derniers étant constitués par les départements.

Un bassin de vie peut être commun à deux départements ou deux régions, ce qui est conforme aux réalités observées (flux de patients et attractivité des régions limitrophes en la matière).

Le territoire de proximité peut être défini comme :

- un territoire partant de l'ordonnateur, c'est-à-dire du médecin généraliste, en tant que pivot de l'organisation

des soins, mais en prenant en compte les autres professionnels de santé du premier recours qui jouent un rôle fondamental dans le maillage du territoire,

- un ensemble de professionnels de santé qui ont l'habitude de travailler ensemble en pluridisciplinarité,
- une zone où l'offre de soins de premier recours a vocation à être complète,
- un territoire où existent des structures de proximité (services de soins à domicile),
- un territoire où sont présentes des conditions d'accueil satisfaisantes offertes par les collectivités territoriales pour les professionnels de santé.

Le territoire de proximité est déterminé aujourd'hui mais doit être adaptable aux évolutions prévisibles (départs massifs à la retraite des professionnels de santé, phénomène de regroupement des professionnels de santé, accessibilité acceptable, déplacements et évolution des comportements des patients).

2.1.1 Définir les zones “fragiles” en professionnels du premier recours

• ZONAGE PLURIPROFESSIONNEL

Cadre législatif et réglementaire

L'article L.1434-7 du Code de la santé publique prévoit que les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé sont déterminées par l'Agence régionale de santé dans le schéma régional d'organisation des soins- volet ambulatoire (SROS ambulatoire), selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Cet arrêté, en date du **21 décembre 2011**, est venu définir les dispositions de mise en œuvre de ce zonage.

Il retient les principes structurants pour l'identification des zones fragiles de premier recours (ou “zonage pluri-professionnel”) et précise que la définition de ces zones tient compte des priorités d'action prévues dans le SROS en matière de répartition géographique.

Les zones sont constituées d'unités territoriales référencées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) : pour notre Région, c'est le bassin de vie qui a été retenu comme territoire de référence.

Au-delà des impératifs rappelés ci-dessus, les critères de détermination des zones dites fragiles sont laissés à la libre-appréciation de chaque ARS qui prend un arrêté de zonage.

Les zones comprennent une part de la population régionale vivant dans un bassin de vie dont la densité en médecins généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne nationale : en Région Centre, cette part est de **14,2 %**, soit **359 485** habitants vivant en zone fragile sur une population totale de 2 531 588 (le taux global de la population nationale en zone fragile étant de 7,34 %).

L'arrêté de zonage du DG ARS, soumis comme prévu par l'article L.1434-3 du Code de la santé publique, à concertation, précise le volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins ; il est intégré à ce schéma, conformément aux dispositions de l'article L.1434-7 du Code de la santé publique.

Modalités de définition du zonage

Le zonage défini par l'ARS est pluri-professionnel.

Il s'agit d'identifier des zones “en fragilité” en termes d'effectifs de professionnels.

Ces zones tiennent compte de la répartition infra-régionale des professionnels de santé (offre de soins) mais également des besoins de santé de la population.

Pour apprécier l'offre de soins existante, il est nécessaire d'avoir une approche complémentaire : quantitative (densité médicale notamment, équivalent temps plein) et qualitative (âge des médecins, par exemple).

Dans un premier temps, a été pris en compte l'indicateur national qui a servi à définir la part maximale de population pouvant être considérée comme vivant en zone fragile et qui a également été retenu comme indicateur du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé par l'ARS : le bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne nationale.

Dans un second temps, trois catégories de critères ont été retenus.

Les caractéristiques de la population sur 70 points :

INDICATEURS	COEFFICIENT
Part des personnes de 75 ans et plus et des personnes ayant eu une ALD	40
Taux standardisé des personnes de 20 ans et plus (par âge, sexe, ALD, CMU-C) des personnes n'ayant pas déclarés de médecin traitant	10
Taux d'évolution de la population entre 1999 et 2008	8
Part des 0-6 ans n'ayant pas consulté un pédiatre en 2010 et part des femmes de 20 à 59 ans n'ayant pas consulté une spécialité gynécologique dans l'année 2010.	6
Part des personnes bénéficiaires de la CMU-C	6

L'offre : données quantitatives sur 200 points :

INDICATEURS	COEFFICIENT
Indicateur national (densité d'omnipraticiens* libéraux)	100
Densité des omnipraticiens* libéraux de 55 ans ou plus	80
Densité d'infirmiers libéraux	8
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	6
Densité de chirurgiens-dentistes	6

* Les omnipraticiens représentent ici les médecins généralistes + les MEP, avec l'hypothèse que deux MEP équivalent à un ETP de médecin généraliste.

L'offre : données qualitatives sur 30 points :

INDICATEURS	COEFFICIENT
Activité moyenne des médecins généralistes libéraux	10
Evolution de l'activité moyenne des médecins généralistes libéraux	8
Activité moyenne des infirmiers libéraux	6
Activité moyenne des masseurs-kinésithérapeutes libéraux	3
Densité de chirurgiens-dentistes	3

Pour chaque indicateur, les bassins de vie sont classés et se voient attribuer de 1 à 10 points selon leur position par rapport aux déciles de la variable considérée.

Le choix des déciles permet d'éviter les effets de seuils et de prendre en compte les disparités de distribution des variables.

SEUIL	NOMBRE DE POINTS ATTRIBUÉS
En dessous du 1 ^{er} décile 1 pt	Entre le 1 ^{er} et le 2 ^e décile 2 pts
Entre le 2 ^e et le 3 ^e décile 3 pts	Entre le 3 ^e et le 4 ^e décile 4 pts
Entre le 4 ^e et le 5 ^e décile	5 pts
Entre le 5 ^e et le 6 ^e décile	6 pts
Entre le 6 ^e et le 7 ^e ème décile	7 pts
Entre le 7 ^e et le 8 ^e décile	8 pts
Entre le 8 ^e et le 9 ^e ème décile	9 pts
Au dessus du 9 ^e décile	10 pts

Ces points sont ensuite pondérés par un coefficient en fonction de l'importance donnée à chaque indicateur (à titre d'exemple, un bassin de vie, qui se situerait, pour un indicateur doté d'un coefficient de 2, entre le 5^eème et le 6^eème décile se verrait attribuer $6 \times 2 = 12$ points).

La somme des points permet d'obtenir un score final pour chaque bassin de vie donnant lieu par la suite à un classement représentatif de sa fragilité théorique.

Les bassins de vie classés en zone fragile sont ceux qui ont le plus haut score à concurrence de la part maximale de population accordée par le niveau national.

En cas d'égalité entre deux bassins de vie, ils sont départagés sur l'indicateur national de densité de médecins généralistes libéraux.

L'arrêté de zonage figurant en annexe 1 précise les bassins de vie et les communes situés en zone fragile

• AUTRES ZONAGES

Au zonage "pluri-professionnel", s'ajoutent des zonages spécifiques par profession : en particulier, le zonage infirmiers, conformément aux dispositions de **l'arrêté du 25 novembre 2011** portant approbation de **l'avenant n° 3** à la convention nationale des infirmières et des infirmiers et, en vertu de **l'article 4 de l'arrêté du 21 décembre 2011**.

Des zonages "masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes" sont également prévus.

Ces zonages font l'objet d'arrêtés pris par le Directeur général de l'ARS.

Ces zonages professionnels dont la détermination a été négociée entre les syndicats représentatifs des professions concernées et l'Assurance maladie dans le cadre du dispositif conventionnel, ont pour objet de :

- rééquilibrer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et lutter contre les disparités géographiques d'accès aux soins,
- réguler la profession considérée avec la mise en place d'un dispositif d'accès au conventionnement dans les zones sur-dotées.

Les aides financières attachées au zonage sont récapitulées dans un tableau figurant en ANNEXE 2 du présent schéma.

2.1.2 Prioriser des territoires de projets

La définition des zones fragiles en offre de soins de premier recours permet de privilégier des territoires pour l'implantation de nouvelles structures fondées sur le regroupement et la coordination des actions des professionnels.

Cet espace d'organisation des soins de proximité constitue un territoire de projet.

La loi du 16 décembre 2010 portant réforme des collectivités territoriales prévoit l'élaboration par le préfet de département, en concertation avec les élus, d'un schéma départemental de coopération intercommunale qui a vocation à étendre l'intercommunalité à l'ensemble du territoire en créant des communautés de communes de plus de 5 000 habitants et en organisant les créations ou les regroupements autour de territoires pertinents.

Une fois arrêtés, les six schémas de la région devront être pris en compte dans la réflexion menée par l'ARS et ses différents partenaires pour déterminer ces territoires de projet.

L'émergence de projets de regroupement, lourds à conduire et à mettre en œuvre nécessite une démarche basée sur une approche globale de la problématique du territoire concerné qui tient compte notamment :

- des caractéristiques et des besoins de la population,
- des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux présents sur le territoire,
- des acteurs sociaux souvent impliqués dans les prises en charge de proximité,
- des établissements de santé et médico-sociaux,
- des acteurs de la prévention intervenant sur le territoire, par le biais des associations ou des réseaux de santé.

L'analyse des besoins, d'une part, et des forces et des faiblesses du territoire, d'autre part, doivent faire l'objet d'une large concertation avec des acteurs locaux impliqués et motivés, afin de définir une stratégie à moyen et long terme pour le territoire impacté, dans le domaine du service de santé rendu à la population.

C'est pourquoi, au-delà de la détermination de zones fragiles, il est essentiel de prioriser des territoires de projets comprenant une ou plusieurs zones fragiles. A charge, pour les promoteurs de s'inscrire en cohérence avec la démarche décrite, ci-dessus, afin de garantir la viabilité et la pérennité des projets d'organisation de l'offre et l'accès aux soins mis en œuvre sur un territoire.

De même, certaines zones qui ne sont pas confrontées à la problématique de la ruralité mais qui présentent des caractéristiques spécifiques (précarité, problématiques

de santé publique prégnantes, inégalités de santé et sociales, désertification) feront l'objet d'une attention particulière de l'ARS.

Cette démarche consistant dans la priorisation de territoires de projets, par une approche réaliste et dynamique, adaptée aux particularismes locaux (réseau de professionnels de santé solide, implication et motivation des différents acteurs, analyse du comportement des patients par l'étude de leurs flux, attractivité d'un territoire, lien interdépartemental et /ou interrégional), doit permettre de dépasser une vision simplement statique pour proposer une hiérarchisation des solutions à mettre en œuvre sur le territoire en termes de régulation de l'offre de soins. Elle doit également contribuer à faire émerger des projets, là où il n'y en a pas encore mais où les besoins de la population sont importants.

Toutes les zones fragiles ne peuvent constituer lesdits territoires de projets mais des configurations déjà définies, telles que les communes de tailles suffisantes, les communautés de communes ou les pays qui sont à même de conduire ce type de démarche s'inscrivant dans une véritable politique d'aménagement du territoire : ainsi, un pays ou une communauté de communes, ayant une ou plusieurs zones fragiles sur son territoire pourra développer un projet conduisant à la création d'un pôle de santé composé d'une maison de santé pluridisciplinaire principale autour de laquelle graviteront des cabinets "antennes" avec des permanences assurées. L'ensemble de cette démarche s'inscrivant dans un même projet de santé.

2.2

MAINTENIR ET ATTIRER DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR UN TERRITOIRE

Rendre attractive la région Centre pour les professionnels de santé est un des principaux enjeux de ce volet "ambulatoire" du SROS. Cela passe notamment par des actions à développer ou mettre en place dès la phase de formation initiale des médecins et des autres professions.

2.2.1 Sensibiliser à l'exercice libéral de la médecine et des autres professions

D'une manière générale, il conviendrait de développer en lien avec les organismes de formation et les facultés, la promotion des professions médicales et paramédicales auprès des lycéens au moment des orientations scolaires.

Du numerus clausus des études médicales à l'internat

Les études médicales durent de 9 à 11 ans selon les spécialités. Elles sont organisées en trois cycles : le premier dure deux ans, le deuxième quatre ans et le troisième, l'internat, de trois à cinq ans. Le numerus clausus détermine chaque année, le nombre d'étudiants autorisés à passer de la 1^{ère} à la 2^e année du premier cycle au niveau national et par faculté de médecine. Le numerus clausus de la faculté de médecine de Tours est actuellement à 233 (arrêté ministériel du 5 novembre 2010).

Il a évolué de 220 % entre 2001 et 2011 (+ 180 % au niveau national). Malgré cela, il reste insuffisant et ne représente que 3 % du numerus clausus national. Au regard du poids de la population régionale par rapport à la métropole qui est de 4 %, le numerus clausus régional pourrait être augmenté à 300.

Trois autres professions médicales sont régies par un numerus clausus à l'issue de la première année commune des études de santé. C'est le cas notamment des pharmaciens dont le numerus clausus est actuellement fixé à 106. Il en est de même pour les chirurgiens-dentistes ; à noter que pour cette profession, il n'y a pas de faculté en région Centre. Enfin, les sages-femmes ont également un numerus clausus : ainsi l'école des sages femmes de Tours accueille annuellement 30 nouveaux élèves.

Sensibiliser à la médecine générale et à l'exercice libéral

Durant le deuxième cycle, les étudiants effectuent divers stages dans les services hospitaliers et, depuis 3 ans, la possibilité leur est offerte d'effectuer un stage de six semaines auprès d'un médecin généraliste agréé "maître de stage" par la faculté de médecine pour découvrir le mode d'exercice de la médecine générale en milieu libéral et, notamment, en milieu rural. Actuellement, une trentaine d'étudiants choisissent de faire ce stage par année.

Ce type de stage présente un intérêt majeur pour faire connaître la médecine générale et le mode d'exercice libéral, avec ses contraintes, mais aussi ses atouts ; il conviendrait qu'il devienne obligatoire et soit généralisé.

A l'issue du deuxième cycle, les étudiants passent les Epreuves classantes nationales (ECN) et choisissent, en fonction de leur rang de classement, leur spécialité, dont la médecine générale, ainsi que le centre hospitalier universitaire de la région où ils vont poursuivre leur internat. Le nombre de postes ouverts par discipline et le lieu

d'affectation est fixé annuellement par un arrêté ministériel sur proposition du comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

S'agissant de la médecine générale, spécialité au cœur de ce schéma, le nombre de postes non pourvus à la faculté de médecine de Tours est important. Cet état de fait s'explique par l'inadéquation nationale entre le nombre de postes ouverts et le nombre d'internes choisissant une affectation. La médecine générale reste une spécialité moins choisie, bien que l'on observe une augmentation lente mais régulière ces dernières années. C'est toujours dans cette spécialité et dans les régions moins attractives géographiquement (Basse-Normandie, Haute-Normandie, Centre, Picardie, Bourgogne, ...) que les postes restent non pourvus.

Pourtant, si l'on examine le nombre d'étudiants issus de la faculté de médecine ayant choisi la médecine générale, on constate qu'une part importante, 55 sur 88 en 2010, font le choix de suivre leur internat dans une autre région.

Ainsi, sur les postes ouverts en médecine générale pour la région Centre, les postes pourvus sont :

- ouverts en 2008 : 125 ; pourvus : 46,
- ouverts en 2009 : 110 ; pourvus : 44,
- ouverts en 2010 : 120 ; pourvus : 72 dont 33 issus de Tours,
- ouverts en 2011 : 107 auxquels s'ajoutent 4 postes réservés à des étudiants ayant signé un CESP ; 65 ont été pourvus dont 28 issus de Tours.

Des actions de sensibilisation des étudiants en médecine durant le deuxième cycle, conduites conjointement avec les représentants des internes de médecine générale, la faculté de médecine et l'URPS - médecins libéraux, doivent être développées pour redonner de l'attractivité à cette forme d'exercice en région Centre.

Postes réservés, dans des zones où l'offre médicale fait défaut, aux étudiants ayant signé un CESP.

Depuis l'automne 2011, l'ARS est chargée d'élaborer une liste des lieux d'exercice proposés aux étudiants et internes signataires d'un CESP, dans un objectif de réduction de l'inégalité d'accès aux soins.

Compte tenu de la mise en place récente de ce dispositif, le nombre de lieux sera, dans un premier temps, supérieur au nombre d'étudiants et internes concernés dans la région.

En région Centre, le bassin de vie est le territoire retenu pour identifier les lieux d'exercice qui seront proposés aux signataires d'un CESP ; la liste des postes est établie en prenant en compte différents critères, dont notamment :

- le classement du bassin de vie en zone fragile,
- le ratio effectif de population / effectif de médecins généralistes,
- la présence ou non d'une MSP sur le territoire.

Cette méthodologie permet de retenir une vingtaine de bassins de vie, répartis sur les six départements de la région Centre.

Par la suite, une régulation nationale du nombre de lieux d'exercice proposé pourra, le cas échéant, être effectuée, afin d'éviter tout risque de concurrence entre les régions.

2.2.2 Favoriser les stages en médecine générale et développer le réseau des maîtres de stages

Durant leur internat, les internes de médecine générale effectuent un stage pratique de six mois obligatoire auprès d'un médecin généraliste agréé par la faculté. Pour ceux qui le souhaitent et qui envisagent de s'installer ou d'exercer en tant que généraliste, ils peuvent effectuer un Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé (SASPAS). Ce stage est vivement recommandé par la faculté et de plus en plus d'internes l'effectuent.

Pour accueillir les stagiaires, la faculté dispose d'un réseau d'environ 200 maîtres de stages répartis sur le territoire régional.

Afin d'éviter la saturation des professionnels et de diversifier l'offre de stage, le réseau des maîtres de stages doit être développé et renforcé. Les actions de sensibilisation des médecins généralistes et la formation de maîtres de stage doivent être soutenues en lien avec l'URPS - médecins libéraux et le département universitaire de médecine générale (DUMG).

Il convient de souligner que le financement de la formation médicale, la rémunération des internes effectuant un stage auprès d'un médecin généraliste ou dans un service extra hospitalier, la rémunération des internes effectuant une "année-recherche" et l'indemnisation des étudiants de deuxième cycle effectuant un stage de découverte auprès d'un médecin généraliste, est rem-

boursée au centre hospitalier régional universitaire sur les crédits alloués au budget de l'ARS (Programme 204). De même, l'ARS rembourse à la faculté de médecine la rémunération des médecins généralistes agréés "maîtres de stage", lorsqu'ils accueillent un interne en médecine ou un étudiant de deuxième cycle.

Faciliter l'accueil et les déplacements des internes et des étudiants

L'un des points faibles en matière d'attractivité de la région Centre est sa géographie, premièrement par ses dimensions, 400 km du nord au sud et 300 km d'est en ouest, et deuxièmement par la grande proportion des territoires ruraux. Ces éléments sont régulièrement mis en avant par les étudiants qui craignent de voir faire des déplacements importants et de se retrouver isolés en milieu rural.

Aussi, pour que les stages aient lieu dans de bonnes conditions, il est indispensable de faciliter l'accueil des étudiants, notamment en proposant des aides au logement et/ou aux transports en lien avec les collectivités territoriales (cf. annexe 2)

Il y a lieu de favoriser l'implantation des maîtres de stages dans des formes d'exercice regroupé, par exemple dans les maisons ou les pôles de santé pluridisciplinaires. Ainsi, le stagiaire n'est pas isolé, il peut être en contact avec d'autres professionnels de santé et selon la capacité, le site peut accueillir plusieurs stagiaires. En effet, la sensibilisation à la pluridisciplinarité doit se faire dès les études.

Aussi, l'offre de logements et l'information sur les logements disponibles est un facteur d'attractivité important, les internes changeant de lieu de stage tous les six mois : les collectivités territoriales sont à cet égard des acteurs déterminants. L'offre doit se diversifier, notamment en zone rurale.

De manière générale, les mesures à prendre doivent assurer "l'environnement de la vie du médecin", qu'il s'agisse de logement, de transports, d'écoles ou de gardes d'enfants...

L'équipement des sites et des lieux de stages en matériel de visioconférence pourra faciliter l'accès à la formation à distance et limiter les déplacements sur la faculté.

2.2.3 Travailler sur le développement des lieux de stage en milieu rural des futurs professionnels de santé

Si l'accueil en milieu rural des futurs médecins nécessite d'être amélioré, il en est de même pour toutes professions de santé et ce d'autant plus que, mise à part l'action des instituts de formation et des conseils de l'ordre de ces professions, il n'existe aucune aide spécifique (telle la rémunération de maître de stage) susceptible d'encourager activement le développement de ces lieux de stage.

Dans ce domaine, un travail partenarial est donc indispensable entre l'agence, les conseils départementaux de l'ordre, les URPS et la fédération des URPS.

Au même titre, ce partenariat est également nécessaire avec les collectivités territoriales (notamment le conseil régional et les conseils généraux), afin d'améliorer les conditions matérielles des stages, en mettant à disposition des étudiants des logements en milieu rural (comme dans certaines MSP), en instaurant des colocations pluridisciplinaires grâce à une centralisation de l'offre aux différents instituts de formation concernés, ainsi qu'en développant des transports.

2.2.4 Favoriser les exercices regroupés en fonction de besoins identifiés

Le présent schéma propose des zones d'implantation souhaitables des professionnels de santé regroupés en maisons de santé et pôles de santé pluridisciplinaires.

Cette cartographie des implantations est importante et doit contribuer à rendre attractives les modalités d'exercice en milieu rural.

C'est un travail complexe, qui nécessite de prendre en compte tout un environnement qui gravite autour du cabinet du médecin généraliste et des professionnels de du premier recours.

Les regroupements peuvent être envisagés de diverses manières : dans le cadre des maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires, mais également par un travail en réseau. Quant aux médecins généralistes, ils trouvent dans ce dispositif des avantages professionnels (lutte contre l'isolement, facilitation des remplacements...), économiques (mutualisation des coûts de fonctionnement, du secrétariat...) et intellectuels, en termes de qualité d'exercice (échanges de pratiques, réunions pluridisciplinaires à partir des dossiers patients).

Ces structures permettent, d'une part, aux professionnels de santé de travailler ensemble, notamment en zone rurale où la démographie médicale baisse régulièrement, et, d'autre part, la mutualisation des locaux, des moyens humains et techniques, afin de gagner en efficacité et en efficience.

Ces structures doivent s'inscrire dans un véritable projet territorial de santé, en adéquation et en cohérence avec la politique d'aménagement du territoire d'une collectivité territoriale et les autres acteurs de santé de projets médicaux de territoire.

Par conséquent, préalablement à toute création, il est nécessaire de s'interroger sur les éléments structurant de motivation justifiant un tel projet, en particulier, au regard des besoins de soins de la population, de l'offre de soins existante, en réalisant une étude d'opportunité et de diagnostic de santé (un certain nombre d'éléments sont pris en compte comme les infrastructures, services publics présents sur le territoire, le dynamisme local, les établissements médicaux et médico-sociaux).

Il est important de dresser un bilan de l'existant pour ne pas "détruire" et pouvoir consolider l'existant, si besoin.

Le projet de santé (article L.6323-3 du CSP) : nouveau cadre d'organisation de l'offre de soins de proximité

Le projet de santé est le garant de la pérennité de la structure, il constitue la plus-value médicale pour le territoire, tant en termes de service rendu au patient, que d'amélioration des conditions d'exercice des professionnels. Il est évolutif.

Il comporte deux volets : le projet professionnel et le projet de prise en charge des patients.

Le projet professionnel

Les prérequis sont :

- un exercice pluriprofessionnel avec un noyau dur comprenant au minimum deux médecins généralistes et un infirmier (l'idéal étant à moyen-terme de parvenir à quatre / cinq médecins et deux / trois infirmiers, afin d'assurer la continuité des soins et d'optimiser les conditions de travail des professionnels),
- la formalisation d'une organisation du travail entre les différents professionnels de la structure (coordination et pluridisciplinarité, coopérations, fonctionnement du secrétariat, modalités d'échanges des données et des informations médicales, planning congés et absences, ...),
- la rédaction d'une charte (nomination d'un coordonnateur, choix d'un statut juridique, engagements écrits des professionnels à faire partie de la structure),
- l'engagement à accueillir et encadrer des professionnels de santé en formation (étudiants en médecine en stage de 2^e cycle, internes, étudiants infirmiers, etc.).

Le projet de prise en charge des patients

Il décrit :

- les mesures destinées à favoriser l'accès de tous aux soins,
- la mise en œuvre d'actions de prévention et de santé publique (promotion de la santé, éducation thérapeutique),
- les modalités d'orientation et d'information des patients qui doivent être adaptées en fonction de leurs demandes et de leurs besoins (organisation d'un accueil, secrétariat),
- une prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée mettant en avant la qualité des soins (réunions de concertation, échanges d'information, suivi des patients en maladie chronique, rédaction de protocoles de prise en charge,...),
- la coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire, sous forme de partenariats (hôpital, SSIAD, autres MSP, CLIC), d'intégration ou d'articulation avec les réseaux de santé présents sur le territoire,
- le dispositif de continuité des soins avec la mise en place d'une organisation permettant de répondre aux demandes de soins non programmées en journée correspondant aux besoins de la population (large amplitude des horaires d'ouverture, une organisation de permanences de consultations non programmées),
- le dispositif d'information : la structure s'engage à mettre en place un dispositif de partage d'informations sécurisé ; ce dispositif favorise la continuité des soins, la coordination des professionnels autour du patient, la qualité des soins et de la prise en charge,
- les modalités de participation ou non à la permanence des soins ambulatoires sur le secteur concerné.

La phase de rédaction du projet de santé qui nécessite plusieurs rencontres et entretiens entre les acteurs concernés doit associer également l'architecte, afin que le projet architectural intègre bien les spécificités de chaque catégorie de professionnel, mais aussi les exigences d'un exercice pluridisciplinaire.

Le projet de santé pourra s'appuyer sur un diagnostic de santé préalablement établi. Ce projet de santé, partagé et élaboré avec l'ensemble des professionnels de santé de la structure, est le pivot et le garant de l'exercice pluridisciplinaire pérenne. Il se construit dans un cadre d'échange démocratique et de partage d'expérience, afin de favoriser les collaborations pluridisciplinaires en interne, mais aussi en externe, par une bonne connais-

sance du maillage des acteurs de santé du territoire. A ce niveau, une consultation des représentants des usagers sur le volet des besoins serait susceptible de l'enrichir. L'appui de la Fédération des maisons et pôles de santé pluridisciplinaire de la région Centre peut être un atout, notamment en termes de partage d'expérience, de conseil et de dynamique régionale des MSP et PSP.

Encourager, avec cohérence, la création de Maisons de santé pluridisciplinaires

Inscrites dans la loi HPST comme l'une des priorités (art.39) et souvent présentées comme le pivot de l'organisation de la médecine générale de demain, les MSP suscitent un vif intérêt.

La maison de santé apporte une sécurité, par le regroupement en un seul lieu et ce critère est fondamental, tant pour les étudiants en médecine, que pour les élèves se destinant aux professions de santé.

Les MSP constituent un cadre facilitateur pour une nouvelle façon d'exercer fondée sur la pluridisciplinarité, la coordination, l'échange de pratiques, la coopération pour une prise en charge globale de la santé en offrant une articulation entre prévention et soins.

Elles permettent de maintenir, voire de développer l'offre de soins, en facilitant la succession des professionnels cessant ou en voie de cesser leur activité, tout en offrant un cadre sécurisé d'exercice via le regroupement.

Les MSP s'insèrent dans un territoire en même temps qu'elles en modifient la logique et l'organisation : elles ont, en effet, vocation à irriguer un territoire plus vaste, avec un bassin de population significatif (de 5 000 à 10 000 habitants en moyenne dans la région Centre).

Il existe plusieurs modes de réalisation de ces opérations :

- création sur des fonds propres des professionnels (auto-financement),
- création sur des fonds publics des collectivités territoriales (conseil régional, conseils généraux), de l'État et de l'Assurance maladie, fonds européens.

Elles sont constituées entre des professionnels de santé avec la possibilité d'associer des professionnels sociaux.

Elles assurent des activités de soins sans hébergement.

Elles peuvent participer à des actions :

- de santé publique,
- de prévention et d'éducation pour la santé,
- sociales.

Ces actions participent aux missions de service public.

Afin de contribuer de manière efficiente au maillage territorial et garantir la pérennité des projets, le portage intercommunal d'un projet est à privilégier et est fortement recommandé.

Telles sont les orientations contenues dans le cahier des charges régional de financement, révisé en 2011 (Cf. annexe 3).

Ce cahier des charges élaboré par l'État, la Région et l'ARS s'inscrit dans le cadre du CPER qui finance depuis 2007 l'investissement des opérations de création de MSP, à condition que le portage soit public (collectivités territoriales).

Pour l'éligibilité des projets de MSP, l'État et la Région ont élaboré une carte des zones "carencées" (cf. ANNEXE 3 cahiers des charges régional MSP). Il s'agit de zones où la densité médicale est faible et l'âge moyen des médecins plus élevé qu'ailleurs. Cette carte constitue une "grille de lecture" pour la détermination des projets à prioriser en termes d'opportunité (réponse à des besoins de santé, absence de concurrence entre deux sites sur un même bassin de patientèle, implantation de préférence en bourg centre,...). Elle s'apprécie également au regard d'autres critères comme le contenu du projet de santé et l'implication des professionnels de santé. La carte des zones carencées concerne uniquement les projets d'exercice regroupés type MSP pour le versement de subventions d'investissement par l'État et la Région.

Le zonage arrêté par l'ARS (zones fragiles), est, quant à lui, un dispositif à part, opposable juridiquement, servant de base à l'octroi d'aides financières individuelles à l'installation et au maintien à destination des médecins généralistes (notamment, aides conventionnelles et aides des collectivités territoriales de l'article 1511-8 du code général des collectivités territoriales).

La loi Fourcade du 10 août 2011 précise dans son article 2 (article L.6323-3 du CSP : "Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'ARS. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé."

Lorsque le porteur de projet d'une MSP sollicite un financement public (CPER, Contrat régional de pays ou autre), le projet de santé est transmis à l'agence **pour avis**.

Le projet de santé permet de mesurer le degré d'implication et de motivation des professionnels de santé concernés qui doivent en être les auteurs. Bien souvent, la réflexion, en amont de ces acteurs, est négligée et, pourtant, elle détermine la viabilité de la structure à moyen et long-terme.

Il témoigne d'un exercice coordonné et pluridisciplinaire ; il doit être compatible avec les orientations du présent schéma.

Les membres de la maison de santé doivent adhérer à ce projet de santé. Il peut également être signé par tout professionnel de santé, dont la participation est explicitement prévue.

Il est soumis à l'ARS **pour avis** lorsqu'il existe une demande de financement public.

A mi-parcours du bilan de l'utilisation des fonds CPER et parce que l'implantation des MSP n'est pas sans conséquence sur les territoires (délai de mise en œuvre, coût, moyen adapté ou non pour lutter contre la pénurie médicale), les projets de MSP doivent se développer de façon cohérente sur le territoire régional et il est donc primordial qu'il y ait une priorisation des projets, seule garante de leur pérennité, ce dans l'intérêt de tous les acteurs de terrain.

Dans ce cadre, l'agence souhaite associer davantage les représentants des professionnels de santé au niveau local (conseils de l'ordre départementaux) et au niveau régional (Fédération des URPS, Fédération des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires), aussi bien en amont des projets (phase de lancement), qu'en aval (phase d'instruction).

Il est indispensable de prévoir un accompagnement spécifique des projets de MSP, car ce sont des structures lourdes à mettre en place qui nécessitent :

- du temps (notamment du temps de rencontre des différents acteurs de santé du territoire),
- des formations spécifiques (gestion de projet, management opérationnel,...),
- la mise à disposition de personnes ressources (si possible, un tiers extérieur non partie prenante au projet mais qui connaît bien le territoire et les problématiques locales), ce qui pourrait correspondre au "binôme référent",
- un vrai leader parmi les professionnels de santé, partageant des valeurs communes et ayant des qualités d'écoute, de synthèse et force de proposition,
- une concertation forte élus / professionnels de santé dès le départ,
- une équipe pluridisciplinaire soudée (ayant eu l'habitude de travailler ensemble par exemple dans un réseau ou, à défaut, acceptant un exercice fondé sur l'échange, le respect et la coordination).

Au-delà de la phase de création des MSP, il importe de les faire vivre (sur différents aspects comme la prévention et la santé publique, les coopérations, les systèmes d'information), et l'ARS et ses partenaires peuvent apporter leur appui. C'est un objectif pour les cinq années à venir. L'action de l'ARS et de ses partenaires passe également par un suivi systématique (au niveau régional et sur place) et une évaluation des sites en fonctionnement, afin d'identifier les facteurs de réussite et les leviers dans la mise en œuvre des projets mais aussi les freins et les difficultés rencontrées.

Les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ambulatoires (CPOM ambulatoires), signés entre l'ARS et le regroupement de professionnels de santé, finançant des frais de fonctionnement dans le cadre du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), constitueront un des supports de ce suivi et de cette évaluation.

Il s'agit de capitaliser les expériences positives et innovantes et de les faire connaître.

En région Centre, la Fédération des maisons et pôles de santé créée en juin 2011 et réunissant les professionnels de santé, peut contribuer à cette action, en concertation avec l'ARS et les URPS.

Les MSP, à terme (et dans le meilleur des cas, dès le début), via leur projet de santé, doivent contribuer à la

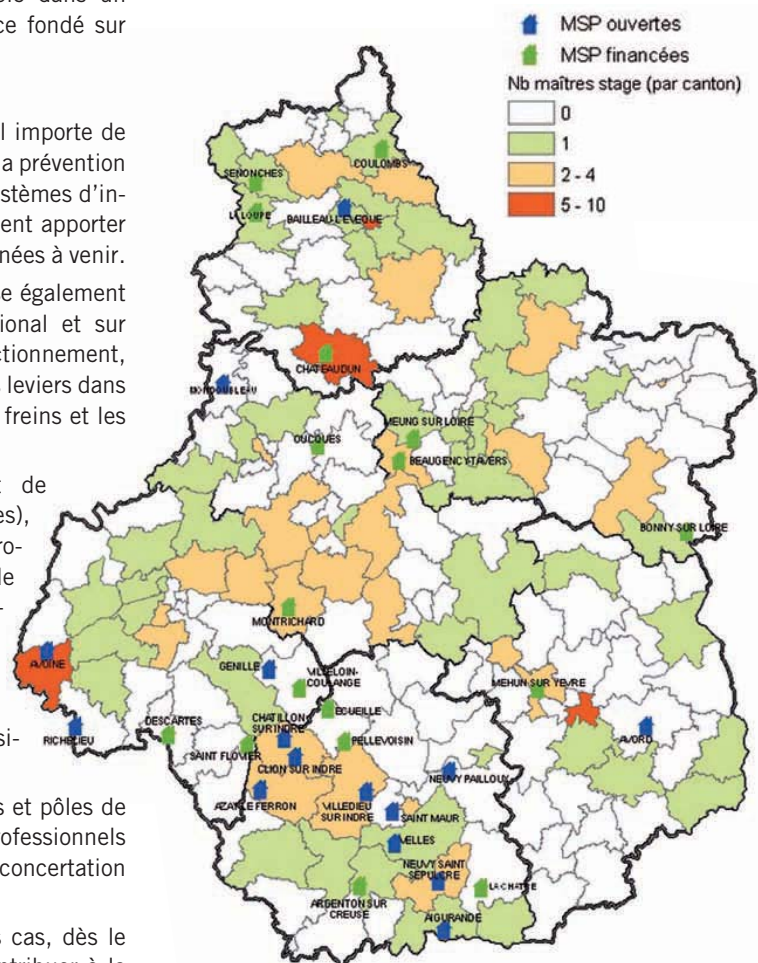
construction d'un projet de santé plus global qui permettra de tenir compte de l'ensemble des acteurs de santé sur un territoire donné (en particulier, les pharmaciens, les laboratoires de biologies médicale, les structures médico-sociales comme les associations de maintien à domicile, les réseaux de santé, les centres de santé, les structures de collectivités territoriales comme les PMI) et à limiter les situations de déséquilibre d'un territoire au profit d'un autre.

Tout en reconfigurant la géographie des territoires, l'ARS, aux côtés de ces partenaires, doit veiller à ce que les structures d'exercice regroupé n'appauvrissent un territoire.

Elles ne peuvent fonctionner de manière optimale que si, dès le départ, elles réussissent à attirer de nouveaux professionnels sur un territoire, par exemple par le biais des stages, intéressés par cette pratique professionnelle pluridisciplinaire et donc prêts à s'installer. Elles n'ont pas vocation à maintenir seulement l'offre de soins existante, déjà fragilisée.

De plus, elles peuvent offrir, pour les professionnels de santé, des possibilités de diversification de l'exercice, lorsqu'elles sont adossées à des établissements de santé (hôpital local).

Implantation des MSP couplée avec les maîtres de stage



Source : ARS du Centre au 01/12/2011 - IGN©

Les pôles de santé pluridisciplinaires : vers un projet territorial de santé global ?

La maison de santé est un mode d'organisation du premier recours attractif, elle n'est cependant pas la seule réponse possible dans tous les territoires fragiles en offre de soins si les professionnels de santé n'adhèrent pas à ce type de démarche.

Les pôles de santé pluridisciplinaires (PSP) ont été créés par la loi du 21 juillet 2009 (article L.6323-4 du CSP).

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des établissements de santé et des services médico-sociaux, des GCS et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Ils assurent des activités de soins de premier recours, le cas échéant, de second recours pour les soins non couverts par le premier recours.

Ils peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma régional de prévention.

La définition de ces structures suffisamment large et non contraignante, ne fixe pas de forme précise à ce mode d'exercice pluridisciplinaire.

Ainsi, un PSP peut se constituer autour d'une MSP ou pas, mettant en œuvre dans ce dernier cas une organisation commune entre plusieurs cabinets médicaux et paramédicaux, en lien avec d'autres structures présentes sur le territoire.

Un PSP repose sur un projet de santé (volet professionnel et volet patient) de proximité. Il a vocation à organiser des territoires plus vastes que les MSP (de 5 000 habitants et plus).

Il s'agit d'une organisation ayant pour objectif une prise en charge globale du patient se fondant sur la continuité des soins, la coordination et la coopération pluridisciplinaire.

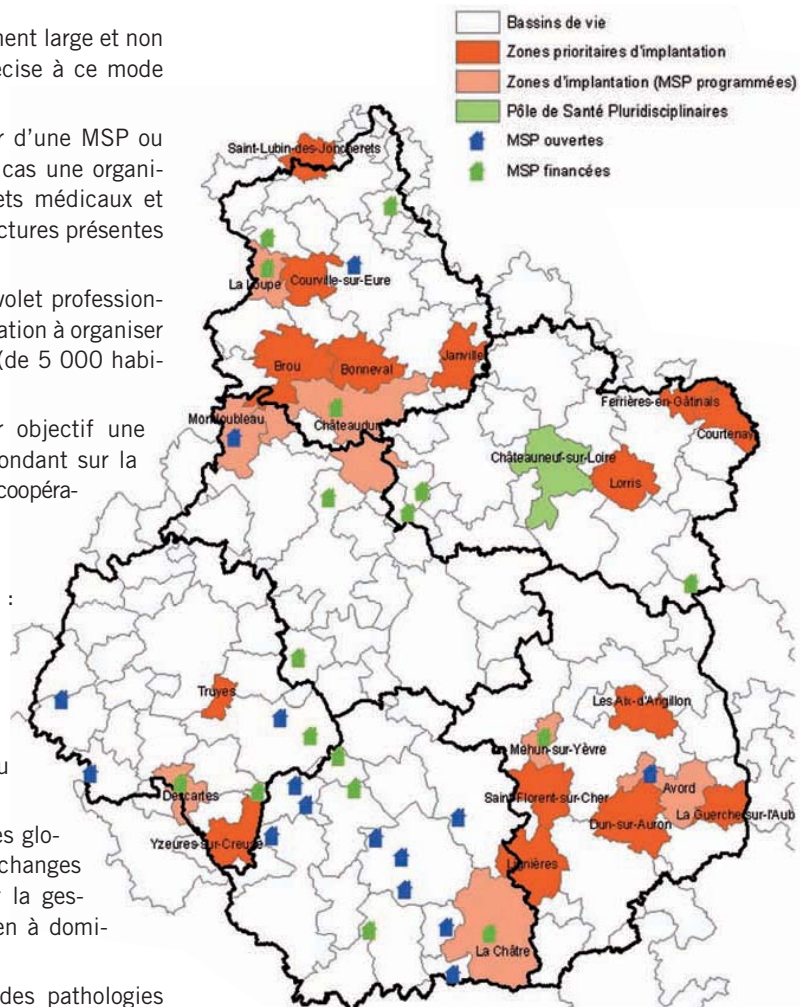
Les éléments structurants d'un pôle sont :

- un élargissement de l'offre de soins et un renforcement de l'accessibilité,
- l'organisation d'un accueil commun (secrétariat) et d'un dispositif systématique d'information à l'égard du patient,
- le développement des prises en charges globales et coordonnées (concertation, échanges d'informations, réunions locales) pour la gestion des situations complexes (maintien à domicile des personnes âgées,...),
- l'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques (élaboration de protocoles, partenariats avec les réseaux de santé thématiques),
- le développement de la prévention et de la promotion de la santé,
- le système d'information,
- les coopérations avec d'autres acteurs sanitaires ou médico-sociaux (PMI).

Un pôle de santé pluridisciplinaire doit se concevoir comme une véritable dynamique pour le territoire impacté, comme un moyen de mettre en réseau les professionnels de santé autour des éléments structurants précités, afin de faire évoluer l'organisation de l'offre de proximité face à certains enjeux (échanges de pratiques, simplification par la délégation de certaines tâches administratives et amélioration des conditions d'exercice, dossier médical, gestion des soins non programmés).

L'ARS préconise des implantations de PSP dans des territoires suffisamment importants (moyennes agglomérations et territoires semi-ruraux et/ou semi-urbains) et où une dynamique de coordination entre les divers acteurs de santé existe, où les équilibres existants (recours à l'offre de soins, réponse aux besoins de soins) sont satisfaisants, mais nécessitent d'évoluer du fait, notamment, d'une démographie médicale et paramédicale déclinante ou fragilisée.

Propositions de zones d'implantation MSP et PSP



Source : ARS du Centre au 05/12/2011 - INSEE - IGN©

Cette carte illustre une proposition indicative de l'ARS, qui est, bien entendu, non sélective : en effet, les critères de fragilité, de taille de la zone (notamment, attractivité et population), de densité médicale ne doivent pas être appréciés de manière isolée. L'implication et la motivation des professionnels de santé, le dynamisme des élus et surtout le respect du cahier des charges (projet de santé finalisé) restent des éléments de choix incontournables.

Ainsi, il est possible qu'une zone pressentie comme pertinente pour l'implantation d'une structure d'exercice regroupé n'ait pas de projet consistant ou n'ait pas les acteurs locaux pour le porter et ne soit pas retenue. A l'inverse, si ces propositions servent à prioriser des territoires, dans le cadre d'une enveloppe financière fermée et devant la multiplication de ce type de projet, il est possible que la localisation d'une MSP ou un PSP en zone non considérée comme fragile et non carencée, soit acceptée si le projet est pertinent dans le territoire.

Les autres modes d'organisation de l'offre de soins de proximité

D'autres modes d'exercice sont possibles contribuant à rendre attractifs les territoires comme l'insertion dans un réseau de santé, le développement des sites d'exercice secondaires sous forme d'interventions ponctuelles, la possibilité de diversifier son exercice et d'effectuer des vacations à l'hôpital.

Une MSP, par le regroupement qu'elle impose, n'est pas toujours adaptée à tous les territoires, parce qu'elle nécessite une implication, un dynamisme et un investissement très importants des acteurs de santé, ou parce qu'elle n'est pas pertinente, là où la densité de population est faible, l'habitat dispersé. D'autres structures peuvent permettre de limiter la désertification médicale. C'est pourquoi, face à cette réalité et au vu de son expérience, l'ARS, en lien avec les différents partenaires et financeurs (État, Région, conseils généraux, Fédération des URPS, Fédération des maisons et pôles de santé), entend favoriser d'autres modes de regroupement, plus adaptés à certaines spécificités locales.

Pour ce faire, il a été convenu d'élaborer une feuille de route allégée par rapport au cahier des charges des MSP, devant présider à la sélection des dossiers.

Ces modes d'organisation de l'offre de soins de proximité peuvent consister en :

- des pôles paramédicaux,
- des cabinets secondaires.

Concernant les pôles paramédicaux, cinq aspects sont examinés :

- l'opportunité (adaptation du regroupement au projet territorial de santé, réponse aux besoins de soins,
- un noyau consistant de plusieurs paramédicaux présentant une diversité de professions (au moins 3),

- l'élaboration d'un projet de santé minimal prévoyant un rapprochement du pôle avec un ou plusieurs médecins généralistes, avec un hôpital local, d'autres structures (type médico-sociales) et la déclinaison de quelques actions (prévention et santé publique, prise en charge et suivi du parcours du patient, coordination des professionnels, échanges d'informations et de données),
- l'incitation à une organisation commune de la structure, avec mise en place de secrétariat partagé, quand un secrétariat existe (peu de besoins identifiés de la part des paramédicaux).

De même, les cabinets secondaires peuvent représenter un mode de structuration de l'offre de soins. Il y a cabinet secondaire lorsqu'un médecin reçoit en consultation de façon régulière ou habituelle des patients dans un lieu différent du cabinet principal ; la création ou le maintien d'un cabinet secondaire, sous quelle que forme que ce soit, n'est possible qu'avec l'autorisation du conseil départemental de l'ordre intéressé.

Cette autorisation doit être accordée si l'éloignement d'un médecin de même discipline est préjudiciable aux malades et, sous réserve que la réponse aux urgences, la qualité et la continuité des soins soient assurées.

Sont envisagés tout particulièrement les cabinets secondaires comme "annexes" ou "satellites" pour des permanences médicales.

Ces divers projets peuvent être financés par la Région, notamment dans le cadre des contrats régionaux de pays. Dans ce cadre, l'ARS est consultée sur l'opportunité du projet et sa plus-value en termes d'accès aux soins.

Cette action favorise des projets parfois moins ambitieux que les MSP mais tout aussi importants pour les territoires et les acteurs locaux (collectivités territoriales, usagers et professionnels de santé) dans le maintien de l'offre de soins et son renouvellement.

A côté de ces possibilités, il existe des structures sanitaires de proximité beaucoup plus anciennes, dispensant principalement des soins de premier recours : les centres de santé (article L.6323-1 du code de la santé publique et décret n°2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé).

Un centre de santé peut être constitué en association loi 1901, intégré à des services municipaux ou relevant d'une mutuelle, d'un organisme de sécurité sociale, d'une congrégation, d'un établissement de santé.

Concernant leur champ de compétence :

- ils assurent des activités de soins sans hébergement,
- ils mènent des actions de santé publique, ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales,
- ils pratiquent la délégation du paiement du tiers (art. L 322-1 CSS),

- ils peuvent pratiquer des IVG par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention.

Ils constituent des lieux de stage pour la formation des différentes professions de santé.

Ils peuvent soumettre à l'ARS et appliquer les protocoles de coopération.

Ils élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Ils offrent aux médecins un statut de salarié.

Ce projet est arrêté par le gestionnaire du centre de santé qui associe l'ensemble des professionnels du centre et le porte à la connaissance du directeur général de l'ARS, lors de l'ouverture du centre et lorsqu'il fait l'objet de modifications, portant notamment sur son activité, son implantation ou son gestionnaire. Le directeur général de l'ARS en accuse réception.

Ce sont des structures d'exercice regroupé de premier recours plus anciennes que les maisons et pôles de santé, au sein desquelles le tiers-payant permet l'accès aux soins de tous ; ainsi, ce type de structure peut-être une réponse adaptée à la problématique de l'accès aux soins de proximité et réduire, en particulier, les inégalités sociales de santé.

Les centres de santé peuvent contribuer à favoriser le travail en équipe, la coopération et la promotion de la santé (vaccinations, dépistage,...).

Ils constituent un maillage complémentaire (surtout, en milieu urbain) aux autres exercices regroupés, pour ce qui concerne l'offre de soins de proximité et une offre de services complétant l'action du médecin traitant (éducation en santé, éducation thérapeutique).

Si le volet ambulatoire doit prévoir l'implantation de ces structures, pour l'heure, compte tenu de leur hétérogénéité et de la diversité des réalités qu'ils recouvrent, un bilan des centres de santé existants sera établi dans les deux ans de mise en œuvre du présent schéma.

2.2.5 Développer la fonction d'information et de conseil auprès des professionnels de santé pour faciliter leur exercice quotidien

Dans un objectif de maintien et d'attrait des professionnels de santé sur le territoire, l'ARS se positionne comme un acteur de la relation avec les professionnels de santé, par une fonction d'information et de conseil.

A cet effet, un nouveau service a été créé : la Plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS).

L'enjeu principal est de faciliter le quotidien du professionnel de santé.

L'objectif de l'ARS est d'instaurer une relation de confiance, fiable, fondée sur la disponibilité, l'écoute et une démarche proactive de simplification et de cohérence globale.

La Plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)

Mise en place depuis le 1er juillet 2011, la PAPS représente un outil régional important pour favoriser l'installation et le maintien des professionnels en région Centre (www.centre.paps.sante.fr).

Pilotée par l'ARS en coordination avec tous ses partenaires (Unions régionales des professions de santé, conseils de l'ordre, collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie, faculté de médecine, représentants des internes et des remplaçants, instituts de formation...), la PAPS vise à :

- informer et préparer l'installation des futurs professionnels,
- aider à l'installation de tous les professionnels,
- faire émerger et accompagner les projets d'exercice coordonné,
- suivre le développement des professionnels et de leurs projets.

Ce dispositif s'adresse aux étudiants, aux professionnels de santé et aux porteurs de projets.

Il convient de promouvoir ce nouveau dispositif et de mobiliser les partenaires pour alimenter le contenu et améliorer l'offre de services à destination des étudiants ou professionnels.

MOBILISER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUTOUR DE PROJETS LOCAUX DE SANTÉ

Les projets locaux de santé mobilisant des professionnels de santé volontaires doivent s'inscrire dans le respect des droits des usagers.

Cette problématique regroupe plusieurs aspects :

- l'éthique du soin et de la santé,
- le libre-choix du patient,
- le droit à l'information (transparence de l'organisation et du système),
- le partage d'informations entre plusieurs professionnels de santé et intervenants,
- le dossier médical personnel (DMP).

Mais aussi l'accessibilité des soins (géographique, financière).

En outre, l'article L.1110-4 du CSP, modifié par les dispositions de la loi Fourcade, dispose que : "toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant (...).

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible".

Il est donc primordial d'informer l'usager et le patient sur le fonctionnement de système de santé, ses évolutions (possibilités offertes par la télémédecine, mise en œuvre du DMP) et de le responsabiliser. Le responsabiliser, c'est le rendre acteur de sa santé et l'orienter au mieux dans le parcours de soins.

Il est fortement conseillé d'intégrer dans la charte du projet professionnel des PSP / MSP la problématique du respect des droits des usagers (notamment, inscrire le libre choix des professionnels de santé par le patient au sein de la MSP et du PSP comme un droit et un pré-requis).

L'article L.1110-4 du CSP qui affirme le droit du patient au secret médical et qui régit le partage de l'information médicale doit être concilié avec l'évolution des exercices, en particulier, le développement des pratiques coopératives de soins et le travail au sein d'une équipe de soins pluri-professionnelle et pluridisciplinaire.

L'objectif étant de respecter les droits des patients, tout en promouvant les nouvelles pratiques médicales, par l'organisation d'un accès partagé entre plusieurs professionnels (dont des paramédicaux) à l'information sur le patient (dossier).

2.3.1 Contribuer à faciliter l'exercice au quotidien et rompre l'isolement des professionnels de santé

Système d'information et télémédecine : vers une évolution structurante de l'offre de soins de proximité ?

La région Centre doit relever le défi de l'égalité d'accès aux soins dans un contexte de prévisible pénurie médicale et de répartition inégale sur le territoire régional des professionnels de santé.

Les systèmes d'informations de santé (SI) et, plus particulièrement, les systèmes de télémédecine sont un des moyens de répondre à cette préoccupation permettant le développement des échanges entre professionnels, l'émergence de nouvelles pratiques de collaboration contribuant à rompre leur isolement. En relativisant les distances géographiques, ces technologies permettent de délimiter les inégalités territoriales d'accès aux services de santé au bénéfice des patients.

Il y a donc un enjeu primordial dans notre région à leur développement : pour l'ambulatoire, leur mise en œuvre concerne, dans un premier temps, les structures d'exercice regroupé pluridisciplinaires (MSP et PSP).

Le système d'information cible qui s'organise dans les exercices regroupés autour d'un dossier médical partagé, est un élément structurant du projet de santé, favorisant l'atteinte de ses objectifs en termes de coordination, de qualité et de sécurité des soins, de coopérations, d'échanges et de fiabilisation des informations médicales, d'organisation et de mutualisation des ressources, d'optimisation du temps des professionnels.

Ainsi, un projet de MSP solide ne peut se concevoir sans un système d'information développé et partagé par les différents intervenants. En effet, le SI donne une réalité à l'exercice (pour partie) commun d'une telle structure. Le même raisonnement s'applique aux pôles de santé.

En fonctionnement optimum et bien intégré par l'ensemble des intervenants au sein d'une structure d'exercice regroupé pluri-professionnel, il peut contribuer à valoriser le rôle et les compétences de chacun dans la prise en charge, et les faire évoluer dans le cadre des coopérations.

Le SI comporte deux volets :

- un volet lié à la pratique individuelle de chaque professionnel,
- un volet touchant à l'organisation pluri-professionnelle.

Comme le précise le cahier des charges de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP santé), le partage d'informations médicales s'opère entre deux professionnels de santé ou plus et pour un patient particulier.

Or, à l'heure actuelle, en ambulatoire (hors établissements de santé), le partage d'informations est limité : il est possible entre professionnels de santé exclusivement, à l'exclusion des personnels administratifs, assistantes sociales, psychologues....

Aux termes de l'article L.1110-4 du CSP : "les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge". Donc, seules les informations nécessaires pour la continuité des soins ou la meilleure prise en charge sanitaire possible peuvent être partagées.

Deux conditions doivent être respectées :

- le recueil du consentement exprès du patient, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée,
- l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé.

En outre, la transmission de telle ou telle information relève, à l'heure actuelle, de la responsabilité individuelle du professionnel, le but étant d'opérer un tri des informations qu'il a recueillies, afin de ne transmettre que celles qui sont utiles à la prise en charge du patient.

Cette situation fortement liée aux questions de responsabilité juridique est confortée avec la création récente de la Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

Il faut donc prévoir, sous réserve du consentement exprès du patient, le partage de données au sein d'une équipe de soins, c'est-à-dire des professionnels de santé qui participent à la prise en charge du patient (coordination et coopération) et qui assurent la continuité des soins, dans le respect des missions et des compétences de chacun et du principe de confidentialité des données du patient qui régit l'activité de chaque professionnel. Dans un exercice libéral encore plus que dans un établissement de santé, les intervenants de la prise en charge ne sont pas tous membres de la même structure (MSP ou PSP). Les modalités d'échanges devront être ouvertes et s'appuyer sur les référentiels nationaux (principalement, le DMP).

La stratégie régionale de mise en œuvre des SI au sein des exercices regroupés pluridisciplinaires donnera lieu à la rédaction d'un document de cadrage proposant des solutions adaptées aux exercices regroupés des libéraux de ville et des normes de référence (installations préconisées, aménagements, échelles de coûts,...).

Le système d'information de la MSP doit adopter, dès sa conception, le cadre d'interopérabilité défini par l'ASIP-Santé, en particulier :

- une DMP compatibilité des dossiers médicaux,
- un respect du cadre "messagerie sécurisée de santé unifiée" (terme de l'ASIP-Santé), concernant les systèmes de messagerie utilisés pour les échanges d'informations de santé à caractère personnel,
- un agrément des services d'un hébergeur externe (lorsqu'il y est fait recours), en tant qu'hébergement de données de santé à caractère personnel.

Le système d'information, pour être crédible et légitime, doit répondre aux besoins des professionnels de santé, être partagé (pour certains éléments) et faciliter l'exercice quotidien en optimisant le temps médical (échanges de données sécurisés et rapides, allègement et délégation des tâches administratives).

Concernant les SI, leur mise en place généralisée doit être progressive et adaptée en fonction de chaque projet (crainte de la part des professionnels de santé de la dépossession des données patient et par les multiples applications avec les solutions métier de la perte de leur indépendance professionnelle).

Trois points sont essentiels pour l'offre de soins de proximité :

- utilisation d'une messagerie sécurisée,
- optimisation du temps médical,
- communication efficace entre professionnels.

Le développement des systèmes d'information au sein des structures d'exercice regroupés conduite par l'Agence s'inscrit en cohérence avec les orientations définies dans la nouvelle convention médicale signée entre l'Assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux : en effet, via la fixation d'indicateurs liés à l'organisation du cabinet et à la qualité de service (dont l'atteinte permet le versement d'une rémunération dite "à la performance"), les médecins (dans un premier temps, les généralistes, médecins traitants) sont incités à :

- utiliser des logiciels métiers pour la gestion des données du dossier médical,
- utiliser un logiciel d'aide à la prescription certifié.

Comme il est rappelé dans cette convention, l'enjeu est la tenue d'un dossier médical patient actualisé et d'évoluer vers un dossier communicant qui pourra, à terme, bénéficier d'un accès partagé, afin de faciliter le travail en équipe et les échanges avec les autres professionnels.

Les MSP et PSP constituent des structures de regroupement des professionnels de santé de proximité, bénéficient d'un fort soutien des collectivités publiques et sont un terrain favorable au développement de la télémédecine.

Dans une moindre mesure, les PSP peuvent également y être favorables bien qu'ils se distinguent des MSP par l'absence de regroupement des professionnels en un seul lieu favorisant la mutualisation des équipements.

La télémédecine constitue dans cet environnement un outil de choix pour résister à l'isolement des professionnels de santé. L'offre de proximité pluridisciplinaire, par

essence, sera avantageusement épaulée par un accès facilité aux avis spécialisés ou la possibilité d'organiser sur place un contact avec des spécialités dont la présence (ou la permanence) ne peut être assurée.

Le bénéfice immédiat pour le patient sera de pouvoir bénéficier d'une expertise, sans les inconvénients de déplacements plus ou moins lointains et confortables.

La télémédecine peut également être mise à profit pour réduire l'impact négatif sur la proximité des ressources médicales et de soins que peut induire l'installation d'une MSP. Quand plusieurs professionnels de santé dispersés dans plusieurs communes voisines déjà en voie de désertification décident de se regrouper, la commune dans laquelle la MSP est installée voit sa densité d'offre de soins de proximité confortée, mais les communes environnantes voient au contraire leur situation s'aggraver. La situation d'isolement des professionnels demeurant dans ces communes encouragera certains d'entre eux à accueillir des dispositifs de télémédecine maintenant la coopération avec ceux des professionnels qui auront choisi d'exercer dans la MSP.

C'est, par exemple, le souhait des pharmaciens, dont certains souhaitent équiper une pièce de confidentialité dans leur officine et assister les patients qui viennent leur demander conseil.

Les professionnels de la MSP peuvent devenir à leur tour prestataires de télémédecine, éviter des déplacements, tout en gardant une relation de proximité avec leurs patients qui se déplacent difficilement.

Voici des exemples de binômes de télémédecine comme par exemple :

- médecin - infirmier,
- neurologue - urgentiste,
- psychiatre - psychologue,
- ophtalmologue - orthoptiste,
- radiologue - manipulateur en radiologie.

Plus la densité du premier est faible et celle du second forte, plus le terrain est propice à développer une activité de télémédecine. Il en va de même des consultations avancées de spécialistes quand elles existent.

Le mode le plus immédiat de mise en relation de l'offre et de la demande sera probablement dans ce domaine le renfort de réseaux de relations existantes.

Quand une MSP assure dans une commune voisine des consultations avancées, le site d'exercice regroupé constituera probablement un lieu potentiel d'installation d'un dispositif de télémédecine.

Ce diagnostic est partagé par l'ensemble des acteurs et collectivités et pouvoirs publics de la région qui, chacun dans son rôle et sur son périmètre d'action, se mobilise pour trouver des réponses appropriées.

Le cadre du recours à la télémédecine est défini par le décret du 19 octobre 2010

L'activité de télémédecine est définie dans le Programme régional de télémédecine (PRTLTM), partie intégrante du PRS.

Elle doit tenir compte de l'offre de soins dans le territoire considéré et faire appel à des professionnels de santé exerçant régulièrement, dont les compétences sont reconnues.

Cette activité doit être encadrée par une contractualisation entre acteurs de santé et ARS, d'une part, et par des conventions entre acteurs de santé, d'autre part.

Voici quelques exemples d'applications possibles dans l'ambulatoire :

- transmission d'images à distance,
- suivi grossesses,
- fond d'œil pour les diabétiques,
- avis spécialisés de dermatologie.

Pour que le système soit opérationnel, il conviendra de veiller à réunir :

- un territoire d'application adéquat, répondant à des besoins de santé et un programme médical,
- un réseau et des dispositifs techniques adaptés,
- une ergonomie facilitant l'accès à chacun des utilisateurs,
- une formation adaptée des intervenants et une qualification des acteurs garantissant la qualité des actes et prestations,
- des organisations adaptées (prise de rendez-vous, partage d'informations, etc.),
- un fonctionnement en routine,
- une clarification des conditions de tarification et de financement (définie par contrat).

Le relationnel auprès du patient est un aspect fondamental, afin de limiter sa méfiance et sa crainte d'une pratique de "sous-médecine".

Pour ce faire, il faut une information systématique (éthique, droit à l'image, liens avec les associations de patients) et élaborer des protocoles de coopérations entre professionnels de santé, car il y a une traçabilité de tous les échanges (compte-rendu, d'où la difficulté d'archivage des données)

2.3.2 Accompagner des actions améliorant la qualité et la sécurité des soins

Le nombre et l'éclatement sur les territoires des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales, n'incitent pas à une prise en charge coordonnée et graduée des patients.

Ils rendent nécessaire l'amélioration de la lisibilité de l'offre de soins de premier recours existante, pour les patients comme pour les professionnels de santé, afin d'améliorer la qualité des prises en charge par le déve-

veloppement de pratiques pluridisciplinaires et complémentaires entre les soignants.

Dans la perspective d'une mise en place de la politique régionale globale de santé, autour des enjeux de proximité et d'équité d'accès aux soins issus de la loi HPST, il convient de favoriser les actions améliorant l'accessibilité, la qualité et la coordination des soins de premier recours autour du patient, via :

- les réseaux de santé,
- les groupes qualité,
- les nouveaux modes de rémunération.

Poursuivre le développement de la coordination ville / hôpital : un axe fort des réseaux de santé

Les réseaux de santé, définition

L'article L 6321-1 du CSP précise les missions des réseaux de santé : "les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de santé de la personne, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation, afin de garantir la qualité de leurs services et prestations."

A l'heure du décroisement de la ville et de l'hôpital, les réseaux ont su proposer des solutions innovantes en termes d'actions spécifiques, de formation ou de relations entre professionnels, fondées sur la créativité des professionnels, autour d'un projet de santé commun.

Il existe deux types de réseaux :

- **les réseaux régionaux** qui concernent essentiellement la cancérologie, la périnatalité ou les soins palliatifs et qui ont pour objectif de décliner et d'organiser, en région, les politiques de santé publique, de manière structurée (mutualisation d'outils et de ressources qui ne peuvent être disponibles dans chaque territoire).

Ils instaurent un maillage solide entre tous les acteurs, en particulier les établissements de santé dans le cadre de protocoles et de référentiels de bonne pratique.

Ils sont alors des outils ressources et d'expertise pour développer la qualité des pratiques sur les territoires, tant au domicile du patient qu'en établissement de santé.

- **les réseaux de proximité** à dimension territoriale ou infra-territoriale. Ils s'impliquent dans l'organisation et la coordination des soins et de la prévention, entre la ville et l'hôpital, en soutien à la médecine de premier recours, et cela, dans une perspective d'amélioration

des pratiques. En effet, pour que le médecin de premier recours remplisse ses missions conférées par la loi, de soins primaires et de coordination, il doit pouvoir s'appuyer sur les réseaux.

Cependant, les réseaux sont encore trop souvent monothématiques, fonctionnent de manière cloisonnée et ne couvrent que partiellement les territoires de leurs actions. Or, ils doivent avant tout être un outil d'accompagnement d'une politique territoriale de santé, avec une répartition au service des malades qui soit équitable.

Ainsi, il importe de les faire évoluer dans un but d'amélioration de l'efficacité des soins dispensés en ville.

Compte-tenu du vieillissement de la population et des enjeux de la prise en charge des maladies chroniques et de la dépendance, une réflexion a été engagée en région, pour que les réseaux de santé évoluent vers des réseaux pluri-thématiques de proximité, comme interlocuteurs visibles et bien identifiés :

- avec une prise en charge globale du patient via une mutualisation des moyens et des expertises pour créer un socle de services communs, et des services spécifiques par pathologie,
- en articulation avec les dynamiques nouvelles existantes, tels les MSP et PSP.

Cette évolution devra répondre à plusieurs problématiques : patients pluri-pathologiques, sous densification médicale et par corrélation, forte sollicitation et usure des professionnels de santé, prise en compte de la dimension médico-sociale, couverture territoriale inégale dans le cadre d'une enveloppe budgétaire fermée.

Dans ces conditions, les avantages apparaissent clairement :

- **pour le patient et son entourage**, le réseau pluri-thématique est un guichet unique qui facilite l'accès aux différentes compétences et lui assure une complémentarité d'expertises immédiate, puisque des échanges peuvent se faire au sein de l'équipe.

La poly-pathologie d'un patient âgé, par exemple, concerné par un réseau gérontologique, peut inclure l'existence d'un cancer, et ses besoins de santé peuvent évoluer vers les soins palliatifs.

- **pour les professionnels de santé**, le guichet unique facile d'utilisation, garantit l'obtention d'une réponse et une mise en relation rapide avec des spécialistes de plusieurs disciplines participant à la prise en charge globale de leur patient.

L'objectif d'un rapprochement territorial entre réseaux autour de projets de santé communs, consiste à utiliser et coordonner toutes les ressources existantes au service des patients, quel que soit leur parcours de soins.

La démarche a pour ambition de réunir autour d'une dynamique commune sur un même département, l'ensemble des acteurs impliqués avec une coordination renforcée,

et à s'appuyer sur une mutualisation : professionnels, locaux, matériels, dossier réseau partagé, harmonisation des programmes d'éducation thérapeutique....

D'une manière générale, l'évaluation des situations, grâce à une expertise pluri-thématique, est un avantage important et le coût financier est bien évidemment réduit : un seul local, une seule équipe administrative, des postes transversaux (exemples : psychologue, ergothérapeute,...).

Par ailleurs, il est à préciser que l'implication des établissements existants (hôpitaux locaux, cliniques, centres hospitaliers, HAD,...) sera déterminante dans cette perspective de développement.

Un travail sera initié sur une coordination renforcée, (exemple : nomination d'une équipe spécialisée, intégrant les responsables des réseaux des thématiques concernées et un référent coordinateur), sous la forme de "maison des réseaux" à portée départementale ou de GCS à visée régionale.

Le succès de réalisation de leurs fonctions de coordination est inhérent au développement des modes de travail et outils de fonctionnement suivants :

- les nouvelles coopérations organisées, sous forme de protocoles,
- la concertation pluridisciplinaire,
- les systèmes d'information. ; enjeu d'avenir, ils permettent de recentrer les médecins sur leur cœur de métiers par des échanges interprofessionnels concernant tant la recherche d'informations, que la prise en charge du patient au sein d'une filière de soins organisée (pas forcément en exercice regroupé), aux moyens de :
 - un dossier médical partagé,
 - une messagerie internet sécurisée,
 - des logiciels de gestion compatibles,
 - un annuaire des ressources,
 - la télémédecine.

Pour faire face à ces nouveaux enjeux des réseaux, et afin de garantir la continuité des soins par la gestion des dossiers multi-pathologies et multi-réseaux (hébergement des données de santé), il a été créé la plateforme régionale de télésanté Centre, qui a pour objet de mettre en place une organisation et des outils nécessaires à la création d'un système d'informations partagé, sécurisé, accessible à tous les professionnels de santé concernés et respectant les droits du patient.

A ce titre, elle propose des espaces collaboratifs, notamment pour le dossier générique des réseaux et l'hébergement de sites internet, un répertoire opérationnel des ressources, une messagerie sécurisée,...

- les plans personnalisés de santé (PPS) qui leur incombe de réaliser et de réviser, afin d'aider le médecin traitant (et comme service du DMP). Ils permettent de mettre en place un véritable parcours de soins, appuyé sur des référentiels, élaboré et suivi en coopération des professionnels concernés (il faut parler de parcours person-

nalisé d'accompagnement ou de prise en charge pour les réseaux de soins palliatifs ou de précarité).

La tâche de l'ARS est d'améliorer l'efficacité de l'offre de soins en associant les réseaux à des démarches participatives. Elle appellera au déploiement de l'expertise de ces réseaux de coordination de proximité, grâce à une articulation accrue entre les réseaux et les maisons et pôles de santé, et à la réalisation de projets locaux communs à travers les CPOM.

L'introduction des CPOM ambulatoires est une nouveauté de la loi HPST. L'ARS conclut ces contrats avec les réseaux, centres de santé, MSP et PSP pour 5 ans. La signature des CPOM conditionne la dotation financière allouée par l'ARS aux réseaux, notamment celle du FIQCS.

Le contenu des CPOM est décrit par le décret du 4 octobre 2010 (art. 6114-11 à D. 6114-17 du CSP) ; il détermine :

- les principales orientations de son projet de santé (dans le respect des orientations du PRS et du programme pluriannuel de gestion du risque),
- les conditions d'organisation et de fonctionnement de la structure, ainsi que ses engagements en termes de coordination avec les professionnels de santé et les structures sanitaires, sociales et médico-sociales sur le territoire de santé en vue d'améliorer le parcours de soins des patients,
- les engagements en termes d'accès aux soins, de continuité des soins et de service rendu au patient,
- les engagements en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins,
- les engagements en vue de renforcer l'efficacité de l'organisation et de disposer d'outils de suivi et d'évaluation de la performance attendue,
- les engagements en termes de développement des systèmes d'information et de transmission des données informatisées et, le cas échéant, les activités de télémédecine développées.

Pour ce qui concerne le FIQCS, le contrat fixe les contreparties financières associées aux engagements contractuels. A ce titre, les objectifs individuels opérationnels doivent être détaillés et précis. Ils faciliteront la mesure des résultats.

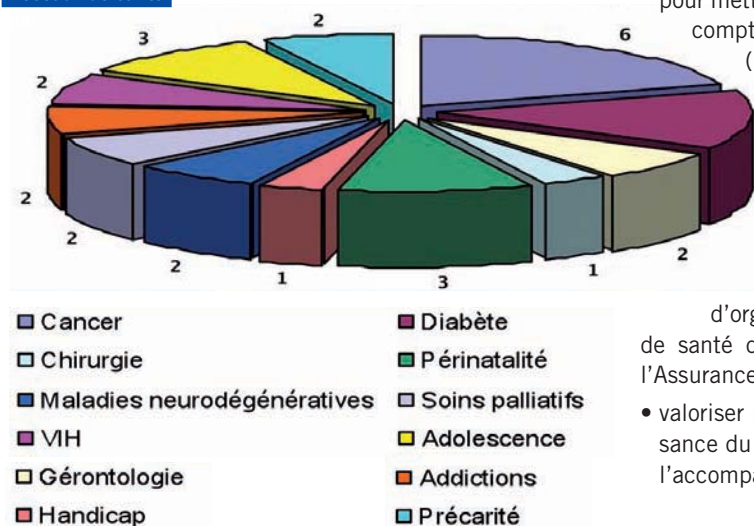
L'ARS privilégie une concertation avec l'ensemble des promoteurs pour déterminer les indicateurs de suivi, dont les indicateurs médicaux, qui en découleront. Ils comprennent a minima ceux définis par le ministère de la santé et la CNAMTS.

Les CPOM sont évalués selon des modalités définies préalablement, en fonction de l'exécution des engagements et de l'atteinte des objectifs. Les résultats de cette évaluation figurent dans un rapport d'étape et dans un rapport final, ce dernier étant joint à la demande de renouvellement du contrat qui est adressée à l'ARS.

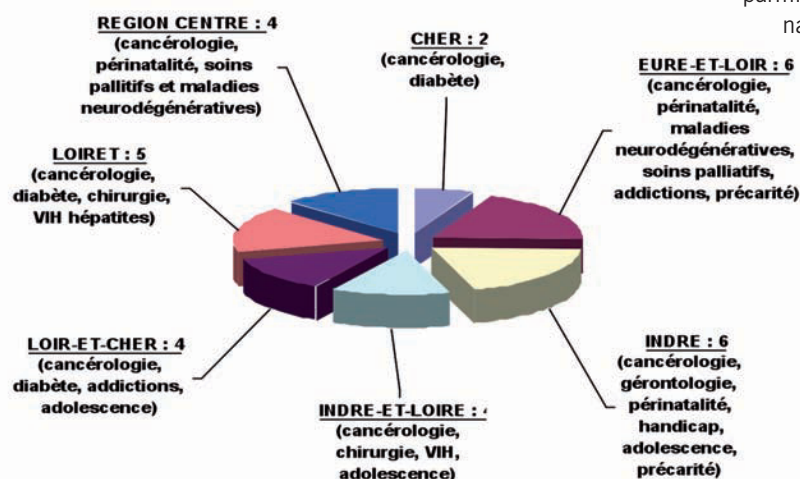
Les résultats des évaluations conditionneront la poursuite des financements FIQCS et recentreront, par conséquent, les aides sur les dispositifs ayant démontré la plus-value de leurs actions en termes de qualité de la prise en charge des patients, d'amélioration de leur état de santé, au bénéfice du plus grand nombre. Cette rationalisation des coûts permettra également de soutenir de nouveaux projets émergents.

Réseaux en région Centre en 2011

Réseaux de santé



Réseaux de santé par thématique



Favoriser une diffusion des bonnes pratiques par les groupes qualité

Les objectifs des groupes qualité sont de :

- permettre aux médecins généralistes d'une même zone géographique de se rencontrer régulièrement pour échanger sur leur pratique et sur les problèmes qu'ils rencontrent, de rompre ainsi leur isolement, de

développer de nouvelles formes de relations professionnelles et de constituer un groupe professionnel, support d'une meilleure organisation de la profession en lien avec les autres acteurs de santé et en réponse aux besoins d'une population locale,

- développer une démarche réflexive : la démarche des groupes qualité donne aux médecins des moyens, afin qu'ils puissent analyser plus facilement dans leur pratique quotidienne les décisions qu'ils prennent, identifier la nature des obstacles à l'application d'une recommandation, élaborer des stratégies pertinentes pour mettre en œuvre cette recommandation, en tenant compte des trois dimensions suivantes : humaine (la relation médecin-malade, les caractéristiques individuelles du patient), scientifique et technique (les données actualisées de la science...), économique et financière (les ressources disponibles, la réglementation, les plateaux techniques accessibles...),
- responsabiliser les médecins en termes d'organisation et de fonctionnement du système de santé dans le cadre d'engagements partagés avec l'Assurance maladie,
- valoriser l'engagement des médecins par la reconnaissance du travail réalisé dans les groupes qualité et par l'accompagnement de projets professionnels.

Créés en 2008 en région Centre, les groupes qualité comportent une centaine de médecins participant régulièrement. Ils travaillent sur des thèmes nationaux parmi lesquels sont choisis 4 thèmes régionaux obligatoires (déjà traités : AINS, antibiotiques, asthme, HTA, hypnotiques, dépression, diabète, infections urinaires, IPP, lombalgies, poly-médication) et de thèmes libres choisis au niveau régional (déjà traités : arrêts de travail, cancer du col de l'utérus, démences séniles, dyslipidémies, hygiène au cabinet, ménopause et ostéoporose, prise en charge des AVC, suivi de grossesse, traitement de la douleur, vaccinations). Les indicateurs de suivi étant déterminés dans le cadre d'un comité technique régional.

En raison de la création de nouvelles institutions (ARS, URPS-Médecins libéraux) l'association promotrice des groupes qualité en région Centre (MEDIQUAL Centre) a modifié ses statuts et n'est plus constituée que de médecins libéraux depuis le 30 juin 2011.

Depuis, une réflexion est initiée, afin que soient rapidement déterminés :

- un nouveau partenariat quadripartite équilibré, aux participations techniques et financières équitablement

partagées : ARS, MEDIQUAL Centre URPS médecins libéraux et l'Assurance maladie,

- une politique régionale à trois ans définissant :
 - un plan de financement permettant d'inclure de nouveaux participants à budget constant,
 - un plan de diffusion des bonnes pratiques et de l'enseignement acquis, aux autres médecins généralistes de la région, hors des groupes qualité,
 - des thèmes communs à l'ensemble des partenaires et intéressant les médecins spécialistes en médecine générale,
 - les priorités de nouveaux groupes qualité à constituer sur certaines zones.

Accompagner les évolutions de l'organisation de l'offre de proximité par les nouveaux modes de rémunération

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 a ouvert la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunération jusqu'en 2012, pour favoriser la qualité et l'efficacité des soins de premier recours, en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention.

Ces nouveaux modes de rémunération visent à favoriser la répartition des tâches entre professionnels de santé et le développement de nouveaux services adaptés aux besoins des patients, en complétant ou en se substituant au paiement à l'acte.

Ces expérimentations concernent toute structure ambulatoire pluridisciplinaire de premier recours qui a formalisé un projet de santé :

- les MSP,
- les PSP,
- les centres de santé,
- les réseaux de santé pluri thématiques.

Elles concernent trois modules :

- **le module "missions coordonnées"** qui consiste à verser un forfait pour l'activité coordonnée, conditionné par l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité, en plus du paiement à l'acte,
- **le module "éducation thérapeutique"** qui vise à expérimenter un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en médecine de ville,
- **le module "coopération entre professionnels de santé"** qui recherche la rémunération adéquate des professionnels libéraux engagés dans des protocoles de coopération.

En région Centre, un seul site s'est engagé dès 2011 dans l'expérimentation dans le cadre du premier module, et avec une perspective d'intégrer le second les années suivantes.

L'ARS a pour objectif de développer la mise en œuvre du troisième module auprès des professionnels libéraux, pour lequel l'ARS du Centre participe au groupe pilote national.

L'ARS contractualise avec les structures libérales qui s'engagent dans ces nouveaux modes de rémunération et s'assure de l'atteinte des objectifs de qualité des pratiques. Elle sera vigilante dans le suivi du dispositif, à participer à son évaluation dans l'attente de sa généralisation éventuelle

Une évaluation nationale des sites est engagée, en lien avec les ARS, dès leur première année d'adhésion, dans le but de modéliser, à terme, le dispositif.

2.3.3 Favoriser l'émergence de protocoles de coopération permettant le transfert d'activités entre professionnels de santé

Prévue par l'article 51 de la loi HPST (article L 4011-1 du CSP), la coopération entre professionnels de santé permet à des professionnels de santé, par dérogation aux conditions légales d'exercice, de s'engager à leur initiative dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins, ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient.

Le protocole de coopération est un outil innovant permettant de relever le défi de la démographie des professionnels de santé et de l'accès aux soins.

Les enjeux de la coopération entre professionnels de santé sont principalement d'améliorer la qualité de prise en charge des patients et d'optimiser les parcours de santé et de soins. En outre, la coopération permet de favoriser l'évolution de l'exercice et des pratiques professionnelles, tout en augmentant l'efficacité du système de soins.

Tous les professionnels de santé mentionnés à l'article L 4011-1 du CSP sont concernés par les protocoles de coopération.

L'évolution défavorable actuelle ainsi que les projections relatives à la démographie médicale en région Centre rend nécessaire le développement des coopérations entre professionnels de santé.

Les besoins croissants de prise en charge sanitaire (augmentation des maladies chroniques, et des poly-pathologies...) justifient également la coopération entre professionnels.

Compte tenu de leur composition et de leur mode d'organisation, les structures d'exercice regroupées représentent un levier important pour le développement de ces coopérations ; elles offrent de nouvelles opportunités pour réorganiser les pratiques et définir de nouvelles règles de partage entre professionnels de santé.

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé ne peuvent concerner que des actes ou des actions ne relevant pas du rôle propre ou des compétences telles que définies par décret.

Au regard du retour d'expérience des acteurs de terrain, la coopération est opérationnelle et réaliste lorsqu'elle s'appuie sur des relations de confiance et la connaissance des missions et rôles de chacun, avec l'utilisation d'un langage commun facilité par le regroupement.

Sans s'intégrer dans le champ des coopérations à proprement parler, les décrets d'actes relatifs au droit de prescription (pharmaciens, infirmiers) vont dans le sens d'un plus grand partage des tâches entre professionnels de santé.

Pour illustrer ce propos, quelques exemples de délégations (non exhaustives) peuvent être cités.

Ainsi, en soins primaires, des infirmiers(e)s clinicien(ne)s pourraient participer au sein de cabinets de groupe de médecine générale à la prise en charge de patients dans le cadre du conseil, de l'éducation, de la prévention, du suivi de traitements.

Exemples :

- en gastro-entérologie : suivi des maladies chroniques (hépatite C, patients cirrhotiques, patients atteints de maladies inflammatoires chroniques et de l'intestin, des patients atteints de cancers digestifs),
- en cardiologie : éducation, dépistage, coordination de réseaux de soins des pathologies cardiovasculaires notamment l'insuffisance cardiaque chronique,
- en néphrologie : suivi de paramètres cliniques et biologiques préalablement définis, dans l'insuffisance rénale chronique, éducation, information dans la dialyse, surveillance des paramètres cliniques et biologiques avec alerte aux médecins en cas d'anomalies préétablies,
- en cancérologie : surveillance post thérapeutique pour les patients en rémission complète selon un protocole clairement établi par le médecin spécialiste,
- en diabétologie : selon un protocole préétabli par le médecin spécialiste, prendre en charge une partie du suivi des patients diabétiques avec une action centrée sur l'éducation, le conseil et la surveillance de paramètres biologiques simples.

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (module 3) contribuera efficacement à la mise en œuvre et au financement de telles coopérations.

L'ARS promeut le développement des coopérations auprès des professionnels de santé exerçant en libéral et les incite à s'engager dans ces démarches. L'ARS accompagne les promoteurs dans l'élaboration de leur protocole.

3. Plan d'actions

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ DE L'ACTION ?	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
MAINTENIR ET ATTIRER DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR UN TERRITOIRE				
1. Inciter les professionnels de santé à devenir maîtres de stages	Les professionnels de santé de la région	La région	Le DUMG et le réseau des coordonnateurs locaux Instituts de formation Les URPS L'ISNAR-IMG	Nombre de maîtres de stages formés par an et par département
2. Informer les lycéens sur les métiers dans le domaine médical et paramédical	Les lycéens lors de l'orientation (salon étudiant)	La région	FAC et les instituts et les lycées, conseil régional	Nombre de participations aux salons et nombre d'informations dans les lycées
3. Sensibiliser les étudiants en médecine à la médecine générale	Les Internes de Médecine Générale	La région	DUMG ISNAR-IMG URPS-ML	Nombre d'étudiants de l'UFR de Tours choisissant la médecine générale à l'Examen classant national
4. Travailler sur les lieux de stages en milieu rural pour l'accueil des étudiants paramédicaux	Les élèves des instituts de formation paramédicaux	La région	Instituts de formations des paramédicaux Les URPS	Nombre de lieux de stages créés en milieu rural
5. Développer l'information des professionnels de santé et faciliter la mise en réseau des partenaires de l'ARS engagés dans des services de relation aux professionnels	Les professionnels de santé, les élus, les porteurs de projets	En priorité, sur les zones fragiles	La PAPS L'ARS, le conseil régional, les URPS, la Fédération régionale des maisons et pôles de santé (FRMPS)	Bilan quantitatif et qualitatif du service rendu dans le cadre de la PAPS (nombre de demandes traitées, délai, qualité des réponses)
6. En fonction de l'évaluation des besoins en implantations de l'offre de 1er recours, proposer une option dite "santé solidarité", (définie dans la convention médicale) conforme au modèle national, à des médecins exerçant dans des zones particulièrement bien dotées, afin de pourvoir à un déficit constaté en zones caractérisées par une sous-densité médicale	Les médecins généralistes libéraux	Zones sous-denses et zones sur-denses	DG ARS Avis de la CRSA URPS-ML Organisations représentatives des étudiants en médecine	Nombre de contrats conclus dans les zones identifiées comme ayant des besoins en implantations de l'offre de premier recours
7. Définir une stratégie régionale d'implantation des MSP et PSP		Zones fragiles et territoires de projets	Réseau des financeurs (État/ Région) Les URPS FRMPS Centre	Respect du cahier des charges régional de financement version 2011 Cohérence de la cartographie de planification avec le nouveau zonage et avec les projets retenus
8. Mettre en relation les divers acteurs de santé et donner une visibilité sur les différents financements, en lien avec les partenaires	Professionnels de santé de l'offre de premier recours Élus	Zones fragiles et territoires de projets	L'ARS (PAPS) et équipe instruction MSP + 6 DT	Nombre de réunions et rencontres sur place avec les acteurs concernés, en lien avec les financeurs Qualité de réponse de la PAPS

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ DE L'ACTION ?	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
MAINTENIR ET ATTIRER DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR UN TERRITOIRE				
9. Professionnaliser l'aide à l'élaboration de projets de MSP et PSP (opportunité, ingénierie) en lien avec les partenaires	Professionnels de santé de l'offre de premier recours Élus	En priorité, les zones fragiles et de manière générale, zones où des besoins sont identifiés. Un pré-requis : l'implication et la motivation des professionnels de santé	Equipe en charge des MSP à l'ARS (Siège et 6 DT) + partenaires + FRMPS Centre	Nombre de projets soutenus Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire pour 100 000 habitants Nombre de professionnels exerçant en structure d'exercice coordonnée soutenue et évolution (nouvelles installations)
10. Suivre et évaluer les MSP à partir d'une grille d'indicateurs (annexe du cahier des charges régional de financement)	Professionnels de santé libéraux membres d'une MSP	A terme, les 6 départements	Equipe d'instruction ARS en lien avec les 6 DT, les partenaires (financeurs) et la FRMPS	Nombre de sites de MSP en fonctionnement suivis et évalués
MOBILISER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUTOUR DE PROJETS LOCAUX DE SANTÉ				
11. Accompagner le développement des systèmes d'information et de la télémedecine au sein des structures d'exercice regroupé de proximité	Professionnels de santé libéraux membres d'une structure d'exercice coordonné et/ou regroupé	Ensemble des structures d'exercice regroupé et/ou coordonné soutenues	Equipe MSP + responsable systèmes d'information et télémedecine de l'ARS Les URPS	Rédaction d'un document de référence pour les systèmes d'information Pour la télémedecine, reprise des actions relatifs au SROS ambulatoire dans le programme spécifique prévu à cet effet (PRTLM) Nombre de sites de MSP conseillés Dans le cadre du suivi et de l'évaluation des sites en fonctionnement, nombre de MSP ayant développé un système d'information commun et DMP compatible
12. Favoriser l'émergence de protocoles de coopération et la délégation de tâches, dans le respect de l'article 51 de la loi HPST	Professionnels de santé libéraux membres d'une structure d'exercice coordonné et/ou regroupé	La région	ARS (groupe de travail pluridisciplinaire chargé de l'instruction et du suivi des protocoles), en lien avec la HAS Les URPS	Nombre de protocoles déposés auprès de l'ARS, dans le champ ambulatoire Nombre de protocoles autorisés par l'ARS, après avis favorable de la HAS Nombre de structures appliquant ce protocole
13. Favoriser le regroupement des réseaux en "maisons des réseaux" de proximité ou en GCS régionaux	Réseaux de santé	La région	ARS Promoteurs des réseaux	Nombre de "maisons des réseaux" et de GCS régionaux créés Nombre de réseaux mutualisés
14. Développer la diffusion des bonnes pratiques à l'ensemble des médecins généralistes, via les groupes qualité	Médecins généralistes	La région	ARS URPS-ML Association Médical Centre Assurance maladie	Nombre de médecins généralistes participants
15. Encourager les expérimentations de nouveaux modes de rémunération	Professionnels de santé libéraux	La région	ARS URPS Conseils de l'ordre	Nombre de sites expérimentateurs Nombre de modules expérimentés

4. Articulation avec les autres schémas

4.1

ARTICULATION AVEC LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

L'articulation entre le schéma ambulatoire et le schéma de prévention qui est proposée ici sera amenée à évoluer tout au long de la durée de mise en œuvre des schémas.

L'article L.4130-1 du CSP indique que les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment de contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.

Ces missions doivent s'inscrire dans une véritable dimension de santé publique ; la santé publique a pour but de protéger et d'améliorer le bien être des individus par le moyen d'une action concertée visant notamment à organiser les services sanitaires en vue de la prévention, du dépistage, du traitement et de la réadaptation, de mettre en œuvre les mesures propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec la conservation et la promotion de la santé.

La pluridisciplinarité des professionnels au sein des structures d'exercices regroupés constitue des leviers possibles pour la mise en place de ces actions autour d'un projet médical fédérateur.

La coopération et la délégation de tâches entre professionnels médicaux et paramédicaux, dans le respect de l'article 51 de la loi HPST peut favoriser la mise en place d'actions de prévention (vaccination, suivi de pathologies chroniques...).

Le tableau joint, en annexe, apporte un éclairage sur des actions qui peuvent être mises en place ainsi que sur les partenaires susceptibles d'apporter leur concours à la réussite des actions initiées par les professionnels de santé des structures d'exercices regroupés, comme les MSP et PSP.

La FRMPS du Centre tiendra une place toute particulière dans l'appui à la conception, l'organisation, la mise en place de ces actions, et la formation des professionnels de santé.

L'articulation entre le schéma de prévention et le SROS ambulatoire s'organise autour des objectifs suivants :

- mettre en place des actions de prévention collectives, en partenariat avec les structures et les ressources locales,
- améliorer le repérage et le dépistage des facteurs de risque,
- promouvoir les actions d'éducation thérapeutique du patient dans le cadre du suivi et de la prise en charge des maladies chroniques.

Ces objectifs doivent être mis en œuvre en étroite relation entre les professionnels de santé des structures d'exercices regroupés et l'ensemble des partenaires et ressources de proximité (réseaux de santé, hôpitaux locaux, associations, ...).

Dans un cadre collaboratif, les partenariats peuvent se développer autour :

- de l'ingénierie de projet (l'IREPS, l'URPS, la MSA, la Mutualité française et les collectivités territoriales...),
- de la formation de personnes relais, référentes, notamment en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique (réseaux de santé, université...),
- de la conception et l'utilisation d'outils de prévention (IRSA, IREPS, Assurance maladie...).

Articulation entre le SROS ambulatoire et le schéma de prévention
Propositions d'actions de santé publique au sein des structures d'exercices regroupés

DÉTERMINANT	PATHOLOGIE	POPULATION CIBLE	PROFESSIONNELS DE SANTÉ	ACTIONS			STRUCTURES RESSOURCES POTENTIELLES	OUTILS FORMATIONS
				PRÉVENTION PRIMAIRE	PRÉVENTION SECONDAIRE	PRÉVENTION TERTIAIRE		
Nutrition	Hyper-tension artérielle (HTA)	Tout public	Médecin généraliste Infirmier Diététicien (professionnels de santé concernés)	Information, sensibilisation animation auprès des patients (actions collectives)	Dépistage et repérage des populations à risque (surpoids, obésité) (prise de la tension, suivi alimentaire...)	Éducation thérapeutique Délégation de tâche (prise de tension par les infirmières, auto-mesure de la tension, surveillance du poids, suivi des prises en charge...)	IREPS MSA CPAM	Outils IRSA (QUANTAL, NAQA, AQAP)
	Diabète	Diabétiques de type I et II	Médecin généraliste Diététicien Infirmier (professionnels de santé concernés)	Information et sensibilisation (individuelle et collective)	Repérage et dépistage des personnes à risque de diabète	Accompagnement et éducation thérapeutique du patient	Réseaux de santé Services hospitaliers Assurance maladie (Sophia...)	
	Obésité	Tout public, avec une attention particulière pour les personnes précaires et les enfants	Médecin généraliste Diététicien Infirmier Masseur kinésithérapeute Pédiatre Psychologues (professionnels de santé concernés)	Information, sensibilisation, conseils individuels ou collectifs sur l'alimentation et l'activité physique ainsi que sur les troubles alimentaires	Dépistage de l'obésité (IMC) et des co-morbidités associées et repérage des troubles alimentaires	Éducation thérapeutique du patient (ateliers diététiques, activités physiques de groupe, groupes de parole...)	IREPS Médecins spécialistes Réseaux de santé Filière de soins obésité (centres spécialisés de prise en charge de l'obésité, réseaux, SSR...) Comité régional olympique sportif Fédérations et associations sportives	Outils de l'Institut interrégional pour la santé (IRSA) Plan national nutrition santé (PNNS) 2012-2015 Plan Obésité 2011-2013 Programme National pour l'Alimentation Programme pour la santé des élèves 2011-2015
	Allaitement maternel	Femmes enceintes	Médecin généraliste Gynécologue Sages femmes (professionnels de santé concernés)	Améliorer l'information autour de l'allaitement maternel			Mutualité Sages femmes libérales Maternités PMI	Guide de l'allaitement maternel (PNNS) - INPES
Périnatalité	Contraception, grossesses à risques	Mineures, jeunes femmes, femmes enceintes, publics vulnérables	Médecin généraliste Gynécologue Sage femme (professionnels de santé concernés)	Information, sensibilisation à la contraception et au recours à l'IVG, notamment en milieu scolaire Sensibilisation à la vaccination en cas de projet de grossesse			Mouvement Français du Planning familial (MFPF) Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) Services hospitaliers Pharmaciens d'officine Réseaux de santé de périnatalité PMI	

DÉTERMINANT	PATHOLOGIE	POPULATION CIBLE	PROFESSIONNELS DE SANTÉ	ACTIONS			STRUCTURES RESSOURCES POTENTIELLES	OUTILS FORMATIONS
				PRÉVENTION PRIMAIRE	PRÉVENTION SECONDAIRE	PRÉVENTION TERTIAIRE		
Addiction	Alcool	Tout public	Médecin généraliste Infirmier	Information, sensibilisation collective ou individuelle	Repérage précoce et d'intervention brève (RPIB)		ANPAA	Outils IRSA ANPAA (RPIB)
	Tabac	Tous les âges mais particulièrement les adolescents et les pré-adolescents	Médecin généraliste Infirmier	Information sensibilisation au sevrage tabagique	Repérage par auto questionnaire		ANPAA Services hospitaliers (consultations de tabacologie)	Outil IRSA (TACADO 15-25 ans, Le tabac et vous) Entretien motivationnel
	Substances illicites	Adolescents et préadolescents	Médecin généraliste	Information, sensibilisation			ANPAA CAARUD CSAPA Association d'usagers Gendarmerie	
	Addictions sans produit	Professionnels de santé	Médecin généraliste Infirmier	Information, sensibilisation + Diffusion aux professionnels de santé d'une information à ce sujet			ANPAA CAARUD CSAPA	
Promotion d'habitude alimentation saine et lutte contre la sédentarité Comportements addictifs (alcool et tabac)	Cancers	Hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans	Médecin traitant	Sensibilisation et promotion des dépistages organisés des cancers du sein et colorectal (mise en place d'une alerte patient lors d'une consultation) Double signature des lettres d'invitation			Structures de gestion du dépistage organisé des cancers Assurance maladie	Outils Inca
Comportements addictifs (alcool et tabac)	Cancers	Hommes et femmes	Médecin traitant Infirmier Assistante sociale		Repérage des patients à fort tabagisme et alcoolisme Orientation vers un chirurgien-dentiste ou ORL pour un dépistage des cancers buccaux		ORL, stomatologues Dentistes du réseau UFSBD formés	Expérimentation INCa en Indre-et-Loire (résultats attendus en 2014)
Prévention des risques infectieux	Cancers	Population générale jeune et population à risque selon recommandation du calendrier vaccinal	Médecin	Promotion de la vaccination Hépatite B				

DÉTERMINANT	PATHOLOGIE	POPULATION CIBLE	PROFESSIONNELS DE SANTÉ	ACTIONS			STRUCTURES RESSOURCES POTENTIELLES	OUTILS FORMATIONS
				PRÉVENTION PRIMAIRE	PRÉVENTION SECONDAIRE	PRÉVENTION TERTIAIRE		
Prévention des risques environnementaux	Cancers	Hommes et femmes tout âge	Médecin traitant Infirmier Masseur kinésithérapeute	Sensibilisation au risque solaire et UV artificiels	Repérage des patients à risque du fait de leur peau ou de leurs activités professionnelles ou de loisir et orientation vers un dermatologue pour suivi		Dermatologue	Outils INPES (1) Expérimentation INCa dans les Pays de Loire (2) (résultats attendus en 2012)
Prévention des risques professionnels	Cancers	Hommes femmes n'ayant plus d'activité et ayant eu une exposition à des substances chimiques CMR	Médecin traitant Assistante sociale	Sensibilisation à l'intérêt de rentrer dans un suivi post professionnel		Aide à la reconnaissance de la pathologie professionnelle chez un patient présentant un cancer	CPAM (1) Médecin du travail (1) Centre universitaire de pathologie professionnelle (2)	Information des professionnels sur les procédures à suivre
Nutrition	Dénutrition	Personnes âgées	Médecin généraliste Diététicien Chirurgien dentiste Aidants	Information, sensibilisation (dénutrition et albuminémie)	Repérage et dépistage des troubles alimentaires	Programmes d'éducation thérapeutique "dénutrition" en ambulatoire	Éducation physique et gym volontaire IREPS Structures d'aides à domicile (SSIAD, aides ménagères, portage de repas) Filières gériatriques	Outils PNNS Outil IRSA (NAQAPA) Recommandations HAS Outil MNA (Mini Nutritional Assessment)
	Prévention de la perte d'autonomie	Personnes âgées	Médecin généraliste Diététicien Masseur kinésithérapeute	Ateliers collectifs équilibre (activité physique) et nutrition			Mutualité MSA EPGV	Outils PNNS Outil IRSA (AQAP)
Maladies transmissibles	Vaccination			Information sur le calendrier vaccinal et sensibilisation des adultes à la vaccination		Transfert et la délégation de compétences entre professionnels médicaux et para médicaux, dans le respect des textes	Centres de vaccination	

ARTICULATION AVEC LE VOLET HOSPITALIER DU SROS

Dans un premier temps, le schéma ambulatoire s'intéresse à la filière de soins "maladies chroniques". L'articulation avec le volet hospitalier du SROS est à développer, afin de favoriser la fluidité du parcours de soins.

L'articulation développée, ci-dessous, est centrée autour du patient atteint de maladie chronique, sans cibler de manière spécifique une pathologie. Ces éléments sont développés plus particulièrement par les groupes thématiques (maladies cardio-vasculaires, diabète, insuffisance rénale, cancers, BPCO...).

La prise en charge des malades chroniques en ambulatoire, dans le cadre d'un dispositif pluridisciplinaire et coordonné, est essentiel pour développer l'éducation thérapeutique du patient et limiter le recours à l'hospitalisation.

Structures ressources :

- de 1^{er} niveau : structures d'exercice coordonné, pluriprofessionnelles ambulatoires qui ont formalisé un projet de santé visant à favoriser l'accès aux soins (maisons, pôle et centres de santé),
- de 2nd niveau : réseaux de santé ou autre structure de prise en charge des patients, disposant d'un plateau technique et de compétences spécifiques, en relation avec le médecin traitant (prise en charge des patients les plus lourds).

Les moyens favorisant la qualité et la sécurité des soins :

- prise en charge du patient adaptée par la mise en place de plans personnalisés de santé (PPS) et l'accès facilité à des soins de support et des spécialistes,
- amélioration des pratiques par l'application des protocoles et des référentiels,
- développement des systèmes d'information (dossier médical patient, messagerie sécurisée, télémédecine).

Perspectives :

- la création de maisons des réseaux territoriales facilitera la prise en charge des patients souffrant de poly-pathologies,
- les associations de patients doivent être impliquées dans le circuit de prise en charge du malade chronique.

ANNEXE - Articulation entre le SROS ambulatoire et la filière de soins “Maladies chroniques”

Propositions d’actions à mettre en place auprès des professionnels de santé et/ou des structures d’exercices regroupés

OBJECTIF GÉNÉRAL	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS OU ACTIONS À MENER	POPULATION CIBLE DE L’ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ PAR L’ACTION ?	PARTENAIRES CONCERNÉS PAR L’ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L’ACTION
Améliorer l’information des malades chroniques, de leurs aidants et des acteurs de santé ainsi que leur communication	Créer sur le portail de la plateforme Télésanté Centre, un répertoire opérationnel des ressources d’aide et de prise en charge des malades chroniques par pathologie et par territoire	Professionnels libéraux Réseaux de santé Population générale	Région	GCS Télésanté Centre Associations de malades Professionnels de santé et sociaux Etablissements de santé et médico sociaux	1- Rédaction d’un cahier des charges (contenu par pathologie et modalités d’utilisation) 2- Liste des pathologies mises en ligne par territoire de santé 3- Nombre d’acteurs de santé inscrits par territoire de santé et par pathologie 4- Nombre de connexions annuelles 5- Enquête annuelle de satisfaction
Limiter le recours à l’hospitalisation	Rédiger pour les malades chroniques pris en charge par un réseau de santé, un “plan personnalisé de soins”	Malades chroniques	Région	Réseaux de santé, en lien avec le médecin traitant	1- Nombre de malades chroniques du réseau bénéficiaires 2 - Nombre de PPS élaborés
Limiter le recours à l’hospitalisation	Renforcer l’efficacité des réseaux de santé en créant sur chaque territoire de santé une “maison des réseaux” fédérant l’ensemble des réseaux de santé du territoire et proposant un socle de services communs, ainsi que des services spécifiques par pathologie.	Réseaux de santé	Région	Réseaux de santé Ministère (DGOS)	et UNRSanté
1 - Création d’un cahier des charges régional commun, conforme au modèle d’organisation national (élaboré par le ministère et l’Union nationale des réseaux de santé) 2 - Nombre de mutualisations opérées	Réduire l’incidence et la prévalence des maladies chroniques ainsi que la survenue de leurs complications en proposant aux malades chroniques des filières de soins adaptées et qualifiées.	Améliorer la prise en charge des diabétiques par l’application de recommandations de bonne pratique, validées au niveau national, auprès des professionnels de santé	Professionnels libéraux	Région	URPS Etablissements sanitaires, médico-sociaux
1 - Nombre annuel, par territoire de santé, de professionnels libéraux et d’établissements sanitaires et médico-sociaux mettant en œuvre le dépistage du pied diabétique par la pratique du test du monofilament. 2 - Nombre annuel d’amputations de pied diabétique par territoire de santé	Réduire l’incidence et la prévalence des maladies chroniques ainsi que la survenue de leurs complications en proposant aux malades chroniques des filières de soins adaptées et qualifiées.	Favoriser l’accès des diabétiques à des podologues agréés par l’Assurance Maladie	Patients diabétiques	Région	Podologues URPS Réseaux de santé Assurance maladie

OBJECTIF GÉNÉRAL	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS OU ACTIONS À MENER	POPULATION CIBLE DE L'ACTION ?	TERRITOIRE CONCERNÉ PAR L'ACTION ?	PARTENAIRES CONCERNÉS PAR L'ACTION ?	INDICATEUR(S) PERMETTANT DE MESURER LA RÉALISATION DE L'ACTION
1 - Nombre annuel de pédicures-podologues agréés par territoire de santé 2 - Nombre de patients ayant bénéficié d'un dépistage et d'un programme de soins podologiques	Réduire l'incidence et la prévalence des maladies chroniques ainsi que la survenue de leurs complications en proposant aux malades chroniques des filières de soins adaptées et qualifiées.	Améliorer la prise en charge des patients souffrant de Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive en renforçant l'accès aux épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR)	Patients atteints de BPCO	Région	Médecins généralistes et pneumologues Kinésithérapeutes Ecole du souffle Structures d'exercices regroupés Réseaux URPS
Etablissements de santé	1 - Nombre de sites impliqués dans la réalisation d'EFR 2 - Nombre de patients ayant bénéficié d'EFR				

4.3

ARTICULATION AVEC LE SCHÉMA RÉGIONAL MÉDICO-SOCIAL

L'enjeu du SROS dans son volet ambulatoire est d'améliorer et de garantir l'accès à des soins de proximité de la population dans son ensemble.

Cependant, la prise en charge des personnes âgées et l'accès aux soins des personnes handicapées méritent une attention toute particulière et constituent des points d'articulation avec le SROS médico-social.

4.3.1 Améliorer la prise en charge des personnes âgées

Compte-tenu de la structure démographique caractérisant les populations les plus fragiles, un point de vigilance particulier doit être individualisé à cet effet, touchant aux différentes modalités de prise en charge du grand âge.

Le schéma ambulatoire constitue l'un des interfaces privilégiés de la coordination restant à instituer entre le domaine sanitaire hospitalier et le secteur médico-social dont les EHPAD constituent l'une des cibles.

C'est d'ailleurs ce que vient de rappeler l'IGAS et ce thème est constitutif du programme de gestion du risque de l'ARS du Centre.

En ce sens, parmi les recommandations de l'IGAS et les thèmes d'actions retenus, nous relèverons plus particulièrement de façon non limitative, ceux de nature à favoriser l'efficacité de la continuité des soins en EHPAD en vue notamment de réduire les hospitalisations injustifiées ou de faciliter les retours d'hospitalisation :

- **intégrer les EHPAD et leurs équipes soignantes aux éléments constitutifs de la filière gériatrique et aux réseaux gérontologiques**

Les équipes mobiles gérontologiques, les dispositifs de télésanté et de télémedecine avec les EHPAD environnants ainsi que la domotique au domicile des personnes âgées peuvent en être les outils dont le minimum est la construction d'un système d'information transversal EHPAD/ville/hôpital (action 3 du thème "efficacité en EHPAD" du programme de GDR de l'ARS du Centre).

Les données médicales régulièrement actualisées par chaque professionnel de santé, accessibles 24 h sur 24, sont l'une des clés de ce dispositif notamment en cas d'urgence.

Cette préoccupation centrale confère une responsabilité organisationnelle primordiale au médecin coordonnateur en lien avec les médecins traitants des personnes âgées.

- **améliorer la fluidité des dispositifs de prise en charge**

- généraliser un numéro d'appel téléphonique dédié aux médecins traitants et coordonnateurs pour les établissements disposant d'une filière gériatrique pour faciliter les échanges et les prises en charge hospitalières de courte durée,

- équiper les EHPAD de chariots d'urgence normalisés avec dotation pharmaceutique standard conçus en lien avec les services d'aide à l'urgence et le court séjour gériatrique (disponibilité in situ de certains antibiotiques par exemple),

- établir des protocoles de fins de vies prévisibles susceptibles d'éviter certains transferts,
- procéder au conventionnement avec l'HAD de proximité en prévision d'intervention en EHPAD,
- organiser la disponibilité qualitative et quantitative des personnels infirmiers en fonction du niveau de médicalisation des hébergés (données PATHOS),
- former l'ensemble des personnels de veille des EHPAD à l'identification des situations devant conduire à l'appel du 15 et à la collecte des données cliniques minimales à porter à la connaissance de la régulation.

• **optimiser la ressource médicale**

L'ensemble des activités de soins situées au sein, à la périphérie ou en amont de l'EHPAD et gravitant autour de la prise en charge des personnes âgées constitue, plus encore que pour d'autres catégories de population, des gisements de productivité par transferts potentiels de tâches tant sont nombreux les actes répétitifs à caractère non spécifiquement médicaux que les médecins ne parviennent pas à déléguer faute de mise en place d'une organisation adaptée et de disponibilité de personnels dédiés.

Priorité est donc de commencer par le repérage institutionnel et individuel de ces situations ou activités déléguables les plus chronophages, notamment dans les domaines des secrétariats, des relations avec les différents acteurs et organismes de la vie et de la protection sociale, des transports sanitaires, de la gestion des rendez-vous spécialisés, etc....

La recherche en commun de dispositifs facilitateurs, l'étude de leur mise en place et de leur financement éventuel doit s'inscrire en complément de cette première étape.

4.3.2 Garantir l'accès aux soins des personnes handicapées

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap comporte deux dimensions :

- accessibilité "physique" avec une mise aux normes progressive de cabinets des professionnels de santé libéraux et un critère obligatoire pour toute structure d'exercice regroupé nouvellement créée (type MSP),
- accessibilité quant à la prise en charge.

Il s'agit de contribuer par territoire à l'amélioration de l'accès aux soins des personnes handicapées en :

- renforçant les complémentarités entre les établissements médico-sociaux et le secteur libéral, en particulier concernant les rééducations prises en charge par les professionnels libéraux (par exemple, complétude des dossiers médicaux, échanges d'informations,...),
- contribuant à faciliter la continuité des soins, en cas de prise en charge à domicile et la coordination des acteurs : définition d'actions de proximité pour renforcer les complémentarités des dispositifs, que ceux-ci soient caractérisés par une proximité dans l'offre proposée (SSIAD/SAMSAH-IDEL) ou qu'ils fonctionnent dans une optique de filière (sorties d'hospitalisations) et pour renforcer les articulations avec le sanitaire (HAD...), développement des réseaux de professionnels paramédicaux et médicaux formés à la problématique du handicap et intervenant à domicile par territoire.

Annexes



ANNEXE 1- ARRÊTÉ DE ZONAGE SROS PRIS LE MÊME JOUR QUE CELUI FIXANT LE PRÉSENT PRS

Arrêté de l'ARS relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé du Centre,

Vu le code de la santé publique et notamment les articles L. 1434-7 et L.1434-3 ;

Vu le décret 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé,

Vu le décret du 1^{er} avril 2010 portant nomination de M. Jacques LAISNE en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé du Centre ;

Vu l'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes ;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du Code de la santé publique ;

Vu l'avis de consultation publié le 5 mars 2012 au recueil des actes administratifs de la préfecture de région du Centre et relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé

Vu l'arrêté du Directeur général de l'ARS portant adoption du projet régional de santé de la région Centre

Vu les avis, recueillis conformément aux dispositions de l'article L. 1434-3 susvisé, de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du représentant de l'État dans la région du Centre, ou, à défaut, le silence gardé pendant plus de deux mois,

Arrêté

Article 1^{er}

Les zones de mise en œuvre des mesures, destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé (excepté les infirmiers libéraux), des maisons, pôles et centres de santé, déterminées en application de l'article 2 de l'arrêté du 21 décembre 2011, sont précisées en annexe 1 du présent arrêté.

Article 2

Les cartes des zones fragiles SROS figurent en annexe 2 de l'arrêté.

Article 3

Le présent arrêté est intégré au volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (SROS), conformément aux dispositions de l'article L.1434-7 du code de la santé publique.

Article 4

Le Directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé du Centre est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région du Centre.

ANNEXE 1 - ZONES FRAGILES SROS

Territoire de santé : Cher

NUMÉRO BDV	NOM BDV	CODE COMMUNE	NOM COMMUNE
18003	Les Aix-d'Angillon	18003	Les Aix-d'Angillon
18003	Les Aix-d'Angillon	18016	Aubinges
18003	Les Aix-d'Angillon	18019	Azy
18003	Les Aix-d'Angillon	18090	Étréchy
18003	Les Aix-d'Angillon	18151	Montigny
18003	Les Aix-d'Angillon	18156	Morogues
18003	Les Aix-d'Angillon	18176	Parassy
18003	Les Aix-d'Angillon	18194	Rians
18003	Les Aix-d'Angillon	18202	Saint-Céols
18003	Les Aix-d'Angillon	18253	Soulangis
18018	Avord	18018	Avord
18018	Avord	18027	Bengy-sur-Craon
18018	Avord	18054	Charly
18018	Avord	18056	Chassy
18018	Avord	18072	Cornusse
18018	Avord	18080	Croisy
18018	Avord	18081	Crosses
18018	Avord	18092	Farges-en-Septaine
18018	Avord	18095	Flavigny
18018	Avord	18113	Ignol
18018	Avord	18123	Laverdines
18018	Avord	18154	Mornay-Berry
18018	Avord	18160	Nérondes
18018	Avord	18175	Ourouer-les-Bourdelins
18018	Avord	18215	Saint-Hilaire-de-Gondilly
18018	Avord	18260	Tendron
18087	Dun-sur-Auron	18006	Annoix
18087	Dun-sur-Auron	18040	Bussy
18087	Dun-sur-Auron	18045	Chalivoy-Milon
18087	Dun-sur-Auron	18068	Cogny
18087	Dun-sur-Auron	18071	Contres
18087	Dun-sur-Auron	18087	Dun-sur-Auron
18087	Dun-sur-Auron	18119	Jussy-Champagne
18087	Dun-sur-Auron	18121	Lantan
18087	Dun-sur-Auron	18131	Lugny-Bourbonnais
18087	Dun-sur-Auron	18173	Osmery
18087	Dun-sur-Auron	18177	Parnay
18087	Dun-sur-Auron	18191	Raymond
18087	Dun-sur-Auron	18204	Saint-Denis-de-Palin
18087	Dun-sur-Auron	18212	Saint-Germain-des-Bois
18087	Dun-sur-Auron	18261	Thaumiers
18087	Dun-sur-Auron	18277	Verneuil
18087	Dun-sur-Auron	18288	Vorly
18087	Dun-sur-Auron	18289	Vornay
18108	La Guerche-sur-l'Aubois	18007	Apremont-sur-Allier
18108	La Guerche-sur-l'Aubois	18048	La Chapelle-Hugon
18108	La Guerche-sur-l'Aubois	18062	Le Chautay
18108	La Guerche-sur-l'Aubois	18082	Cuffy
18108	La Guerche-sur-l'Aubois	18101	Germigny-l'Exempt
18108	La Guerche-sur-l'Aubois	18108	La Guerche-sur-l'Aubois

NUMÉRO BDV	NOM BDV	CODE COMMUNE	NOM COMMUNE
18127	Lignièrès	18043	La Celle-Condé
18127	Lignièrès	18065	Chezal-Benoît
18127	Lignièrès	18112	Ids-Saint-Roch
18127	Lignièrès	18114	Ineuil
18127	Lignièrès	18127	Lignièrès
18127	Lignièrès	18152	Montlouis
18127	Lignièrès	18193	Rezay
18127	Lignièrès	18199	Saint-Baudel
18127	Lignièrès	18216	Saint-Hilaire-en-Lignièrès
18127	Lignièrès	18266	Touchay
18127	Lignièrès	18283	Villecelin
18141	Mehun-sur-Yèvre	18005	Allouis
18141	Mehun-sur-Yèvre	18141	Mehun-sur-Yèvre
18141	Mehun-sur-Yèvre	18186	Preuilly
18141	Mehun-sur-Yèvre	18190	Quincy
18141	Mehun-sur-Yèvre	18237	Sainte-Thorette
18207	Saint-Florent-sur-Cher	18055	Chârost
18207	Saint-Florent-sur-Cher	18066	Civray
18207	Saint-Florent-sur-Cher	18122	Lapan
18207	Saint-Florent-sur-Cher	18133	Lunery
18207	Saint-Florent-sur-Cher	18157	Morthomiers
18207	Saint-Florent-sur-Cher	18181	Plou
18207	Saint-Florent-sur-Cher	18182	Poisieux
18207	Saint-Florent-sur-Cher	18188	Primelles
18207	Saint-Florent-sur-Cher	18201	Saint-Caprais
18207	Saint-Florent-sur-Cher	18207	Saint-Florent-sur-Cher
18207	Saint-Florent-sur-Cher	18244	Saugy
18207	Saint-Florent-sur-Cher	18255	Le Subdray
18207	Saint-Florent-sur-Cher	18285	Villeneuve-sur-Cher
36088	Issoudun	18137	Mareuil-sur-Arnon
36088	Issoudun	18198	Saint-Ambroix

Territoire de santé : Eure-et-Loir

NUMÉRO BDV	NOM BDV	CODE COMMUNE	NOM COMMUNE
28051	Bonneval	28005	Alluyes
28051	Bonneval	28051	Bonneval
28051	Bonneval	28057	Bouville
28051	Bonneval	28065	Bullainville
28051	Bonneval	28126	Dancy
28051	Bonneval	28153	Flacey
28051	Bonneval	28176	Le Gault-Saint-Denis
28051	Bonneval	28259	Montboissier
28051	Bonneval	28260	Montharville
28051	Bonneval	28270	Moriers
28051	Bonneval	28277	Neuvy-en-Dunois
28051	Bonneval	28305	Pré-Saint-Évroult
28051	Bonneval	28306	Pré-Saint-Martin
28051	Bonneval	28353	Saint-Maur-sur-le-Loir
28051	Bonneval	28364	Sancheville
28051	Bonneval	28370	Saumeray
28051	Bonneval	28396	Trizay-lès-Bonneval
28051	Bonneval	28418	Villiers-Saint-Orien
28051	Bonneval	28419	Vitray-en-Beauce
28061	Brou	28012	Arrou
28061	Brou	28061	Brou
28061	Brou	28066	Bullou
28061	Brou	28119	La Croix-du-Perche
28061	Brou	28123	Dampierre-sous-Brou
28061	Brou	28127	Dangeau
28061	Brou	28161	Frazé
28061	Brou	28182	Gohory
28061	Brou	28219	Luigny
28061	Brou	28250	Mézières-au-Perche
28061	Brou	28252	Miermaigne
28061	Brou	28261	Montigny-le-Chartif
28061	Brou	28272	Mottereau
28061	Brou	28273	Moulhard
28061	Brou	28398	Unverre
28061	Brou	28409	Vieuvicq
28061	Brou	28424	Yèvres
28088	Châteaudun	28028	Bazoches-en-Dunois
28088	Châteaudun	28044	Boisgasson
28088	Châteaudun	28075	La Chapelle-du-Noyer
28088	Châteaudun	28088	Châteaudun
28088	Châteaudun	28093	Châtillon-en-Dunois
28088	Châteaudun	28101	Civry
28088	Châteaudun	28106	Conie-Molitar
28088	Châteaudun	28108	Cormainville
28088	Châteaudun	28114	Courbehaye
28088	Châteaudun	28115	Courtalain
28088	Châteaudun	28132	Donnemain-Saint-Mamès
28088	Châteaudun	28133	Douy
28088	Châteaudun	28150	La Ferté-Villeneuve
28088	Châteaudun	28157	Fontenay-sur-Conie
28088	Châteaudun	28198	Jallans
28088	Châteaudun	28205	Lanneray
28088	Châteaudun	28211	Logron
28088	Châteaudun	28224	Lutz-en-Dunois

NUMÉRO BDV	NOM BDV	CODE COMMUNE	NOM COMMUNE
28088	Châteaudun	28233	Marboué
28088	Châteaudun	28241	Le Mée
28088	Châteaudun	28256	Moléans
28088	Châteaudun	28283	Nottonville
28088	Châteaudun	28287	Orgères-en-Beauce
28088	Châteaudun	28295	Ozoir-le-Breuil
28088	Châteaudun	28296	Péronville
28088	Châteaudun	28329	Saint-Christophe
28088	Châteaudun	28330	Saint-Cloud-en-Dunois
28088	Châteaudun	28334	Saint-Denis-les-Ponts
28088	Châteaudun	28356	Saint-Pellerin
28088	Châteaudun	28389	Thiville
28088	Châteaudun	28400	Varize
28088	Châteaudun	28410	Villampuy
28116	Courville-sur-Eure	28040	Billancelles
28116	Courville-sur-Eure	28099	Chuisnes
28116	Courville-sur-Eure	28116	Courville-sur-Eure
28116	Courville-sur-Eure	28148	Le Favril
28116	Courville-sur-Eure	28166	Friaize
28116	Courville-sur-Eure	28167	Fruncé
28116	Courville-sur-Eure	28203	Landelles
28116	Courville-sur-Eure	28254	Mittainvilliers
28116	Courville-sur-Eure	28290	Orrouer
28116	Courville-sur-Eure	28302	Pontgouin
28116	Courville-sur-Eure	28324	Saint-Arnoult-des-Bois
28116	Courville-sur-Eure	28333	Saint-Denis-des-Puits
28116	Courville-sur-Eure	28339	Saint-Germain-le-Gaillard
28116	Courville-sur-Eure	28385	Le Thieulin
28116	Courville-sur-Eure	28414	Villebon
28199	Janville	28002	Allaines-Mervilliers
28199	Janville	28025	Barmainville
28199	Janville	28029	Bazoches-les-Hautes
28199	Janville	28164	Fresnay-l'Évêque
28199	Janville	28189	Guilleville
28199	Janville	28199	Janville
28199	Janville	28210	Levesville-la-Chenard
28199	Janville	28243	Mérouville
28199	Janville	28276	Neuvy-en-Beauce
28199	Janville	28284	Oinville-Saint-Liphard
28199	Janville	28300	Poinville
28199	Janville	28311	Le Puiset
28199	Janville	28367	Santilly
28199	Janville	28390	Tillay-le-Péneux
28199	Janville	28392	Trancrainville
28214	La Loupe	28033	Belhomert-Guéhouville
28214	La Loupe	28071	Champrond-en-Gâtine
28214	La Loupe	28156	Fontaine-Simon
28214	La Loupe	28214	La Loupe
28214	La Loupe	28232	Manou
28214	La Loupe	28240	Meaucé
28214	La Loupe	28264	Montireau
28214	La Loupe	28265	Montlondon
28214	La Loupe	28335	Saint-Éliph
28214	La Loupe	28354	Saint-Maurice-Saint-Germain

NUMÉRO BDV	NOM BDV	CODE COMMUNE	NOM COMMUNE
28214	La Loupe	28362	Saint-Victor-de-Buthon
28214	La Loupe	28401	Vaupillon
28280	Nogent-le-Rotrou	28010	Argenvilliers
28280	Nogent-le-Rotrou	28031	Beaumont-les-Autels
28280	Nogent-le-Rotrou	28063	Brunelles
28280	Nogent-le-Rotrou	28072	Champrond-en-Perchet
28280	Nogent-le-Rotrou	28086	Chassant
28280	Nogent-le-Rotrou	28105	Combres
28280	Nogent-le-Rotrou	28111	Coudray-au-Perche
28280	Nogent-le-Rotrou	28112	Coudreceau
28280	Nogent-le-Rotrou	28165	Frétigny
28280	Nogent-le-Rotrou	28175	La Gaudaine
28280	Nogent-le-Rotrou	28192	Happonvilliers
28280	Nogent-le-Rotrou	28236	Margon
28280	Nogent-le-Rotrou	28237	Marolles-les-Buis
28280	Nogent-le-Rotrou	28280	Nogent-le-Rotrou
28280	Nogent-le-Rotrou	28331	Saint-Denis-d'Authou
28280	Nogent-le-Rotrou	28342	Saint-Jean-Pierre-Fixte
28280	Nogent-le-Rotrou	28378	Souancé-au-Perche
28280	Nogent-le-Rotrou	28387	Thiron-Gardais
28280	Nogent-le-Rotrou	28395	Trizay-Coutretot-Saint-Serge
28280	Nogent-le-Rotrou	28407	Vichères
28348	Saint-Lubin-des-Joncherets	28124	Dampierre-sur-Avre
28348	Saint-Lubin-des-Joncherets	28348	Saint-Lubin-des-Joncherets
28348	Saint-Lubin-des-Joncherets	28359	Saint-Rémy-sur-Avre

Territoire de santé : Indre

NUMÉRO BDV	NUMÉRO BDV	NOM BDV	CODE COMMUNE
18127	Lignières	36169	Pruniers
36034	Chabris	36004	Anjouin
36034	Chabris	36011	Bagneux
36034	Chabris	36034	Chabris
36034	Chabris	36068	Dun-le-Poëlier
36034	Chabris	36115	Menetou-sur-Nahon
36034	Chabris	36147	Orville
36034	Chabris	36151	Parpeçay
36034	Chabris	36183	Sainte-Cécile
36034	Chabris	36185	Saint-Christophe-en-Bazelle
36034	Chabris	36217	Sembleçay
36046	Chabris	36229	Varennes-sur-Fouzon
36046	La Châtre	36017	La Berthenoux
36046	La Châtre	36025	Briantes
36046	La Châtre	36038	Champillet
36046	La Châtre	36043	Chassignolles
36046	La Châtre	36046	La Châtre
36046	La Châtre	36060	Crevant
36046	La Châtre	36073	Feusines
36046	La Châtre	36078	Fougerolles
36046	La Châtre	36091	Lacs
36046	La Châtre	36095	Lignerolles
36046	La Châtre	36100	Lourouer-Saint-Laurent
36046	La Châtre	36109	Le Magny
36046	La Châtre	36120	Mers-sur-Indre
36046	La Châtre	36127	Montgivray
36046	La Châtre	36129	Montipouret
36046	La Châtre	36130	Montlevicq
36046	La Châtre	36132	La Motte-Feuilly
36046	La Châtre	36138	Néret
36046	La Châtre	36143	Nohant-Vic
36046	La Châtre	36156	Pérassay
36046	La Châtre	36163	Poulligny-Notre-Dame
36046	La Châtre	36164	Poulligny-Saint-Martin
36046	La Châtre	36180	Saint-Août
36046	La Châtre	36184	Saint-Chartier
36046	La Châtre	36186	Saint-Christophe-en-Boucherie
36046	La Châtre	36189	Saint-Denis-de-Jouhet
36046	La Châtre	36208	Sainte-Sévère-sur-Indre
36046	La Châtre	36210	Sarzay
36046	La Châtre	36214	Sazeray
36046	La Châtre	36221	Thevet-Saint-Julien
36046	La Châtre	36227	Urciers
36046	La Châtre	36234	Verneuil-sur-Igneraie
36046	La Châtre	36236	Vicq-Exempt
36046	La Châtre	36238	Vigoulant
36088	La Châtre	36240	Vijon
36088	Issoudun	36002	Aize
36088	Issoudun	36003	Ambrault
36088	Issoudun	36019	Bommiers
36088	Issoudun	36021	Les Bordes
36088	Issoudun	36027	Brives
36088	Issoudun	36029	Buxeuil
36088	Issoudun	36037	La Champenoise

NUMÉRO BDV	NOM BDV	CODE COMMUNE	NOM COMMUNE
36088	Issoudun	36041	La Chapelle-Saint-Laurian
36088	Issoudun	36052	Chouday
36088	Issoudun	36059	Condé
36088	Issoudun	36065	Diou
36088	Issoudun	36075	Fontenay
36088	Issoudun	36083	Giroux
36088	Issoudun	36085	Guilly
36088	Issoudun	36088	Issoudun
36088	Issoudun	36097	Liniez
36088	Issoudun	36098	Lizeray
36088	Issoudun	36102	Luçay-le-Libre
36088	Issoudun	36116	Ménétréols-sous-Vatan
36088	Issoudun	36121	Meunet-Planches
36088	Issoudun	36122	Meunet-sur-Vatan
36088	Issoudun	36125	Migny
36088	Issoudun	36140	Neuvy-Pailloux
36088	Issoudun	36152	Paudy
36088	Issoudun	36170	Reboursin
36088	Issoudun	36171	Reuilly
36088	Issoudun	36179	Saint-Aoustrille
36088	Issoudun	36181	Saint-Aubin
36088	Issoudun	36190	Sainte-Fauste
36088	Issoudun	36191	Saint-Florentin
36088	Issoudun	36195	Saint-Georges-sur-Arnon
36088	Issoudun	36199	Sainte-Lizaigne
36088	Issoudun	36205	Saint-Pierre-de-Jards
36088	Issoudun	36209	Saint-Valentin
36088	Issoudun	36215	Ségry
36088	Issoudun	36222	Thizay
36088	Issoudun	36230	Vatan
36088	Issoudun	36248	Vouillon

Territoire de santé : Indre-et-Loire

NUMÉRO BDV	NUMÉRO BDV	NOM BDV	CODE COMMUNE
37115	Descartes	37001	Abilly
37115	Descartes	37045	La Celle-Saint-Avant
37115	Descartes	37080	Civray-sur-Esves
37115	Descartes	37114	La Guerche
37115	Descartes	37115	Descartes
37115	Descartes	37145	Marcé-sur-Esves
37115	Descartes	37168	Neuilly-le-Brignon
37263	Truyes	37083	Cormery
37263	Truyes	37085	Courçay
37263	Truyes	37254	Tauxigny
37263	Truyes	37263	Truyes
37282	Yzeures-sur-Creuse	37028	Bossay-sur-Claise
37282	Yzeures-sur-Creuse	37033	Boussay
37282	Yzeures-sur-Creuse	37048	Chambon
37282	Yzeures-sur-Creuse	37061	Charnizay
37282	Yzeures-sur-Creuse	37064	Chaumussay
37282	Yzeures-sur-Creuse	37189	Preuilly-sur-Claise
37282	Yzeures-sur-Creuse	37282	Yzeures-sur-Creuse

Territoire de santé : Loir-et-Cher

NUMÉRO BDV	NUMÉRO BDV	NOM BDV	CODE COMMUNE
28061	Brou	41096	Le Gault-Perche
28088	Châteaudun	41006	Autainville
28088	Châteaudun	41017	Binas
28088	Châteaudun	41022	Bouffry
28088	Châteaudun	41041	La Chapelle-Vicomtesse
28088	Châteaudun	41056	La Colombe
28088	Châteaudun	41075	Droué
28088	Châteaudun	41089	La Fontenelle
28088	Châteaudun	41133	Membrolles
28088	Châteaudun	41172	Ouzouer-le-Doyen
28088	Châteaudun	41173	Ouzouer-le-Marché
28088	Châteaudun	41179	Le Poislay
28088	Châteaudun	41183	Prénouvellon
28088	Châteaudun	41196	Ruan-sur-Eggonne
28088	Châteaudun	41219	Saint-Laurent-des-Bois
28088	Châteaudun	41244	Semerville
28088	Châteaudun	41264	Tripleville
28088	Châteaudun	41270	Verdes
28088	Châteaudun	41289	Villermain
41143	Mondoubleau	41005	Arville
41143	Mondoubleau	41012	Baillou
41143	Mondoubleau	41014	Beauchêne
41143	Mondoubleau	41024	Boursay
41143	Mondoubleau	41053	Choue
41143	Mondoubleau	41060	Cormenon
41143	Mondoubleau	41078	Épuisay
41143	Mondoubleau	41143	Mondoubleau
41143	Mondoubleau	41165	Oigny
41143	Mondoubleau	41177	Le Plessis-Dorin
41143	Mondoubleau	41197	Saint-Agil
41143	Mondoubleau	41202	Saint-Avit
41143	Mondoubleau	41224	Saint-Marc-du-Cor
41143	Mondoubleau	41235	Sargé-sur-Braye
41143	Mondoubleau	41248	Souday
41143	Mondoubleau	41254	Le Temple

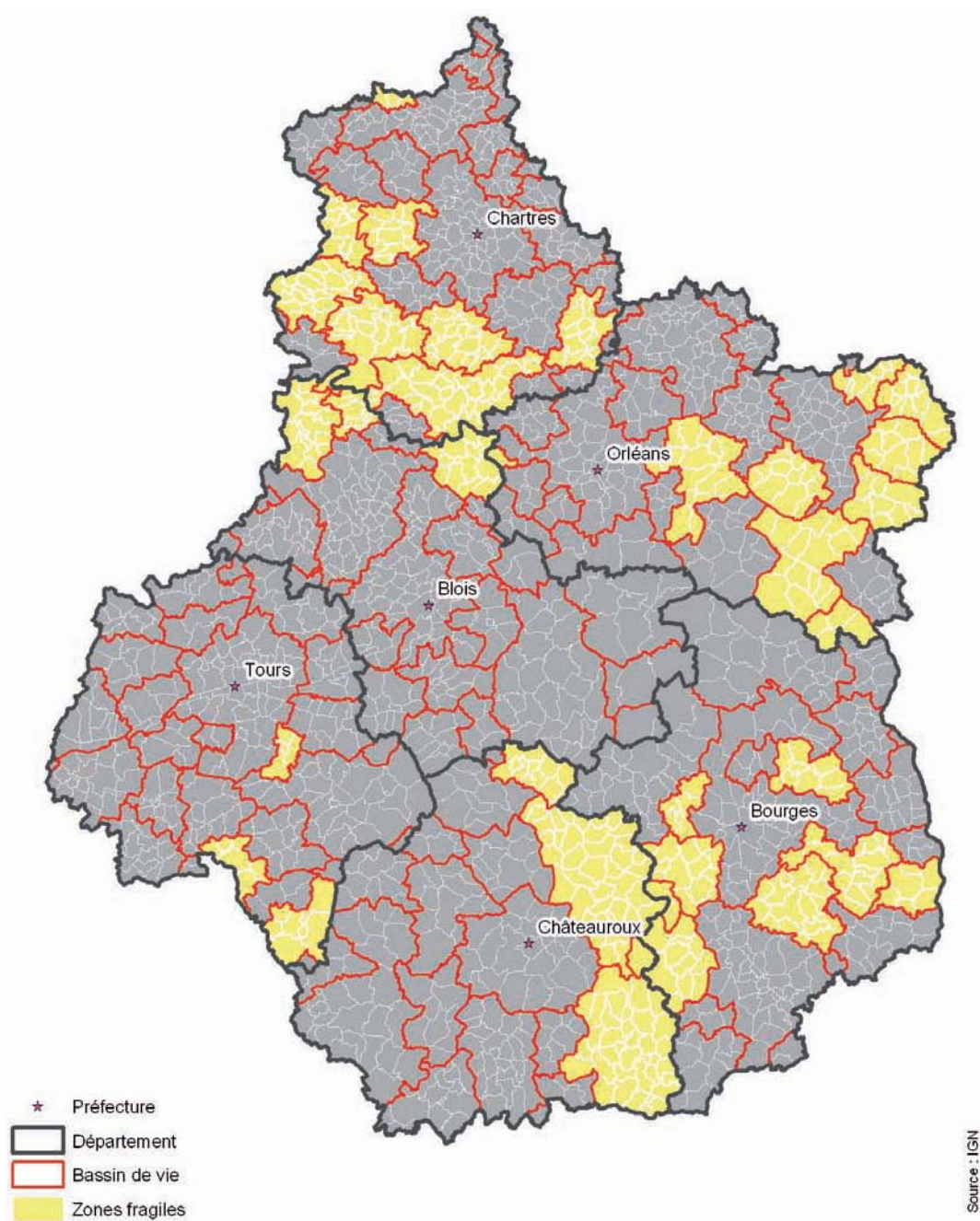
Territoire de santé : Loiret

NUMÉRO BDV	NUMÉRO BDV	NOM BDV	CODE COMMUNE
28088	Châteaudun	45081	Charsonville
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45049	Bouzy-la-Forêt
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45082	Châteauneuf-sur-Loire
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45101	Combreaux
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45126	Donnery
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45142	Fay-aux-Loges
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45153	Germigny-des-Prés
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45168	Ingrannes
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45226	Neuvy-en-Sullias
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45267	Saint-Aignan-des-Gués
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45290	Saint-Martin-d'Abbat
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45305	Seichebrières
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45311	Sigloy
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45314	Sully-la-Chapelle
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45316	Sury-aux-Bois
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45324	Tigy
45082	Châteauneuf-sur-Loire	45346	Vitry-aux-Loges
45083	Château-Renard	45083	Château-Renard
45083	Château-Renard	45097	Chuelles
45083	Château-Renard	45129	Douchy
45083	Château-Renard	45165	Gy-les-Nonains
45083	Château-Renard	45199	Melleroy
45083	Château-Renard	45275	Saint-Firmin-des-Bois
45083	Château-Renard	45279	Saint-Germain-des-Prés
45083	Château-Renard	45306	La Selle-en-Hermoy
45083	Château-Renard	45329	Triguères
45085	Châtillon-Coligny	45002	Aillant-sur-Milleron
45085	Châtillon-Coligny	45077	La Chapelle-sur-Aveyron
45085	Châtillon-Coligny	45079	Le Charme
45085	Châtillon-Coligny	45085	Châtillon-Coligny
45085	Châtillon-Coligny	45121	Dammarié-sur-Loing
45085	Châtillon-Coligny	45210	Montbouy
45085	Châtillon-Coligny	45212	Montcresson
45085	Châtillon-Coligny	45278	Sainte-Geneviève-des-Bois
45085	Châtillon-Coligny	45292	Saint-Maurice-sur-Aveyron
45087	Châtillon-sur-Loire	45029	Beaulieu-sur-Loire
45087	Châtillon-sur-Loire	45064	Cernoy-en-Berry
45087	Châtillon-sur-Loire	45087	Châtillon-sur-Loire
45087	Châtillon-sur-Loire	45251	Pierrefitte-ès-Bois
45115	Courtenay	45026	Bazoches-sur-le-Betz
45115	Courtenay	45073	Chantecoq
45115	Courtenay	45113	Courtemaux
45115	Courtenay	45115	Courtenay
45115	Courtenay	45136	Ervauville
45115	Courtenay	45149	Foucherolles
45115	Courtenay	45201	Mérinville
45115	Courtenay	45211	Montcorbon
45115	Courtenay	45265	Rozoy-le-Vieil
45115	Courtenay	45281	Saint-Hilaire-les-Andrésis
45115	Courtenay	45287	Saint-Loup-de-Gonois
45115	Courtenay	45307	La Selle-sur-le-Bied
45115	Courtenay	45322	Thorailles
45145	Ferrières-en-Gâtinais	45032	Le Bignon-Mirabeau
45145	Ferrières-en-Gâtinais	45091	Chevannes

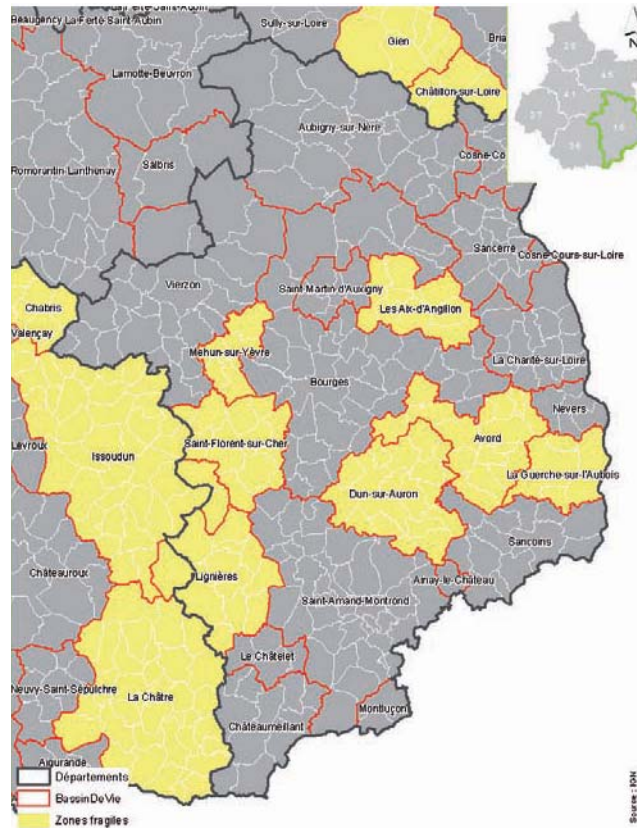
NUMÉRO BDV	NUMÉRO BDV	NOM BDV	CODE COMMUNE
45145	Ferrières-en-Gâtinais	45094	Chevy-sous-le-Bignon
45145	Ferrières-en-Gâtinais	45145	Ferrières-en-Gâtinais
45145	Ferrières-en-Gâtinais	45148	Fontenay-sur-Loing
45145	Ferrières-en-Gâtinais	45161	Griselles
45145	Ferrières-en-Gâtinais	45222	Nargis
45145	Ferrières-en-Gâtinais	45250	Pers-en-Gâtinais
45155	Gien	45001	Adon
45155	Gien	45016	Autry-le-Châtel
45155	Gien	45036	Boismorand
45155	Gien	45060	La Bussière
45155	Gien	45096	Les Choux
45155	Gien	45108	Coullons
45155	Gien	45122	Dampierre-en-Burly
45155	Gien	45155	Gien
45155	Gien	45227	Nevoy
45155	Gien	45244	Ouzouer-sur-Loire
45155	Gien	45254	Poilly-lez-Gien
45155	Gien	45271	Saint-Brisson-sur-Loire
45155	Gien	45276	Saint-Firmin-sur-Loire
45155	Gien	45280	Saint-Gondon
45155	Gien	45291	Saint-Martin-sur-Ocre
45187	Lorris	45066	Chailly-en-Gâtinais
45187	Lorris	45107	Coudroy
45187	Lorris	45112	La Cour-Marigny
45187	Lorris	45187	Lorris
45187	Lorris	45213	Montereau
45187	Lorris	45218	Le Moulinet-sur-Solin
45187	Lorris	45230	Noyers
45187	Lorris	45239	Oussoy-en-Gâtinais
45187	Lorris	45256	Presnoy
45187	Lorris	45321	Thimory
45187	Lorris	45332	Varennes-Changy
45187	Lorris	45334	Vieilles-Maisons-sur-Joudry

ANNEXE 2 - CARTES ZONES FRAGILES SROS

Zonage fragile SROS en région Centre



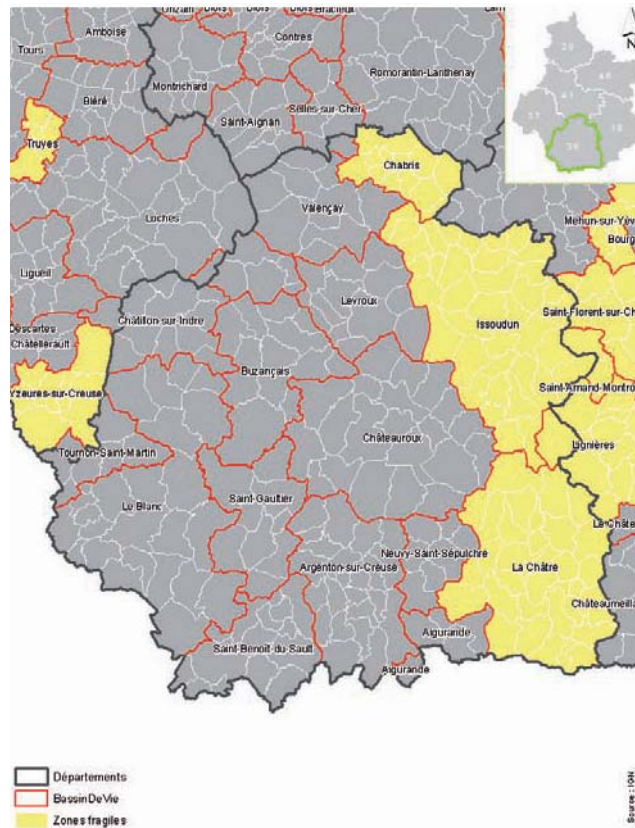
Zonage fragile SROS en région Centre département du Cher



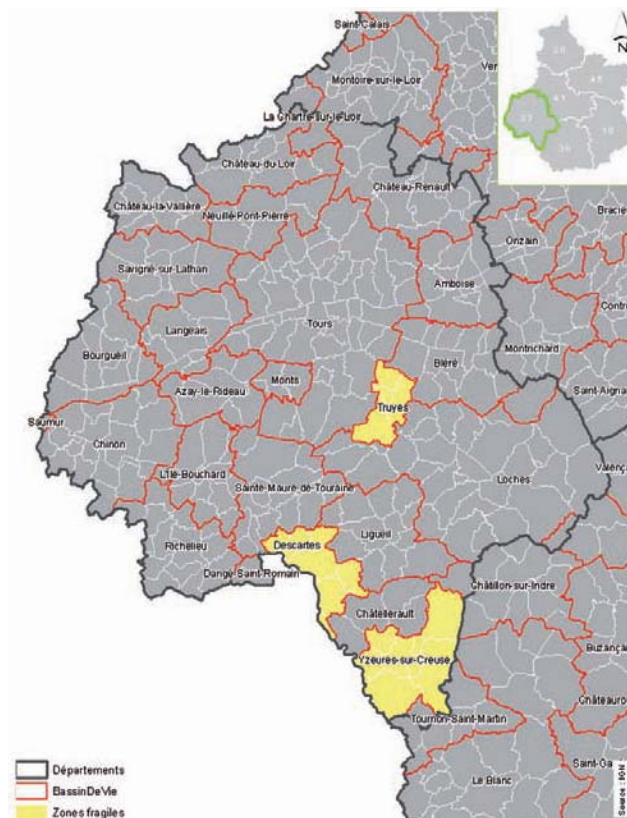
Zonage fragile SROS en région Centre département d'Eure-et-Loir



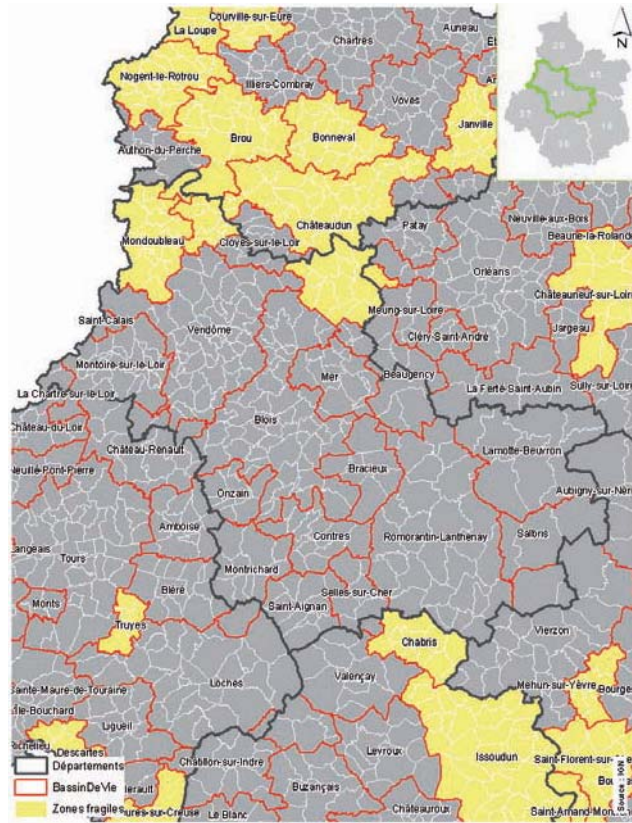
Zonage fragile SROS en région Centre département de l'Indre



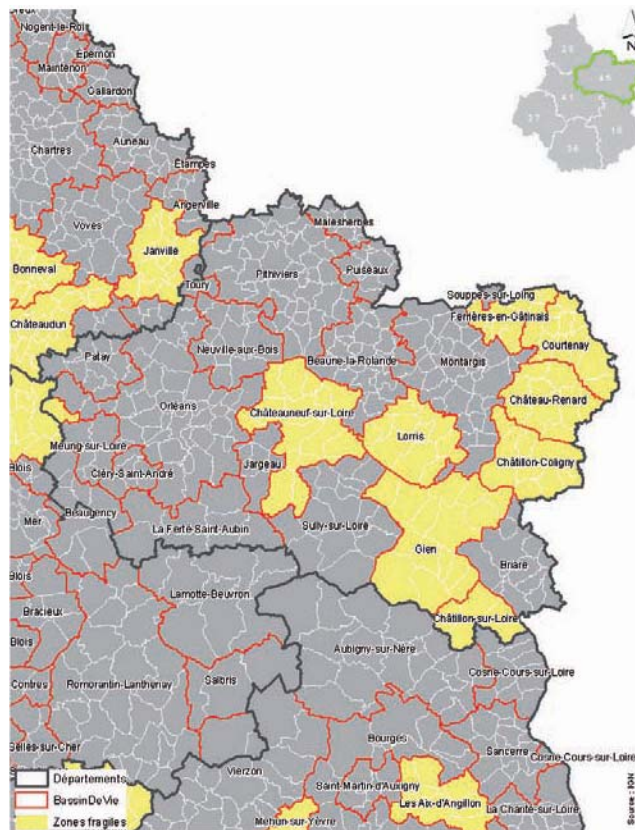
Zonage fragile SROS en région Centre département de l'Indre-et-Loire



Zonage fragile SROS en région Centre département du Loir-et-Cher



Zonage fragile SROS en région Centre département du Loiret



ANNEXE 2 - TABLEAU DES AIDES FINANCIÈRES AU MAINTIEN ET À L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Aides financières destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé

Le tableau ci-dessous comporte les dispositifs en vigueur au 31/09/2011.

	AIDE	BÉNÉFICIAIRE	ZONE	NATURE ET MONTANT DE L'AIDE	DURÉE	RÉFÉRENCES
AIDES À L'INSTALLATION OU AU MAINTIEN	Option démographie	Médecin exerçant au sein d'un groupe formé entre médecins, d'un groupe pluridisciplinaire ou dans le cadre d'un pôle de santé	Zone où les besoins en implantations de professionnels de santé ne sont pas satisfaits ou à proximité immédiate (5 km en zone rurale et 2 km en zone urbaine)	Aide à l'investissement : Forfait annuel de 5 000 € pour les professionnels exerçant au sein d'un groupe. Forfait annuel de 2 500 € pour les professionnels membres d'un pôle de santé. Aide à l'activité : - Pour le praticien adhérent exerçant au sein d'un groupe, l'aide représente 10 % de son activité (C+V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à 20 000 €. - Pour le praticien adhérent membre d'un pôle de santé, elle représente 5 % de son activité (C+V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à 10 000 €.	3 ans	Convention médicale (Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 26 juillet 2011)
	Option santé solidarité territoriale	Médecins libéraux conventionnés	Réalisation de consultations dans une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits, pendant au minimum 28 jours par an	Prise en charge des frais de déplacement Rémunération complémentaire correspondant à 10 % de l'activité (C + V) dans la zone, dans la limite d'un plafond fixé à 20 000 €.	3 ans	Convention médicale (Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 26 juillet 2011)
	Exonération impôt sur le revenu dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires	Médecins ou remplaçants participant à la permanence des soins ambulatoire	Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique (zonage du SROS)	Exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations à hauteur de 60 jours de permanence par an		Article 151 ter du code général des impôts
	Moratoire médecin traitant	Professionnel installé dans une zone déficitaire (article L. 162-47) Professionnel exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone définie par l'ARS Professionnel installé pour la première fois en exercice libéral	Zone mentionnée à l'article L. 162-47 et définies par l'ARS	Non application de différentes dispositions, prises en application du 18° de l'article L. 162-5, du cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 et du troisième alinéa de l'article L. 162-26	5 ans	Articles L.162-5-4 et D.162-1-8 du code de la sécurité sociale

EXONERATIONS FISCALES	Exonération des cotisations patronales	Salarié au sein d'un cabinet	Zones de redynamisation urbaine ou de revitalisation rurale	Exonération d'une partie des cotisations patronales Sécurité Sociale, pour l'embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale ou urbaine	12 mois	Article L 131-4-2 du code de la sécurité sociale
	Exonération taxe professionnelle	Médecins et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral	Zones de revitalisation rurale Communes de moins de 2 000 habitants	Exonération de la cotisation foncière des entreprises, à compter de l'année qui suit celle de leur établissement, les médecins ainsi que les auxiliaires médicaux soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux	La durée des exonérations ne peut être inférieure à deux ans et supérieure à 5 ans	Article 1464 D du code général des impôts
AIDES AU REMPLACEMENT	Contrat de bonne pratique "Exercice en milieu rural"	Médecin généraliste	Cabinet médical situé dans un canton dont la densité de médecins généralistes par habitant est inférieure à 3 pour 5 000. Cabinet éloigné de plus de 20 minutes d'un service d'urgence	Complément de rémunération de 300 € par jour de remplacement, dans la limite de 10 jours par an, et sous réserve du respect des engagements suivants : - participer à au moins une action de formation professionnelle conventionnelle (FPC) d'une durée minimale de deux jours, centrée sur des problématiques rurales - ne pas cesser son activité ou changer de lieu d'implantation (sauf cas de force majeure).	Jusqu'au 31/12/2012	Article L162-12-18 du code de la sécurité sociale
	Contrat de bonne pratique "Exercice en zones franches urbaines"	Médecins généralistes conventionnés	Médecins exerçant en zone franche urbaine (Z.F.U) ou prévoyant de s'y installer dans les deux mois	Aide technique dans les domaines administratif, médical et social par un correspondant médico-social Indemnité de remplacement de 300 € par jour (dans la limite de 18 jours par an). Prise en charge des vacances dans le cadre d'intervention sur la prévention et la coordination médico-sociale à raison de 240 € par demi-journée (maximum 12 par an). Sous réserve du respect de certains engagements	Jusqu'au 31/12/2012	Article L162-12-18 du code de la sécurité sociale
	Contrat de bonne pratique "Exercice en station de sports d'hiver"	Médecins de montagne	Dans ou à proximité immédiate d'une station de sports d'hiver de certains départements	Rémunération forfaitaire annuelle de 2 000 € Sous réserve du respect de certains engagements	Jusqu'au 31/12/2012	Article L162-12-18 du code de la sécurité sociale
AIDES AUX ETUDIANTS	Contrat d'engagement de service public (CESP)	Etudiants en médecine admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours des études Internes en médecine	Zones où l'offre médicale est insuffisante et où la continuité des soins fait défaut > Liste des lieux d'exercice établie par l'ARS	1 200 € bruts par mois	Durée d'exercice égale à la durée du versement de l'allocation	Article L. 632-6 du code de l'éducation
L'ARS mettra ce tableau à jour, au fur et à mesure des évolutions réglementaires : (cf. site de la PAPS : www.centre.paps.sante.fr)						

ANNEXE 3 - CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL DE FINANCEMENT DES MAISONS DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRES (MSP) - VERSION RÉVISÉE DE 2011

Compte-tenu de la situation de la démographie médicale particulièrement critique en région Centre, l'État et le Conseil régional ont inscrit parmi les priorités du volet territorial du contrat de projets État/Région 2007-2013 le soutien à la création de MSP, dans les territoires **rencontrant des difficultés en matière de démographie médicale**.

Il s'agit de soutenir par des aides en investissement, les projets de MSP portés par des collectivités publiques.

Pour garantir l'efficacité de cette intervention, qui doit être articulée avec les différents dispositifs concourant à l'amélioration de la démographie médicale, les projets soutenus devront respecter le présent cahier des charges.

Celui-ci a été établi en tenant compte des enseignements des deux premiers appels à projets lancés en juillet 2007 et 2009, de la circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en MSP en milieu rural, et en concertation avec l'ARS chargée de l'élaboration du PRS qui, par ailleurs, contribue à l'instruction des dossiers et apporte des aides spécifiques pour l'ingénierie ou le fonctionnement.

Cette intervention n'est pas exclusive des financements que peuvent apporter les autres collectivités territoriales.

OBJECTIFS

Les objectifs principaux sont :

- d'offrir à la population sur un même site une offre médicale de proximité **principalement de premier recours**, diversifiée sur des plages horaires étendues,
- de répondre aux difficultés constatées ou prévisibles en matière de démographie médicale,
- de renforcer les modes de pratiques coopératives entre professionnels de santé (activités médicales et paramédicales), entre médecine de ville et hôpital et de contribuer ainsi à rompre l'isolement des professionnels de santé, à favoriser une prise en charge coordonnée et de qualité des patients.

Les MSP constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels et apparaissent comme une solution concourant au maintien (notamment en facilitant la succession des professionnels cessant leur activité), voire au développement de l'offre de soins.

1 - Améliorer la qualité de la prise en charge des patients

- apporter une réponse aux besoins de soins,
- renforcer la coordination des soins,
- garantir l'offre de soins pendant les heures ouvrées,
- favoriser la mise en œuvre d'actions de santé publique,
- développer les actions d'éducation thérapeutique,
- permettre l'innovation dans les modes de prise en charge à des fins de meilleure efficacité du système.

2 - Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé dans les zones fragilisées

- organiser la complémentarité et l'interdisciplinarité des interventions des professionnels de santé de la MSP,
- mutualiser les connaissances et les savoirs : échange de pratiques dans un cadre multi-professionnel, rupture de l'isolement des professionnels de santé,
- faciliter la diversification de l'activité professionnelle : lien avec tous les acteurs du système de soins, participation à des actions de santé publique dans le cadre des priorités régionales de santé,
- définir une organisation garantissant la mutualisation des fonctions administratives au sein de la MSP et mutualiser les coûts des locaux, du matériel et du personnel (standard téléphonique, secrétariat, informatique),
- faciliter la mise en place d'un système d'information.

3 - Attirer de nouveaux professionnels de santé sur la zone

- Encourager les futurs professionnels de santé à s'installer dans les zones de difficulté par l'organisation de l'accueil des étudiants de deuxième et troisième cycle auprès d'un généraliste enseignant,
- Inciter les professionnels de la MSP à accueillir des stagiaires (présence de maîtres de stage agréés et organisation des conditions d'hébergement), aussi bien pour les étudiants en médecine que pour les étudiants des professions paramédicales.

CRITÈRES DE SÉLECTION

En amont du montage de tout dossier de candidature, il est vivement souhaité que le porteur de projet prenne l'initiative d'une réunion de cadrage associant notamment l'ARS, l'État (préfecture de département et SGAR) et le conseil régional, afin que les attendus vis à vis du projet puissent être exposés.

Le dossier de candidature sera élaboré **sous la forme du dossier type** de présentation qui reprend les différents points qui seront examinés pour la programmation des dossiers.

Les parties IV (projet médical) et V (projet professionnel) seront signées de tous les membres de la maison de santé.

En particulier, les critères de sélection discriminants sont les suivants :

1 - Critères géographiques et environnementaux

a) Zones rencontrant des difficultés en matière de démographie médicale

Les contributions financières de l'État et de la Région sont accordées aux MSP implantées **dans ou à proximité immédiate des zones carencées (carte évolutive au 01/07/2011 en annexe 2-MSP)** au regard de la faible densité médicale, d'un nombre moyen d'actes élevé, ou de la forte proportion de professionnels âgés de plus de 55 ans.

Il convient toutefois de souligner que l'appréciation de la carence n'est pas figée et qu'elle pourra être mise à jour pour tenir compte des évolutions annuelles observées par l'ARS.

Conformément aux orientations nationales, les MSP peuvent être également situées dans des zones périurbaines, des zones urbaines sous dotées en offre de soins, ou des zones urbaines sensibles, où existe un "atelier santé ville" en lien avec les plans locaux de santé.

Au sein des territoires carencés, l'ARS définira une cartographie des zones prioritaires sur lesquelles il est nécessaire, pour pouvoir espérer attirer de nouveaux professionnels, de cumuler des aides à l'investissement et des aides en fonctionnement, telles que les aides de l'ARS (FIQCS), les incitations fiscales, les majorations d'honoraires.

b) Contribution au maillage du territoire

Les MSP ont vocation à irriguer **un territoire élargi et/ou un bassin de population significatif** (5 000 à 10 000 habitants ou usagers du territoire), correspondant à un temps maximum d'accès à l'offre de 20 mn en voiture.

Une vigilance particulière sera accordée à **l'absence de concurrence entre deux projets de MSP**, qui schématiquement se traduira par le respect d'une distance de l'ordre de 20 km entre deux MSP en milieu rural, à apprécier selon la réalité des bassins de patientèle. De la même façon, un projet de MSP devra tenir compte des cabinets de groupe existants sur le territoire.

Une MSP privilégiera une localisation dans un **bourg-centre** (de l'ordre de 2 000 habitants) **proposant une gamme significative de services et commerces** (établissements scolaires, bancaires, gamme complète des commerces de base ...) et bénéficiant d'une desserte par des transports adaptés (transports collectifs, transport à la demande ...).

C'est ainsi que la localisation dans un pôle qui ne serait pas situé dans une zone fragile pourra être jugée opportune pour desservir les zones carencées limitrophes.

c) Justification des besoins et cohérence du projet

Les projets doivent s'inscrire dans un véritable projet territorial de santé, se traduisant par une approche globale en adéquation avec les projets d'aménagement du territoire et les projets médicaux du territoire.

Ainsi, l'étude d'opportunité, préalable nécessaire à la création de toute MSP, doit permettre de justifier le besoin d'une telle structure sur le bassin de patientèle et au regard des bassins limitrophes. Elle doit prendre en compte l'environnement socio-économique du territoire : caractéristiques de la population (pyramide des âges, évolutions et projections démographiques, au regard notamment de projets connus d'urbanisation, pathologies localisées, etc.), effectifs et âge des professionnels de santé de la zone et à proximité, offre sanitaire, indicateurs sanitaires.

Par ailleurs, sont privilégiés les projets s'inscrivant dans un projet territorial de santé, conduit à une échelle intercommunautaire, de l'ordre du pays ou du bassin d'emploi pour les zones rurales en associant largement l'ensemble des acteurs locaux concernés : professionnels de santé (locaux et via les ordres et les URPS), établissements de soins, collectivités locales, syndicat de pays, communauté d'agglomération, ARS, services de l'État, Région, Département, associations, établissements scolaires, etc.

Enfin, afin de favoriser le maillage et la pérennité des projets, un portage intercommunal est encouragé.

2 - Critères organisationnels

a) Constitution et fonctionnement

La MSP doit proposer :

- a minima un noyau dur de deux médecins et un infirmier (avec l'objectif de tendre vers un socle de 4/5 médecins et 2/3 infirmiers) et si possible un masseur-kinésithérapeute,
- la continuité des soins et s'articuler avec le dispositif de permanence des soins,
- une coopération avec les autres structures médicales voisines (pharmacies, EHPAD, hôpitaux, etc.),
- l'accueil de stagiaires avec la nécessité de l'engagement d'au moins un professionnel dans la démarche et une solution de logement meublé sur place ou à proximité de la MSP,
- la coopération et la mutualisation: dossier médical partagé, salle de réunion, secrétariat commun, non multiplication des salles d'attente.

b) Les locaux

Outre les locaux de base nécessaires à l'exercice professionnel (cabinets pour les professionnels de santé, accueil/secrétariat, sanitaires, salle d'attente, éventuel-

lement une salle de soins de premier recours pour la gestion des petites urgences,...), le projet immobilier intègre :

- des possibilités d'extension et de modularité future en fonction des évolutions du mode d'exercice de la médecine de ville,
- une salle de réunion permettant la tenue des réunions de coordination interprofessionnelles ainsi que l'organisation d'actions thérapeutiques collectives,
- un logement au sein de la MSP ou à proximité de la commune permettant d'accueillir des remplaçants et des étudiants (*accueil de stagiaires dans la perspective d'inciter les futurs médecins à s'installer dans les zones fragilisées*). Cette initiative est encouragée financièrement.

Les locaux doivent respecter les normes / référentiels en vigueur relatifs à l'hygiène, la sécurité, l'environnement, la consommation en matière d'énergie (label BBC pour les constructions neuves, étiquette D minimum pour les réhabilitations) l'ergonomie, la protection incendie et l'accessibilité et être facilement accessibles aux personnes âgées et à mobilité réduite.

PORTEURS DE PROJETS CONCERNÉS

Seuls les porteurs publics sont éligibles. La fixation d'un loyer compatible avec le prix du marché est obligatoire.

MODALITÉS FINANCIÈRES

L'État et la Région s'engagent à apporter, dans la limite des crédits disponibles et toutes sources de financement confondues (CPER, DETR, contrats territoriaux ...), **50 % d'une dépense subventionnable plafonnée à 100 000 € par professionnel de santé dans la limite de 20 professionnels pris en compte.**

Les professionnels de santé éligibles pour déterminer la dépense subventionnable restent ceux définis lors de l'appel à projets de juillet 2009 (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ergothérapeutes, psychomotriciens, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes, diététiciens, psychologues, médecins spécialistes), dans la mesure où ils exercent leur activité au moins à mi-temps dans le cadre de la MSP.

La subvention est partagée à parité entre l'État et la Région (25 % pour chaque partenaire).

Le plafond de dépenses est augmenté de 60 000 € si le projet comporte un logement pour un stagiaire.

La subvention de 50 % pourra le cas échéant être complétée d'une aide pour les projets relatifs à des territoires en zone de revitalisation rurale ou retenus comme prioritaires par le SROS une fois ce dernier validé, dès lors qu'une enveloppe additionnelle nationale serait obtenue dans le cadre du programme national de financement de 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur la période 2010-2013.

SUIVI ET ÉVALUATION DU DISPOSITIF

Les MSP s'engagent à transmettre annuellement à l'État (préfecture de département et SGAR), au Conseil régional et à l'ARS la grille figurant en **annexe 3-MSP** complétée des indicateurs retenus dans le document de candidature.

Elle permettra au niveau régional de mesurer les facteurs de réussites ou les difficultés, et de les partager dans le cadre du réseau, et d'infléchir au besoin le dispositif d'aide aux MSP pour en assurer la réussite.

Enfin l'État, le Conseil Régional et l'ARS s'attacheront à faire vivre un réseau régional des MSP, qui sera réuni physiquement au moins une fois par an pour favoriser le portage d'expériences et d'échanges, ainsi que l'évaluation des projets.

ANNEXE 1 - OPÉRATION DE FINANCEMENT D'UNE MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE (MSP)

Dossier de présentation type

Le dossier type a pour objectif d'aider les porteurs de projets à rédiger leur dossier de présentation, en vue du financement d'une MSP.

Avant de compléter ce dossier, les porteurs de projets sont invités à consulter le cahier des charges régional de financement.

RÉCAPITULATIF DU PROJET

Intitulé de l'opération :

Territoire concerné :

Maître d'ouvrage :

Nom et coordonnées de la personne en charge du dossier :

Statut du regroupement des professionnels de santé :

Objectifs généraux :

Date d'ouverture prévue de la structure :

I. ELEMENTS DE MOTIVATION DU PROJET

1 - Diagnostic / État des lieux

• Préciser les éléments suivants :

- les infrastructures existantes sur le territoire,
- les caractéristiques de la zone d'implantation (fragiles, à surveiller, zone de revitalisation rurale),
- les caractéristiques de l'offre de soins (nombre de professionnels de santé sur la zone considérée, âge moyen, départs en retraite récents, non-remplacement, temps partiel,...) et la demande de soins (part des personnes âgées, accroissement ou non de la population due à plusieurs facteurs comme la construction de lotissements, présence de SSIAD,...).

2 - Historique du projet

Une étude de faisabilité a-t-elle été conduite ? Le projet s'inscrit-il dans le cadre de schémas territoriaux ?

La démarche est-elle mise en œuvre en lien avec d'autres acteurs institutionnels (collectivités territoriales, régimes assurance maladie, associations, mutualité, autres) ?

Comment la réflexion a-t-elle été initiée ? Par qui ?

3 - La MSP (ou le pôle de santé pluridisciplinaire) comme solution

- Procéder à une analyse des dysfonctionnements actuels et à venir (principalement en termes d'organisation de l'offre de soins, de prise en charge du patient, etc.).
- Expliquer en quoi le projet est innovant (plus-value pour la population, pour la collectivité, pour les professionnels de santé) et il constitue une solution aux problèmes décrits ci-dessus. Si d'autres projets de MSP sont connus à proximité, expliquer en quoi les projets sont complémentaires les uns des autres

4 - Concertation mise en place pour l'élaboration du projet

- Indiquer le nombre de réunions mises en place, et le nombre de rencontres entre les professionnels de santé, les élus et les partenaires locaux (joindre les comptes-rendus).
- Préciser si un comité de pilotage a été créé ?
- Indiquer si une personne "ressource" est en charge de l'accompagnement du projet (animateur territorial, consultant) ?

5 - Implication et motivation des professionnels de santé

- Indiquer les modalités de participation des professionnels aux groupes de travail, ainsi que leur rôle dans la réflexion (réflexion à leur initiative ou non).

II. OBJECTIFS DU PROJET

- Préciser les objectifs du projet : pour la population (service de santé rendu), pour le patient (conditions de prise en charge), pour les professionnels de santé (conditions d'exercice, organisation).

III. COMPOSITION DE LA MSP

1 - Composition actuelle de la MSP

- Pré-requis : au minimum deux médecins et un infirmier et si possible un masseur kinésithérapeute.
- Indiquer la profession, le nombre ainsi que l'âge des professionnels de santé engagés dans la MSP.
- Préciser les compétences ou formations particulières de ces professionnels.

2 - Évolutions prévues

- Indiquer si des contacts ont été pris avec d'autres médecins, d'autres professionnels (communes ou zone limitrophes), avec des spécialistes, des étudiants, des remplaçants, ...

IV. LE PROJET MÉDICAL

1 - Continuité des soins

- Préciser les modalités de prise en charge des soins non programmés (gestion des imprévus), les horaires d'ouverture, l'organisation de la prise en charge des patients en cas d'absence d'un professionnel de santé.

2 - Pluridisciplinarité

- Décrire les modalités d'échanges de pratiques et d'organisation de réunions de concertation (thèmes, fréquence, modalités).

3 - Santé publique et prévention

- Décrire les actions de promotion de la santé, de prévention, de dépistage, et, le cas échéant, d'éducation thérapeutique des patients envisagés.

Exemple : dépistage cancer du sein, suivi des grossesses, prévention de l'obésité des jeunes, ateliers d'éducation thérapeutique, prévention des troubles musculo-squelettiques, prévention de la rééducation rachidienne.

4 - Coopérations

- Décrire les coopérations entre professionnels et les transferts d'actes envisagés (par exemple, entre médecin et infirmier, médecin et masseur-kinésithérapeute) ?

cf. article 51 de la loi HPST et 2 guides méthodologiques élaborés par la HAS

5 - Coordination des soins- prise en charge globale

- Pour les patients qui le nécessitent, décrire l'articulation avec les réseaux de santé, l'offre hospitalière ou médico-sociale de proximité.

6 - Articulation avec la permanence des soins

- Préciser si la MSP est envisagée comme un lieu de permanence des soins (ce n'est pas sa vocation première mais elle peut jouer le rôle de maison médicale de garde).

7 - Accueil des internes en médecine

- Préciser si les professionnels de santé de la MSP sont agréés comme maîtres de stage pour les internes en médecine et/ou pour d'autres catégories de professionnels de santé ?

8 - Accessibilité aux soins

- La MSP envisage t'elle d'organiser des consultations avancées ou de faciliter l'orientation des patients vers des spécialistes, en lien avec le médecin traitant et dans le cadre du parcours de soins coordonnés;
- La MSP prévoit elle des modalités d'accès facilitées (hors véhicule individuel);

9 - Systèmes d'information

- Décrire les modalités de partage de l'information entre les médecins mais également avec les professionnels paramédicaux, les systèmes d'information utilisés (interopérabilité des logiciels, DMP).
- Décrire le projet de télémédecine envisagé le cas échéant.

10 - Évaluation du projet

- Lister les indicateurs de suivi et d'activité retenus pour le projet. (Cf. annexe 3 du présent cahier des charges).

11. Perspectives d'évolution du projet

- Décrire les prévisions de montée en charge du dispositif et le calibrage des actions mises en œuvre, les modalités d'évolution de la MSP en fonction des besoins recensés (évolution de l'offre et la demande de soins) notamment en lien avec les collectivités territoriales.

V. LE PROJET PROFESSIONNEL

Ce projet est destiné à formaliser les engagements des différents professionnels, et compléter les contrats d'exercice en commun. Elle constitue un outil de gestion et de fonctionnement de la MSP.

1 - Structure

- **Indiquer les éléments suivants :**

- l'identité du coordinateur de la MSP et le cas échéant le correspondant qui sera associé au réseau régional,
- le statut juridique de la MSP.

2 - Dossier médical commun

- Décrire les modalités de mise en œuvre et d'utilisation du dossier médical commun, et dans l'attente de sa généralisation tout outil de liaison, d'échanges d'information et de suivi.

3 - Fonctionnement administratif : accueil et secrétariat

- Préciser notamment la mise en place d'un secrétariat commun ou d'une organisation permettant d'assurer une centralisation des appels et de garantir une coordination entre les interventions des différents professionnels de santé.
- A défaut d'un secrétariat commun opérationnel dès le départ, indiquer si une réflexion a été initiée dans ce domaine.

4. - Locaux

- Décrire le lieu d'implantation du projet, les modalités d'accès (transports publics), ainsi que les normes d'accessibilité, notamment pour les personnes à mobilité réduite.
- Préciser l'organisation des locaux (superficie, salle des réunions, accueil et hébergement de stagiaires...).
- Préciser les horaires d'ouverture des locaux.

Plan de financement de l'opération

DEPENSES		RECETTES	
Nature	Montant	Financier	Montant
Total		Total	

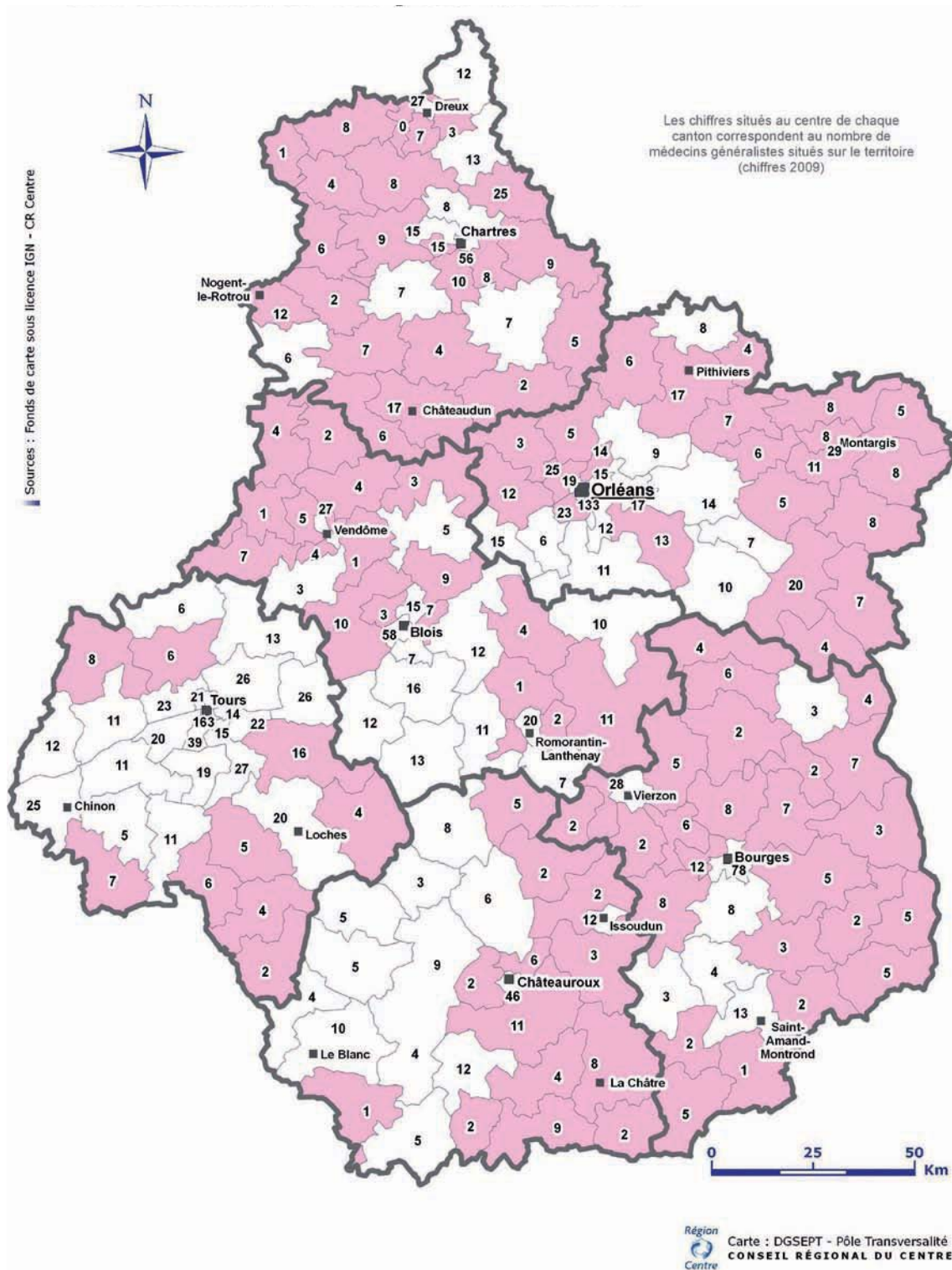
Loyer :

Remarques et observations particulières concernant le projet :

Signatures

ANNEXE 2 - CARTE DES TERRITOIRES CARENCÉS

Médecins généralistes : cartographie synthétique des territoires les plus carencés



ANNEXE 3 - GRILLE DE SUIVI ANNUEL DE LA MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE

Grille de suivi annuel de la maison de santé pluridisciplinaire
A transmettre par le coordonnateur à l'ARS, l'Etat et le Conseil régional

CRITÈRES	INDICATEUR(S)	COMMENTAIRES (OBSERVATIONS / DIFFICULTÉS RENCONTRÉES)
Réponse aux problématiques d'aménagement du territoire : maintien de l'offre de soins, attractivité.	<ul style="list-style-type: none"> - Territoire couvert - Évolution du nombre de professionnels de santé sur le territoire (départs, remplacements) - Nombre de nouvelles installations 	
Accessibilité : soins programmés et continuité des soins (prise en charge des imprévus). Service rendu au patient.	<ul style="list-style-type: none"> - Horaires d'ouverture de la structure - Organisation spécifique mise en place pour la prise en charge des soins non programmés - Satisfaction des patients (enquête) 	
Amélioration des conditions d'exercice des professionnels membres	<p>Il s'agit d'un critère qualitatif exclusivement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Congés, absences, imprévus - Mise en commun des moyens - Présence d'un secrétariat mutualisé - Possibilités d'échanges avec les autres PS - Délégations de tâches permettant une optimisation du temps médical 	
Accueil de stagiaires (étudiants en médecine et paramédicaux)	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de maîtres de stage (étudiants en médecine) - Nombre de démarches d'agrément - Nombre d'étudiants paramédicaux accueillis par profession 	
Actions de prévention et de santé publique (dont éducation thérapeutique)	<ul style="list-style-type: none"> - Nombres d'actions de prévention et santé publique - Type d'actions - Professionnels de santé concernés - Nombre de réunions - Cadre des réunions (au sein de la MSP, autres) 	
Articulation avec les autres structures sanitaires et médico-sociales (hôpitaux locaux, réseaux de santé, EHPAD, associations de maintien à domicile)	<ul style="list-style-type: none"> - Actions et thématiques concernées - Filière de soins impactée - Professionnels concernés - Nombre de réunions 	
Coopérations entre professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Types d'actions et catégories de PS concernés - Protocoles élaborés et mis en œuvre - Nombre de réunions 	
Système d'information	<ul style="list-style-type: none"> - Modalités d'échanges d'informations (dossier médical partagé, messagerie sécurisée,...) - Mise en place d'un document de synthèse commun - Utilisation de la télémédecine, cohérence avec le plan régional de télémédecine du PRS 	
Mutualisation des fonctions (accueil, secrétariat, salles d'attente, salle de réunion)	<ul style="list-style-type: none"> - Modalités d'organisation de la structure (accueil commun ou non, organisation des secrétariats) 	
Mise en place d'indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs de suivi des actions menées (nombre de réunions notamment) - Indicateurs portant sur l'organisation de la structure 	



4

Le volet biologie médicale



1. La réglementation

1.1

LE CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

L'article 69 de la loi HPST, du 21 juillet 2009 a permis au gouvernement de réformer, par voie d'ordonnance, les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale.

L'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale est une réforme qui, d'une part, renforce la médicalisation de la discipline, et, d'autre part, impose une garantie de qualité par une obligation d'accréditation pour tous les laboratoires de biologie médicale.

Cette ordonnance entreprend également un changement en profondeur des conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires et vise à préparer l'avenir de la biologie médicale. Elle conjugue la pluralité de l'offre, garantie par une organisation territoriale, avec la pluridisciplinarité et le dialogue entre biologistes et cliniciens. La réglementation devient identique pour l'hôpital et la

ville. Elle offre des options de coopération différentes et graduées en matière de biologie médicale, soit par la voie de contrat de coopération, soit par la possibilité offerte à un groupement de coopération sanitaire d'exploiter un laboratoire, ceci afin de permettre certaines restructurations.

Jusqu'au 13 janvier 2010, l'implantation des laboratoires de biologie médicale était donc libre, bien que soumise à autorisation, liée au respect de critères techniques, pour les laboratoires privés. L'implantation des laboratoires résultait ainsi, d'une part de la réponse aux besoins des établissements de santé et, d'autre part, de l'équilibre commercial et concurrentiel entre l'offre et la demande, pour ce qui concerne le secteur libéral.

Il s'agit désormais de bâtir le premier SROS de biologie, sur la base des dispositions de l'ordonnance du 13 janvier 2010, laquelle bouleverse l'organisation de la biologie médicale. Ce SROS concerne aussi bien l'offre hospitalière que l'offre ambulatoire.

1.2

LES TEXTES

- Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010, relative à la biologie médicale. Celle-ci comporte, notamment, des règles dites prudentielles (articles L6222-2, L6222-3, L6223-4) concernant la répartition de l'offre de soins en biologie médicale,
- arrêté du 5 août 2010 fixant les références des normes d'accréditation applicables aux laboratoires de biologie médicale,

- arrêté du 14 décembre 2010 définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation.
- Des textes d'application sont attendus et principalement ceux relatifs aux conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires de biologie médicale.

2. L'état des lieux

L'ordonnance favorisant la réorganisation des laboratoires, la situation évolue constamment : le présent état des lieux reflète celle de **fin avril 2011**.

Cet état des lieux est axé sur l'activité à la fois programmée et en urgence avec une obligation de permanence

de soins. Il ne s'intéresse donc pas aux plateaux techniques de recours régionaux ou interrégionaux prenant en charge des activités spécifiques telles que AMP, DPN, examens de caractéristiques génétiques, examens de biologie moléculaire...

2.1

MAILLAGE : RÉPARTITION ET DIVERSITÉ DE L'OFFRE

Le maillage doit être cohérent avec la nouvelle définition des territoires de santé et les besoins actuels pour garantir une accessibilité géographique en laboratoires ouverts au public et la pérennité de l'offre en biologie médicale.

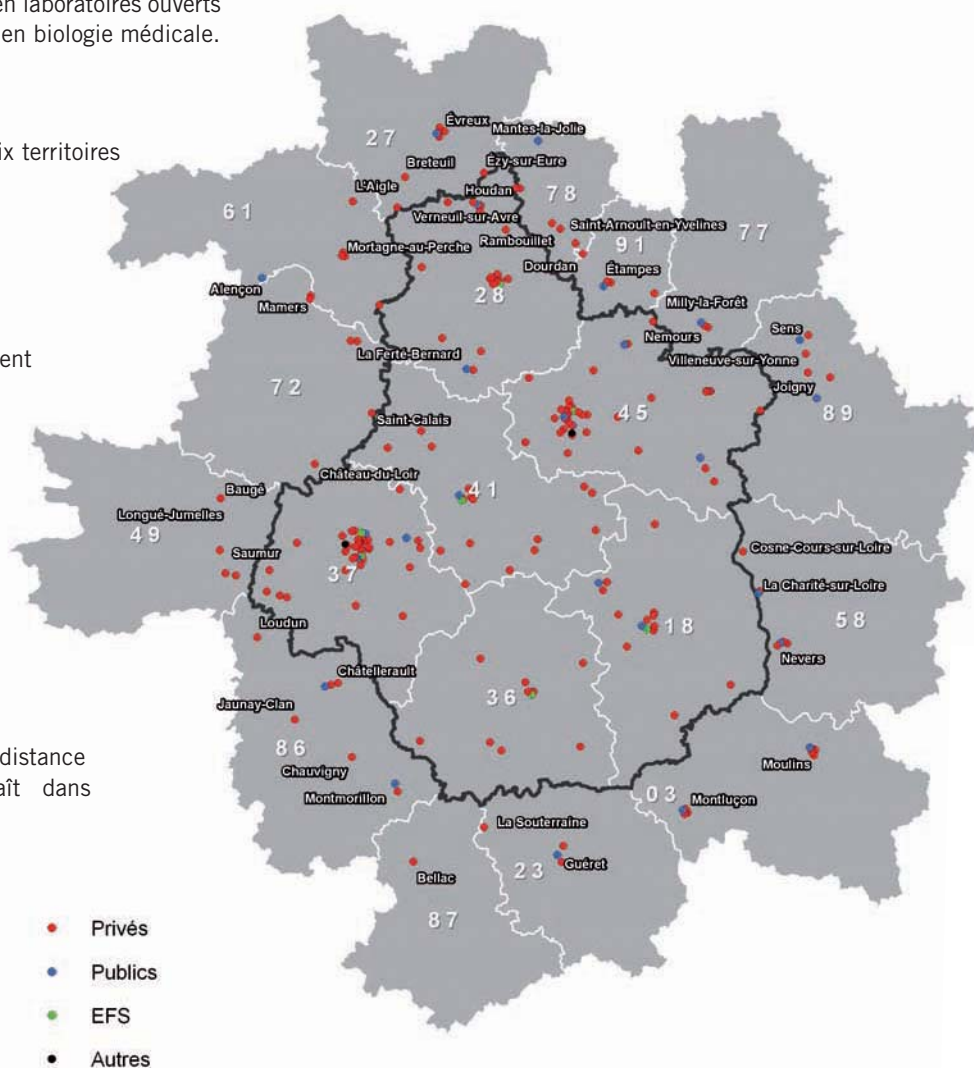
Implantation des laboratoires en région centre et limitrophe

2.1.1 Répartition

La région Centre compte sur ses six territoires de santé³:

- 131 sites de laboratoires privés,
- 14 sites de laboratoires publics (pour 12 établissements de santé publics),
- 8 sites de laboratoire Etablissement français du sang (EFS),
- 1 laboratoire de la CPAM assurant les examens de santé pour les départements 41 et 45,
- 1 laboratoire de l'IRSA⁴ assurant les examens de santé pour les départements 18, 36, 37.

Aucune "zone blanche" (aucun laboratoire accessible à une distance supérieure à 50 km) n'apparaît dans la région (cf carte).



Source : ARS du centre - Enquête sur la biologie Médicale - IGN ©

3. Arrêté 10-ESAJ-008 du 23 juillet 2010 du Directeur général de l'ARS du Centre

4. IRSA : Institut inter régional pour la santé ; association loi 1901 ayant pour objet le développement de la médecine préventive, de la santé publique et de la promotion de la santé

2.1.2 Densité

En France, il y a environ un laboratoire privé ou site de laboratoire privé pour 16 000 habitants. La région Centre présente une densité conforme à la moyenne nationale avec un laboratoire pour 16 332 habitants (hors laboratoires des CPAM et IRSA).

2.1.3 Les regroupements

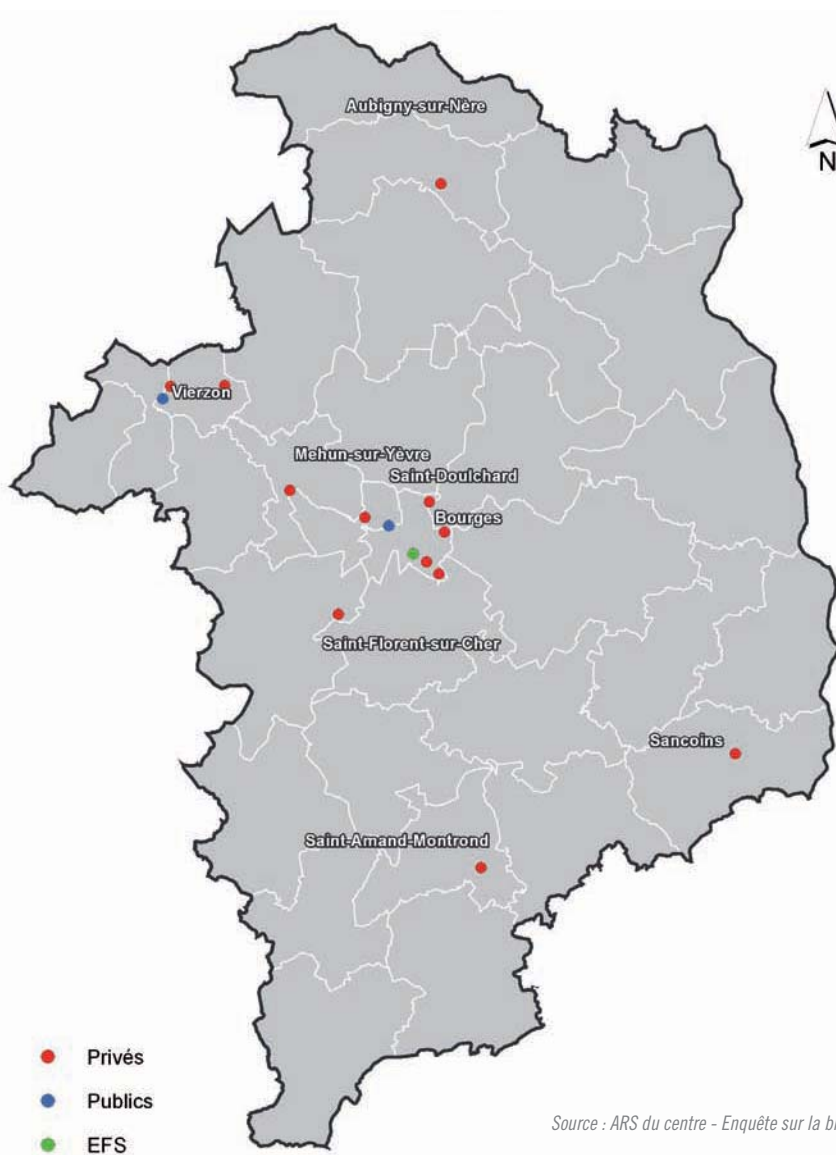
Ils doivent être réalisés dans le respect des règles prudentielles permettant de limiter les positions dominantes et les ouvertures susceptibles de faire dépasser l'offre de biologie fixée par le SROS. Quatre projets de regroupement/rapprochement public/privé, public/public sont envisagés en région Centre.

Neuf regroupements de laboratoires en LBM ont été autorisés, concernant 35 sites situés en région Centre. Deux laboratoires de la région sont rattachés à un LBM dont le siège social est situé hors région. Sept demandes sont en cours d'instruction.

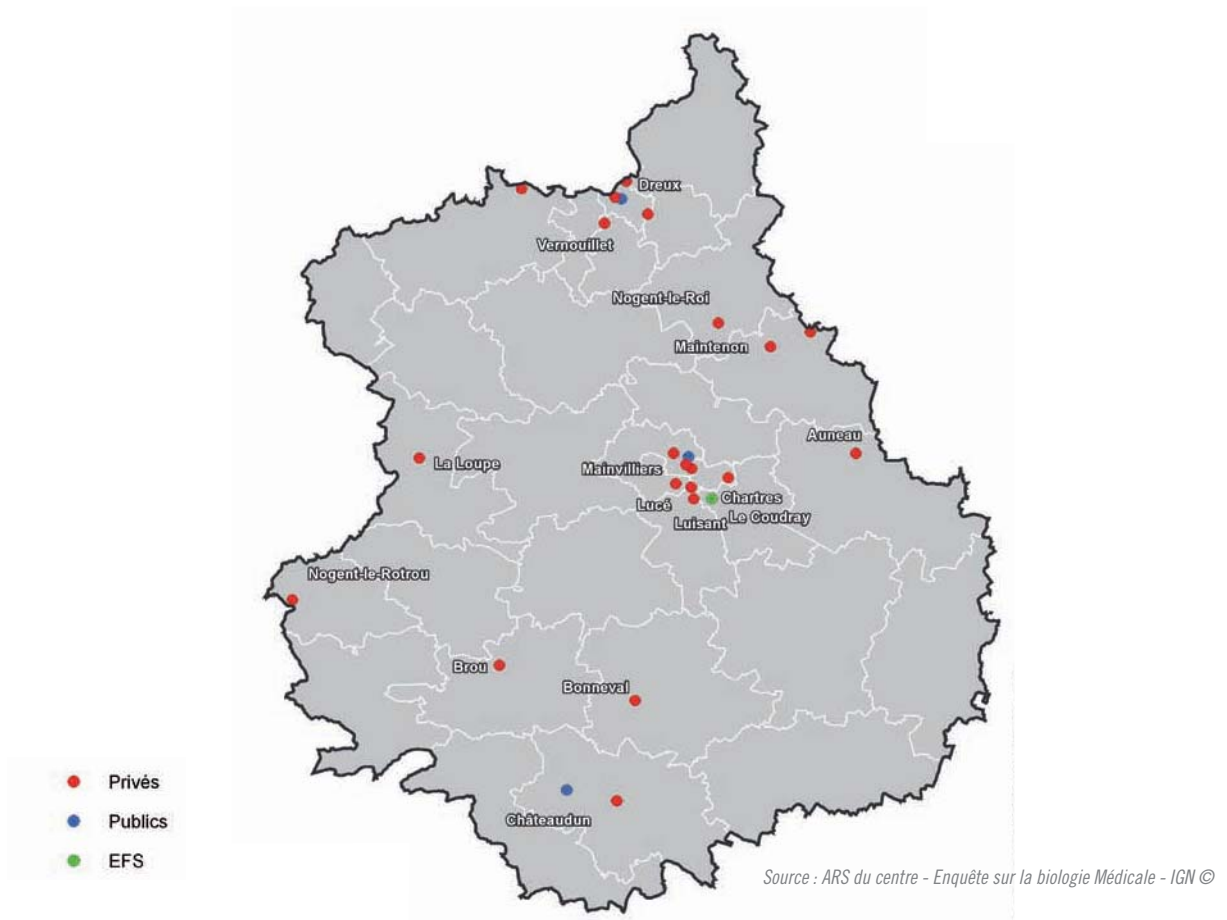
2.1.4 Situations particulières

Une forte disparité est à noter au sein de la région puisque les départements du Cher et de l'Indre sont sous dotés en laboratoires de biologie médicale avec une densité respective d'un site pour 20 833 habitants et un site pour 21 091 habitants. Par ailleurs, le département de l'Indre est caractérisé également par l'absence d'offre de biologie médicale hospitalière.

Implantation des laboratoires - Cher (18)



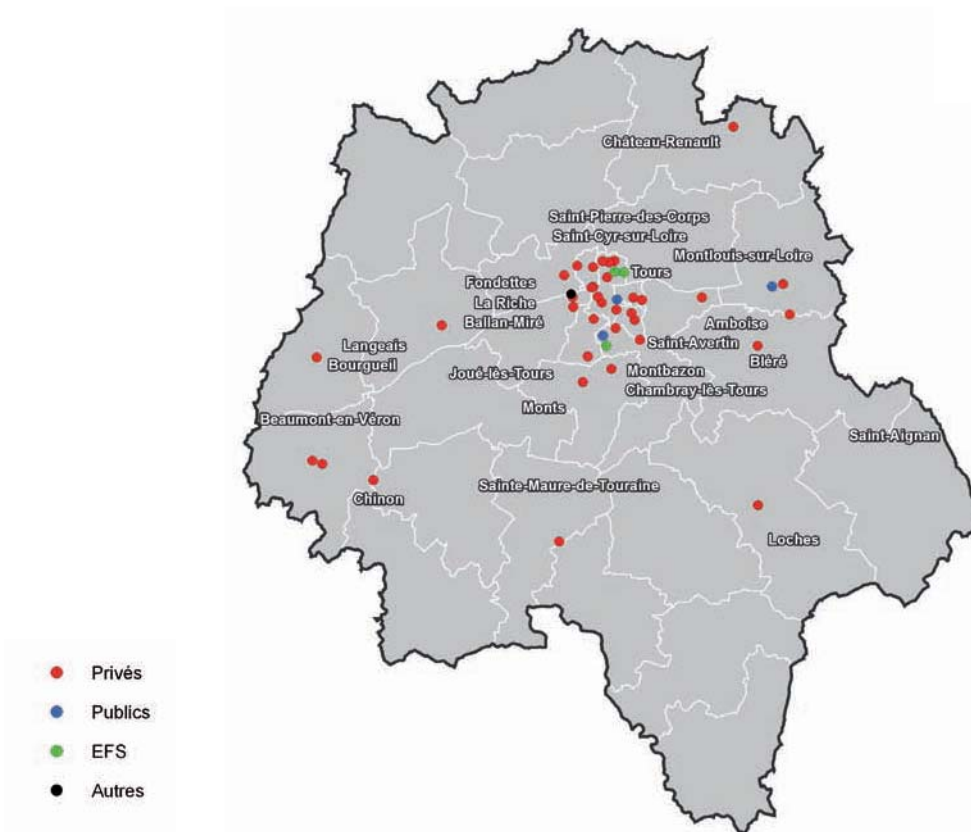
Implantation des laboratoires - Eure-et-Loir (28)



Implantation des laboratoires - Indre (36)

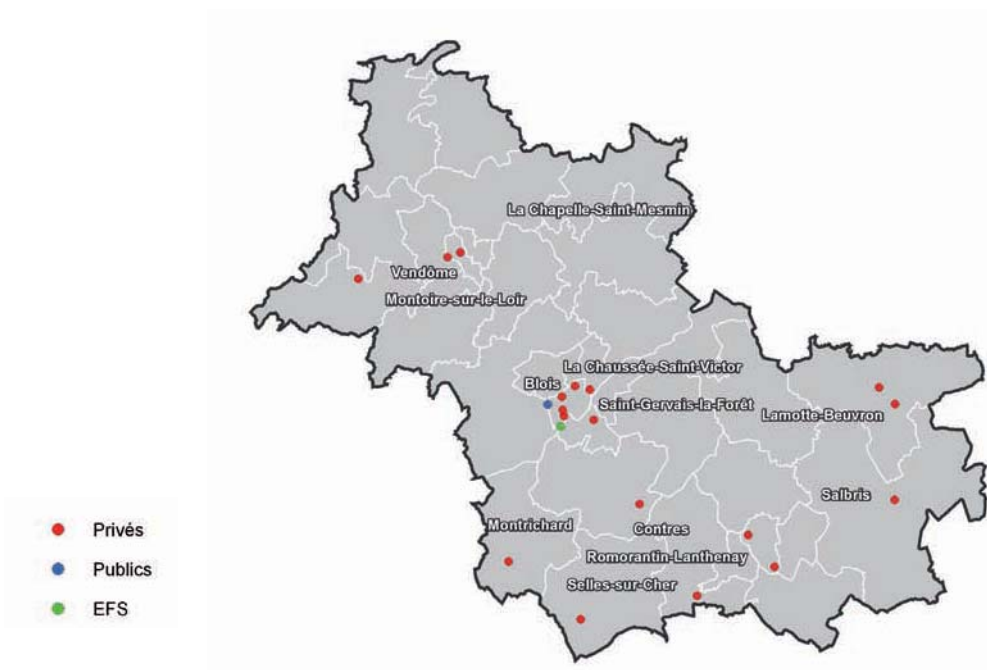


Implantation des laboratoires - Indre-et-Loire (37)



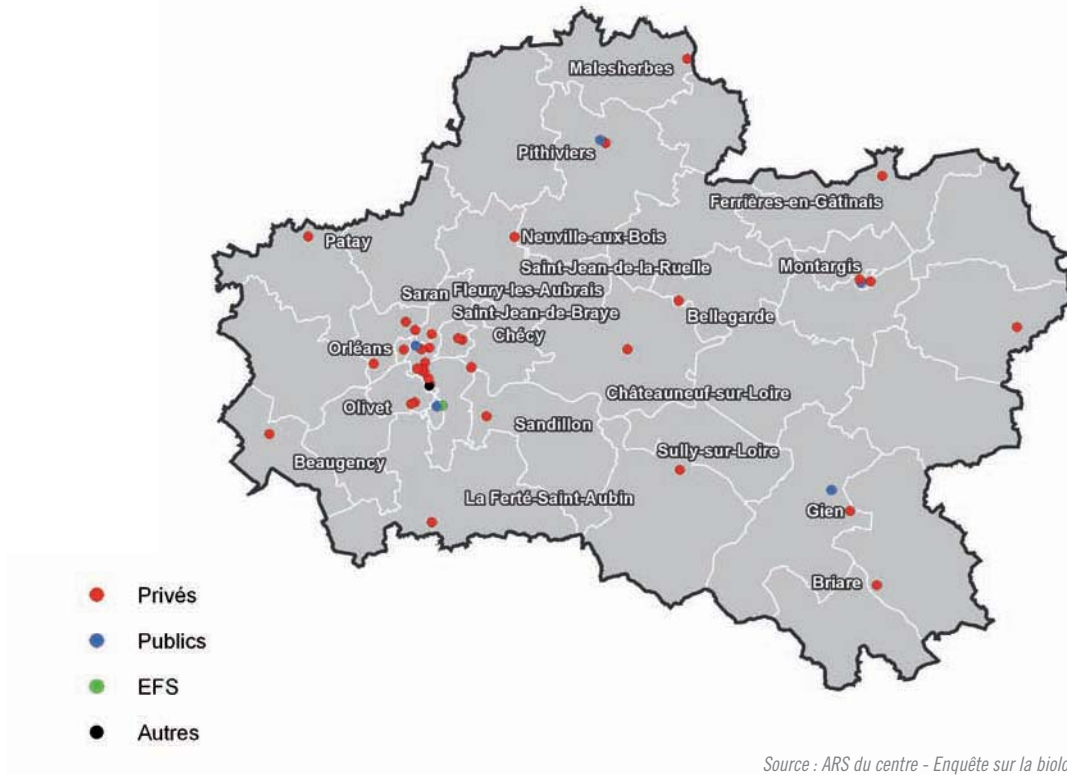
Source : ARS du centre - Enquête sur la biologie Médicale - IGN ©

Implantation des laboratoires - Loir-et-Cher (41)



Source : ARS du centre - Enquête sur la biologie Médicale - IGN ©

Implantation des laboratoires - Loiret (45)



Source : ARS du centre - Enquête sur la biologie Médicale - IGN ©

2.2

DÉMOGRAPHIE ET FORMATION

Au 1^{er} janvier 2011, la région Centre comptait 92 médecins biologistes dont 10 âgés de 60 ans et plus⁶ et 222 pharmaciens biologistes dont 45 âgés de 60 ans et plus⁷. Le numerus clausus en région Centre en faculté de pharmacie reste fixé à 106 depuis 2007-2008.

Le numerus clausus en région Centre en faculté de médecine est passé de 214 en 2007-2008 à 233 en 2010-2011.

Au 1^{er} mai 2011, 36 internes en biologie (10 internes en médecine et 26 internes en pharmacie) sont en cours de formation en région Centre dans 36 services, exclusivement publics, agréés pour l'année 2010/2011. Ces lieux de stage couvrent les domaines bactériologie-virologie (3), biochimie (3), hématologie (4), immunologie (2), parasitologie (1), biologie polyvalente (6), pharmacologie-toxicologie (1), génétique (1), biologie de la reproduction (1), thérapie cellulaire-thérapie génique (1) et stages cliniques (13) soit 25 lieux au sein du CHRU et 11 lieux hors CHRU.

6. Source ADELI au 01/01/2011

7. Source RPPS au 01/01/2011

2.3

L'ACCREDITATION

La réforme de la biologie médicale correspond à une transformation des obligations de qualité des examens qui doivent répondre à des exigences de preuve et de traçabilité de leur réalisation. Ainsi est-on passé du Guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale (GBEA) à une accréditation par le Comité Français d'Accréditation (COFRAC). Cette accréditation porte, non seulement sur la phase analytique, mais également sur les phases pré-analytique et post-analytique.

La preuve d'entrée dans l'accréditation, selon des critères définis par l'arrêté du 14 décembre 2010, devra être apportée au plus tard le 1^{er} novembre 2013. L'accréditation complète du laboratoire devant être réalisée au plus tard le 1^{er} novembre 2016⁸.

Le SROS risque d'être impacté par les conséquences de la démarche d'accréditation puisqu'à chacune de ces

deux échéances, les laboratoires ne respectant pas ces critères devront cesser leur activité et le maillage territorial en sera donc modifié.

La preuve d'entrée dans l'accréditation peut se faire selon deux voies. L'état d'avancement des laboratoires de la région est le suivant :

Voie A : au 1^{er} avril 2011 en région Centre, un seul site de laboratoire déclare être accrédité partiellement selon la norme NF EN ISO 15 189 et 74 déclarent préparer cette accréditation partielle,

Voie B : au 1^{er} avril 2011, 54 sites déclarent avoir obtenu l'attestation de "qualification 36 mois" délivrée par Bio Qualité et 32 déclarent être en cours d'obtention de cette attestation.

2.4

LA PERMANENCE DES SOINS DANS SA DIMENSION INFRA RÉGIONALE

Lorsqu'un établissement de santé ne possède pas de laboratoire, il doit organiser la réponse à ses besoins de biologie médicale. La permanence des soins concerne quasi exclusivement les soins relevant de la pratique en établissements de santé.

Actuellement, ces besoins sont assurés :

- par un laboratoire hospitalier,
- par un contrat avec un laboratoire de biologie médicale privé.

De plus, s'il dispose d'un service d'urgence ou de maternité, le laboratoire de proximité assurant des prestations doit assurer une permanence 24h/24 de l'offre de biologie médicale (articles D 6124-24 et 43 du CSP).

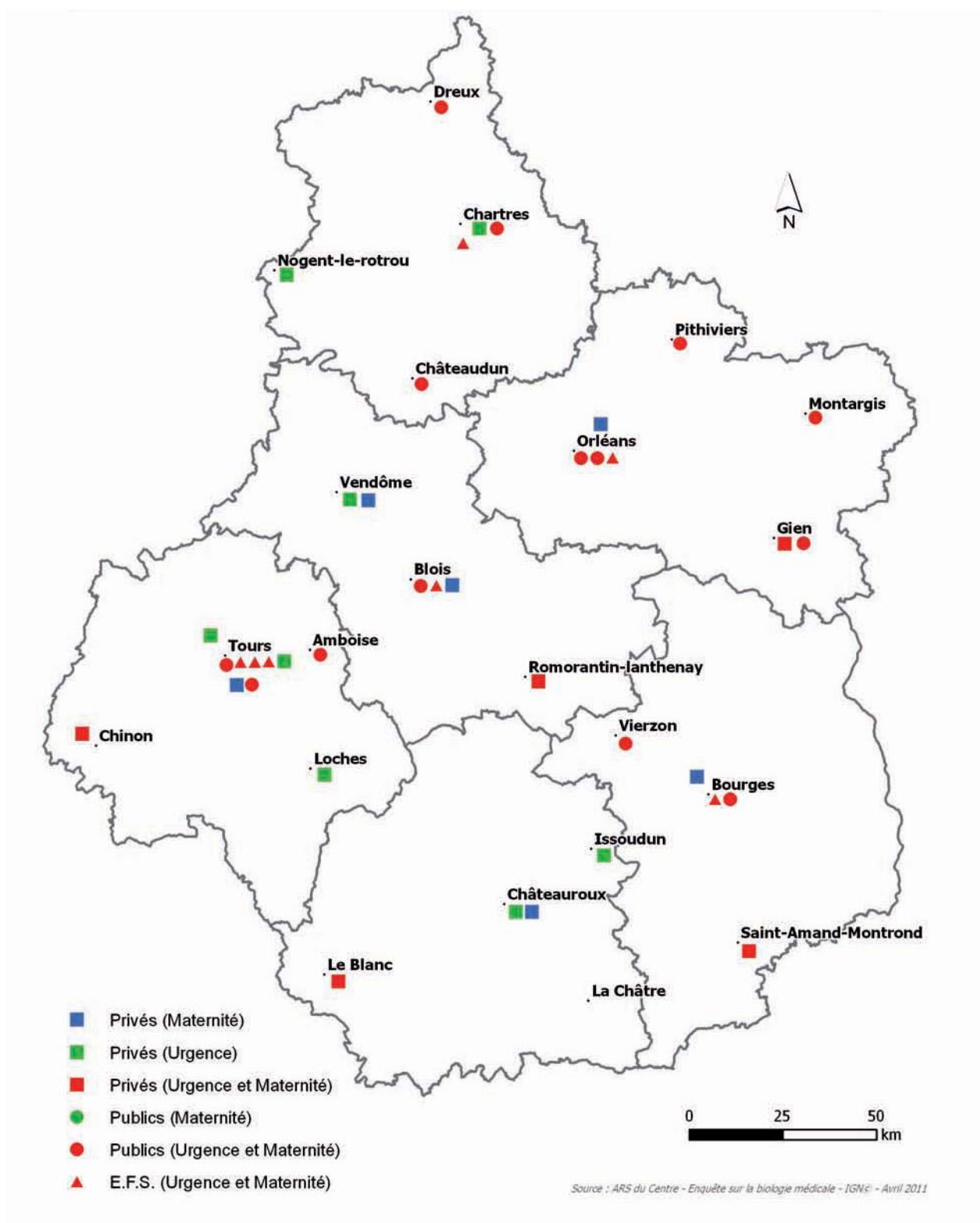
En région Centre, pour chaque établissement de santé exerçant une activité d'urgence ou de maternité, au moins un laboratoire privé ou public a déclaré réaliser une permanence d'activité. Le total de ces permanences représente au moins 2 479 540 examens (chiffre sous-estimé)⁹.

L'organisation des permanences des soins des établissements de santé fait l'objet d'une étude dans le cadre du schéma "missions de service public des établissements de santé" du volet hospitalier du SROS.

8. Un report des dates d'échéance est en projet

9. Certains laboratoires n'ont pas fait connaître le nombre d'examens réalisés durant les permanences

Laboratoires assurant une permanence pour les activités d'urgence et/ou maternité



2.5

DONNÉES D'ACTIVITÉ

Une évaluation de l'activité des laboratoires publics et privés a été réalisée en région Centre sur la base de l'ordonnance citée ci-dessus.

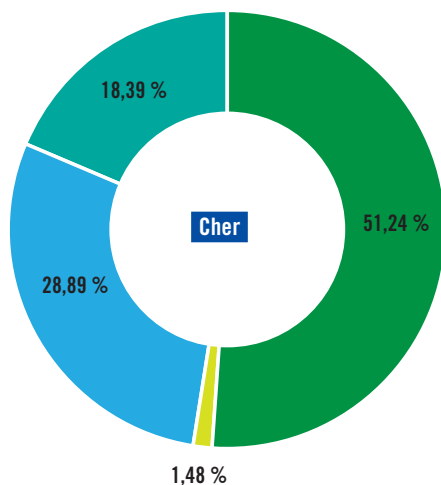
Elle a été effectuée grâce à un formulaire de déclaration d'activité 2010 adressé à tous les laboratoires de biologie médicale, privés et publics, de la région. Une réponse en ligne était demandée, via "l'outil" SOLEN.

Il était demandé de renseigner distinctement l'activité prélevée sur place (qu'elle soit analysée sur place ou transmise à un autre laboratoire) et l'activité réalisée sur place pour le compte d'un autre laboratoire. L'activité est exprimée en nombre total d'examen unitaires dont le résultat découle d'une phase analytique, que ces examens fassent, ou non, l'objet d'un remboursement, y compris lorsque cet examen fait l'objet d'une facturation par forfait.

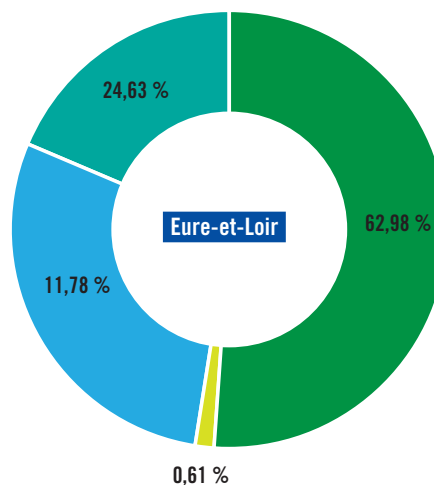
Ces données, cumulant les examens réalisés, à la fois par les laboratoires publics et privés, devraient être utilisées pour définir, dans le SROS, le niveau de besoin de la population en nombre d'examen de biologie médicale, par territoire de santé, conformément à l'article L.6222-2 de l'ordonnance relative à biologie médicale. Le niveau de besoin ainsi déterminé limitera les possibilités d'ouverture de nouveaux laboratoires ou sites de LBM.

Ces données seront également utiles à la régulation des futures opérations de fusion, acquisition ou prise de participation pour assurer la continuité de l'offre de biologie médicale sur chaque territoire de santé (articles L.6222-3 et L.6223-4 du CSP).

PARTS EXTREMES D'ACTIVITE DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE SELON LES DECLARATIONS D'ACTIVITE RECUEILLIES¹⁰

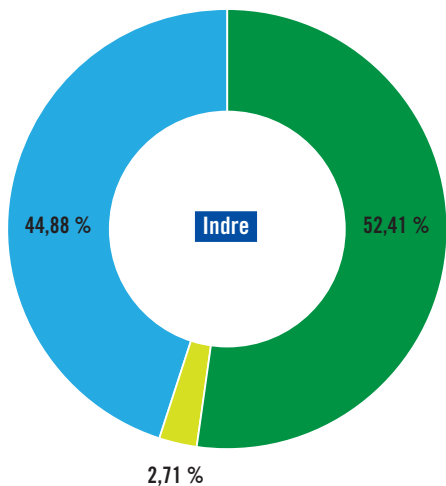


- Le plus petit laboratoire privé
- Le plus grand laboratoire privé
- Le plus grand laboratoire public
- Reste correspondant à 8 implantations

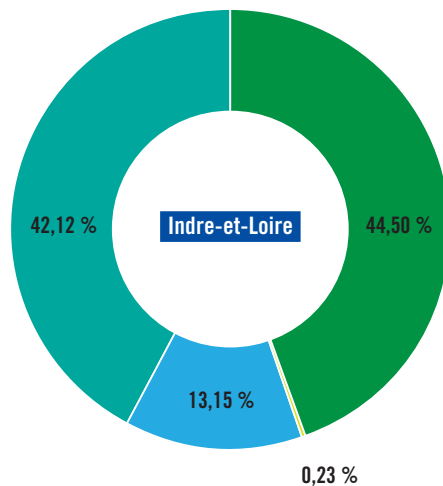


- Le plus petit laboratoire privé
- Le plus grand laboratoire privé
- Le plus grand laboratoire public
- Reste correspondant à 18 implantations

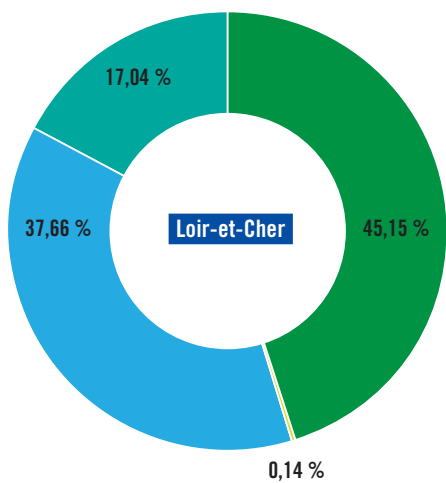
10. Selon l'état des regroupements des laboratoires en avril 2011



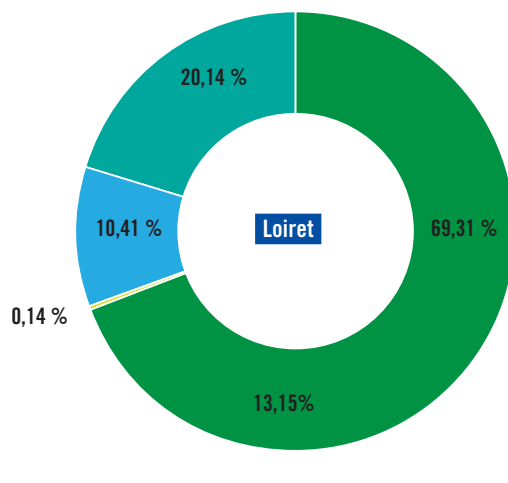
- Le plus petit laboratoire privé
- Le plus grand laboratoire privé
- Le plus grand laboratoire public
- Reste correspondant à 9 implantations



- Le plus petit laboratoire privé
- Le plus grand laboratoire privé
- Le plus grand laboratoire public
- Reste correspondant à 32 implantations



- Le plus petit laboratoire privé
- Le plus grand laboratoire privé
- Le plus grand laboratoire public
- Reste correspondant à 13 implantations



- Le plus petit laboratoire privé
- Le plus grand laboratoire privé
- Le plus grand laboratoire public
- Reste correspondant à 34 implantations

2.6

LES SYSTÈMES D'INFORMATION

Des difficultés liées à un manque d'homogénéité des systèmes informatiques de rendu des résultats sont signalées par les professionnels de santé de la région (médecins libéraux et biologistes publics/ privés).

Ces difficultés nuisent à la transmission des résultats entre établissements et peuvent être à l'origine d'erreurs médicales.

2.7

LES RELATIONS EFS/ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Ces relations sont citées dans une logique de schéma. Les laboratoires de l'EFS représentent une interface complémentaire car situés sur des sites d'établissements de santé autorisés pour la maternité/l'urgence.

Des discussions relatives au regroupement sur les lieux de délivrance des Produits Sanguins Labiles (PSL) des activités d'immuno-hématologie transfusionnelle sont en cours entre l'EFS et le ministère.

3. Orientations et actions envisagées

1 - Veiller au maillage (regroupements, ouverture de sites) dans le respect de la satisfaction des besoins de la population et de la continuité de l'offre tout en favorisant la mutualisation des moyens.

2 - Cas particulier de l'Indre : les règles prudentielles (25 et 33 %) ne sont pas respectées dans ce département notamment en raison de l'absence d'offre de biologie hospitalière publique et des projets de regroupements de laboratoires privés conduisant à la constitution d'une offre bipolaire.

Compte tenu de la population, de la typologie géographique du territoire de santé, de la densité des professionnels de santé, de l'organisation de l'offre de soin et des problématiques de santé publique, il est impératif de maintenir au moins trois offreurs de biologie médicale dans le territoire de l'Indre et souhaitable d'élargir la nature des offreurs en introduisant la possibilité d'implanter une offre de biologie hospitalière publique.

3 - Suivi de l'avancement de l'accréditation des laboratoires de la région et mise en place d'un système d'alerte.

La mutualisation de moyens doit être envisagée pour favoriser l'entrée dans le processus d'accréditation. Les laboratoires sont donc incités à se regrouper dans le respect des textes législatifs et réglementaires.

4 - Besoins de la population : actuellement, on considère que le "réalisé" constitue les besoins.

La base initiale peut donc être le volume d'actes réalisés mis à jour annuellement. Cette approximation est à dépasser : volonté d'obtenir un mécanisme plus fiable et des indicateurs plus adaptés (taux de recours par territoire) par la mise place d'un groupe de travail avec l'échelon régional/national et l'assurance maladie pour établir une cartographie des besoins.

5 - Formation initiale et démographie.

La loi HPST (article 1^{er}), offre la possibilité pour les établissements privés de participer au service public. Dans ce cadre les laboratoires assurant une permanence de soins pour des établissements de santé pourraient demander leur agrément pour recevoir un interne.

L'ARS suivra l'évolution de cette réglementation et tiendra informé, le cas échéant, les laboratoires de biologie médicale concernés par cette possibilité.

De plus, l'ARS continuera de participer aux travaux impactant la démographie des biologistes, notamment par le biais du CRONDPS¹¹ et relatera le constat du déficit en biologistes exerçant dans la région et la demande d'augmentation du nombre d'internes en formation.

11. CRONDPS : comité régional de l'observatoire national de la démographie des professions de santé

6 - Systèmes informatiques de laboratoire (SIL) : promotion du dossier médical personnel (DMP) par l'ARS afin d'améliorer l'interopérabilité des différents SIL.

7 - Promotion de l'efficacité : améliorer les relations prescripteur/biologiste avec le concours de l'assurance maladie dans un souci d'améliorer la pertinence des examens réalisés (prise en charge des maladies chroniques....) .

8 - Création d'un comité technique régional de biologie médicale sous pilotage ARS :

La dynamique induite par les réunions et rencontres du groupe de travail SROS biologie médicale pourrait être poursuivie par un groupe désigné par les professionnels.

Ce groupe pourrait poursuivre des réflexions sur les thèmes suivants :

- formation continue des biologistes / action du CHU,
- évolution de l'offre de biologie,
- offre spécifique pour assurer un recours régional de première intention (par exemple dans les domaines de la cancérologie, de l'infectiologie, de la pharmacotoxicologie,...),
- étude annuelle des déclarations d'activité,
- articulation avec les autres volets du SROS (caractéristiques génétiques, cancers,...) .

4. Indicateurs

- Pourcentage de la population en région Centre ayant des difficultés d'accès à une implantation de laboratoire de biologie médicale (situé à une distance supérieure à 50 kms) ,
- Nombre de LBM publics ou privés partiellement accrédités,
- Nombre de LBM publics ou privés ayant adressé au COFRAC¹² une demande d'accréditation partielle,
- Nombre de LBM disposant d'un certificat Bio Qualité "36 mois" d'une durée de validité restant à courir supérieure à un an,
- Nombre de LBM publics ou privés sans preuve d'entrée dans la démarche d'accréditation six mois avant la 1^{re} date couverte actuellement fixée au 1er novembre 2013¹³.

12. Comité Français d'Accréditation

13. Date susceptible d'évoluer puisqu'un report de cette date d'échéance est en projet



Glossaire



SIGLE	INTITULÉ
AAP	Autorisation d'Appel à Projet
AC	Accompagnement à la Contractualisation
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AJ/HT	Accueil de Jour – Hébergement Temporaire
AM	Assurance Maladie
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
AMU	Aide Médicale Urgente
ANESMS	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-Sociaux
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASV	Ateliers Santé Ville
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAQCS	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins
CAQS	Contrat d'Amélioration de la Qualité des Soins
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CASP	Cellule Ambulatoire et Soins de Proximité
CBUM	Contrat de Bon Usage du Médicament
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDC	Comité Départemental Canicule
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CDSAE	Centre Départemental de Soins d'Accompagnement et d'Education
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CG	Conseil Général
CH	Centre Hospitalier
CHIC	Centre Hospitalier Inter Communal
CHRO	Centre Hospitalier Régional d'Orléans
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDDIST	Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CIRE	Cellule Institut de veille sanitaire en REgion (ancienne dénomination : Cellule InterRégionale d'Epidémiologie)
CLAT	Centre de Lutte AntiTuberculeux
CLIN	Centre de Lutte des Infections Nosocomiales
CLS	Contrats Locaux de Santé
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODAMUPS	COMité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins et des transports sanitaires
CODES	COMité Départemental d'Education pour la Santé
CORRUS	Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPER	Contrat de Projet Etat-Région
CPGC	Cellule de Préparation à la Gestion de Crise
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRDS	Cellule Régionale de Défense et de Sécurité
CRIRC	Comité Régional de l'Insuffisance Rénale Chronique
CRONDPS	Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
CRRS	Centre de Réception et de Régulation des Signaux
CRS	Conférence Régionale de Santé

CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CS	Conseil de Surveillance
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
CT	Convention Tripartite
CTP	Convention Tripartite Pluri-annuelle
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
CVGAS	Cellule de Veille et Gestion d'Alertes Sanitaires
DCC	Dossier Communiquant de Cancérologie (dans le DMP Dossier Médical Personnel)
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DDI	Directions Départementales Interministérielles
DDT	Directions Départementales des Territoires
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMP	Dossier Médical Personnel
DO	Déclaration Obligatoire
DP	Dialyse Péritonéale
DRAAF	Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
DREAL	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
DT / DT-ARS	Délégation Territoriale de l'ARS
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPS	Etablissements Publics de Santé
ESAT	Etablissements et Services d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissements (et services) Sociaux et Médico-Sociaux
EVC-EPC	Etat Végétatif Chronique - Etat Pauci Relationnel
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire
FRAPS	Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé du Centre
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
GDR	Gestion Du Risque
GIR/PATHOS	Groupes Iso Ressources /Système d'information qui permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des Personnes Agées
GMPS	Gir Moyen Pondéré Soins
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HDAD	HémoDialyse A Domicile
HDJ	Hospitalisation De Jour
HL	Hôpital Local
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IFMK	Institut de Formation de Masso-Kinésithérapie
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers

IMC	Indice de Masse Corporelle
IME	Institut Médico-Educatif
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
INVS	INstitut de Veille Sanitaire
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
IRCT	Insuffisance Rénale Chronique Terminale
IRESDA	Institut Régional pour Sourd et Déficiants Auditifs
ISEMA	Internat Socio-Educatif Médicalisé pour Adolescents
IST	Infection Sexuellement Transmissible
ITEP	Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
LBM	Laboratoire de biologie médicale
LMD	Licence Master Doctorat
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDA	Maison Départementale des Adolescents
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MERRI	Mission d'Enseignement, Recherche, Référence, Innovation
MIG	Missions d'Intérêt Général
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MMG	Maisons Médicales de Garde
MNASM	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
NRBC	Nucléaire – Radiologique – Bactériologique - Chimique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
OQOS	Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
ORS	Observatoire Régional de la Santé
OSCARS	Outil d'observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
PA	Personnes Agées
PAI	Plan d'Aide à l'Investissement
PAÏS	Plateforme Alternative d'Innovation en Santé
PASA	Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
PATHOS	Système d'information qui permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des Personnes Agées
PDS(A)	Permanence Des Soins (Ambulatoire)
PH	Personnes Handicapées
PH	Praticiens Hospitaliers
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNNS	Plan National Nutrition Santé
PNSE	Plan National Santé Environnement
POSU	POle Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences
PPS	Programme Personnalisé de Soins
PPS	Prévention et Promotion de la Santé
PRAGSUS	Plan Régional d'Alerte et de Gestion des Situations d'Urgence Sanitaire

PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention
PR GDR	Programme pluriannuel Régional de Gestion Du Risque
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRIICE	Plan Régional Interdépartemental d'Inspection Contrôle et Evaluation
PRISME	Prévention des Risques - Inspection - Signalement de la Maltraitance en Etablissement social et médico-social
PRS	Projet Régional de Santé
PRSE	Plan Régional Santé Environnement
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PUI	Pharmacies à Usage Intérieur
RCP	Réunions de Concertation Pluridisciplinaire
REIN	Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie
ROR	Rougeole, Oreillons, Rubéole
ROR	Répertoire Opérationnel Ressources
RPU	Résumés de Passage aux Urgences
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements de santé
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SESSAD	Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficience Acquis
SIOS	Schéma Interrégional d'Organisation des Soins
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNIR-AM	Système National de l'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SRR	Service de Rééducation et de Réadaptation
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Rééducation
T2A ou TAA	Tarification A l'Activité
TED	Trouble Envahissant du Développement
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UDM	Unité de Dialyse Médicalisée
UHR	Unités d'Hébergement Renforcées
UNV	Unité Neuro Vasculaire
URPS	Unions Régionales des Professionnels de Santé
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USSAPB	Unité Sécurité Sanitaire des Activités Pharmaceutiques et Biologiques
VAGUSAN	Veille, Alerte et Gestion des Urgences SANitaires

**AGENCE REGIONALE
DE SANTE DU CENTRE
DIRECTION DES ETUDES,
DE LA STRATEGIE ET DES
AFFAIRES JURIDIQUES**

**ARRETE N° 2014-DG-0026
Portant révision du Projet Régional de Santé de la région Centre
Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Centre**

Vu le Code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1434-1 à L. 1434-17 et R. 1434-1 à R. 1434-8,

Vu le décret 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé,

Vu le décret du 23 février 2013 portant nomination de M. Philippe DAMIE en qualité de Directeur général de l'Agence régionale de santé du Centre,

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé du Centre n°10-ESAJ-0008 en date du 23 juillet 2010, relatif à la définition des territoires de santé,

Vu l'arrêté n° 2012-DG 0003 du 22 mai 2012 portant adoption du projet régional de santé de la région Centre,

Vu l'avis de consultation sur la révision du projet régional de santé du Centre et notamment sur le volet schéma régional d'organisation des soins, publié le 15 juillet 2014 au recueil des actes administratifs de la préfecture de région du Centre,

Vu l'avis rendu par la conférence régionale de santé et de l'autonomie du Centre le 30 septembre 2014 sur le projet de révision du projet régional de santé et notamment sur le volet schéma régional d'organisation des soins,

Vu l'avis du Préfet de la région Centre en date du 07 octobre 2014,

Vu l'avis du Conseil général de Loir-et-Cher en date du 17 septembre 2014,

Vu l'avis du Conseil général de l'Indre en date du 26 septembre 2014,

Vu l'avis du Conseil général d'Eure-et-Loir en date du 23 septembre 2014,

Vu l'absence de réception par l'Agence régionale de santé du Centre, à la date du présent arrêté, d'un avis du Conseil régional et des Conseil généraux du Loiret, d'Indre et Loire et du Cher,

Vu les avis rendus par les Conseils municipaux de communes de la région Centre suite aux avis de consultation publiés le 15 juillet 2014, dont la liste peut être consultée au siège de l'Agence régionale de santé,

ARRETE

Article 1^{er} : Le schéma régional d'organisation des soins, qui constitue l'un des volets du Projet régional de santé arrêté le 22 mai 2012, est révisé conformément aux dispositions reprises dans le document figurant en annexe.

Article 2 : Cette révision ne modifie en rien la durée de validité du Projet régional de santé initial 2012- 2016.

Article 3 : Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours gracieux auprès du Directeur général de l'ARS du Centre, ou d'un recours hiérarchique auprès de la Ministre de la Santé dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif d'Orléans dans le même délai.

En application de l'article L. 1434-3-1 du code de la santé publique, l'illégalité pour vice de forme ou de procédure du PRS et de ses composantes prévues à l'article L.1434-2 ne peut être invoquée par voie d'exception après l'expiration d'un délai de six mois à compter de la prise du document concerné.

Article 4 : Le projet régional de santé peut être consulté sur le site internet de l'Agence régionale de santé du Centre à l'adresse suivante : <http://ars.centre.sante.fr>

Il peut également être consulté :

au siège de l'agence régionale de santé du Centre, Cité Coligny, 131 rue du faubourg Bannier – BP 74409 - 45044 ORLEANS Cedex 1

Article 5 : Le Directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé du Centre est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre.

Fait à Orléans, le 09 Octobre 2014

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Centre,

Signé : Philippe DAMIE

SROS PRS 2012-2016 - ARS Région CENTRE

SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS (SROS) -

ACTUALISATION DU VOLET HOSPITALIER –ARRETE DU 09 OCTOBRE 2014

Le SROS PRS a été arrêté le 22 mai 2012 avec l'ambition de tracer la politique de santé en région centre pour les 5 années à venir, privilégiant une approche globale de la santé afin d'améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité du système de soins.

Un premier bilan présenté à la CRSA en juin 2013 a montré les évolutions déjà mises en œuvre. Ainsi pour ce qui concerne le volet hospitalier, ont été notamment mis en évidence la dynamique de formalisation des coopérations et partenariats, l'augmentation du parc d'appareils d'imagerie (en particulier IRM), le renforcement du maillage de la prise en charge des urgences.

A mi-parcours de la durée de 5 ans du schéma, le processus d'ACTUALISATION du volet hospitalier SROS/PRS repose sur un double objectif :

- **actualiser certains volets au regard de l'évolution du contexte régional**
- **harmoniser la présentation des implantations pour les thématiques soumises à la procédure d'autorisation**

L'actualisation des volets concerne les thématiques pour lesquelles l'appréciation des besoins de la population introduit la perspective d'une évolution des implantations (ex : imagerie).

L'harmonisation de la présentation des fiches OQOS IMPLANTATIONS s'inscrit dans le cadre préconisé au plan national prévoyant :

- des implantations définies **par territoire** et par activité de soin et équipement matériel lourd, afin d'appréhender le maillage régional,
- des implantations comptabilisées par **site géographique** (et non par entité juridique) et par **niveau de prise en charge**, afin de rendre plus lisible la répartition et la graduation de l'offre de soins,
- la mise en évidence d'une **évolution des implantations** (progression ou diminution) au cours de la période d'exécution du schéma.

Ces travaux d'harmonisation ne remettent pas en cause les objectifs, orientations et perspectives décrits dans le volet hospitalier du SROS.

1. LES ACTIVITES DE SOINS

1.1 – MEDECINE

SROS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE				
TERRITOIRES	Graduation	Nombre d'implantations	Nombre d'implantations	Ecart
		2012	A l'issue SROS 2016	
CHER (18)	Niveau régional	-	-	-
	Niveau de référence	1	1	-
	Niveau de proximité	4	4	-
	TOTAL	5	5	-
EURE ET LOIR (28)	Niveau régional	-	-	-
	Niveau de référence	3	3	-
	Niveau de proximité	6	6	-
	TOTAL	9	9	-
INDRE (36)	Niveau régional	-	-	-
	Niveau de référence	1	1	-
	Niveau de proximité	5	5	-
	TOTAL	6	6	-
INDRE ET LOIRE (37)	Niveau régional	3	3	-
	Niveau de référence	-	-	-
	Niveau de proximité	9	9	-
	TOTAL	12	12	-
LOIR ET CHER (41)	Niveau régional	-	-	-
	Niveau de référence	1	1	-
	Niveau de proximité	5	4	-1
	TOTAL	6	5	-1
LOIRET (45)	Niveau régional	2	1	-1
	Niveau de référence	1	1	-
	Niveau de proximité	9	8	-1
	TOTAL	12	10	-2
TOTAL REGION		50	47	-3

Ces implantations correspondent aux autorisations d'activité de MEDECINE, par site géographique, sans distinction des modalités "hospitalisation complète " et/ou "hospitalisation temps partiel.

Le SROS PRS prévoit un développement de la prise en charge en hospitalisation partielle : des autorisations selon la modalité hospitalisation de jour pourront être accordées, le cas échéant, sur les sites actuellement autorisés uniquement en hospitalisation complète.



Harmonisation de la présentation sur la base des critères nationaux

Pour mémoire, les écarts mis en évidence, déjà actés dans le document SROS PRS, découlent :

- de la fermeture du service de médecine d'un ex-hôpital local dans le Loir-et-Cher
- des regroupements de sites géographiques privés et publics dans le Loiret

1.2 - CHIRURGIE

SROS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE				
TERRITOIRES	Graduation	Nombre d'implantations	Nombre d'implantations	Ecart
		2012	A l'issue du SROS 2016	
CHER (18)	chirurgie de recours *	1	1	-
	chirurgie de 1ère intention *	3	3	-
	TOTAL	4	4	-
EURE ET LOIR (28)	chirurgie de recours *	2	2	-
	chirurgie de 1ère intention *	2	1	-1
	chirurgie ambulatoire exclusive	2	2	-
	TOTAL	6	5	-1
INDRE (36)	chirurgie de recours *	1	1	-
	chirurgie de 1ère intention *	2	2	-
	TOTAL	3	3	-
INDRE ET LOIRE (37)	chirurgie de recours * (1)	3	3	-
	chirurgie de 1ère intention * (2)	6	6	-
	TOTAL	9	9	-
LOIR ET CHER (41)	chirurgie de recours *	1	1	-
	chirurgie de 1ère intention *	3	3	-
	TOTAL	4	4	-
LOIRET (45)	chirurgie de recours * (1)	2	1	-1
	chirurgie de 1ère intention *	6	5	-1
	chirurgie ambulatoire exclusive	1	-	-1
	TOTAL	9	6	-3
TOTAL REGION		35	31	-4

* y compris chirurgie-anesthésie ambulatoire

(1) dont 1 implantation centre spécialisé en chirurgie pédiatrique

(2) dont 1 implantation également site de recours en chirurgie cardiaque



Harmonisation de la présentation sur la base des critères nationaux

Pour mémoire, les écarts mis en évidence, déjà actés dans le document SROS PRS, découlent des regroupements d'établissements réalisés et/ou programmés sur les territoires 28 et 45.

1.3 - PERINATALITE

SROS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE				
TERRITOIRES	Graduation	Nombre d'implantations	Nombre d'implantations	Ecart
		2012	A l'issue du SROS 2016	
CHER (18)	maternité type 1	3	3	-
	maternité type 2A	-	-	-
	maternité type 2B	1	1	-
	maternité type 3	-	-	-
	TOTAL	4	4	-
EURE ET LOIR (28)	maternité type 1	1	1	-
	maternité type 2A	1	1	-
	maternité type 2B	1	1	-
	maternité type 3	-	-	-
	TOTAL	3	3	-
INDRE (36)	maternité type 1	1	1	-
	maternité type 2A	1	1	-
	maternité type 2B	-	-	-
	maternité type 3	-	-	-
	TOTAL	2	2	-
INDRE ET LOIRE (37)	maternité type 1	1	1	-
	maternité type 2A	1	1	-
	maternité type 2B	-	-	-
	maternité type 3	1	1	-
	TOTAL	3	3	-
LOIR ET CHER (41)	maternité type 1	3	3	-
	maternité type 2A	-	-	-
	maternité type 2B	1	1	-
	maternité type 3	-	-	-
	TOTAL	4	4	-
LOIRET (45)	maternité type 1	2	2	-
	maternité type 2A	2	1	-1
	maternité type 2B	-	1	+1
	maternité type 3	1	1	-
	TOTAL	5	5	-
TOTAL REGION		21	21	-



Harmonisation de la présentation sur la base des critères nationaux

Pour mémoire, l'écart mis en évidence se rapporte à l'orientation acté dans le document SROS PRS :

- « renforcer le niveau de prise en charge (2A→2B) au nord est du Loiret dans le cadre de la communauté hospitalière portée par le CHAM »

En sus de ces implantations, la région Centre dispose de 2 centres périnataux de proximité : 1 en Eure et Loir et 1 en Indre et Loire avec hospitalisation.

Assistance médicale à la procréation (AMP)

Toutes les activités d'AMP sont réalisées dans la Région Centre :

- 4 sites sont centres de fécondation in vitro (FIV) et réalisent des activités cliniques et biologiques
- 6 établissements sont autorisés pour le traitement du sperme en vue d'une insémination artificielle
- 3 établissements sont autorisés pour la prévention de la fertilité

Les ACTIVITES CLINIQUES concernent les activités suivantes :

- Recueil par ponction d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation avec ou sans tiers donneur de sperme,
- Recueil par ponction de spermatozoïdes,
- Transfert des embryons en vue de leur implantation,
- Recueil par ponction d'ovocytes en vue d'un don,
- Mise en œuvre de l'accueil des embryons.

Les ACTIVITES BIOLOGIQUES consistent en :

- Traitement du sperme en vue d'une insémination artificielle
- Activités relatives à la fécondation in vitro (FIV) avec ou sans micromanipulation, comprenant notamment le recueil, le traitement et la conservation du sperme, le traitement des ovocytes
- Recueil, traitement, conservation et cession du sperme en vue d'un don
- Traitement, conservation et cession d'ovocytes en vue d'un don
- Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux (préservation de la fertilité)
- Conservation des embryons en vue de projet parental
- Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci

TERRITOIRES	Modalités	Nombre d'implantations	Nombre d'implantations	Ecart
		Recensement 2014	à l'issue du SROS 2016	
EURE ET LOIR (28)	ACTIVITES CLINIQUES	1		-
	ACTIVITES BIOLOGIQUES	2		-
INDRE ET LOIRE (37)	ACTIVITES CLINIQUES	2		-
	ACTIVITES BIOLOGIQUES	2		-
LOIRET (45)	ACTIVITES CLINIQUES	1		-
	ACTIVITES BIOLOGIQUES	2		-
TOTAL REGION	ACTIVITES CLINIQUES	4		-
	ACTIVITES BIOLOGIQUES	6		-



Recensement 2014 des activités cliniques et biologiques de l'AMP (tableau partiel dans le document initial SROS)

Les implantations figurant sur ce tableau sont issues du recensement réalisé en 2014. Les éventuelles évolutions nécessaires seront étudiées lors des travaux préalables à l'élaboration du prochain schéma 2016-2021.

Diagnostic prénatal (DPN)

Le diagnostic prénatal est l'ensemble des pratiques médicales ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus, une affection grave

TERRITOIRES	Modalités	Nombre d'implantations	Nombre d'implantations	Ecart
		Recensement 2014	A l'issue du SROS 2016	
EURE ET LOIR (28)	analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	1		-
INDRE ET LOIRE (37)	analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	2		-
	analyses de cytogénétique , y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	2		-
	analyses de génétique moléculaire	1		-
	analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1		-
LOIRET (45)	analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	1		-
TOTAL REGION	analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	4		-
	analyses de cytogénétique , y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	2		-
	analyses de génétique moléculaire	1		-
	analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1		-



Le volet SROS dans sa version initiale ne comprenait pas de tableau des implantations.

Les implantations figurant sur ce tableau sont issues du recensement réalisé en 2014. Les éventuelles évolutions nécessaires seront étudiées lors des travaux préalables à l'élaboration du prochain schéma 2016-2021.

1.4 - MEDECINE d'URGENCE

SROS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE				
TERRITOIRES	Modalités	Nombre d'implantations	Nombre d'implantations	Ecart
		2012	A l'issue du SROS 2016	
CHER (18)	SAMU	1	1	-
	SU	3	3	-
	SU pédiatrique	-	-	-
	SMUR	3	3	-
	SMUR pédiatrique	-	-	-
	Antenne SMUR	-	-	-
EURE ET LOIR (28)	SAMU	1	1	-
	SU	5	5	-
	SU pédiatrique	-	-	-
	SMUR	4	4	-
	SMUR pédiatrique	-	-	-
	Antenne SMUR	-	-	-
INDRE (36)	SAMU	1	1	-
	SU	3	3	-
	SU pédiatrique	-	-	-
	SMUR	1	1	-
	SMUR pédiatrique	-	-	-
	Antenne SMUR	1	2	+ 1
INDRE ET LOIRE (37)	SAMU	1	1	-
	SU	5	6	+ 1
	SU pédiatrique	1	1	-
	SMUR	3	3	-
	SMUR pédiatrique	1	1	-
	Antenne SMUR	1	2	+ 1
LOIR ET CHER (41)	SAMU	1	1	-
	SU	3	3	-
	SU pédiatrique	-	-	-
	SMUR	3	3	-
	SMUR pédiatrique	-	-	-
	Antenne SMUR	-	-	-
LOIRET (45)	SAMU	1	1	-
	SU	5	5	-
	SU pédiatrique	1	1	-
	SMUR	4	4	-
	SMUR pédiatrique	1	1	-
	Antenne SMUR	-	-	-



Harmonisation de la présentation sur la base des critères nationaux

Pour mémoire, à l'issue du SROS les implantations sur la région Centre seront ainsi réparties : 6 SAMU, 25 SU + 2 SU pédiatriques, 18 SMUR (avec 5 HELISMUR) + 4 antennes SMUR + 2 SMUR pédiatriques

1.5 – Hospitalisation à domicile (HAD)

SROS- OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE			
TERRITOIRES	Nombre d'implantations	Nombre d'implantations	Ecart
	2012	A l'issue du SROS 2016	
CHER (18)	4	2	-2
EURE ET LOIR (28)	3	1	-2
INDRE (36)	2	1	-1
INDRE ET LOIRE (37)	2	2	-
LOIR ET CHER (41)	1	1	-
LOIRET (45)	5	2	-3
TOTAL REGION	17	9	-8

 Harmonisation de la présentation sur la base des critères nationaux

 Modification du nombre d'implantations :

- ➔ mise en cohérence du nombre d'implantations avec les autorisations par regroupement d'autorisations existantes, portées par un même promoteur.

 Modification de la rédaction du SROS PRS sur la base des travaux du groupe régional réuni le 12 novembre 2013 :

- ➔ Retrait de la notion de territoire de santé retenue initialement comme aire géographique d'intervention pour chacune des autorisations
- ➔ Retrait de la préconisation visant à acter la définition de la zone d'intervention au sein des CPOM

Chapitre 1.5.2 « Améliorer l'accès aux soins » page 39, suppression des § 3 – 4 – 5 – 6)

Fiche de synthèse « orientations et perspectives page 41, suppression §3 et 5)

1.6 – PSYCHIATRIE Adultes et infanto-juvénile



Harmonisation de la présentation sur la base des critères nationaux



*Modification des implantations sur la base du recensement des dispositifs réalisé en 2014, à la demande des membres de la Commission régionale de Psychiatrie et santé mentale.

Elles intègrent donc les opérations de regroupement d'activité permettant de structurer l'offre de soins et de garantir la présence médicale.

Implantations Psychiatrie adultes (tableau page 12)

- Les implantations correspondent à l'adresse géographique du service concerné
- L'ensemble des dispositifs hors hospitalisation complète a vocation à être regroupé géographiquement pour permettre notamment une présence médicale effective
- Pas de création nouvelle en hospitalisation complète
- Les implantations sont déclinées par territoire et par modalité de prise en charge (hospitalisation complète/alternative à l'hospitalisation/autres)
- Chaque territoire doit offrir l'ensemble des dispositifs de prise en charge, dont une structure d'accueil des urgences (sur le même site que l'accueil des urgences somatiques) et au moins une unité de psycho gériatrie identifiée.

Implantations Psychiatrie infanto-juvénile (tableau page 13)

- Les implantations correspondent à l'adresse géographique du service concerné
- Possibilités de création en alternative à l'hospitalisation complète
- Pas de création nouvelle en hospitalisation complète et les structures mentionnées à ce titre ne concernent que la prise en charge des adolescents
- Les implantations sont déclinées par territoire et par modalité de prise en charge (hospitalisation complète/alternative à l'hospitalisation/autres)
- L'ensemble des dispositifs hors hospitalisation complète ont vocation à être regroupés géographiquement pour permettre notamment un encadrement médical suffisant
- L'accueil des urgences est assuré par la psychiatrie générale selon son organisation territoriale, dans un lieu spécifique permettant un accueil de très courte durée

PSYCHIATRIE Adultes

TERRITOIRES	Graduation	Nombre d'implantations en 2014	Nombre d'implantations	Ecart
		A l'issue du SROS		
CHER (18)	Hospitalisation complète	4	4	-
	Hospitalisation de jour	7	7	-
	Hospitalisation de nuit	-	1	+1
	Placement familial	1	1	-
	Appartements thérapeutiques	2	2	-
	Centre de crise	1	1	-
EURE ET LOIR (28)	Hospitalisation complète	4	4	-
	Hospitalisation de jour	5	5	-
	Hospitalisation de nuit	1	1	-
	Placement familial	1	1	-
	Appartements thérapeutiques	1	1	-
	Centre de crise	2	2	-
INDRE (36)	Hospitalisation complète	3	3	-
	Hospitalisation de jour	2	2	-
	Hospitalisation de nuit	-	1	+1
	Placement familial	-	1	+1
	Appartements thérapeutiques	-	1	+1
	Centre de crise	-	1	+1
INDRE ET LOIRE (37)	Hospitalisation complète	9	9	-
	Hospitalisation de jour	10	10	-
	Hospitalisation de nuit	2	2	-
	Placement familial	1	1	-
	Appartements thérapeutiques	1	1	-
	Centre de crise	1	1	-
LOIR ET CHER (41)	Hospitalisation complète	7	6	-1
	Hospitalisation de jour	8	8	-
	Hospitalisation de nuit	3	3	-
	Placement familial	2	2	-
	Appartements thérapeutiques	-	1	+1
	Centre de crise	-	1	+1
LOIRET (45)	Hospitalisation complète	7	7	-
	Hospitalisation de jour	14	14	-
	Hospitalisation de nuit	-	1	+1
	Placement familial	1	1	-
	Appartements thérapeutiques	7	7	-
	Centre de crise (urgence)	-	1	+1

PSYCHIATRIE infanto-juvénile

TERRITOIRES	Graduation	Nombre d'implantations 2014	Nombre d'implantations	Ecart
			A l'issue du SROS	
CHER (18)	Hospitalisation complète	1	1	-
	Hospitalisation de jour	5	5	-
	Hospitalisation de nuit	-	-	-
	Placement familial	-	1	+1
	Appartements thérapeutiques	-	-	-
	Centre de crise	1	1	-
EURE ET LOIR (28)	Hospitalisation complète	1	1	-
	Hospitalisation de jour	3	3	-
	Hospitalisation de nuit	-	-	-
	Placement familial	-	-	-
	Appartements thérapeutiques	-	-	-
	Centre de crise	2	2	-
INDRE (36)	Hospitalisation complète	1	1	-
	Hospitalisation de jour	1	1	-
	Hospitalisation de nuit	-	-	-
	Placement familial	2	2	-
	Appartements thérapeutiques	-	-	-
	Centre de crise	-	1	+1
INDRE ET LOIRE (37)	Hospitalisation complète	2	2	-
	Hospitalisation de jour	3	3	-
	Hospitalisation de nuit	1	1	-
	Placement familial	-	-	-
	Appartements thérapeutiques	-	-	-
	Centre de crise	1	1	-
LOIR ET CHER (41)	Hospitalisation complète	2	2	-
	Hospitalisation de jour	4	4	-
	Hospitalisation de nuit	-	-	-
	Placement familial	1	1	-
	Appartements thérapeutiques	-	-	-
	Centre de crise	-	1	+1
LOIRET (45)	Hospitalisation complète	1	2	+1
	Hospitalisation de jour	5	5	-
	Hospitalisation de nuit	-	-	-
	Placement familial	2	2	-
	Appartements thérapeutiques	-	-	-
	Centre de crise (urgence)	-	1	+1

1.7 – Soins de suite et de réadaptation (SSR)

SROS OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET PAR SPECIALITES

IMPLANTATIONS ADULTES											
Territoire de santé	Année	Implantations adultes	Nombre d'implantations par mention de prise en charge spécialisée								
			Appareil locomoteur	Affections du système nerveux	Affections cardio-vasculaires	Affections respiratoires	Digestif	Onco-Hémato	Brûlés	Conduites addictives	Affections de la personne âgée
CHER (18)	2012	7	2	2	1	0	0	0	0	0	6
			3	3	1	1	1	0	0	0	7
	2016	8	Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de création d'une structure d'hôpital de jour supplémentaire (syst. nerv.+locomoteur) • Possibilité de création d'une structure d'hôpital de jour respiratoire • Possibilité de création d'hôpital de jour pour les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien 								
EURE ET LOIR (28)	2012	13	2	2	2	2	2	0	0	1	7
			3	3	2	2	2	0	0	1	7
	2016	14	Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • Inviter les deux établissements spécialisés dans la prise en charge des affections cardio-vasculaires à initier la réflexion sur le regroupement sur un seul site géographique afin de répondre aux besoins de la population en optimisant les moyens humains et matériels. 								
INDRE (36)	2012	9	1	1	1	0	1	0	0	0	3
			1	1	1	1	2	0	0	1	4
	2016	11	Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • Encourager le regroupement des petites structures de SSR • Possibilité de création d'une structure d'hôpital de jour respiratoire • Possibilité de création d'hôpital de jour pour les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien • Requalification d'une structure en hospitalisation complète pour les affections liées aux conduites addictives • Possibilité de création d'une structure en hospitalisation complète pour les affections de la personne âgée 								
INDRE ET LOIRE (37)	2012	15	3	2	1	1	0	0	1	3	8
			4	3	1	1	1	1	1	3	7
	2016	16	Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de création d'une structure en hospitalisation de jour pour les affections du système nerveux.+locomoteur • Possibilité de création d'une structure d'hôpital de jour pour les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien • Possibilité de création d'une structure en hospitalisation complète pour les affections onco-hématologiques d'environ 5 lits sur le même site que le service d'hématologie de l'établissement qui sera autorisé pour l'activité de greffes de cellules hématopoïétiques 								
LOIR ET CHER (41)	2012	12	2	3	1	2	2	0	0	0	6
			2	3	2	2	2	0	0	0	5
	2016	11	Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • Encourager le regroupement des petites structures de SSR • Possibilité de création d'une structure en hospitalisation de jour pour la prise en charge des affections cardio-vasculaires 								
LOIRET (45)	2012	19	3	3	1	1	1	0	0	0	9
			3	4	2	2	2	0	0	0	9
	2016	17	Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • Requalification d'une structure en hospitalisation complète pour les affections du système nerveux • Mettre en œuvre la modalité de prise en charge en hospitalisation de jour pour les conséquences fonctionnelles des affections cardio-vasculaires, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique et endocrinien • Regroupement de la prise en charge du SSR du CHR d'Orléans sur 1 site géographique. 								

IMPLANTATIONS ENFANT-ADOLESCENT			
Territoire de santé	Année	Implantations enfant-adolescent	Commentaires
INDRE ET LOIRE (37)	2012	1	
	2016	2	Recommandations : • Requalification d'un service (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) pour les enfants à partir de trois ans et les adolescents souffrant d'un handicap neuro-développemental diagnostiqué
LOIR ET CHER (41)	2012	1	
	2016	1	
LOIRET (45)	2012	0	
	2016	1	Recommandations : • Créer une unité pour l'accueil en hospitalisation complète et de jour, des enfants souffrant de handicaps multiples, d'environ 6 lits et 3 places • Créer une unité en hospitalisation complète pour les adolescents présentant une anorexie mentale en identifiant une structure de 6 à 8 lits



Harmonisation de la présentation sur la base des critères nationaux



Actualisation du volet sur différents aspects :

- Mise en place et utilisation de l'outil Trajectoire à partir du 2^{ème} semestre 2014

- Implantations requalifiées sur différents territoires :

- INDRE : requalification d'une structure pour adultes en hospitalisation complète pour les affections liées aux conduites addictives
- INDRE ET LOIRE : requalification d'une structure pour les enfants à partir de 3 ans et les adolescents souffrant d'un handicap neuro-développemental diagnostiqué.

Ces 2 structures ont une vocation régionale.

- LOIRET : requalification d'une structure en hospitalisation complète pour les affections du système nerveux

1.8 -Les UNITES de SOINS de LONGUE DUREE (USLD)

La répartition des implantations arrêtée dans le SROS-PRS 2012-2016 s'appuie sur l'organisation issue de la partition intervenue en 2 temps en Région Centre (2007/2008 pour 5 établissements et 2009/2010 pour les autres).

Pour mémoire, les critères retenus étaient les suivants :

- Une évaluation des soins requis sur la base des résultats des coupes PATHOS de 2006,
- la recherche d'une répartition spatiale préservant autant que possible une prise en charge de proximité (*fourchette indicative de 6 lits pour 1000H de 75 ans et plus, retenue au plan national*)
- le respect des pré-requis listés par l'arrêté du 12 mai 2006
- des unités de 30 lits minimum (*cf. circulaire DHOS du 10 mai 2007*)
- **les établissements ou services ayant basculé dans le médico-social, écartés d'une possibilité d'implantation** (*cf. Circulaire DHOS du 17 novembre 2008*)

En région Centre, la stricte application de ces critères et tout particulièrement le dernier d'entre eux, a eu pour conséquence, de limiter les possibilités d'implantation sur certains territoires.

Dans le cas de l'Indre et Loire en particulier, seules 2 implantations d'USLD redéfinies ont été reconnues dont l'une à orientation psychiatrique (80 lits).



La perspective de révision des implantations au regard des coupes PATHOS 2011, inscrite dans les orientations du SROS PRS n'est pas intervenue, la DGOS ayant initié des travaux d'envergure sur l'évolution organisationnelle et le mode de financement des soins de longue durée, dont la mise en œuvre est programmée à l'horizon 2015-2016.

Dans ces conditions, le constat pointé lors de la présentation initiale du schéma, et dans l'attente de nouvelles modalités en cours de définition au plan national, conduit à positionner 1 implantation supplémentaire sur le territoire 37, afin d'améliorer la couverture des besoins de la population.

SROS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE

TERRITOIRES	Nbre de lits définis lors de la partition	Population 75 ans et + (Source INSEE)	Ratio pour 1000 H /+75 ans	Nombre implantations géographiques avant SROS	Nombre implantations géographiques à l'issue SROS	Ecart
CHER (18)	277	35 638	7.77	6	6	-
EURE ET LOIR (28)	222	38 030	5.83	4	4	-
INDRE (36)	172	30 135	5.70	4	4	-
INDRE ET LOIRE (37)	204	57 984	3.51	2	3	+1
LOIR ET CHER (41)	160	38 631	4.14	2	2	-
LOIRET (45)	330	58 865	5.60	5	4	-1
TOTAL REGION	1365	259 283	5.26	23	23	-

1.9 – TRAITEMENT du CANCER

SROS- OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET PAR SPECIALITES										
Nombre d'implantations	Chirurgie digestive	Chirurgie du sein	Chirurgie gynécologique	Chirurgie urologique	Chirurgie ORL	Chirurgie du Thorax	Chimio thérapie	Radio thérapie	Curie thérapie	
18 2012	3	3	2	3	2	1	2	1	1	
2016	3	3	2	3	2	1	2	1	1	
Ecart	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
28 2012	4	4	3	3	2	-	4	1	-	
2016	3	3	3	3	2	-	3	1	-	
Ecart	-1	-1	-	-	-	-	-1	-	-	
36 2012	2	2	1	1	2	-	1	-	-	
2016	2	2	1	1	2	-	1	-	-	
Ecart	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
37 2012	6	5	5	6	5	3	5	2	2	
2016	6	5	5	5	5	3	5	2	2	
Ecart	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
41 2012	4	3	3	2	3	1	2	1	-	
2016	4	3	3	3	3	1	2	1	-	
Ecart	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
45 2012	6	6	5	5	4	2	4	3	1	
2016	5	5	4	4	4	2	4	3	1	
Ecart	-1	-1	-1	-1	-	-	-	-	-	
REGION 2012	25	23	19	20	18	7	18	8	4	
2016	23	21	18	19	18	7	17	8	4	
Ecart	-2	-2	-1	-1	-	-	-1	-	-	

Oncologie pédiatrique : 1 implantation en sus des implantations ci-dessus en Indre et Loire



Harmonisation de la présentation sur la base des critères nationaux



Maintien des objectifs actés dans le SROS

Pour mémoire, les écarts mis en évidence, déjà actés dans le document SROS PRS, découlent des regroupements d'établissements réalisés et/ou programmés sur les territoires 28 et 45.

1.10 – Examen des caractéristiques génétiques

SROS- OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET PAR SPECIALITE				
TERRITOIRES	Gradation et Modalités	Nombre d'implantations	Nombre d'implantations	Ecart
		Recensement 2014	A l'issue du SROS 2016	
INDRE ET LOIRE (37)	Analyses de génétique moléculaire " limitée" Niveau 1: tests simples	3		-
	Analyses de génétique moléculaire "non limitée" Niveau 2: analyses complexes et tests simples	1		-
	Analyses de cytogénétique, y compris analyses de cytogénétique moléculaire	2		-
LOIRET (45)	Analyses de génétique moléculaire " limitée" Niveau 1: tests simples	1		-
	Analyses de génétique moléculaire "non limitée" Niveau 2: analyses complexes et tests simples	1		-
	Analyses de cytogénétique, y compris analyses de cytogénétique moléculaire	1		-
TOTAL REGION	Analyses de génétique moléculaire " limitée" Niveau 1: tests simples	4		-
	Analyses de génétique moléculaire "non limitée" Niveau 2: analyses complexes et tests simples	2		-
	Analyses de cytogénétique, y compris analyses de cytogénétique moléculaire	3		-



Le volet SROS dans sa version initiale ne comprenait pas de tableau des implantations.

Les implantations figurant sur ce tableau sont issues du recensement réalisé en 2014. Les éventuelles évolutions nécessaires seront étudiées lors des travaux préalables à l'élaboration du prochain schéma 2016-2021.

2. LES PLATEAUX TECHNIQUES SPECIALISES

2.1- Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

SROS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE				
TERRITOIRES	Graduation	Nombre d'implantations	Nombre d'implantations	Ecart
		2012	A l'issue du SROS 2016	
CHER (18)	Rythmologie interventionnelle	-	-	-
	Cardiopathies de l'enfant	-	-	-
	Autres cardiopathies de l'adultes (angioplastie coronaire)	1	1	-
EURE ET LOIR (28)	Rythmologie interventionnelle	1	1	-
	Cardiopathies de l'enfant	-	-	-
	Autres cardiopathies de l'adultes (angioplastie coronaire)	1	1	-
INDRE (36)	Rythmologie interventionnelle	1	1	-
	Cardiopathies de l'enfant	-	-	-
	Autres cardiopathies de l'adultes (angioplastie coronaire)	-	-	-
INDRE ET LOIRE (37)	Rythmologie interventionnelle	2	2	-
	Cardiopathies de l'enfant	1	1	-
	Autres cardiopathies de l'adultes (angioplastie coronaire)	2	2	-
LOIR ET CHER (41)	Rythmologie interventionnelle	1	1	-
	Cardiopathies de l'enfant	-	-	-
	Autres cardiopathies de l'adultes (angioplastie coronaire)	-	-	-
LOIRET (45)	Rythmologie interventionnelle	2	2	-
	Cardiopathies de l'enfant	-	-	-
	Autres cardiopathies de l'adultes (angioplastie coronaire)	2	2	-
TOTAL REGION	Rythmologie interventionnelle	7	7	-
	Cardiopathies de l'enfant	1	1	-
	Autres cardiopathies de l'adultes (angioplastie coronaire)	6	6	-

Rythmologie interventionnelle = actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme

Cardiopathies de l'enfant = actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence ;

Autres cardiopathies de l'adultes (angioplastie coronaire) = actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte.



Harmonisation de la présentation sur la base des critères nationaux



Maintien des implantations telles qu'arrêtées dans la version initiale du SROS

2.2– REANIMATION Adultes

SROS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE				
TERRITOIRES	Graduation	Nombre d'implantations	Nombre d'implantations	Ecart
		2012	A l'issue du SROS 2016	
CHER (18)	réanimation médico-chirurgicale	1	1	-
	TOTAL	1	1	-
EURE ET LOIR (28)	réanimation médico-chirurgicale	2	2	-
	TOTAL	2	2	-
INDRE (36)	réanimation médico-chirurgicale	1	1	-
	TOTAL	1	1	-
INDRE ET LOIRE (37)	réanimation médicale	1	1	-
	réanimation chirurgicale	3	3	-
	TOTAL	4	4	-
LOIR ET CHER (41)	réanimation médico-chirurgicale	1	1	-
	TOTAL	1	1	-
LOIRET (45)	réanimation médicale	1	1	-
	réanimation chirurgicale	1	1	-
	réanimation médico-chirurgicale	1	1	-
	TOTAL	3	3	-
TOTAL REGION		12	12	-

2.3– REANIMATION Pédiatrique

SROS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE				
TERRITOIRES	Graduation	Nombre d'implantations	Nombre d'implantations	Ecart
		2012	A l'issue du SROS 2016	
INDRE ET LOIRE (37)	Réanimation pédiatrique	1	1	-
	TOTAL	1	1	-
LOIRET (45)	Réanimation "mixte ou polyvalente"	1	1	-
	TOTAL	1	1	-
TOTAL REGION		2	2	-



Harmonisation de la présentation sur la base des critères nationaux



Maintien des implantations telles qu'arrêtées dans la version initiale du SROS

2.4– Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

SROS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE				
TERRITOIRES	Graduation	Nombre d'implantations		Ecart
		2012	A l'issue du SROS 2016	
CHER (18)	Centre Adulte	1	1	-
	Centre enfant	-	-	-
	UDM	2	2	-
	Autodialyse simple ou assistée	5	5	-
	Dialyse à domicile	1	1	-
	<i>dont DP</i>	1	1	-
	<i>Dont HDAD</i>	-	1	-
EURE ET LOIR (28)	Centre Adulte	2	2	-
	Centre enfant	-	-	-
	UDM	1	4	+3
	Autodialyse simple ou assistée	3	4	+1
	Dialyse à domicile	2	2	-
	<i>dont DP</i>	1	1	-
	<i>Dont HDAD</i>	1	1	-
INDRE (36)	Centre Adulte	1	1	-
	Centre enfant	-	-	-
	UDM	1	2	+1
	Autodialyse simple ou assistée	2	3	+1
	Dialyse à domicile	1	1	-
	<i>dont DP</i>	1	1	-
	<i>Dont HDAD</i>	1	1	-
INDRE ET LOIRE (37)	Centre Adulte	2	2	-
	Centre enfant	1	1	-
	UDM	3	3	-
	Autodialyse simple ou assistée	7	7	-
	Dialyse à domicile	2	2	-
	<i>dont DP</i>	2	2	-
	<i>Dont HDAD</i>	1	2	-
LOIR ET CHER (41)	Centre Adulte	1	1	-
	Centre enfant	0	0	-
	UDM	3	3	-
	Autodialyse simple ou assistée	3	3	-
	Dialyse à domicile	1	1	-
	<i>dont DP</i>	1	1	-
	<i>Dont HDAD</i>	1	1	-

LOIRET (45)	Centre Adulte	4	4	-	
	Centre enfant	0	0	-	
	UDM	3	4	+1	
	Autodialyse simple ou assistée	6	4	-2	
	Dialyse à domicile	5	5	-	
	<i>dont DP</i>		5	5	-
	<i>Dont HDAD</i>		5	2	-




Harmonisation de la présentation sur la base des critères nationaux



Maintien des implantations telles qu'arrêtées dans la version initiale du SROS

2.5– IMAGERIE

 Cette thématique a fait l'objet d'une actualisation qui s'appuie sur les travaux menés par :

- ➔ le comité technique régional d'Imagerie (CTRI)
- ➔ le sous-groupe de travail SROS (issu du CTRI)
- ➔ le cabinet de consultants chargé d'une étude régionale portant sur l'organisation de la permanence des soins en imagerie.

 Les documents actualisés :

1 - Nouvelle rédaction du volet *(correspondant aux pages 118 à 121 du document SROS initial)*

2- Fiche implantation par type d'appareil et par territoire *(correspondant à la page 122 du document SROS initial)*

- ➔ Harmonisation de la présentation sur la base des critères nationaux
- ➔ Evolution des implantations et du nombre d'appareils

3- Annexe

Bilan de l'existant et schéma cible de l'organisation de la permanence des soins en imagerie

 Les préconisations relatives à la permanence des soins en imagerie sont décrites dans la nouvelle rédaction de ce volet.


La rédaction du chapitre PDSSES *(page 184 du document initial)* intégrera cette évolution, par le biais d'un renvoi.

3. LES FILIERES

 S'agissant de ce chapitre, seuls certains volets sont concernés par une actualisation.

3.4 – La prise en charge de la DOULEUR

RECENSEMENT DE L'OFFRE EXISTANTE ET DU NOMBRE D'IMPLANTATIONS				
TERRITOIRES	Graduation	Nombre d'implantations	Nombre d'implantations	Ecart
		avant SROS	A l'issue du SROS	
CHER (18)	N2 consultation d'étude et de traitement de la douleur	1	3	+2
	N3 Centre d'étude et de traitement de la douleur	-	-	-
EURE ET LOIR (28)	N2 consultation d'étude et de traitement de la douleur	2	5	+3
	N3 Centre d'étude et de traitement de la douleur	-	-	-
INDRE (36)	N2 consultation d'étude et de traitement de la douleur	1	2	+1
	N3 Centre d'étude et de traitement de la douleur	-	-	-
INDRE ET LOIRE (37)	N2 consultation d'étude et de traitement de la douleur	1	6	+5
	N3 Centre d'étude et de traitement de la douleur	-	1	+1
LOIR ET CHER (41)	N2 consultation d'étude et de traitement de la douleur	1	3	+2
	N3 Centre d'étude et de traitement de la douleur	-	-	-
LOIRET (45)	N2 consultation d'étude et de traitement de la douleur	1	6	+5
	N3 Centre d'étude et de traitement de la douleur	-	1	+1
Total Région Centre	N2 consultation d'étude et de traitement de la douleur	7	25	+18
	N3 Centre d'étude et de traitement de la douleur	-	2	+2

 Les modifications introduites dans le volet du SROS portent sur les adaptations du texte pour favoriser l'implantation de nouvelles structures et ainsi augmenter à la fois le nombre de lieux de consultations de 7 à 25 (N2 du SROS) et de créer 2 centres d'études N3 du SROS.

Les objectifs initiaux sont maintenus :

- Réduire les délais d'accès à une structure de consultation douleur
- Structurer l'offre régionale par une graduation des soins
- Repérer les situations à risque en ambulatoire, médico-social et sanitaire
- Intégrer la démarche de prise en charge de la douleur dans la pratique soignante

3.5– Les SOINS PALLIATIFS

RECENSEMENT DE L'OFFRE EXISTANTE ET DU NOMBRE D'IMPLANTATIONS

TERRITOIRES / Secteurs infra-territoriaux	EXISTANT		Unité de soins palliatifs
	Lits identifiés de soins palliatifs	Equipe mobile de soins palliatifs	
CHER (18)	51	4	1 à 4
EURE-ET-LOIR (28)	49	3	
INDRE (36)	35	2	
INDRE-ET-LOIRE (37)	40	3*	
LOIR-ET-CHER (41)	47	3	
LOIRET (45)	75	3	
Total	298	18	4

* dont l'équipe régionale soins palliatifs pédiatrique PALLIANCE basée dans l'Indre et Loire



Les orientations et perspectives mentionnées dans le document initial ne sont pas modifiées.



La rédaction du volet soins palliatifs est modifiée pour :

- Etendre le nombre d'implantations d'unités de soins palliatifs au sein de la région afin de passer de 1 à **4 implantations** à l'échéance du PRS
- **Rectifier et corriger le texte du présent volet en fonction de l'extension de 3 à 4 USP et permettre l'augmentation du nombre de lits identifiés en soins palliatifs au sein de la région.**
- Ajouter sur l'ensemble du volet le recours à l'équipe régionale de soins palliatifs pédiatrique.

3.6 – Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

SROS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE						
TERRITOIRES 2	Nombre d'implantations				Ecart	
	avant SROS 2012		à l'issue du SROS 2016		UNV	UD
	UNV	UD	UNV	UD		
CHER (18)	1		1			
EURE ET LOIR (28)	2		2			
INDRE (36)		1	1		+1	-1
LOIR ET CHER (41)			1		+1	-
INDRE ET LOIRE (37)	1		1		-	-
LOIRET (45)	1		2		+1	-
TOTAL REGION	5	1	8	-	+3	-1



Harmonisation de la présentation sur la base des critères nationaux



Maintien des implantations telles qu'arrêtées dans la version initiale du SROS

DESCRIPTIF DU VOLET IMAGERIE

Comme le souligne le professeur Didier Sicard, Président d'honneur du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) :

*« Depuis que l'imagerie occupe une place prépondérante sinon exclusive dans la médecine d'aujourd'hui, elle se retrouve en première ligne d'un questionnement éthique sur plusieurs fronts.
-le choix de refuser ou d'accepter une prescription ou une intervention diagnostique jugées pourtant inutiles, au sein d'une culture sécuritaire dominante (économie médicale)
-la tentation d'accepter d'aller au delà de la lecture technique des images pour répondre aux demandes d'une société exigeante de réponse binaire
-la tentation de confisquer le diagnostic au mépris de l'examen clinique de plus en plus réduit ou absent (ex de l'algo dystrophie)
-révéler une information qui ne soit ni un mensonge ni porteuse d'une violence sans limites (annonce).
Oublier qu'entre l'image et le réel du corps il y a toujours un espace inconnu »*

1.1.1 LE CONTEXTE

Les points forts de l'imagerie en région Centre :

Depuis 2002, date du premier SROS d'Imagerie, le nombre des scanners a presque doublé et le nombre des implantations a globalement suivi la même évolution du fait de leur installation auprès de la quasi-totalité des services d'urgences.

L'accès à la scintigraphie en l'état actuel ne présente pas de difficulté particulière.

En 2012, la région Centre n'apparaît plus sous-dotée en personnel manipulateur d'électroradiologie.

Les points faibles de l'imagerie en région Centre

Des délais d'accès à l'IRM qui demeurent trop longs.

Au 31 décembre 2010 le taux d'IRM installés / million d'habitants était de 8,99 France entière et de 8,69 en région Centre.

Une enquête menée en juin 2010 par l'Institut National du Cancer (1) a montré que le délai moyen d'obtention d'une date de rendez-vous est de 29 jours France entière et est toujours supérieur à 31 jours en région Centre.

Le délai d'attente moyen en France pour obtenir un RDV IRM pour un cancer après contact téléphonique en 2011 est de 27,4 jours. Ce délai est légèrement plus court que celui de 2010 (29 jours).

La région Centre est une des régions qui s'inscrit dans une augmentation de délai d'attente moyen qui varie entre 31 et 60 jours.

Les disparités intra-régionales sont donc fortes mais observées également au sein même d'une agglomération, ne dépendant pas exclusivement du taux d'équipements installés mais également d'une pénurie des personnels médicaux chargés de faire fonctionner ces équipements.

En 2011, les délais d'attente comparés pour 3 types de cancer (sein, utérus, prostate) sont en région Centre, notamment, supérieurs aux délais d'attente versus France entière :

Pathologie	France Entière	Région Centre
Cancer du sein	24,6 jours	27,7 jours
Cancer de l'utérus	27,5 jours	33,9 jours
Cancer de la prostate	30 jours	40 jours

Il conviendrait d'augmenter notre parc d'IRM en région Centre et de suivre l'évolution de ces délais d'attente pour ces 3 types de cancers annuellement en prenant en considération la méthode de l'enquête référencée (1).

Les délais d'attente pour la réalisation d'actes d'imagerie seront des indicateurs de suivi qualitatifs. Ces indicateurs, définis par le comité technique régional d'imagerie, se décomposent comme suit :

- Les délais d'attente pour les pathologies carcinologiques (référentiel INCa),
- Les délais d'attente pour cinq pathologies « traceuses » ou organes « traceurs » hors déprogrammation
 - o IRM ou scanner du genou
 - o IRM ou scanner du rachis lombaire
 - o IRM ou scanner pour « syndromes démentiels »
 - o IRM hépatique dans le cadre d'une caractérisation de lésion hépatique.

Les délais d'attente pour tout acte apprécié par le clinicien et le radiologue comme « urgent » ne devront pas excéder 24 H.

(1) Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM DANS LE CADRE D'UN BILAN D'EXTENSION POUR UN CANCER DU SEIN, DE L'UTÉRUS OU DE LA PROSTATE publié par l'INCa en juin 2010

Mesure 21 du Plan Cancer : soins et vie des malades

Enquête DGOS - SFR - INCa

Délais de RDV en IRM pour les cancers en 2011.

Les objectifs 2012-2016

- Diminuer et harmoniser les délais d'accès à l'IRM :
Il s'agit d'assurer un accès efficace et équitable à ces appareils et répondre aux enjeux nationaux des programmes de santé publique, notamment du Plan cancer. La mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 dans sa mesure 21.4 « Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations » présente comme objectif de faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers via l'imagerie et les TEP, notamment en augmentant le nombre d'IRM.
- Développer le parc d'IRM.
- Mettre en place une permanence des soins en imagerie en phase avec les besoins des établissements, notamment par le développement de la téléimagerie.
- Mettre en place un dispositif régional de téléimagerie permettant le stockage et les échanges d'images entre les structures, dans le cadre plus général de la télémédecine.

1.1.1.1 L'accès à l'imagerie selon les établissements et leur activité

L'accès à l'imagerie pour les établissements de santé de la région Centre sera mis en œuvre selon les principes réglementaires en vigueur adaptées à leur activité.

- *L'établissement accueillant les urgences* offre en permanence et sans délai, sur site ou par convention, l'accès à l'imagerie conventionnelle, l'échographie, le scanner et l'IRM.
- L'accès aux examens d'imagerie nécessaires pour la mère et pour le nouveau né, y compris en urgence, est assuré pour permettre *l'activité d'obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale*. Si l'unité de néonatalogie dispose de soins intensifs, les nouveaux nés bénéficient de la radiologie conventionnelle réalisée par un appareil mobile et de l'échographie ; l'unité de réanimation néonatale dispose également sur place ou par convention, de l'accès au scanner et à l'IRM, dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité.
- *L'activité de réanimation* ne peut être autorisée que si l'établissement dispose :
 - Sur place 24h/24 tous les jours de l'année des équipements mobiles permettant de réaliser éventuellement dans les chambres de l'unité de réanimation des examens de radiologie classique et d'échographie ;
 - Sur place ou par convention 24h/24 tous les jours de l'année et dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité, des moyens techniques permettant de pratiquer les scanners, l'angiographie et pour la réanimation adulte, l'IRM ;
- *L'activité de réanimation pédiatrique* ne peut être autorisée que si l'établissement dispose de compétences en radiologie pédiatrique et d'équipement permettant la réalisation 24h/24 d'explorations invasives et non invasives.
- *L'unité neurovasculaire site de thrombolyse* accède à l'IRM 24h/24 sur site (par convention en cas de panne ou de maintenance).
- Pour les établissements pratiquant une chirurgie de recours, l'accès à un équipement d'imagerie standard avec amplificateur de brillance et à un scanner est possible sur site, 24h/24. L'accès à une IRM et la réalisation de bilans biologiques standards est possible au 24h/24, au moins par convention.

- Pour les établissements pratiquant une chirurgie de recours ayant une vocation régionale ou interrégionale l'accès à un équipement d'imagerie standard avec amplificateur de brillance, à un scanner, à une IRM et la réalisation de bilans biologiques standards doit être possible sur site 24h/24.
- L'établissement de référence et de niveau régional offre l'accès à la scintigraphie sur site ou par convention ;
- L'accès au scanner et au TEP est nécessaire pour le traitement du cancer.

1.1.1.2 Implantation des équipements matériels lourds

La faible démographie des radiologues s'aggrave et incite à promouvoir la concentration des équipements pour en assurer le fonctionnement, notamment dans le cadre de la permanence des soins. Par ailleurs, pour permettre l'accueil des patients y compris dans le cadre de l'urgence, les appareils faisant l'objet d'une première autorisation (hors IRM spécialisées et dédiées) sont installés sur le site des établissements sanitaires publics ou privés et travaillent en étroite collaboration avec ceux-ci et l'ensemble du territoire de santé. L'utilisation partagée des équipements entre les titulaires d'autorisation est privilégiée.

L'argumentation conduisant à une nouvelle autorisation et/ou un renouvellement d'appareil portera sur :

- le choix de l'appareil discuté selon les orientations cliniques dans lesquelles le promoteur s'inscrit,
- l'évolution de l'art en imagerie,
- la cohérence avec le parc déjà existant ou à venir sur un territoire de santé.

Scanners

Scanner à visée diagnostique et/ou interventionnelle

Les établissements autorisés pour un service d'accueil et d'urgence et/ou un Plateau Technique Hautement Spécialisé (PTHS) sont équipés d'un scanner.

Le nombre de scanners devra tenir compte de l'évolution de l'activité interventionnelle. Le développement de cette activité interventionnelle justifie l'autorisation d'un scanner supplémentaire dans l'Indre et Loire et d'un dans le Loiret.

Lorsque tous les appareils auront été installés, le taux moyen régional d'équipements installés passera de 15.4 scanners par millions d'habitants fin 2010 à 20.68 scanners par million d'habitants à fin 2016.

Le coroscaner fera l'objet de développement selon le guide « du bon usage des examens d'imagerie médicale et des recommandations pour les professionnels 2005 » de la SFR et de la SFC.

Scanner de centrage

Les scanners de centrage pour la radiothérapie ne sont pas soumis à autorisation à l'exception des scanners réalisant les deux modalités d'utilisation (centrage et diagnostic). Ces derniers seront alors comptabilisés comme scanners à visée diagnostique et ou interventionnelle.

Scanner dédié à la médecine légale

En région Centre, l'institut médico-légal du CHRU de Tours pourrait prétendre à un équipement de scanner. Cet équipement spécifique dédié à des explorations ne donnant pas lieu à facturation ne sera donc pas comptabilisé dans le cadre des OQOS.

IRM

IRM polyvalents

En région Centre, le taux d'équipement en appareils installés fin 2010 était de 8.70 IRM /millions d'habitants, sensiblement inférieur au taux moyen national (10 IRM /million d'habitants.), alors que le taux moyen européen est de 20 IRM /million d'habitants.

L'ensemble du parc IRM donnant lieu à autorisation à la fin 2016 portera le taux à 16.78 IRM /million d'habitants.

L'argumentation conduisant à une nouvelle autorisation et/ou à un renouvellement d'appareil portera sur le choix de l'appareil (critères du champ et des spécificités techniques) qui devra être discuté selon les orientations cliniques dans lesquelles le promoteur s'inscrit.

Le parc IRM doit être développé selon les recommandations de la HAS 2008 (<http://www.has-sante.fr>) et le Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale (<http://gbu.radiologie.fr>).

Des appareils supplémentaires au vu du bilan des autorisations données et des équipements installés à fin 2013 pourront être positionnés comme suit : Deux dans l'Indre-et-Loire et un dans l'Eure et Loir.

IRM spécialisés ou dédiés « ostéo-articulaire »

Le développement d'IRM spécialisés ou dédiés se fera au sein des territoires sur les objectifs définis dans le présent schéma.

L'autorisation d'un IRM spécialisé ou dédié sera octroyée :

- uniquement si le promoteur détient déjà une autorisation d'IRM polyvalent
- uniquement si le besoin de ce nouvel équipement permet une redistribution des actes afin d'optimiser les délais d'attente dans le territoire concerné.

IRM avec une orientation recherche

En région Centre, une réflexion sur la mise en place d'un IRM à orientation recherche médicale mais qui pourrait également avoir une activité diagnostique est en cours de finalisation. Cet équipement sera à autoriser en sus du parc IRM polyvalents, dédiés et spécialisés.

Gamma caméra – scintigraphie

Gamma caméra – scintigraphie Polyvalente

La faible densité de médecins spécialistes en médecine nucléaire, l'utilisation d'isotopes radioactifs et la maintenance des installations incitent à ne pas disperser les équipements.

Il est recommandé, pour chaque territoire de santé, l'implantation sur un même site de deux appareils au moins.

Cette recommandation justifie une autorisation de gamma-caméra dans le territoire du Loiret en sus du bilan des gamma-caméras fin 2013 soit 21 appareils fin 2016.

Gamma caméra – scintigraphie à vocation myocardique

Une réflexion sur la mise en place d'une gamma caméra orientée vers l'exploration du myocarde est en cours en Indre et Loire. Cet équipement est en sus du parc de gamma caméras à autoriser.

Tomographies à Emission de Positons (TEP)

La mise en œuvre des autorisations de Tomoscintigraphie par Emission de Positons (TEP) devra permettre d'améliorer la couverture en l'état de l'art et des explorations demandées.

Il est recommandé que chaque appareil soit situé sur le même site qu'une installation de scintigraphie.

Des conventions organisent l'accès des différents établissements publics et privés à ces équipements. Ces conventions précisent notamment les conditions liées au transport des patients entre les différentes structures.

Le développement de TEP justifie trois appareils en sus du bilan fin 2013 soit 10 appareils fin 2016.

En région Centre, une réflexion sur la mise en place d'un TEP-IRM pour la recherche médicale est en cours de finalisation. Cet équipement sera en sus du parc de TEP autorisé.

Cyclotron

Un cyclotron pourra être autorisé au sein d'un établissement du territoire de santé d'Indre-et-Loire afin de permettre l'utilisation de produits radioactifs à demi-vie réduite.

1.1.1.3 Coopérations, continuité des soins et permanence des soins

Toute activité de téléradiologie devra faire l'objet :

- d'un contrat de télémedecine à vocation d'imagerie
- et d'une convention entre les acteurs en application des textes réglementaires

Les bonnes pratiques d'examens d'imagerie (cf. HAS et SFR) s'appliquent dans le cadre de la permanence des soins et de la continuité de soins.

Coopérations

- Privilégier les équipements partagés entre les professionnels de l'imagerie de statut public et de statut privé
- Respecter les recommandations du G4 (site de la SFR)
- Respecter les orientations arrêtées par l'ARS de la région Centre
- Garantir la pérennité de participation à la PDS des professionnels de l'imagerie promoteurs d'un dossier d'autorisation et/ ou de renouvellement d'autorisation d'équipement lourd.

Permanence Des Soins (PDS) :

A. La PDS concerne l'imagerie en coupes, la radiologie conventionnelle d'urgence et l'échographie d'urgence

■ La zone géographique préférentielle de l'organisation de la PDS est le **territoire de santé** ce qui n'exclut pas la possibilité d'une mutualisation inter-territoriale.

■ Un schéma cible de PDS est donné en annexe pour chaque territoire de santé. Le dispositif de PDS intègre la mise en œuvre de la téléradiologie, dans le respect des orientations retenues sur le plan régional.

■ Le scanner en urgence :

Tous les établissements de santé de la région Centre, publics et privés, autorisés pour un Service d'Accueil et d'Urgence (SAU) possèdent au moins un scanner.

L'examen sera réalisé sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement.

Le fonctionnement du scanner en période de PDS est soumis au respect de toutes les conditions suivantes :

- L'établissement de santé met en œuvre une organisation d'astreinte ou de garde d'un manipulateur en électroradiologie.
- Le manipulateur en électroradiologie pourra à tout moment se référer au radiologue assurant la PDS. Ce dispositif fait l'objet d'une mention dans la convention liant les établissements de santé à la PDS.
- Le dispositif régional de transmission des images sera préférentiellement retenu par les établissements de santé.
- L'interprétation de l'acte d'imagerie effectué dans un établissement de santé autorisé pour un SAU sera réalisée par le radiologue assurant la PDS dans la zone géographique retenue.

■ Les actes d'échographie d'urgence :

Ils peuvent être réalisés sur place par les urgentistes diplômés en échographie ou par d'autres personnels formés et assistés en application des protocoles de coopération. Lorsque les conditions de réalisation de l'échographie sur place ne sont pas remplies, et si le médecin urgentiste juge cet examen indispensable et nécessaire dans l'urgence alors le patient sera transféré selon les modalités de recours à la régulation du 15.

■ Les examens de radiologie conventionnelle sont réalisés au plus près du SAU. L'urgentiste pourra si besoin solliciter l'avis du radiologue assurant la PDS, cet avis devra être rendu dans un délai compatible avec l'urgence.

B. La PDS concerne une filière d'urgence spécialisée relevant d'un Plateau Technique Hautement Spécialisé : urgence neurovasculaire, urgence pédiatrique, urgence gynéco-obstétricale, urgence cardio-vasculaire

Dans le cas d'une urgence relevant d'une filière spécialisée de prise en charge (neurovasculaire, pédiatrie, gynéco-obstétrique...) le recours à l'imagerie devra être organisé dans les conditions définies dans le volet concerné du SROS ou SIOS.

Continuité des soins :

Il est de la mission de chaque établissement de santé d'assurer la continuité des soins. Si la téléradiologie est utilisée, les principes applicables à cette dernière doivent être mis en œuvre.

1.1.1.4 Le recours à la téléimagerie

Les principes :

- . Il existera un serveur régional d'échange et de stockage des images accessibles aux professionnels de l'imagerie
- . Ce dispositif devra être privilégié par tous les établissements de soins ayant des obligations de permanence des soins et plus généralement les établissements ou structures souhaitant échanger des images dans un but de diagnostic ou d'expertise.

Les conditions de mise en œuvre :

Le bon usage professionnel et déontologique de la télé radiologie est réaffirmé selon le guide élaboré à cet effet par le Conseil Professionnel de la Radiologie (G4) et par le Conseil national de l'Ordre des Médecins disponible sur le site : <http://www.g4-radiologie.com/>

Les actes de télé médecine cités dans le Programme Régional de Télé médecine région Centre 2012-2016 sont les suivants :

La téléconsultation :

C'est une consultation médicale à distance d'un patient. Le patient, acteur à part entière, peut dialoguer avec le médecin téléconsultant. Un professionnel de santé (un autre médecin, une infirmière, un kinésithérapeute, un manipulateur radiologue...) peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

La téléexpertise :

Cet acte permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge du patient (données cliniques, radiologiques, biologiques ...).

La télésurveillance :

Cet acte a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par un professionnel de santé ou par le patient lui-même.

La téléassistance :

Un professionnel médical assiste à distance un autre médecin ou un professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

La régulation médicale :

Il s'agit, dans le cadre d'un appel au centre 15, de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

Concernant précisément la téléimagerie, le présent SROS est en cohérence avec les priorités déclinées dans le Programme de télé médecine, à savoir :

- Téléimagerie pour la Permanence des Soins et la continuité des soins
- Téléneurologie pour la prise en charge des AVC
- Expérimentation télé-échographique robotisée.

La téléimagerie ne doit pas remplacer sans raison valable un examen qui doit être pris en charge par un radiologue ou un échographiste local, notamment pour ce qui concerne les examens programmés. Elle est justifiée par l'état du patient, la continuité ou la permanence des soins ou plus généralement par des circonstances particulières de temps et de lieu. La téléimagerie est une modalité qui complète l'activité d'une structure de radiologie disposant d'un temps de radiologue référent médical sur place.

L'exercice de la téléimagerie s'appuie sur une organisation médicale détaillée formalisée par des protocoles rédigés par les professionnels de santé concernés. Ces protocoles font l'objet de contrats transmis à l'ARS et soumis pour avis au comité régional de l'imagerie. Ils comportent notamment la description des stratégies diagnostiques, les modalités d'accompagnement et de surveillance du patient ainsi que les conditions techniques de réalisation de l'examen.

1.1.1.5 Les référentiels médicaux en imagerie

Les sites des référentiels sont :

Les référentiels de bonnes pratiques en imagerie médicale sont accessibles aux médecins généralistes, -radiologues et médecins urgentistes sur les sites professionnels suivants :

- <http://www.sfr-radiologie.asso.fr>
- <http://www.irsn.org>
- <http://www.asn.fr>
- <http://www.has-sante.fr>
- <http://www.sfip-radiopediatrie.org>

La réalisation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

La réalisation d'EPP portant sur l'imagerie est encouragée.

1.1.1.6 La coopération entre professionnels

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a prévu la possibilité d'établir, sous l'autorité de l'ARS et après validation de la HAS, des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Ainsi les professionnels de santé pourront soumettre à l'ARS un protocole de coopération ou adhérer à un protocole de coopération déjà autorisé pour les échographies.

1.1.1.7 Les besoins de formation

La formation en général

L'ARS encourage toutes les actions de formation contribuant à améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients dans le domaine de l'imagerie :

- Radioprotection
- Echographie d'urgence
- Téléimagerie
- Coopération entre professionnels de santé*
- Développement de nouvelles pratiques ou de nouveaux outils (système d'information...)

La formation à l'échographie

La place de l'échographie dans la pratique médicale évolue rapidement. Les actes sont en pratique réalisés soit par les spécialistes de l'imagerie dans le cadre d'une démarche diagnostique multimodalité soit par les spécialistes d'organe (cardiologie, gynéco-obstétrique, anesthésie, réanimation, gastro-entérologie ...). La question de la formation est centrale dans ce domaine où les années qui viennent verront le parc de machines installées augmenter, y compris avec de petits échographes de poche dont les utilisateurs devront apprécier les avantages mais aussi les limites. Un autre facteur d'extension de l'outil est l'aide aux gestes thérapeutiques (gestes échoguidés : pose d'abords vasculaires, anesthésie loco-régionale) où cet outil apporte une sécurité incontournable. Enfin, l'échographie est un des domaines où la coopération entre professionnels prévue par la loi HPST du 21 juillet 2009 est en cours de mise de place dans selon des protocoles bien définis.

La formation à l'échographie notamment dans le cadre de la permanence des soins peut être partiellement comblée en proposant aux médecins urgentistes une formation à l'échographie d'urgence.

La formation à la téléimagerie

Des formations destinées aux manipulateurs d'électroradiologie sont nécessaires pour la maîtrise des procédures de téléimagerie.

1.1.2 EVALUATION ET SUIVI

Indicateurs :

- Suivi annuel des implantations prévues
- Nombre d'IRM spécialisées
- Evolution du dispositif de garde et astreintes selon les cartes par territoire annexées
- Nombre de structures utilisant la téléimagerie et nombre de convention de téléimagerie
- Délais d'attente par pathologie « traceuse », par organe « traceur » et par pathologie ciblée INCa conformément au chapitre 1.1.1.

IMAGERIE Implantations et appareils - Révision SROS 2014

Scanner

Territoires	Implantations		Appareils		Implantations	Appareils
	2012	2016	2012	2016	Ecart	Ecart
Cher	4	4	6	6	0	0
Eure et Loir	6	6	7	8	0	1
Indre	3	4	4	5	1	1
Indre et Loire	9	9	11	12	0	1
Loir et Cher	5	5	6	7	0	1
Loiret	10	9	12	14	-1	2
Total	37	37	46	52	0	6

Institut médico-légal 1 appareil de scanner en sus des appareils mentionnés ci-dessus.

IRM

Territoires	Implantations		Appareils		Implantations	Appareils
	2012	2016	2012	2016	Ecart	Ecart
Cher	2	3	2	5	1	3
Eure et Loir	3	3	4	6	0	2
Indre	1	1 ou 2	1	3	0 ou 1	2
Indre et Loire	7	7	8	12	0	4
Loir et Cher	3	4	3	5	1	2
Loiret	5	8	7	12	3	5
Total	21	26 ou 27	25	43	5 ou 6	18

IRM avec une orientation recherche : 1 appareil en sus de ceux mentionnés ci-dessus

Gamma caméra

Territoires	Implantations		Appareils		Implantations	Appareils
	2012	2016	2012	2016	Ecart	Ecart
Cher	1	1	2	2	0	0
Eure et Loir	1	1	2	2	0	0
Indre	1	1	1	2	0	1
Indre et Loire	3	3	5	6	0	1
Loir et Cher	1	1	2	2	0	0
Loiret	3	3	6	7	0	1
Total	10	10	18	21	0	3

Gamma caméra-scintigraphie à vocation myocardique : 1 appareil en sus des appareils mentionnés ci-dessus dans l'Indre-et-Loire

TEP

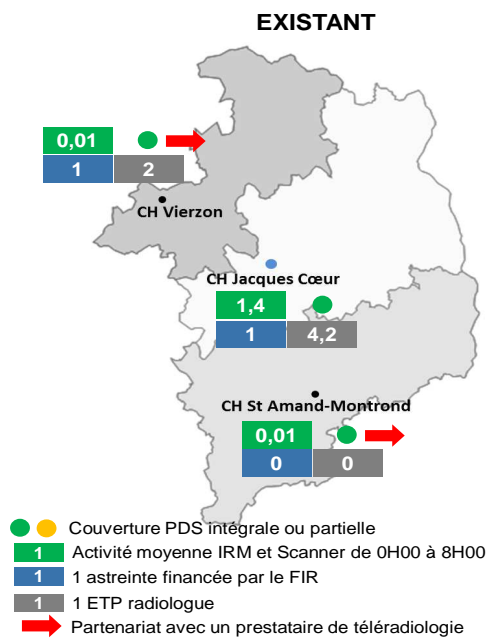
Territoires	Implantations		Appareils		Implantations	Appareils
	2012	2016	2012	2016	Ecart	Ecart
Cher	1	1	1	1	0	0
Eure et Loir	1	1	1	1	0	0
Indre	0	0	0	0	0	0
Indre et Loire	2	2	2	4	0	2
Loir et Cher	0	0	0	0	0	0
Loiret	1	3	1	4	2	3
Total	5	7	5	10	2	5

TEP-IRM pour la recherche médicale : 1 appareil en sus des appareils mentionnés ci-dessus

Cyclotron

Territoires	Implantations		Appareils		Implantations	Appareils
	2012	2016	2012	2016	Ecart	Ecart
Cher	0	0	0	0	0	0
Eure et Loir	0	0	0	0	0	0
Indre	0	0	0	0	0	0
Indre et Loire	0	1	0	1	1	1
Loir et Cher	0	0	0	0	0	0
Loiret	0	0	0	0	0	0
Total	0	1	0	1	1	1

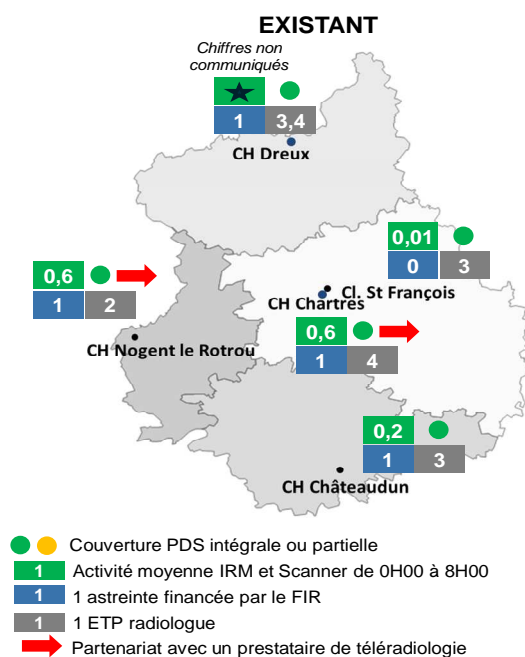
Déclinaison du fonctionnement dans le Cher



CIBLE

- Imagerie en coupes et radiologie conventionnelle : Déployer progressivement le dispositif de téléimagerie permettant à terme la mise en œuvre d'une permanence de radiologue afin d'assurer la permanence des soins des établissements publics et privés siège de service d'urgence.
- L'ensemble des radiologues publics et libéraux participe à cette permanence.
- Cette permanence est organisée par territoire voire en inter-territorialité.
- Echographie : L'organisation se réfère aux principes du chapitre 1.1.2.3 du SROS imagerie.
- Dans chaque territoire, un groupe de travail sera constitué par l'ARS avec les professionnels de santé afin de mener la réorganisation et le suivi de la mise en œuvre.

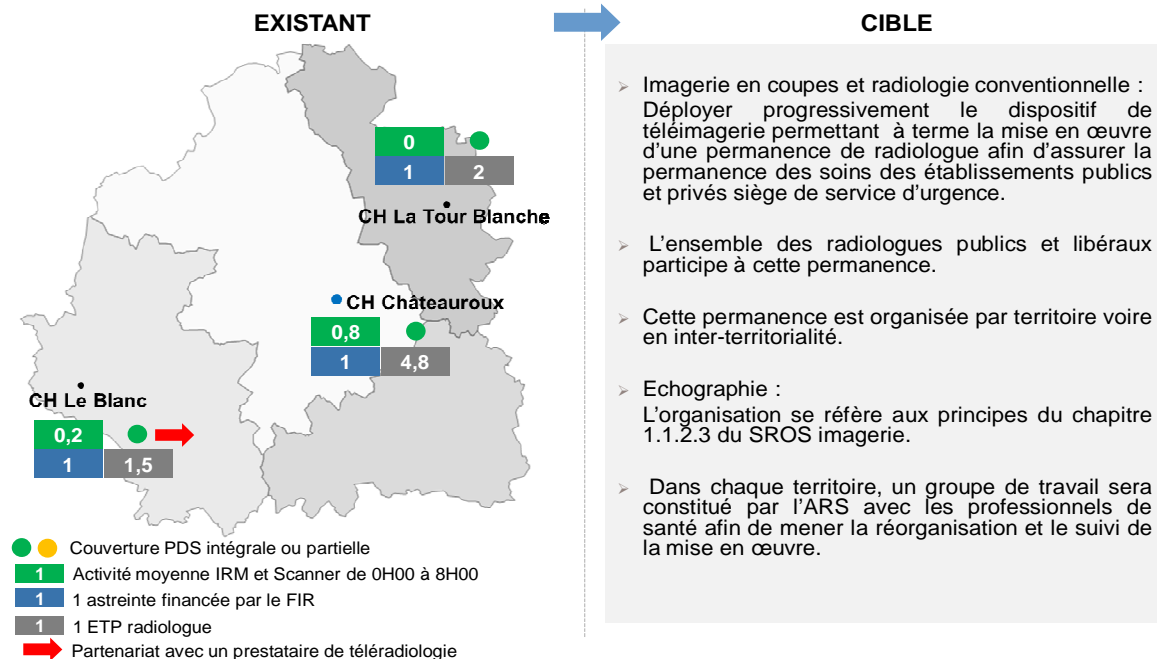
Déclinaison du fonctionnement dans l'Eure-et-Loir



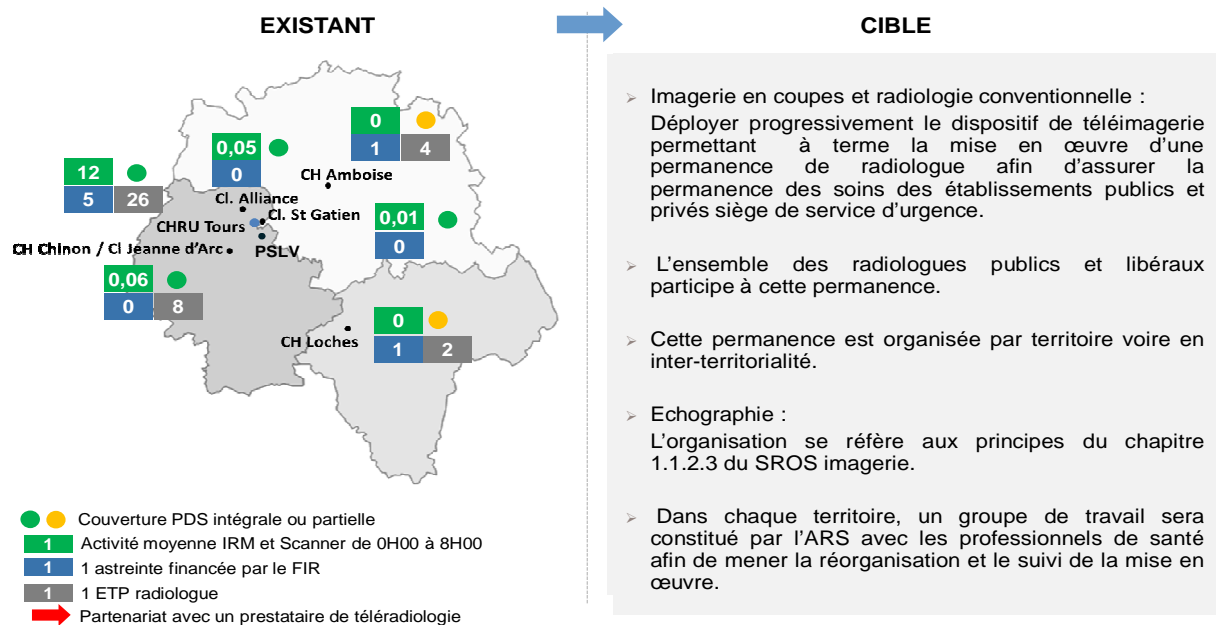
CIBLE

- Imagerie en coupes et radiologie conventionnelle : Déployer progressivement le dispositif de téléimagerie permettant à terme la mise en œuvre d'une permanence de radiologue afin d'assurer la permanence des soins des établissements publics et privés siège de service d'urgence.
- L'ensemble des radiologues publics et libéraux participe à cette permanence.
- Cette permanence est organisée par territoire voire en inter-territorialité.
- Echographie : L'organisation se réfère aux principes du chapitre 1.1.2.3 du SROS imagerie.
- Dans chaque territoire, un groupe de travail sera constitué par l'ARS avec les professionnels de santé afin de mener la réorganisation et le suivi de la mise en œuvre.

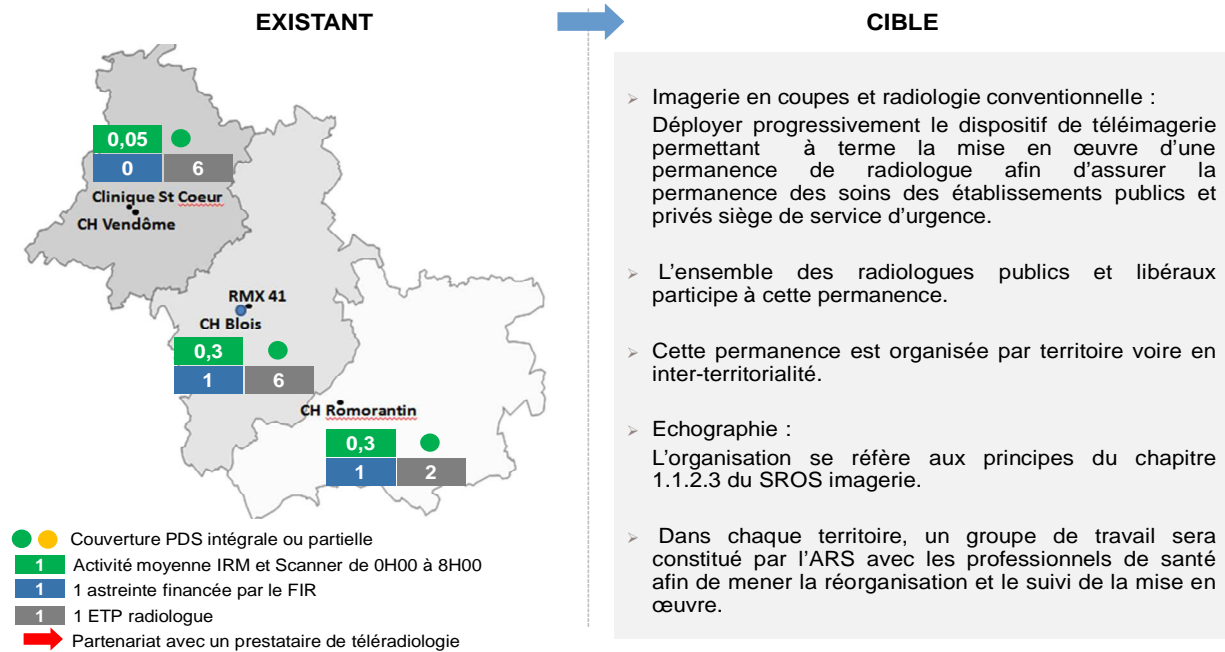
Déclinaison du fonctionnement dans l'Indre



Déclinaison du fonctionnement dans l'Indre-et-Loire



Déclinaison du fonctionnement dans le Loir-et-Cher



Déclinaison du fonctionnement dans le Loiret

