

# Révision des OQOS et de la PDSES

## Schéma régional de santé 2023-2028

# TABLE DES MATIÈRES

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) – Version révisée – .....	3
Médecine .....	4
Chirurgie .....	8
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale.....	13
Psychiatrie .....	18
Soins médicaux et de réadaptation.....	26
Médecine d'urgence.....	35
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par expuration extrarenale .....	42
Traitement du cancer .....	45
Permanence des soins en établissement de santé (PDSES) – Version révisée – .....	50

# LES OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS (OQOS) RÉVISÉS

- Les fiches des OQOS ci-jointes concernent uniquement les fiches des OQOS révisées. Les autres OQOS demeurent inchangés.
- Les passages révisés sont signalés par la surbrillance jaune. Une notice explicative des révisions apportées est jointe en accompagnement.

# MÉDECINE

## 1. Zone de référence

La zone de référence est le département.

## 2. Éléments de diagnostic et constats à l'issue du SRS 2018 – 2022

Les autorisations de médecine en hospitalisation complète ont été sensiblement maintenues sur le territoire. Des évolutions par fusion ou transformation de l'offre ont été opérées en fin de PRS 2 dans le Loiret. L'offre de médecine proposée s'est révélée suffisante pour prendre en charge dans des conditions optimales, après réorganisation des organisations internes, l'augmentation du flux de patients liée à la crise sanitaire. La répartition de l'offre de soins et des lits de médecine en région permet à ce jour à une majorité de la population de bénéficier d'un accès aux services de médecine dans un délai moyen de 30 à 45 mn. L'offre de lits de soins palliatifs reste stable et s'élève à 340 (+2 par rapport à 2018). On note une progression de l'ambulatoire en médecine tant dans les établissements publics que les établissements privés.

Suite à la crise sanitaire, la téléconsultation s'intègre progressivement dans les parcours de santé. Des parcours d'admissions directes non-programmées des personnes âgées de 75 ans et plus sont en cours de construction en région, suite à la parution du Pacte de refondation des urgences.

En moyenne sur la région, les hospitalisations des patients de plus de 75 ans représentent une fourchette entre 31 et 38 % des séjours de médecine selon les départements.

Les implantations au 31 mars 2023 :

SRS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE		
Médecine		
ZONES D'IMPLANTATION	Nombre d'implantations géographiques existantes au 31/03/2023	
	Implantations médecine	Dont autonome
<b>Cher (18)</b>	5	1
<b>Eure-et-Loir (28)</b>	7	1
<b>Indre (36)</b>	6	0
<b>Indre-et-Loire (37)</b>	11	0
<b>Loir-et-Cher (41)</b>	5	0
<b>Loiret (45)</b>	11	1
<b>Total</b>	45	3

## 3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Le cadre réglementaire est rénové par décrets du 25 juillet 2022. Ainsi, l'activité de médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée, à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, de pathologies aiguës ou chroniques, des patients dont l'état de santé nécessite des soins ou une surveillance de nature médicale, dans un établissement de santé, en hospitalisation à temps complet ou partiel.

Le titulaire de l'autorisation doit s'assurer du recueil et de l'analyse de données issues des pratiques professionnelles, dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques.

Le titulaire de l'autorisation de médecine dispose sur son site :

- De moyens d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, adaptés à l'âge et à l'autonomie du patient.

Par dérogation, l'autorisation peut être accordée à un demandeur disposant sur son site d'une seule forme d'hospitalisation à condition : soit qu'il détienne une autre autorisation de médecine proposant la forme d'hospitalisation manquante sur un site à proximité ; soit qu'il conclut une convention avec un autre titulaire proposant la forme d'hospitalisation manquante située sur le même site, ou à défaut, sur un site à proximité.

- D'une organisation permettant l'accueil des patients en séjour programmé ou, lorsque l'état de santé l'exige s'agissant d'une personne âgée et à la demande expresse d'un médecin, en admission directe.
  - Mise en place de moyens d'échanges directs avec les médecins et les établissements du territoire. Le titulaire de l'autorisation de médecine dispose dans un délai compatible avec la sécurité des soins d'un accès, sur site ou par convention, aux :
    - Examens d'imagerie médicale (notamment par échographie, scanographe à utilisation médicale et par appareil d'imagerie par résonance magnétique nucléaire),
    - Examens de biologie médicale et d'anatomopathologie.

La volonté régionale est de maintenir et de conforter le maillage existant des hôpitaux bénéficiant du label « hôpital de proximité ».

#### 4. Objectifs qualitatifs

##### **AXE 1 : Soutenir une organisation de prise en charge de la personne âgée**

- Organiser un parcours spécifiquement adapté pour les patients vulnérables ou ayant plus de 75 ans, sur l'ensemble des territoires et au plus près des lieux de vie. L'expertise gériatrique sera coordonnée au sein d'un parcours de santé qui peut s'avérer complexe. Ce parcours sera favorisé par l'admission des patients en hospitalisation sans passage par les services d'accueil des urgences.
- Certains hôpitaux de jour pourraient développer des soins plus spécialisés ou traiter l'aspect préventif auprès de ces patients (Cf. offre de proximité et parcours personne âgée). En effet, l'hôpital de jour gériatrique est un levier sur lequel s'appuyer en vue de désengorger les services hospitaliers tout en offrant un confort aux malades, qui ne sont plus obligés d'être hospitalisés, pour la même efficacité en termes de soins.

##### **AXE 2 : Organiser les parcours de soins entre proximité et recours**

Développer les protocoles de coopérations et de consultations avancées entre les différentes structures de soins du territoire. La coordination de l'offre de recours est un enjeu majeur entre les établissements dit supports et ceux de proximité. Aussi, un patient doit pouvoir bénéficier d'une offre de soins adaptée sur l'établissement au plus proche de chez lui, mais si son état de santé le nécessite, l'articulation de l'offre lui permettra une prise en charge en secteur spécialisé dans un centre de recours avant de revenir sur son établissement d'origine. Cette volonté de coopération publique/publique – publique/privée permettra de fluidifier des parcours au bénéfice des patients en proposant l'ensemble des modalités de prise en charge de manière concertée entre hôpital de proximité et établissement de santé de recours.

##### **AXE 3 : Développer les parcours hospitaliers / hospitalisation de jour / médecine de ville**

- Définir la mise en place d'un parcours de soins spécifique, à visée diagnostique et ou thérapeutique, au travers de séjours en hospitalisation de jour, ou sur des temps d'hospitalisations de semaine de 4 jours maximum (ex : mardi → vendredi). Ces temps devront permettre la mise en place de consultations spécialisées. Ces bilans qualifieront les patients et permettront des données précises sur leur état de santé de façon prospective, ainsi que le parcours de santé nécessaire pour éviter les

phases aiguës. Ces consultations pourront s'appuyer sur des outils tels que la télémédecine et la télé-expertise, avec l'aide des professionnels de santé que sont les IPA.

- Proposer un parcours de soins ambulatoire territorial coordonné à l'issue de cette évaluation, en lien avec le médecin traitant et les CPTS. Ainsi, cela permettra au patient un suivi régulier, évitant ainsi les hospitalisations sur des décompensations sévères. Ce parcours renforcera également le lien ville-hôpital. Le lien hospitalisation complète / hôpital de jour doit être au cœur de ces parcours.
- Evaluer la pertinence des prises en charge pour offrir à la population la meilleure modalité (HC/HDJ).

#### **AXE 4 : Anticiper les besoins saisonniers dans les unités de médecine enfants**

Etablir des plans d'actions en vue d'anticiper les maladies saisonnières occasionnant des pics d'activités et des flux importants dans les unités. Cela permettra d'éviter ou diminuer la saturation des services, mais également d'améliorer les conditions de prise en charge des jeunes patients.

#### **AXE 5 : Soutenir l'offre en lien avec les besoins de la population en travaillant en priorité sur les réouvertures de lits**

- La région doit veiller à maintenir *a minima* l'offre actuelle tout en optimisant les ratios d'équipements par territoire. A ce stade, deux leviers sont identifiés pour atteindre cet objectif :
  - Une taille critique de 25 lits doit être recherchée pour garantir un équilibre entre proximité, efficacité des soins et attractivité pour les professionnels de santé,
  - Le nombre de lits réellement ouverts. La réouverture des lits pour les structures actuellement autorisées avant toute nouvelle autorisation de médecine en hospitalisation complète sera analysée.

Les services de médecine doivent également fléchir des lits de repli pour la néphrologie et construire des parcours patients avec des lits à orientation neurovasculaire, cardiologique et diabétologique dans les établissements de proximité.

#### 5. Objectifs quantitatifs – Implantations

ZONES D'IMPLANTATION	Médecine	
	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
	Minimum	Maximum
<b>Cher (18)</b>	5	5
<b>Eure-et-Loir (28)</b>	5	5
<b>Indre (36)</b>	5	6
<b>Indre-et-Loire (37)</b>	11	11
<b>Loir-et-Cher (41)</b>	5	6
<b>Loiret (45)</b>	9	9
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>42</b>

Dans l'Indre, la coopération publique/privée des établissements sanitaires de Châteauroux engagée pose le principe d'une plus grande complémentarité de leurs activités de soins entre les deux structures et a pour objectif, à terme, de regrouper les deux structures sur un même site.

## 6. Indicateurs

- Nombre d'entrées directes dans les services de médecine des patients âgés de plus de 75 ans,
- Taux d'occupation des lits identifiés supérieur à 87 %,
- Nombre de passages aux urgences suivi d'une hospitalisation des patients inscrits dans les parcours de soins territoriaux,
- Taux d'occupation des lits en médecine enfant (pédiatrie) lors des pics épidémiques,
- Durée moyenne de séjour des patients âgés de plus de 75 ans.

# CHIRURGIE

## Introduction

L'activité de soins de chirurgie consiste en la prise en charge à visée diagnostique ou thérapeutique des patients nécessitant ou susceptibles de nécessiter un geste interventionnel invasif ou mini-invasif réalisé dans un secteur interventionnel quelle que soit la voie d'abord et la mise en œuvre d'une continuité des soins.

Cette activité requiert, pour sa réalisation, des niveaux d'environnement adaptés à la complexité et au niveau de risque du geste, ainsi qu'au type de patient pris en charge. Ces soins s'inscrivent dans une prise en charge globale des patients. Elle comporte également des actions de prévention et d'éducation à la santé.

### 1. Zone de référence

La zone de référence est le département.

### 2. Éléments de diagnostic et constats à l'issue SRS 2018 – 2022 – Situation des implantations au 31/03/2023

L'offre de chirurgie est complète en région Centre Val de Loire. Le nombre de sites autorisés s'élève au 31 mars 2023 à 30.

SRS – OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE			
ZONES D'IMPLANTATION	HC	Dont partielle	HDJ Autonome
<b>Cher (18)</b>	4	4	0
<b>Eure-et-Loir (28)</b>	3	3	2
<b>Indre (36)</b>	3	3	0
<b>Indre-et-Loire (37)</b>	8	8	0
<b>Loir-et-Cher (41)</b>	4	4	0
<b>Loiret (45)</b>	6	6	0
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>2</b>

Le taux régional de chirurgie ambulatoire s'établit en 2021 à 62.19%. L'Eure-et-Loir atteint même 64.9% et le Loiret 66.3%.

### 3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Le cadre réglementaire est rénové par décrets du 29 décembre 2022. Ils concernent la chirurgie, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie. Concernant la chirurgie, seule autorisation de soins traitée dans ce chapitre, elle se décline dorénavant en trois modalités :

- La chirurgie adulte qui se répartit ensuite en 11 Pratiques thérapeutiques spécifiques (PTS),
- La chirurgie pédiatrique pour les enfants de moins de 15 ans. Celle-ci peut aller si besoin jusqu'à 18 ans. Cette autorisation est obligatoire pour les spécialités chirurgicales viscérales (digestif et viscéral, gynécologique, urologique thoracique et hépatique) et chirurgie orthopédique (orthopédie et traumatologie). A défaut d'une autorisation spécifique de chirurgie pédiatrique, une autorisation de chirurgie adulte peut dans certaines conditions permettre de réaliser certaines activités de chirurgie pédiatrique,

- La chirurgie bariatrique, dorénavant soumise à seuil fixé par arrêté du ministre en charge de la santé en date du 29 décembre 2022.

Cette réforme des autorisations de chirurgie impulse une nouvelle dynamique dans l'approche des parcours patients. Concernant la chirurgie adulte et ses 11 PTS, il est posé comme orientation une **couverture départementale pour les PTS 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11 et une couverture régionale ou interdépartementale pour les PTS 3, 4 et 8<sup>1</sup>**. La complémentarité pour les PTS départementales devra être recherchée entre les ES du département afin de garantir à la population une offre complète de prise en charge.

Le titulaire de l'autorisation de chirurgie peut sous certaines conditions réaliser une activité de soins de radiologie interventionnelle (secteur interventionnel à accès contrôlé, plateau technique adapté...). L'objectif est de pouvoir développer l'activité interventionnelle pour limiter certains actes de chirurgie.

Concernant la chirurgie pédiatrique, un Dispositif Spécifique Régional (DSR) devra se constituer sur la base d'un cahier des charges national, afin de rendre lisible la filière pédiatrique.

#### 4. Objectifs qualitatifs

##### **AXE 1 : CHIRURGIE AMBULATOIRE ET COURTS SEJOURS**

Poursuivre le déploiement de la chirurgie ambulatoire en formalisant les circuits de prise en charge, en s'appuyant sur les évolutions à venir des pratiques professionnelles, sur les plans techniques et technologiques. Les parcours doivent se faire *via* des filières chirurgicales en distinguant ce qui relève du bloc opératoire chirurgicale nécessitant une hospitalisation complète ou ambulatoire. Les ES devront mener une réflexion sur les durées moyennes de séjour afin de favoriser, pour les séjours courts, les circuits « *Fast track* » en collaboration avec l'ensemble des acteurs et, pour les séjours complexes, le développement de programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) selon les spécialités ou les techniques adaptées (oncologie, etc.).

Une expérimentation d'une à deux offices *surgery* pourra être conduite en région afin de répondre à l'identification de certaines pratiques chirurgicales actuelles et à venir. Il fera l'objet d'un appel à projets.

##### **AXE 2 : PERMANENCE DES SOINS**

Pour tout détenteur d'autorisations de chirurgie :

- Mettre en place une organisation permettant de garantir la continuité des soins, et ce en dehors des heures d'ouvertures de l'unité, y compris les week-ends et jours fériés, dans le cadre d'un parcours patient coordonné et sécurisé du pré-opératoire au suivi post-chirurgical. Cette organisation devra être connue du patient et transmise au SAMU du département,

---

1. Les PTS sont précisées dans le décret du 29/12/2022 : 1 Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale; 2 Chirurgie orthopédique et traumatologique; 3 Chirurgie plastique reconstructrice; 4 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire à l'exception de l'activité mentionnée à l'article R. 6123-69; 5 Chirurgie vasculaire et endovasculaire; 6 Chirurgie viscérale et digestive; 7 Chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins mentionnée au 30 de l'article R. 6122-25; 8 Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière; 9 Chirurgie ophtalmologique; 10 Chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale; 11 Chirurgie urologique.

- Mettre en place une organisation de soins non programmés (SNP) dans certaines spécialités (ORL, ophtalmologie,...), soins ne relevant pas de l'urgence vitale mais pour lesquels une prise en charge par un professionnel de santé du territoire est nécessaire.
- Assurer, pour cette activité de soins, une permanence de soins adaptée et répondant aux besoins locaux, sur des critères objectifs *via* des coopérations ou des mutualisations publique/publique ou publique/privée afin de garantir la sécurité des soins dans un contexte de démographie médicale déficitaire.

La PDSES en chirurgie, en fonction des spécialités, pourra couvrir plusieurs départements et/ou sera organisée sous forme graduée.

### **AXE 3 : PARCOURS TERRITORIAL**

Mettre en place un parcours territorial de l'opéré, avec un lien fort entre unité de soin en chirurgie, hôpitaux de proximité et les unités de SMR. Les liens inter-établissements, confortés par les dispositifs d'appuis à la coordination doivent permettre aux patients de bénéficier d'un parcours de réhabilitation organisé, précoce, et adapté à leurs besoins.

### **AXE 4 : RENFORCEMENT DES PARCOURS COMPLETS EN CHIRURGIE BARIATRIQUE**

L'organisation et la participation à un programme personnalisé du patient sont impératifs. La prise en charge chirurgicale doit être concertée, coordonnée et suivie par l'ensemble des acteurs. La continuité des soins doit être clairement définie au sein d'un parcours intra et inter-établissements afin de garantir qualité et sécurité. Le travail des Centres spécialisés Obésité (CSO) de la RCVL a vocation à créer un réseau d'établissements de santé assurant cette activité en travaillant tant sur l'amont et l'aval de la prise en charge.

### **AXE 5 : PORTER UNE ORGANISATION GRADUEE DE LA CHIRURGIE PEDIATRIQUE**

Concernant la chirurgie pédiatrique, l'objectif pour la région est de proposer une gradation de l'offre pour ses prises en charge sous l'égide du dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique:

- Chirurgie pédiatrique de proximité en ambulatoire,
- Chirurgie pédiatrique spécialisée avec un service de pédiatrie ou de chirurgie pédiatrique pour l'hospitalisation complète servant de support au département,
- Chirurgie pédiatrique de recours portée par les 2 CHU de la région

Le dispositif régional de chirurgie pédiatrique, créé par la réforme, sera en charge d'organiser et de coordonner cette gradation, ainsi que de promouvoir la lisibilité de l'offre.

#### 5. Objectifs quantitatifs

Au regard de la réforme des autorisations, il sera nécessaire de déposer des demandes distinctes pour la chirurgie adulte, pédiatrique et bariatrique. Concernant la chirurgie adulte, les PTS devront être précisées dans le dossier de demande d'autorisation.

### Implantations Chirurgie adulte

ZONES D'IMPLANTATION	Chirurgie adultes Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)			
	HC ET CHIRURGIE AMBULATOIRE		CHIRURGIE AMBULATOIRE	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
<b>Cher (18)</b>	3	4	0	1
<b>Eure-et-Loir (28)</b>	3	3	2	2
<b>Indre (36)</b>	2	3	0	1
<b>Indre-et-Loire (37)</b>	6	7	0	1
<b>Loir-et-Cher (41)</b>	3	4	0	1
<b>Loiret (45)</b>	5	6	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>27</b>	<b>2</b>	<b>7</b>

### Chirurgie pédiatrique

ZONES D'IMPLANTATION	Chirurgie pédiatrique Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)			
	HC ET CHIRURGIE AMBULATOIRE		CHIRURGIE AMBULATOIRE	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
<b>Cher (18)</b>	0	1	1	3
<b>Eure-et-Loir (28)</b>	0	1	1	3
<b>Indre (36)</b>	0	1	1	2
<b>Indre-et-Loire (37)</b>	1	1	1	2
<b>Loir-et-Cher (41)</b>	0	1	1	3
<b>Loiret (45)</b>	1	1	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>16</b>

### Chirurgie bariatrique

ZONES D'IMPLANTATION	Chirurgie bariatrique Nombre d'implantations géographiques HC (SRS 2023-2028)	
	Minimum	Maximum
<b>Cher</b>	1	1
<b>Eure-et-Loir</b>	1	2
<b>Indre</b>	1	1
<b>Indre-et-Loire</b>	2	2
<b>Loir-et-Cher</b>	1	1
<b>Loiret</b>	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>9</b>

## 6. Indicateurs

- Taux de chirurgie ambulatoire.
- Taux de rotation des places en chirurgie ambulatoire.
- Nombre de déclaration d'événements indésirables graves (E.I.G)
- Le taux de suivi des indicateurs de qualité et de vigilance des ES.
- Taux de fuite par mention.
- Nombre de programme RAAC par ES

# GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE

## 1. Zone de référence

La zone de référence est le département.

## 2. Éléments de diagnostic – Situation des implantations

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins ont été atteints.

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE				
	Graduations	Cible		Bilan au 24/01/23
		Mini	Maxi	
<b>Région Centre-Val de Loire</b>	Unité obstétrique	5	11	8
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie sans soins intensifs	4	4	4
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs	4	4	4
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	2	2	2
	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>18</b>
	TOTAL Centres Périnataux de Proximité (CPP) <sup>2</sup> *	4	9	7

*\*Les CPP sont notés pour information mais ne relèvent pas d'OQOS.*

Malgré des objectifs atteints, l'année 2022 a connu des fermetures temporaires auprès de certaines maternités dans la région. Cela a eu un fort impact sur l'organisation qui s'est vue dégrader et les établissements contraints de limiter une partie de leurs activités.

La fragilité de l'offre reste liée à la démographie des professionnels de santé suite à des départs à la retraite, mais aussi le recours à l'intérim.

Deux maternités se sont vues contraintes de fermer, mais ont été remplacées par des CPP pour maintenir l'offre de proximité, dont un en lien étroit avec une maternité.

L'un des enjeux sera de consolider l'offre existante.

## 3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales

Les orientations nationales vont vers la consolidation de parcours de soins adaptés, le dépistage et la prise en charge des vulnérabilités, la mise en œuvre d'un milieu propice au développement des compétences psychosociales. A l'échelon national, compte tenu de la baisse du nombre de maternités, il y a un engagement des maternités permettant d'offrir une solution d'hébergement temporaire pour les patientes résidant à plus de 45 minutes.

<sup>2</sup>. Les CPP sont notés pour information mais ne relèvent pas d'OQOS.

En région Centre-Val de Loire, la priorité reste de proposer des parcours de soins de qualité et sécurisés, en permettant une orientation correcte des patients et parents tenant compte de leurs spécificités et de leurs souhaits.

#### 4. Objectifs qualitatifs

### **AXE 1 : AMELIORER LES CONDITIONS DE LA GROSSESSE ET DE LA NAISSANCE**

Cette priorité est en lien notamment avec le *parcours Santé maternelle et infantile* du PRS 3.

#### **Objectif 1 : Orientation, transfert, sécurité, parcours adaptés pour chaque patiente et son(es) enfant(s)**

- Evaluer les risques afin de suivre, conseiller et orienter au mieux la femme tout au long de la grossesse ainsi que lors de son accouchement :
  - Renforcer l'accès aux entretiens pré et postnataux,
  - Améliorer la capacité à accompagner les patients vulnérables en favorisant la pluridisciplinarité au sein des parcours.
  
- Gradation de l'offre permettant à chaque patiente d'être prise en charge dans une maternité adaptée à son niveau de risque :
  - Consolidation de l'offre de soin notamment en unité de soin de néonatalogie avec ou sans soins intensifs,
  - Organisation et suivi des transferts *in utero* accompagnés par le réseau Périnatal,
  - Conforter les services qui sécurisent la prise en charge pédiatrique,
  - Assurer la qualité et la sécurité des prises en charge en maternité.
  
- Développement d'une culture de la sécurité et qualité des soins pour les professionnels de santé :
  - Formation continue par le réseau périnatal,
  - Organisation de Revue de Morbi-Mortalité (RMM) et revue des Evènements indésirables graves associés aux soins (EIGS).
  
- Accompagner la création d'au moins une maison de naissance sur le territoire
  
- Réduire les délais d'accès à la PMA
  
- Dépister précocement et mieux accompagner les nouveaux - nés et jeunes enfants le nécessitant :
  - Poursuivre les actions de dépistage :
    - Dépistage néonatal,
    - Poursuite du dépistage des troubles de l'audition.
  - Poursuivre le suivi adapté des enfants vulnérables par le réseau Grandir Ensemble en région Centre
  
- Anticiper les situations de tension et de crise :
  - Anticiper les tensions hospitalières et les pics épidémiques,

- Anticiper l'évolution démographique des professionnels de santé en favorisant les délégations de pratique, les protocoles de coopération et les nouvelles pratiques.

## **Objectif 2 : Consolidation/diversification de l'offre de proximité**

- Permettre à chaque maternité d'adapter leur offre au besoin du bassin de population :
  - En diversifiant l'offre des maternités réalisant moins de 1 000 accouchements par an,
  - En recentrant l'activité sur leur cœur de métier pour les maternités réalisant plus de 1 000 accouchements par an ou qui ont une mission de recours.
- Confirmer le rôle du CPP dans le suivi de grossesse : l'offre de soin propose une prise en charge des consultations tout au long de la grossesse, mais aussi dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité. Leur rôle pourra s'élargir à la prévention et au dépistage.
- Permettre à chaque acteur d'enrichir son rôle
  - Conforter le rôle des sage-femmes, leur permettant de diversifier leur exercice,
  - Renforcer le rôle des infirmières puéricultrices.
- Permettre une sortie de maternité adaptée au souhait des parents et au contexte familial :
  - Sortie précoce,
  - HAD (mention ante et post-partum et mention Enfants de moins de 3 ans),
  - Développement des entretiens postnataux.

## **AXE 2 : AMELIORER LA SANTE DES FEMMES**

- Garantir la prévention et la prise en charge des grossesses non-désirées :
  - Garantir l'accès à l'IVG en maintenant l'offre et permettant son élargissement aux termes entre 14 et 16 SA,
  - Améliorer l'accès à la contraception.

En complément, voir objectif opérationnel n°4 sur la prévention et la promotion de la santé sexuelle.

- Améliorer la prise en charge de l'endométriose
  - Mettre en place un dispositif régional de coordination pour mieux organiser les filières de soin.
- Ouvrir la possibilité aux femmes victimes de violence d'être mieux prises en charge et dépistées en sensibilisant les professionnels et proposant des unités d'accueil offrant un point d'entrée dans un dispositif transversal de prise en charge

### 5. Objectifs quantitatifs – Implantations

Les implantations tiennent compte de la démographie des professionnels de santé, de son évolution afin de garantir la sécurité des prises en charge dans chaque structure maintenue tout en permettant de poursuivre les suivis de grossesse et du *post partum* non-immédiats en proximité. La volonté est de maintenir l'offre existante et d'accompagner les transformations en CPP lorsque cela est nécessaire.

A l'échelle régionale, la gradation des soins périnataux devra s'appuyer sur le renforcement des liens entre les maternités, en particulier par la création de pôles inter établissements ou de fédérations inter hospitalières. Ces coopérations doivent permettre par le biais de protocoles et de formations partagés de sécuriser les prises en charge.

La transformation sur le Loiret ne sera effective qu'après la mise en place d'un pôle inter-établissements.

ZONES D'IMPLANTATION	Gynécologie-Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)			
	Graduations	Bilan au 24/01/23	Minimum	Maximum
<b>Cher (18)</b>	Unité obstétrique	3	2	3
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie sans soins intensifs	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	0	0	0
	TOTAL	4	3	4
	CPP*	0	0	1
<b>Eure-et-Loir (28)</b>	Unité obstétrique	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	0	0	0
	TOTAL	2	2	2
	CPP*	2	2	2
<b>Indre (36)</b>	Unité obstétrique	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	0	0	0
	TOTAL	1	1	1
	CPP*	2	2	2

<b>Indre-et-Loire (37)</b>	Unité obstétrique	1	0	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	1	1	1
	<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	<b>CPP*</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Loir-et-Cher (41)</b>	Unité obstétrique	3	2	3
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie sans soins intensifs	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>CPP*</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Loiret (45)</b>	Unité obstétrique	1	0	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie sans soins intensifs	1	1	2
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	1	1	1
	<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
	<b>CPP<sup>3</sup></b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>Unités d'obstétrique</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>19</b>
	<b>CPP*</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>10</b>

\* Les CPP sont notés pour information mais ne relèvent pas d'OQOS.

## 6. Indicateurs

- Taux d'Entretiens prénataux précoces (EPP) réalisés à 54% en 2022 pour une cible à 70%,
- Taux de grands prématurés nés en dehors des maternités de niveau 3.

<sup>3</sup>. CPP : les Centres Périnataux de Proximité ne relèvent pas des OQOS.

# PSYCHIATRIE

## 1. Zone de référence

La zone de référence est le département.

## 2. Eléments de diagnostic - Situation des implantations

Au 1<sup>er</sup> janvier 2023, 25 établissements de santé sont autorisés en psychiatrie dont 23 en psychiatrie de l'adulte et 14 en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (2 exclusivement).

Le bilan au 31 mars 2023 des objectifs quantifiés de l'offre de soins de psychiatrie est le suivant :

	Modalités de soins	OQOS autorisés
Psychiatrie adultes	Hospitalisation à temps plein	30
	Hospitalisation à temps partiel de jour	46
	Hospitalisation à temps partiel de nuit	13
	Placement familial thérapeutique <sup>4</sup>	272
	Appartements thérapeutiques <sup>5</sup>	60
	Centres de crise	4
	Centres de post- cure psychiatrique	0
Psychiatrie infanto-juvénile	Hospitalisation à temps plein	10
	Hospitalisation à temps partiel de jour	26
	Hospitalisation à temps partiel de nuit	1
	Placement familial thérapeutique (1)	27
	Appartements thérapeutiques (1)	0
	Centres de crise	0
	Centres de post- cure psychiatrique	0

## 3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales

Depuis juin 2018, le domaine de la santé mentale et la psychiatrie fait l'objet d'une feuille de route transversale s'articulant autour de 3 axes :

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide,
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité,

<sup>4</sup>. En nombre de places.

<sup>5</sup>. En nombre de places.

- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Cette stratégie a été enrichie de nouvelles mesures issues des Assises de la psychiatrie et de la santé mentale et consolidée au 1<sup>er</sup> mars 2023. Les différents axes sont déclinés au sein du parcours spécifique « santé mentale » du projet régional de santé et ont vocation à trouver leur traduction au plus près des territoires, notamment dans le cadre de la dynamique des projets territoriaux de santé mentale.

La réforme nationale des autorisations s'est traduite, par ailleurs, par la parution de deux décrets en date du 28 septembre 2022 et d'un arrêté en date du 2 mars 2023 définissant désormais les conditions d'implantation et de fonctionnement de l'activité de soins de psychiatrie et fixant les modalités de prise en charge pouvant être déployées en dehors du site autorisé.

L'activité de soins de psychiatrie est désormais organisée en 4 mentions :

- Psychiatrie de l'adulte,
- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
- Psychiatrie périnatale,
- Soins sans consentement.

#### 4. Objectifs qualitatifs

Les différentes évolutions attendues dans le secteur de psychiatrie vont être guidées par la nouvelle réglementation qui encadre désormais l'activité.

L'objectif général est de renforcer la qualité et la sécurité des soins et des pratiques en psychiatrie, d'améliorer les parcours de soins et l'accessibilité aux soins ainsi que renforcer les coopérations entre acteurs sur un même territoire.

L'activité de psychiatrie doit comprendre les actions à visée préventive, diagnostique, thérapeutique et de réadaptation et s'inscrire dans une logique d'organisation territoriale, intégrant l'ensemble des établissements autorisés afin de proposer des parcours de soins répondant aux besoins identifiés sur le territoire.

Au sein de cette organisation territoriale, chaque établissement devra mettre en œuvre un certain nombre d'objectifs :

- Organiser la continuité des soins et l'accès aux soins non-programmés en psychiatrie via l'accès aux soins (SAS) sur chaque territoire à échéance du PRS afin de continuer à structurer la prise en charge en urgences,
- Prévenir et structurer la prise en charge des crises et des urgences psychiques,
- Organiser un parcours de soins personnalisé des patients, incluant la prise en compte de ses comorbidités somatiques et addictives et l'accès à des soins de réhabilitation psycho-sociale afin de contribuer à sa réinsertion et son inclusion sociale,
- Développer « l'aller-vers » des équipes de psychiatrie sur les lieux de vie et apporter un appui aux professionnels dans la construction du parcours de santé et l'orientation des usagers

(professionnels de premier recours, établissements de santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux), y compris *via* une activité de télésanté,

- Mettre en place une organisation spécifique et adaptée notamment au passage à l'âge adulte afin d'assurer la continuité de la prise en charge et aux personnes âgées pour lesquelles la mobilisation de compétences de psychiatrie de la personne âgée, de gériatrie et de neurologie devra être organisée.

Au-delà de ces aspects désormais réglementés, 6 enjeux prioritaires ont été identifiés en région Centre-Val de Loire pour le secteur de psychiatrie :

### **AXE 1 : REDUIRE LES HOSPITALISATIONS INADEQUATES NOTAMMENT LES HOSPITALISATIONS AU LONG COURS**

Un certain nombre de patients sont maintenus durablement dans les services d'hospitalisation (437 patients adultes sont hospitalisés en temps plein depuis plus d'un an en 2021 en région CVL).

Or, l'hospitalisation au long cours en psychiatrie présente des conséquences majeures en termes de qualité de vie des patients (diminution des capacités de socialisation et des possibilités d'insertion, diminution des contacts avec les proches, chronicisation des troubles favorisée) et d'organisation des soins (embolisation des lits et difficultés de prises en charge en urgence).

Dans ce contexte, la transformation de l'offre sanitaire doit se poursuivre. Il s'agit de recentrer les services de psychiatrie à temps plein sur la prise en charge des situations aiguës et de développer et renforcer les soins de réhabilitation psychosociale, l'ambulatoire et l'aller vers (à domicile et en structures sanitaires, sociales et médico-sociales).

Parallèlement, il s'agira d'adapter quantitativement et qualitativement les possibilités d'accompagnements sociaux et médico-sociaux dans les différents territoires et de renforcer l'appui de la psychiatrie dans le suivi des personnes concernées.

### **AXE 2 : DEVELOPPER LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TEMPS PLEIN**

- Notamment, renforcer les prises en charge en hôpital de jour et en ambulatoire, y compris sous forme intensive et à domicile, faire évoluer les organisations afin de réduire les délais d'attente pour un premier rendez-vous en ambulatoire (en centre médico-psychologique notamment).
- Recentrer l'activité de psychiatrie sur la réponse aux besoins de la population du Centre-Val de Loire (au regard du recrutement extra-régional pouvant être important dans certains établissements).

### **AXE 3 : CONFORTER ET DEVELOPPER L'OFFRE DE SOINS DE PSYCHIATRIE POUR DES PUBLICS SPECIFIQUES**

Un effort est attendu notamment sur la prise en charge des publics suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance et la Protection Judiciaire de la Jeunesse et la poursuite du développement des **soins psychiatriques spécialisés** (personnes âgées, publics précaires, prise en charge des psychotraumatismes et des troubles du comportement alimentaire, soins de réhabilitation psychosociale).

### **AXE 4 : PROMOUVOIR LES DROITS DES PATIENTS PAR LA REDUCTION DES SOINS SANS CONSENTEMENT ET DES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION ET LE DEVELOPPEMENT DE LEUR « EMPOWERMENT »**

Les soins psychiatriques « libres » sont la règle (consentement du patient aux soins) et les soins « sans consentement », l'exception. En cas de prise en charge en soins sans consentement, l'isolement et la contention des patients doivent être des pratiques de dernier recours (mise en œuvre d'un plan de prévention et de réduction. Par ailleurs, il s'agira de déployer des directives anticipées en psychiatrie. Le développement de l'éducation thérapeutique des patients, l'accès à des soins de réhabilitation psychosociale ainsi que de l'intervention de médiateurs santé pairs dans les services de psychiatrie représenteront par ailleurs d'importants leviers d'*empowerment*.

### **AXE 6 : MODERNISER LE SECTEUR DE PSYCHIATRIE**

Par la promotion de l'innovation et de la recherche, le développement de la formation des professionnels et des pratiques avancées, une meilleure accessibilité à certains actes techniques (Eléctro-convulso-thérapie notamment) ainsi que le développement de l'usage du numérique.

- **Grader les soins sur chacun des territoires**, en tenant compte des grands principes suivants :

**Niveau I** : porte d'entrée dans le système de soins, il se structure autour d'une offre ville-hôpital englobant les acteurs du premier recours (médecins généralistes, psychiatres libéraux, psychologues) et les prises en charge de première intention réalisées par les acteurs hospitaliers (centres médico-psychologiques) ou certaines structures pluridisciplinaires (ex : maisons des adolescents). Une attention particulière sera portée à l'accessibilité de la population à ce niveau I en termes de délais de rendez-vous et de prise en charge.

**Niveau II** : regroupe les services spécialisés portés par la psychiatrie hospitalière privée ou publique dont une partie des structures de soins est déconcentrée dans la cité (hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques...). Ce niveau assure la prévention, le diagnostic, les soins et la réadaptation et réhabilitation psychosociale pour l'ensemble des pathologies mentales.

**Niveau III** : constitué de centres de référence et d'expertise, il comprend les services de soins les plus spécialisés dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifient une vocation régionale ou interdépartementale, voire inter-régionale. Ces centres ont également une vocation d'enseignement et de recherche.

- **Conforter et développer l'offre de référence et d'expertise**, développée au sein du chapitre PRS « Offre de recours et de référence » qui a pour objectif de cartographier les centres experts existants et à venir.

Sont particulièrement identifiés les besoins suivants :

- Un centre de référence régional en matière de troubles de la conduite alimentaire,
- Un centre de référence régional de psychiatrie de la personne âgée,
- Une unité de soins intensifs psychiatriques à vocation régionale.

#### 5. Objectifs quantitatifs – Implantations

Pour chacune des quatre mentions, les titulaires d'autorisation d'activité de soins de psychiatrie proposent des prises en charge sous forme de séjours à temps complet, à temps partiel et de soins ambulatoires, y compris des soins à domicile, sur site ou par convention avec un autre titulaire.

#### Mention « Psychiatrie de l'adulte »

ZONES D'IMPLANTATION	Mention	Psychiatrie de l'adulte Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
		Minimum	Maximum
<b>Cher</b>	Psychiatrie de l'adulte	3	4
<b>Eure- et- Loir</b>	Psychiatrie de l'adulte	3	4
<b>Indre</b>	Psychiatrie de l'adulte	2	3
<b>Indre- et- Loire</b>	Psychiatrie de l'adulte	8	10
<b>Loir- et- Cher</b>	Psychiatrie de l'adulte	5	6
<b>Loiret</b>	Psychiatrie de l'adulte	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>Psychiatrie de l'adulte</b>	<b>25</b>	<b>32</b>

#### Evolutions attendues

- Réduction attendue du nombre de lits d'hospitalisation au long cours par redéploiement le cas échéant vers une offre médico-sociale adaptée,
- Possibilité de réduction de sites hospitaliers en temps plein, par regroupement ou par transformation,
- Renforcement de l'offre dédiée à la prise en charge des troubles psychiatriques de la personne âgée, en lien avec la filière gériatrique (cible d'une unité dédiée d'hospitalisation temps plein et d'une équipe mobile ayant des compétences en psychiatrie de la personne âgée par territoire),
- Augmentation attendue des capacités d'hospitalisation en hôpital de jour, notamment pour les territoires les moins équipés. La mise en place d'un nouveau site d'hôpital de jour ou l'augmentation des capacités d'un site d'hôpital de jour existant se réalisera de façon

privilégée par un redéploiement des lits d'hospitalisation en temps plein (création d'une place par transformation de deux lits temps plein).

### Mention « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »

ZONES D'IMPLANTATION	Mention	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
		Minimum	Maximum
<b>Cher</b>	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1	1
<b>Eure- et- Loir</b>	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	3	3
<b>Indre</b>	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1	1
<b>Indre- et- Loire</b>	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	4	4
<b>Loir- et- Cher</b>	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	3	3
<b>Loiret</b>	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent</b>	<b>14</b>	<b>15</b>

#### Evolutions attendues

- Renforcement de l'offre de psychiatrie des enfants et des adolescents, notamment en termes de capacités d'hospitalisation temps plein<sup>6</sup> et en hôpital de jour. Les établissements autorisés pour cette mention qui ne seront pas en mesure d'assurer les prises en charge en temps plein devront orienter les patients vers un établissement adapté (le cas échéant en dehors du territoire) dans le cadre d'une convention,
- Possibilité d'identification d'« unités de transition » permettant la prise en charge des grands adolescents et jeunes adultes (unité dite « mixte »), par réorganisation interne des établissements.

### Mention « Psychiatrie périnatale » :

ZONES D'IMPLANTATION	Mention	Psychiatrie périnatale Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
		Minimum	Maximum
<b>Cher</b>	Psychiatrie périnatale	1	1
<b>Eure- et- Loir</b>	Psychiatrie périnatale	1	2
<b>Indre</b>	Psychiatrie périnatale	0	1
<b>Indre- et- Loire</b>	Psychiatrie périnatale	1	3
<b>Loir- et- Cher</b>	Psychiatrie périnatale	1	1
<b>Loiret</b>	Psychiatrie périnatale	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>Psychiatrie périnatale</b>	<b>5</b>	<b>11</b>

<sup>6</sup>. Y compris au titre de la pédopsychiatrie de liaison afin d'intervenir au sein des services hospitaliers accueillant des enfants : pédiatrie et services d'urgences notamment.

### Organisation cible de l'offre de psychiatrie périnatale

- Pour cette nouvelle mention, il est attendu *a minima* la mise en œuvre d'une autorisation intégrant une activité ambulatoire et à temps partiel par département. Dans les territoires qui ne seraient pas en mesure de développer des prises en charge au titre de cette mention, les établissements devront orienter les patients vers un établissement adapté (le cas échéant en dehors du territoire), dans le cadre d'une convention,
- Trois implantations sont souhaitables sur les départements enregistrant plus de 4 500 naissances par an (Loiret, Indre-et-Loire),
- Concernant l'hospitalisation à temps plein, et afin de répondre au mieux aux besoins de la région, il est souhaitable que deux sites puissent, parmi les OQOS ci-dessus, assurer la prise en charge des patientes et de leurs bébés. Au regard des données populationnelles et de natalité, ces deux implantations sont attendues en Indre- et- Loire et dans le Loiret.
- Bien que ne relevant pas de la mention « psychiatrie périnatale » soumise à autorisation, l'intervention ou la possibilité d'intervention d'équipes de psychiatrie de liaison est attendue dans l'ensemble des maternités et centres périnataux de proximité de la région.

### Mention « Soins sans consentement » :

ZONES D'IMPLANTATION	Mention	Soins sans consentement Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
		Minimum	Maximum
Cher	Soins sans consentement adultes	1	1
	Soins sans consentement mineurs	1	1
Eure- et- Loir	Soins sans consentement adultes	2	3
	Soins sans consentement mineurs	3	3
Indre	Soins sans consentement adultes	1	1
	Soins sans consentement mineurs	0	1
Indre- et- Loire	Soins sans consentement adultes	3	5
	Soins sans consentement mineurs	3	3
Loir- et- Cher	Soins sans consentement adultes	3	3
	Soins sans consentement mineurs	2	2
Loiret	Soins sans consentement adultes	2	2
	Soins sans consentement mineurs	2	2
TOTAL	<b>Soins sans consentement adultes</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
	<b>Soins sans consentement mineurs</b>	<b>11</b>	<b>12</b>

### Organisation cible des soins sans consentement

#### Adultes :

- Les établissements proposent *a minima* une prise en charge des soins sans consentement sous forme ambulatoire et en temps partiel,
- Un site a minima par territoire propose des prises en charge en soins sans consentement en temps plein (possibilité de regroupement des prises en charge en temps plein sur 1 ou 2 sites avec la contribution des établissements autorisés en psychiatrie de l'adulte au fonctionnement de ces unités : participation au planning médical, mise à disposition de personnels... et/ ou prise en charge en amont et en aval des patients.

## Mineurs :

- Les établissements proposent *a minima* une prise en charge des soins sans consentement sous forme ambulatoire et en temps partiel,
- Un site par territoire propose des prises en charge en soins sans consentement en temps plein. Dans certains départements, celles-ci pourront être réalisées le cas échéant en dehors du territoire.

## 6. Indicateurs

- **Nombre de mesures de soins sans consentement et part des patients en SSC sur la file active totale 0** : Baisse attendue  
(2021 : 3450 mesures, 5.7% de la file active en SSC)
- **Nombre de mesures d'isolement et de contention et part des patients concernés sur file active des patients hospitalisés en temps plein en SSC** : Baisse attendue  
(2021 : respectivement 3482 et 288 mesures, et 48.9% et 8.4% des patients suivis en SSC)
- **Nombre de passages aux urgences pour motif psychiatrique** : Baisse attendue  
(2022 : 15 900, soit 1.9% des résumés de passage aux urgences)
- **Taux d'évolution de l'activité de psychiatrie réalisée en extrahospitalier** (domicile, ESMS, somatique, autres) : Hausse attendue  
(2021 : 101 710 actes, soins et intervention en externe)

# SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION

## Introduction

Les Soins médicaux et de réadaptation (SMR) représentent pour notre système de santé un acteur majeur de sa transformation, de son évolution. Ils ont pour objectif premier d'optimiser l'activité fonctionnelle et de préserver l'autonomie des personnes. Les bénéfices attendus d'un séjour en SMR sont l'amélioration de la qualité de vie du patient, la réduction des facteurs de risques, la réduction du nombre de ré hospitalisations, la réduction de morbi-mortalité et la réduction des coûts de santé. L'évolution de certains profils patients orientés en SMR ces dernières années imposent aux SMR de répondre désormais à trois enjeux majeurs : prendre en charge des patients avec des déficiences chroniques du fait du vieillissement de la population et des progrès thérapeutiques ; prendre en charge des patients plus précocement en aval de la Médecine chirurgie obstétrique (MCO) et donc plus à risque ; prendre en charge des patients polyopathologiques ou complexes. Les SMR succèdent aux Soins de suite et réadaptation (SSR).

Les textes réglementaires encadrant les activités de soins SMR ont été publiés le 11 janvier 2022 par décret, puis le 28 septembre 2022 par une instruction. Ces nouveaux décrets règlementant l'activité de SMR confortent ces établissements comme des effecteurs de soins très diversifiés, capables de proposer des actes diagnostics, des actes thérapeutiques en situation subaiguë et chronique, de prévention, d'éducation thérapeutique et de réinsertion. La réforme de l'autorisation des activités de SMR en précise les conditions d'implantation (CI) et les conditions techniques de fonctionnement (CTF), avec des ajouts, modifications ou précisions pour certaines mentions et modalités. Un cadre réglementaire est désormais donné à la mention « Polyvalent », les CTF de la mention « Gériatrie » évoluent, les modalités « Cancers » et « Pédiatrie » sont créées. Il convient donc d'en tenir compte pour la planification de l'offre.

## 1. Zone de référence

La zone de référence est le département.

## 2. Éléments de diagnostic et de contexte

La réalisation d'un diagnostic a permis plusieurs constats sur l'offre actuelle en région Centre-Val de Loire. Si le taux d'équipement global de la région est sensiblement équivalent à celui de la France métropolitaine, il existe toutefois d'importantes inégalités par mention et/ou par territoire.

Le diagnostic réalisé a ainsi mis en exergue :

- Un maillage géographique correct par les SSR Polyvalents et les SSR Personnes âgées polyopathologiques,
- Des activités spécialisées en Affections du système digestif, Affections cardio-vasculaires et Addictologie avec un taux d'équipement largement supérieur à la moyenne France métropolitaine et un sur recours à ces offres.

Il a été constaté des faiblesses telles que :

- D'importantes disparités territoriales de l'offre (capacitaires, implantations, spécialisations),
- Un déséquilibre des offres entre SSR Polyvalent et SSR Personnes âgées polyopathologiques, selon les territoires (offre insuffisante en Polyvalent mais sur recours en Personnes âgées

- polypathologiques),
- Une absence de mise en œuvre d'une offre SSR Oncohématologie en région CVL,
  - Un taux de fuite important hors région CVL pour ce qui concerne l'offre de réadaptation destinée aux enfants (ex : en 2019, 17 000 journées consommées hors région),
  - Un certain nombre de SSR Polyvalents offrant des plateaux techniques faiblement équipés,
  - Certaines filières patients encore fragiles, insuffisamment structurées, peu identifiées (patients traités pour cancers, patients neurolésés très dépendants dont trachéo-ventilés, patients avec troubles cognitivo-comportementaux associés, patients handicapés vieillissants sans solution),
  - Des activités d'expertise à consolider, d'autres à structurer au bénéfice des patients de la région,
  - Des organisations encore trop conventionnelles, là où l'innovation et la transformation sont désormais de rigueur,
  - Une faible dynamique vers le virage ambulatoire,
  - Une offre de soins qui n'a pas retrouvé son niveau d'activité antérieur à la crise sanitaire,
  - Une démographie des professionnels de santé inquiétante dans ce secteur d'activité.

Depuis ce diagnostic et pendant la période du PRS 2, le paysage de l'offre SMR a évolué. Toutefois, des inégalités territoriales persistent encore, se traduisant par des inégalités d'accès aux soins, tant pour l'offre de proximité, de recours que d'expertise.

Au 31 mars 2023, la Région compte 14 implantations en locomoteur, 14 en neurologie, 7 en cardiologie, 7 en respiratoire, 7 en digestif, 1 pour les brûlés, 5 en conduites addictives, 1 en onco-hémato, 36 pour les personnes âgées et 4 pour les enfants-adolescents.

### 3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales

Au niveau national, trois orientations stratégiques servent une même ambition : celle d'améliorer l'accès à une offre de soins médicaux et de réadaptation pertinente dans le cadre d'une organisation territoriale, adaptée aux besoins et au milieu écologique des patients. Pour répondre à cette ambition il s'agit d'améliorer l'accès à l'offre de SMR de proximité comme spécialisée en tenant compte de l'évolution des besoins ; d'intégrer la prise en charge en SMR dans des parcours territorialisés, gradués et coopératifs et d'engager la transformation des pratiques et des organisations au service de la qualité et de l'innovation thérapeutique.

En région CVL, nous proposons de décliner cette ambition en 3 axes stratégiques prioritaires, avec pour chacun un certain nombre de leviers d'action. La finalité de cette stratégie régionale est bien de réduire les inégalités territoriales, tant pour l'offre de proximité, de recours que d'expertise.

### 4. Objectifs qualitatifs

#### **AXE 1 – FAIRE CONNAITRE L'OFFRE**

L'offre SMR souffre d'une méconnaissance des prescripteurs, produisant parfois des orientations inadéquates et des parcours patients peu cohérents. Afin d'améliorer cet état de fait, au profit des parcours patients, plusieurs leviers peuvent être activés tels que :

- **La mise en place d'espaces de collaboration réunissant les acteurs des soins Ville – Hôpital – Médico-social car l'offre SMR ne se conçoit que dans un continuum de prise en charge**
  - Inscription des filières patients prioritaires dans les PMP des GHT en y intégrant toute l'offre SMR (publique comme privée), mais également l'HAD mention réadaptation et le médico-social,
  - Echanges réguliers entre équipes soignantes amont/aval/mobiles, voire création de cellules de régulation territoriales qu'il convient de renforcer pendant les périodes de tension sanitaire,
  - Partenariats opérationnels entre les SMR et les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), le Programme de retour à domicile (PRADO), les CPTS, les futurs Services Autonomie à domicile, les centres ressources territoriaux, les appuis territoriaux gériatriques, les Maisons départementales de l'autonomie.
- L'augmentation du nombre d'étudiants en santé formés dans les SMR,
- L'utilisation d'outils facilitant l'orientation tels que ViaTrajectoire, le Répertoire opérationnel des ressources (ROR).

Lors des situations de crise ou de tension hospitalière le ROR permet une visibilité en continu des lits et places disponibles en SMR.

## **AXE 2 – ADAPTER L'OFFRE AUX BESOINS**

Les soins médicaux et de réadaptation sont inscrits dans les parcours patients de nombreuses filières de soins. Il convient de mieux ancrer ce secteur dans les parcours, d'améliorer les prises en charge dans tous les territoires et de tendre vers la pertinence de l'offre existante. Différents travaux pour adapter l'offre sont à conduire, à savoir :

- **La gradation et la modularité de l'offre pour couvrir tous les besoins des personnes tout au long de leurs parcours**

En termes de recommandations générales :

- La gradation et la responsabilité populationnelle

Chaque SMR propose un ou plusieurs niveaux de prises en charge, selon sa ou ses mentions et les profils patients pris en charge. Son niveau de responsabilité populationnelle en découle.

**Niveau de proximité** : le SMR répond aux besoins de santé des patients d'un infra-territoire. Les profils de déficiences sont à haute prévalence, notamment chez les personnes âgées. Si les déficiences sont moins complexes, le niveau de dépendance peut être important. Les SMR mention Polyvalent sont de ce niveau de gradation et ont une responsabilité vis-à-vis de la population domiciliée en proximité. Les prises en charge en HDJ sont également une offre de proximité. L'accès à cette offre par la population domiciliée dans un rayon de 50 km est recherché.

**Niveau de recours :** le SMR prend en charge des patients avec des déficiences et conséquences fonctionnelles avérées, complexes et/ou sévères, à haute prévalence. Les SMR spécialisés sont des SMR de recours. Ils ont une responsabilité territoriale et pour les départements limitrophes le cas échéant. Ces SMR spécialisés exercent leur mission de recours auprès des SMR mention Polyvalent ou SMR d'autres spécialités.

**Niveau d'expertise :** le SMR prend en charge des patients avec des déficiences complexes, sévères, à faible prévalence, impliquant une connaissance, des techniques spécialisées et une infrastructure particulière. Les SMR avec un niveau d'expertise ont une responsabilité de niveau régional pour l'activité réalisée dans le cadre de cette expertise. Le reste de leur activité est de type « recours ».

- La modularité de l'offre

Les patients éligibles à une prise en charge en SMR bénéficient d'une offre modulaire dans un continuum de prise en charge (parcours). La fluidité de ces parcours est recherchée, alternant autant que de besoin des prises en soins en ambulatoire, MCO, SMR, HAD mention Réadaptation et structures médico-sociales.

En termes de recommandations spécifiques pour les spécialités suivantes :

- Mention Polyvalent et Mention Gériatrie : optimisation des ratios d'équipement dans chaque département,
- Mention Locomoteur : les lits sont à réserver en priorité aux patients les plus complexes tels que les polytraumatisés, les amputés, etc.,
- Mention Système nerveux : structuration régionale de l'offre d'expertise en neurologie.
- Mentions Cardio-vasculaire et Pneumologie : renforcement de la part de l'activité en HDJ pour mailler les départements,
- Mention Système Digestif, endocrinologie, diabétologie et nutrition (DEDN) : maillage de la région avec une offre en proximité sous la forme d'HDJ d'une part et structuration de l'offre d'expertise pour les patients en obésité complexe d'autre part,
- Modalité Cancers : Concernant la mention « oncohématologie », du fait du niveau d'expertise attendu et du besoin en région, deux structures seront autorisées en région. Aussi, au regard des besoins prégnants de la population, de l'absence de cette offre en région à date de la publication au schéma, les structures répondant aux exigences réglementaires et qui seront en capacité de mettre en œuvre, dans un délai court, cette activité à rayonnement régional seront privilégiées. Cette mention est portée préférentiellement par un Centre hospitalier universitaire (CHU).
- Mention Conduites addictives : un SMR en région proposant une expertise dans la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive,
- Mention Brûlés : la zone de recrutement est régionale, voire inter régionale.

➤ **La restructuration de l'offre existante pour une meilleure adéquation aux besoins**

- La région doit conforter son offre régionale actuelle tout en travaillant à une meilleure répartition par territoire,
- La priorisation des besoins nouveaux en termes d'offre se fera prioritairement par transformation.
- Une taille critique de 30 lits est recherchée pour garantir un équilibre entre proximité, efficacité des soins et attractivité pour les professionnels de santé,
- Si cela est pertinent, la restructuration de l'offre peut s'envisager par la création d'offres de type médico-social.

➤ **La diversification des pratiques avec le développement de l'offre ambulatoire**

- Le virage ambulatoire doit s'opérer par renforcement de l'offre d'HDJ, particulièrement pour les spécialités qui s'y prêtent. Dans la mention et/ou la modalité de prise en charge déjà exploitée par le promoteur, la mise en place d'un nouveau site d'hôpital de jour ou l'augmentation des capacités d'un site d'hôpital de jour existant se réalisera de façon privilégiée par un redéploiement des lits d'hospitalisation à temps complet (création de deux places par transformation d'un lit d'hospitalisation complète).
- Les SMR de recours externalisent leurs compétences au moyen d'une activité « hors les murs », de la réalisation de consultations avancées (en ES et en ESMS). Pour les SMR MPR, cette externalisation s'opère aussi via les équipes mobiles MPR et les conventions avec les HAD de Réadaptation,
- Les synergies avec tous les dispositifs "Aller vers" et les complémentarités avec les dispositifs Handiconsult existants sont recherchées.

➤ **La réponse aux besoins spécifiques de certains publics**

- Tous les SMR prennent leur part de la charge liée aux situations sociales complexes qui bloquent des lits,
- Les patients obèses avec comorbidités sont admis dans certains SMR avec des mentions autres que DEDN, SMR qui auront été équipés spécifiquement,
- Pour prendre en charge des patients avec handicaps multiples, les SMR de différentes mentions se coordonnent entre eux,
- Les SMR labellisés Covid long poursuivent cette activité de consultations externes et d'HDJ, et la rendent plus visible auprès des partenaires.

### **AXE 3 – DEVELOPPER L'INNOVATION**

L'activité de soins SMR a vocation à s'engager dans une démarche d'innovation. L'innovation représente un réel facteur d'attractivité pour les professionnels de santé et un levier pour favoriser la qualité des soins au sein d'un établissement. Pour viser cette ambition, il est opportun d'agir sur :

➤ **Le développement de l'innovation organisationnelle et de l'évolution des pratiques**

- Admissions directes en aval des Urgences (UHCD) ou admissions précoces en SMR,
- Possibilité d'accueil séquentiel, d'accueil de nuit (SMR-A),
- Possibilité de prises en charge partagées SMR - Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) pour les patients complexes avec un handicap résiduel, selon des parcours modulaires,
- Inscription de l'offre SMR dans des expérimentations au parcours de soins (Article 51),
- Intégration de nouveaux profils de professionnels dans les SMR : médecins généralistes pour la prise en charge des soins médicaux dans certains types de SMR spécialisés, IPA, IDE de réadaptation, case ou care managers, éducateurs spécialisés, etc.

➤ **Le déploiement du numérique**

- Usage de la e-santé pour la coordination à distance et faciliter le parcours de soins (DMP, accès au DPI des services d'amont, MSS, MIRC, logiciel de e.parcours),
- Usage des outils de télémedecine applicables au SMR, à fortiori pour faciliter le virage ambulatoire : téléstaff, téléconsultation, téléexpertise, télésoin, télésurveillance, télésuivi, e.HDJ (téléadaptation).

➤ **L'utilisation de technologies innovantes**

Les SMR de recours, et à plus forte raison les SMR experts, prennent le virage technologique en s'équipant de technologies innovantes : rééducation robotisée dont exosquelettes, objets connectés, imprimantes 3D, réalité virtuelle, IA, etc.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

SRS - OQOS SMR - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE - MENTIONS ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE			
ZONES D'IMPLANTATION	Mention et/ou modalité de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
		Min	Max
CHER (18)	Modalité « pédiatrie » avec la mention « enfants et adolescents »	0	0
	Modalité « pédiatrie » avec la mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	0	0
	Mention « polyvalent »	5	5
	Mention « locomoteur »	2	2
	Mention « système nerveux »	2	2
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1
	Mention « pneumologie »	1	1
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	1	1
Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	1	1	

	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	0	0
	Mention « brûlés »	0	0
	Mention « conduites addictives »	0	0
	Mention « gériatrie »	4	4
<b>EURE- ET- LOIR (28)</b>	Modalité « pédiatrie » avec la mention « enfants et adolescents »	0	0
	Modalité « pédiatrie » avec la mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	0	0
	Mention « polyvalent »	6	6
	Mention « locomoteur »	3	3
	Mention « système nerveux »	3	3
	Mention « cardio-vasculaire »	2	2
	Mention « pneumologie »	2	2
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	0	0
	Mention « brûlés »	0	0
	Mention « conduites addictives »	1	1
	Mention « gériatrie »	5	5
<b>INDRE (36)</b>	Modalité « pédiatrie » avec la mention « enfants et adolescents »	0	0
	Modalité « pédiatrie » avec la mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	0	0
	Mention « polyvalent »	8	8
	Mention « locomoteur »	1	1
	Mention « système nerveux »	1	1
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1
	Mention « pneumologie »	1	2
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	0	0
	Mention « brûlés »	0	0
	Mention « conduites addictives »	1	1
	Mention « gériatrie »	5	6

**SRS - OQOS SMR - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE - MENTIONS ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE (suite)**

<b>ZONES D'IMPLANTATION</b>	<b>Mention et/ou modalité de prise en charge</b>	<b>Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)</b>	
		<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>INDRE ET LOIRE (37)</b>	Modalité « pédiatrie » avec la mention « enfants et adolescents »	0	0
	Modalité « pédiatrie » avec la mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	3	3
	Mention « polyvalent »	6	6

	Mention « locomoteur »	3	3
	Mention « système nerveux »	2	2
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1
	Mention « pneumologie »	1	1
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	1	1
	Mention « brûlés »	1	1
	Mention « conduites addictives »	2	3
	Mention « gériatrie »	6	6
<b>LOIR ET CHER (41)</b>	Modalité « pédiatrie » avec la mention « enfants et adolescents »	1*	1*
	Modalité « pédiatrie » avec la mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	0	0
	Mention « polyvalent »	8	8
	Mention « locomoteur »	2	2
	Mention « système nerveux »	3	3
	Mention « cardio-vasculaire »	2	2
	Mention « pneumologie »	2	2
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	0	0
	Mention « brûlés »	0	0
	Mention « conduites addictives »	0	0
	Mention « gériatrie »	4	4
<b>LOIRET (45)</b>	Modalité « pédiatrie » avec la mention « enfants et adolescents »	0	0
	Modalité « pédiatrie » avec la mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	1	1
	Mention « polyvalent »	7	8
	Mention « locomoteur »	3	3
	Mention « système nerveux »	4	4
	Mention « cardio-vasculaire »	2	2
	Mention « pneumologie »	2	2
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	1	1
	Mention « brûlés »	0	0
	Mention « conduites addictives »	0	0
	Mention « gériatrie »	6	6

\* avec prise en charge spécifique des pathologies nutritionnelles.

Les titulaires de l'autorisation « mention enfants et adolescents » sont autorisés à la prise en charge des mineurs de 4 ans et plus. Les titulaires de l'autorisation « mention jeunes enfants, enfants et adolescents » sont autorisés à la prise en charge des mineurs de moins de 4 ans et de 4 ans et plus.

Les fourchettes de ces OQOS permettront aux établissements d'adapter leurs capacités et leurs transformations aux évolutions de l'offre de soins.

#### 6. Indicateurs

- Taux de recours par mention par département,
- Taux de fuite par mention par département.

## MÉDECINE D'URGENCE

Cet OQOS est révisé suite à l'évolution de la réglementation relative à l'activité de médecine d'urgences.

### 1. Zone de références :

La zone de référence est le département.

### 2. Au 01/01/2025 – Éléments de diagnostic

La région compte 6 SAMU référents (un SAMU par département), 27 services d'urgence (3 dans le Cher, 5 dans l'Eure-et Loir, 3 dans l'Indre, 6 dans l'Indre-et-Loire, 3 dans le Loir-et-Cher et 5 dans le Loiret, 2 services d'urgences pédiatriques à Tours et Orléans et 24 Structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), dont 3 antennes, le tout appuyé par 5 hélicoptères organisés selon une doctrine d'utilisation régionale des machines. Des centres de soins non programmés complètent également l'offre en médecine d'urgences dans le Loiret et en Loir-et-Cher, financés par l'ARS. 90,5 % de la population est à moins de 30 minutes d'un SMUR.

Le nombre de passages annuels aux urgences dans la région est de 815 541 passages en 2023. 16% ont eu une évaluation clinique médicale sans prescription d'actes complémentaires en urgences ou sont orientés vers la médecine de ville à l'accueil des urgences par le médecin ou l'infirmier d'accueil aux urgences. Plus d'une personne sur cinq aux urgences est hospitalisée. Ce chiffre est en hausse et nécessite de davantage améliorer les filières des prises en charge ville-hôpital, la filière d'hospitalisation directe programmée et d'accès aux plateaux techniques spécialisés sans passer par un SAU au préalable, et l'hospitalisation à domicile. Les appels au SAMU-Centre 15 (régulation) ont également connu une forte croissance depuis 2020.

Le lien ville-hôpital au travers des deux premiers SAS créés sous le PRS 2018-2022 a permis, en s'appuyant sur une organisation transverse et commune de la permanence des soins ambulatoires et en établissements de santé, d'améliorer la qualité de la prise en charge de la population de ces territoires.

### 3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Les décrets n° 2023-1376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement et n° 2023-1374 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence du 29 décembre 2023 révisent l'activité de la médecine d'urgences.

L'activité de médecine d'urgences repose sur une ou plusieurs des trois modalités suivantes :

- La régulation des appels adressés aux SAMU.  
Dans ce cadre, dorénavant, il est possible, d'une part, de désigner un ou plusieurs SAMU dits « experts » avec un rôle interdépartemental ou régional, et d'autre part, d'encadrer la régulation (SAMU/SAS) en amont de tout accès aux urgences (partiel ou total) selon certaines conditions.
- Les SMUR – SMUR pédiatriques.  
Il est dorénavant possible de renforcer l'équipe SMUR d'autres professionnels, par exemple les sages-femmes afin de se doter de compétences spécialisées. Il est également créé des unités mobiles hospitalières paramédicalisées (UMH-P) venant renforcer l'équipe SMUR en

fonction de protocoles définis. Des professionnels de santé correspondants du SAMU (médecins ou IDE) peuvent venir compléter le dispositif de réponse et de couverture afin d'intervenir au plus vite.

- Les Services d'accueil des urgences – adulte ou pédiatrique.

Dans ce cadre, il est créé un nouveau type de structure pour les SAU polyvalents : les antennes de médecine d'urgences, ouvertes 7/7j, 365/365j sur une amplitude d'au moins 12h. Ces nouvelles structures répondent aux recommandations de Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUPH) prônant la création de structures intermédiaires pouvant fermer en nuit profonde.

Un cahier des charges national sur les structures de Soins non programmés est attendu, ce qui pourra compléter l'offre en matière de réponse à la population.

#### 4. Objectifs qualitatifs

### **AXE 1 : ASSURER LE BON ACCES AUX URGENCES VIA UNE COORDINATION DES ACTEURS**

- **Renforcer le rôle des SAMU/SAS** : en lien avec les prises en soins faites dans le cadre des Soins non-programmés (SNP). L'objectif étant de limiter les recours inappropriés aux urgences et d'apporter la réponse la plus adaptée aux patients. Le développement des SAS et le renforcement des ARM permettront ces orientations. Les ES autorisés doivent s'engager vers un choix SI permettant une organisation déportée en régulation pour le SAS et les SAMU.

La généralisation des SAS de médecine générale doit permettre de développer les avis médicaux régulés de médecine générale et offrir des plages de Soins Urgents et Soins Non programmés lorsque le médecin traitant n'est pas disponible aux heures ouvrables. Il est attendu également au sein des SAS un développement de réponses spécialisées ou des SAS spécialisés s'intégrant dans une logique de réponse aux soins Urgents/SNP. La PDSA permet d'assurer des consultations de médecine générale d'urgence les soirs et week-end. Les objectifs qualitatifs de Soins Urgents/Soins Non Programmés sont directement liés au cahier des charges de la PDSA et de la PDSES.

Les SAMU doivent également améliorer la qualité de service des appels dits décrochés dans les 60 premières secondes des SAMU. C'est un objectif prioritaire. Les Solutions SI des SAMU doivent tendre vers une harmonisation ou à minima un interfaçage permettant une meilleure interconnexion régionale.

- **Organiser l'accueil physique des personnes se présentant spontanément aux urgences** : les soins qui ne dépendent pas de la médecine d'urgence doivent pouvoir être réorientés vers une organisation coordonnée aussi bien aux heures ouvrables des cabinets médicaux (plages de SNP dans les CPTS/MSP, SOS médecins, Centre de soins non programmés, ...) que pendant la PDSA (M.M.G, SOS médecin...) depuis les urgences afin de limiter les flux entrants. Les dispositifs SAS/SAMU restent en appui de toute orientation. Dans ce cadre, toute organisation permettant d'éviter tout accès aux urgences ne relevant de ces dernières (Intervention HAD sous couvert du SAMU, accès direct, ...) sera privilégiée.

Désormais, l'accès au SAU peut réglementairement être régulé par le SAMU, de manière temporaire (pour une durée de 3 mois), ou permanente. Cette mise en place ne peut se faire exclusivement que sur arrêté DG ARS. Elle implique une organisation permettant malgré tout l'accueil systématique des patients se présentant spontanément, par à minima un IDE d'accueil et d'Orientation.

- **Par l'organisation des hospitalisations en entrée directe** : en facilitant les admissions directes en service hospitalier par une organisation permettant au médecin généraliste libéral ou coordonnateur **de joindre directement un spécialiste de l'établissement**. Mais également en améliorant le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD).
- Porter auprès de la population des messages clairs et pédagogiques sur le bon usage du 15 et des urgences afin de mieux expliciter le parcours patient pour des soins en urgences ou sous 48h particulièrement en amont des périodes de tensions,
- Dès parution du cahier des charges national relatif aux structures de SNP, un AAP sera lancé afin de structurer et rendre lisible cette offre.

## **AXE 2 : ASSURER L'ACCUEIL EN SAU**

Dès lors qu'il y a eu régulation par le centre 15, le titulaire d'une autorisation de S.U s'engage à prendre en charge les patients se présentant dans le service. L'ES doit mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour assurer la continuité de prise en charge, de l'accueil et à l'orientation jusqu'à l'hospitalisation, sur site ou dans un autre ES.

Une réflexion sera également menée sur l'organisation territoriale des SMUR (périmètre d'intervention, nombres de lignes, ...) afin d'assurer la meilleure réponse aux urgences

Dans certains territoires, les SAU sont en difficultés pour assurer la sécurité et la qualité des soins attendus au regard de la réglementation. L'objectif de l'ARS est de maintenir les SAU actuels. Toutefois, au regard du diagnostic réalisé, des antennes médecines d'urgences pourraient être créées en substitution des SAU, à l'exception du Cher, afin de maintenir une offre en proximité ou mieux s'articuler avec les structures de SNP afin d'optimiser les parcours patients et les RH.

## **AXE 3 : FLUIDIFIER L'AVAL DES URGENCES**

Chaque ES a l'obligation d'organiser et gérer les hospitalisations programmées et non programmées, avec un plan de montée en charge en fonction des flux dans les SAU. Les hospitalisations doivent être potentialisées et réfléchies. Elles doivent être anticipées au mieux. Aussi, une cellule de gestion des lits permettra de mesurer le besoin journalier moyen en lits (BJML). Cette organisation se doit d'être envisagée tant à l'échelle de l'ES que du territoire. Cet outil permettra de collaborer avec les services d'aval des urgences et prévoir un nombre de lits suffisant quotidiennement. En cas de saturation des services d'hospitalisation de l'établissement, les coopérations et conventions inter-établissements doivent permettre de prendre en charge l'ensemble des patients de façon interconnectés et homogènes sur un même territoire.

Au-delà de l'accès direct, un des enjeux prioritaires est également de diminuer les délais d'accès aux services d'aval. Plus un patient fragile attend sur un brancard aux urgences en attente de place d'hospitalisation, plus le risque de décès augmente.

#### **AXE 4 : RENFORCER ET DEVELOPPER UNE ORGANISATION MEDICALE ET PARAMEDICALE DES URGENCES AU NIVEAU DE CHAQUE TERRITOIRE**

Un ensemble de leviers organisationnels innovants doit être développé afin de maintenir une attractivité du métier et garantir le maillage territorial de réponse aux urgences :

- Dans le cadre d'une politique d'attractivité, développer les postes mixtes SAU/SAMU/SMUR au sein d'un ES ou d'un territoire et tout levier organisationnel innovant déployé afin de maintenir une attractivité du métier et garantir le maillage territorial de réponse aux urgences.
- L'unité mobile hospitalière paramédicale (UMH-P), désormais réglementée, est un mode de prise en charge permettant la gestion des urgences vitales pré hospitalière avec des moyens de secours adaptés. Elle est composée d'un infirmier et d'un ambulancier expérimentés, et agit selon des protocoles bien établis. Cette équipe sous la responsabilité du médecin régulateur (Centre 15), permet de maintenir les ressources médicales au sein des SAU ou des régulations.
- Le développement des Infirmiers Correspondants SAMU et Médecins Correspondants SAMU est une solution de couverture du territoire à plus de 30 minutes.

#### **AXE 5 – MOBILISER TOUS LES ACTEURS DE SANTE**

Par trois leviers, l'ARS CVL s'appuie sur les acteurs en santé pour améliorer l'organisation des urgences :

- L'ORU – Observatoire Régionale des Urgences a pour objectif d'apporter des données épidémiologiques sur les soins urgents. L'ARS CVL souhaite ouvrir le périmètre de l'ORU aux soins non programmés de la région.
- Le CAROMU : Arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation portant création des comités d'allocation et d'organisation territoriale de la médecine d'urgence. Cette instance consultative permet de réunir 14 membres désignés par les fédérations et les syndicats, afin de travailler sur les projets et les organisations.
- Le CTRU : comité technique régional des urgences, quant à lui permet de regrouper une fois par an les acteurs de la MU en région. La présentation de projets concrets, de travaux et d'analyse de pratiques permet d'harmoniser les connaissances communes et ainsi faire converger les pratiques au sein d'une même région.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations :

DÉCLINAISON TERRITORIALE	MODALITÉS	BILAN DE L'EXISTANT	MÉDECINE D'URGENCE	
			NOMBRE D'IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES (SRS 2023-2028)	
			MINIMUM	MAXIMUM
Cher	SAMU	1	1*	1
	SMUR	3	3	3
	SMUR pédiatrique	0	0	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0	0	0
	Structures d'urgences	3	3	3
	Antenne d'urgences	0	0	1
	Structures d'urgences pédiatriques	0	0	0
Eure- et-Loir	SAMU	1	1*	1
	SMUR	4	4	4
	SMUR pédiatrique	0	0	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0	0	0
	Structures d'urgences	5	4	5
	Antenne d'urgences	0	0	1
	Structures d'urgences pédiatriques	0	0	0
Indre	SAMU	1	1*	1
	SMUR	1	1	1
	SMUR pédiatrique	0	0	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	1	1	2
	Structures d'urgences	3	3	3
	Antenne d'urgences	0	0	0
	Structures d'urgences pédiatriques	0	0	0
Indre- et-Loire	SAMU	1	1*	1
	SMUR	3	3	3
	SMUR pédiatrique	1	1	1

	Antenne SMUR/SMUR Pédiatrique (temporaire ou permanente)	2	2	3
	Structures d'urgences	6	5	6
	Antenne d'urgences	0	0	1
	Structures d'urgences pédiatriques	1	1	1
<b>Loir-et-Cher</b>	SAMU	1	1*	1
	SMUR	3	3	3
	SMUR pédiatrique	0	0	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0	0	0
	Structures d'urgences	3	3	3
	Antenne d'urgences	0	0	0
	Structures d'urgences pédiatriques	0	0	0
<b>Loiret</b>	SAMU	1	1 <sup>7*</sup>	1
	SMUR	4	4	4
	SMUR pédiatrique	1	1	1
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0	0	0
	Structures d'urgences	5	5	5
	Antenne d'urgences	0	0	0
	Structures d'urgences pédiatriques	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>SAMU</b>	<b>6</b>	<b>6<sup>8*</sup></b>	<b>6</b>
	<b>SMUR</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>18</b>
	<b>SMUR pédiatrique</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
	<b>Antenne SMUR/SMUR Pédiatrique (temporaire ou permanente)</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
	<b>Structures d'urgences</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>25</b>
	<b>Antenne d'urgences</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
	<b>Structures d'urgences pédiatriques</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

7 \* Possibilité de mutualiser les régulations des SAMU en nuit profonde, sous réserve d'un logiciel métier SAMU identique et interconnecté type SI-SAMU.

8 \* Offre complétée par 5 SMUR hélicoptés.

## 6. Indicateurs

- Nombre de CCMU 1 et 2 traités dans les SU.
- Nombre de SAS mis en place et taux de couverture des plages horaires.
- Nombre d'UMH-P dans la région CVL (cible 1 / département).
- Nombre de patients restant + de 24h aux urgences avant hospitalisation.
- Nombre de gestionnaire de lits dans les GHT.

# TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR EXPURATION EXTRARENALE

## 1. Zone de référence

La zone de référence est le département.

## 2. Éléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/23 Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

La maladie rénale chronique est une maladie fréquente et grave, à forts enjeux de santé publique. On estime que 7 à 10 % de la population française présenterait une atteinte rénale.

Le dépistage reste insuffisant, la découverte se faisant parfois aux stades évolués de la maladie. Le risque d'évolution vers le stade de suppléance nécessitant la dialyse ou une greffe rénale est faible dans l'absolu, la prévalence de l'Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) étant de l'ordre de 1 pour 1 000. Toutefois, l'existence d'une maladie rénale chronique augmente le risque d'évènements cardiovasculaires et de mortalité cardiovasculaire. Le nombre de patients en traitement de suppléance augmente de manière régulière, environ + 4 % chaque année.

L'hypertension et le diabète sont responsables à eux seuls de près d'un cas sur deux (cf. parcours HTA-diabète-obésité). Le coût de prise en charge des patients en traitement de suppléance pour l'Assurance Maladie est élevé : 82 % de ce montant est consacré à la dialyse. Concernant l'accès à la liste nationale d'attente de greffe, celui-ci reste encore difficile pour certains malades (sujets âgés, diabétiques, disparité selon le lieu de résidence) et tardif pour ceux qui y accèdent. Une augmentation du taux de patients âgés de moins de 60 ans, déjà en liste d'attente au démarrage de la dialyse, a cependant été observée, témoignant de l'amélioration de la prise en charge précoce par les néphrologues.

Concernant la dialyse, en dépit d'une discrète diminution observée, le démarrage en urgence de la dialyse reste fréquent (30 %), associé à l'absence de suivi néphrologique préalable et à une première dialyse sur cathéter. Concernant l'activité de transplantation, selon le rapport d'activité annuel de 2019 de l'Agence de la biomédecine, alors que l'activité de transplantation avait augmenté (3 643 transplantations rénales ont été réalisées en 2019), la pénurie de greffons s'est aggravée. Le nombre de candidats en attente sur liste active a ainsi augmenté pour atteindre 8 642 au 1er janvier 2020 avec un allongement de la durée médiane d'attente. 14 % des transplantations ont été réalisées à partir d'un donneur vivant ; 4 % des transplantations ont été réalisées avant le début de dialyse (transplantations préemptives) (cf. OQOS greffe).

A noter que nous ne disposons pas de données précises sur les stades 4 et 5 de la Maladie rénale chronique (MRC).

## 3. Objectifs qualitatifs

- Mettre en place un observatoire régional de la MRC, qui aura pour objectif d'obtenir un panorama régional des patients atteints de MRC stades 4 et 5,
- Mailler le territoire en lits dédiés à la néphrologie (une structure par département, notamment dans l'Indre) en fonction des besoins et identifier le nombre de lits de repli en région,
- Développer la logique de parcours MRC auprès des établissements de santé autorisés,
- Connaitre l'état des lieux et améliorer l'accès au traitement conservateur,

- La greffe rénale est traitée dans la fiche OQOS *Greffe*,
- Développer la dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale. Il s'agira de mieux informer/conseiller/accompagner le patient, mieux former les professionnels de santé et améliorer la collaboration entre les différents soignants intervenants (la dialyse à domicile demande du personnel compétent et du temps pour le suivi à distance, mais aussi pour la formation des patients et de leurs proches).

#### 4. Objectifs quantitatifs – Implantations

ZONES D'IMPLANTATION	Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)		
	Modalités	Minimum	Maximum
<b>Cher</b>	Hémodialyse en centre	1	1
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	3
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	4	5
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou péritonéale	1	2
<b>Eure-et-Loir</b>	Hémodialyse en centre	1	2
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	4	5
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	4	4
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou péritonéale	2	3
<b>Indre</b>	Hémodialyse en centre	1	1
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	2
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	2	2
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou péritonéale	1	1
<b>Indre-et-Loire</b>	Hémodialyse en centre	3	3
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	5	6
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	7	7
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou péritonéale	3	3
<b>Loir-et-Cher</b>	Hémodialyse en centre	1	1
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	3	3
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	3	4
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou péritonéale	1	2
<b>Loiret</b>	Hémodialyse en centre	2	4
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	5	6
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	4	5
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou péritonéale	5	5

	Modalités	Bilan au 31/03/23	Nombre d'implantations géographiques SRS 2023-2028	
			Minimum	Maximum
TOTAL	Hémodialyse en centre	12	9	12
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	22	21	25
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	25	24	27
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou péritonéale	20	13	16

#### 5. Indicateurs

- Nombre d'établissements éligibles au forfait MRC.
- Evolution du taux de dialyse à domicile, *ratio* patient dialysé/greffé au sein de la région.
- Remontées des données REIN.

## TRAITEMENT DU CANCER

### 1. Zone de référence

La zone de référence est le département.

### 2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023.

L'adéquation aux besoins de la population et la pérennité de l'offre en cancérologie varient selon la modalité de traitement. L'offre paraît adéquate en chimiothérapie, a été modérément enrichie en radiothérapie mais reste très fragile en chirurgie oncologique.

Le bilan montre des implantations inférieures à la cible :

Nombre d'implantations géographiques	Chirurgie digestive	Chirurgie mammaire	Chirurgie gynécologique	Chirurgie urologique	Chirurgie ORL	Chirurgie du Thorax	Chimio-thérapie	Radio-thérapie	Curie-thérapie
Existant autorisé au 30/06/17	23	20	17	18	15	7	16	8	3
Prévu SRS (2018-2022)	22	20	17	19	15	7	17	8	6
Existant autorisé au 30/09/22	22	18	15	18	13	7	16	9	3

### 3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Les décrets réformant les autorisations en date du 26 avril 2022 introduisent :

- La réduction du périmètre de l'activité autorisée à la prise en charge curative,
- Une graduation des prises en charge, avec la nécessité de reconnaître différents niveaux d'expertise,
- Une concentration de l'activité curative, du fait de l'augmentation de certains seuils d'activité, dans un objectif de qualité et de sécurité des soins,
- Des parcours s'appuyant sur plusieurs acteurs, **structures et établissements**.

La réforme induit la nécessité de créer de véritables équipes territoriales de traitement du cancer à travers une collaboration étroite entre établissements non-autorisés au traitement du cancer participant à la prise en charge des patients et établissements autorisés au traitement du cancer. Cela nécessite un changement culturel important dans l'organisation des prises en charge.

Dans ce contexte de réforme très structurant, l'enjeu régional est de trouver le meilleur équilibre possible entre le renforcement de centres experts, la concentration de l'activité, la capacité à **absorber le volume** des centres autorisés et la non fragilisation des activités connexes au traitement du cancer comme la permanence des soins.

La nécessité pour des médecins d'exercer leur activité en dehors de leur site alors que la démographie médicale est très défavorable ne permet toutefois pas d'optimiser le temps médical.

#### 4. Objectifs qualitatifs

L'enjeu est de consolider une offre répondant aux besoins du territoire tout en la sécurisant, notamment dans les départements de l'Indre et du Cher. L'offre doit permettre de répondre aux délais de prise en charge conformément aux bonnes pratiques de traitement du cancer.

Les objectifs suivants sont présentés dans le **Parcours Cancer** du PRS3 :

- Réduire le taux de fuite concernant le traitement du cancer de 50%,
- Maintenir un maillage territorial en fonction des seuils d'activité,
- Atteindre des cibles d'Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) de prise en charge des cancers qui existent pour 100 % des établissements autorisés.

Les titulaires d'autorisation devront démontrer :

- L'intérêt de leur implantation dans le maillage territorial,
- Leur capacité à inscrire leur activité dans une filière de soins et un parcours coordonné avec d'autres établissements, autorisés ou non au traitement du cancer pour la même modalité ou une autre,
- Une organisation interne et le développement d'une culture à même de proposer une prise en charge du cancer en accord avec les critères de qualité réglementaires et de l'Institut national du cancer (INCa).

L'approche territoriale et les coopérations **en particulier publiques-privées** sont les meilleures façons d'assurer aux patients de la région Centre- Val de Loire une prise en charge de qualité sur le territoire **sur l'ensemble de leur territoire**.

Les titulaires d'autorisation devront **établir les collaborations** nécessaires à une prise en charge de qualité du patient tout au long de son parcours de soins, y compris hors établissement.

#### 5. Objectifs quantitatifs – Implantations

Le SRS ne prévoit pas de nouveaux sites autorisés pour l'activité de traitement du cancer, en dehors des nouvelles modalités introduites par la réforme (chirurgie oncologique A7).

La fragilisation de l'offre par des fuites importantes et la difficulté à atteindre les seuils pour certaines activités conduisent à concentrer l'activité de chirurgie oncologique gynécologique pour préserver *a minima* une offre départementale.

La gradation pour chaque modalité devient la suivante<sup>9</sup> :

- En chirurgie oncologique :
  - Mention A assurant la chirurgie oncologique chez l'adulte hors chirurgie complexe citée en mention B,
  - Mention B assurant, en sus de la chirurgie oncologique chez l'adulte autorisée en mention A, une mission de recours ainsi que la chirurgie complexe multiviscérale ou

---

<sup>9</sup>. Décret n°2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer.

multidisciplinaire ou de la récurrence des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée,

- Mention C assurant la chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans.

➤ En radiothérapie externe, curiethérapie :

- Mention A assurant les traitements de radiothérapie externe chez l'adulte,
- Mention B assurant les traitements de curiethérapie chez l'adulte,
- Mention C assurant en sus des traitements de radiothérapie externe ou de curiethérapie chez l'adulte, les mêmes traitements chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans.

En traitement médicamenteux systémique du cancer :

- Mention A assurant les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B,
- Mention B assurant, en sus des traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible,
- Mention C assurant les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible, la mission de coordination de l'intégralité du parcours de soins du patient mineur pris en charge ainsi que celle d'expertise et de recours en cancérologie pédiatrique pour les autres établissements de santé et la médecine de ville contribuant à ce parcours de soins.

Certaines pratiques thérapeutiques spécifiques sont conditionnées à une autorisation mention B et ne font pas l'objet d'objectifs quantifiés de l'offre de soins.

Du fait de la réforme des autorisations en cancérologie, des mesures transitoires permettent aux établissements de santé d'avoir un délai pour respecter l'ensemble des exigences réglementaires (seuil d'activité, conditions techniques de fonctionnement) et ainsi répondre au mieux à la gradation des soins attendue. Des exceptions au seuil par dérogation géographique pourront être envisagées notamment dans le Berry. Elles devront toutefois être justifiées avec un objectif de progressivité de l'activité acté dans le cadre d'un dialogue de gestion avec l'ARS.

Afin de sécuriser l'offre en région, les OQOS en fourchette haute de la mention A permettent la substitution de la mention B en A.

ZONES D'IMPLANTATION	Modalités et/ou mentions de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) mention A		Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) mention B		Nombre d'implantation géographiques mention C
		Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	
Cher	Chirurgie digestive	0	1	1	2	
Eure-et Loir		1	2	1	2	
Indre		1	2	0	1	
Indre et Loire		1	2	2	3	
Loir-et-Cher		1	2	1	2	
Loiret		1	3	3	4	
<b>TOTAL</b>		<b>5</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	
Cher	Chirurgie thoracique	0	1	0	0	
Eure-et Loir		0	0	0	0	
Indre		0	0	0	0	
Indre et Loire		0	1	1	2	
Loir-et-Cher		0	1	0	0	
Loiret		0	1	1	2	
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	
Cher	Chirurgie ORL	1	2	0	0	
Eure-et Loir		0	1	0	1	
Indre		0	1	0	1	
Indre et Loire		1	2	2	3	
Loir-et-Cher		0	1	0	1	
Loiret		0	1	1	1	
<b>TOTAL</b>		<b>2</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	
Cher	Chirurgie urologique	0	1	1	1	
Eure-et Loir		0	1	2	2	
Indre		1	2	0	0	
Indre et Loire		0	1	2	3	
Loir-et-Cher		1	2	1	1	
Loiret		0	2	2	2	
<b>TOTAL</b>		<b>2</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	
Cher	Chirurgie gynécologique	1	2	0	1	
Eure-et Loir		0	1	1	1	
Indre		1	1	0	0	
Indre et Loire		1	2	2	2	
Loir-et-Cher		1	2	0	0	
Loiret		1	2	1	1	
<b>TOTAL</b>		<b>5</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Cher	Chirurgie mammaire	1	2			
Eure-et Loir		2	2			
Indre		1	1			
Indre et Loire		4	5			
Loir-et-Cher		2	2			
Loiret		4	4			

ZONES D'IMPLANTATION	Modalités et/ou mentions de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) mention A		Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) mention B		Nombre d'implantation géographiques mention C	
		Minimum	Maximum	Minimum	Maximum		
<b>TOTAL</b>		<b>14</b>	<b>16</b>				
Cher	Chirurgie oncologique non spécifique	2	2				
Eure-et Loir		1	3				
Indre		1	2				
Indre et Loire		4	4				
Loir-et-Cher		2	3				
Loiret		4	4				
<b>TOTAL</b>		<b>14</b>	<b>18</b>				
Cher	Chirurgie oncologique mention C	0	0				
Eure-et Loir		0	0				
Indre		0	0				
Indre et Loire		1	1				
Loir-et-Cher		0	0				
Loiret		0	0				
<b>TOTAL</b>		<b>1</b>	<b>1</b>				
Cher	Traitement médicamenteux systémique du cancer	2	2	0	0	0	0
Eure-et Loir		3	3	0	0	0	0
Indre		1	1	0	0	0	0
Indre et Loire		3	3	1	1	1	1
Loir-et-Cher		2	2	0	0	0	0
Loiret		2	3	1	1	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>13</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	Radiothérapie					C RTE	C Curie
Cher		1	1	0	0	0	0
Eure-et Loir		1	1	0	0	0	0
Indre		1	1	0	0	0	0
Indre- et- Loire		2	2	2	2	1	0
Loir-et-Cher		1	1	0	0	0	0
Loiret		3	3	1	1	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>9</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

Les départements et modalités et/ ou mentions non-listés n'ont pas d'implantation.

## 6. Indicateurs

- Amélioration de la qualité de la prise en charge : Atteinte des cibles d'IQSS de prise en charge des cancers qui existent pour 100% des établissements autorisés.
- Une consolidation de l'offre : réduction des fuites de 50%.

**PERMANENCE DES**  
**SOINS EN**  
**ÉTABLISSEMENT DE**  
**SANTÉ (PDSES)**  
**– VERSION RÉVISÉE –**

**Le schéma de permanence des soins en établissement de santé (PDES) du PRS 2023- 2028 est un schéma révisé par rapport à sa version présentée en 2023. Il décrit l'organisation de la prise en charge des patients au sein des établissements de la région Centre-Val de Loire, aux horaires de permanence des soins, en lien avec les urgences. Ce schéma pourra être révisé annuellement après avis de la CSOS, en fonction d'une évolution démontrée des besoins ou de l'offre de soins.**

La prise en charge des urgences repose sur différents vecteurs gradués au sein du système de santé : hospitalier et ambulatoire. Ainsi, une complémentarité plus forte est également à rechercher entre la PDES, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et les soins non programmés/SAS pour orienter et prendre en charge au mieux les patients au sein du système de santé, afin d'éviter aux patients des passages par les services d'urgence. Une vision régionale et territoriale de cette organisation est nécessaire pour répondre aux besoins. Elle se doit d'être partagée par l'ensemble des acteurs hospitaliers et ambulatoires.

En conséquence, il est important de bien définir le périmètre de la permanence des soins tout en rappelant que notre système de santé doit orienter et prendre en charge la population avant tout en jours ouvrés.

### **1. Périmètre de la PDES**

**La permanence des soins en établissement de santé (PDES)** 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 18h30 ou 20h de soir le plus souvent, et jusqu'à 8h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

Les différentes modalités de permanence des soins peuvent être :

- l'astreinte : le médecin a l'obligation d'être joignable à son domicile ou à proximité afin d'intervenir dans les plus brefs délais dans l'établissement de santé pour répondre à une demande de soins,
- la garde : la présence du médecin est effective dans l'établissement.

**La PDES est à dissocier de la continuité des soins et des soins non programmés qui sont des notions différentes.**

**La continuité des soins** est une obligation réglementaire qui s'impose à toute structure détentrice d'une autorisation d'activité de soins. Elle nécessite une organisation permettant de garantir la continuité des soins, et ce en dehors des heures de PDES dans le cadre d'un parcours patient coordonné et sécurisé du pré-opératoire au suivi post-chirurgical, ou au décours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci. Cette organisation devra être connue du patient et transmise au SAMU du département. Son financement, différent de la mission de permanence des soins en établissements de santé, est lié à l'activité. En cas de non-respect de cette obligation, l'ARS peut, en application de l'article L6122-13 du CSP, suspendre partiellement ou totalement l'activité de soins.

**Les soins non programmés (SNP)** sont définis comme une organisation de soins ne relevant pas de l'urgence vitale mais pour lesquels une prise en charge par un professionnel de santé est souhaitable en moins de 48 heures, afin de participer au désengorgement des services d'urgence et éviter notamment des reports sur la PDES.

**Seule, la PDES fait l'objet du présent volet du SRS** en application de l'article R.6111-41 du code de la santé publique. **La PDES concerne le seul champ MCO** compte-tenu de la nature

de ses activités. Les activités de soins hautement spécialisées portées en grande majorité par les deux CHU appartiennent au réseau des urgences et relèvent et, à ce titre automatiquement, du schéma cible de PDSSES.

**Le schéma de PDSSES distingue** les activités réglementées dont les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement prévoient une obligation de PDSSES et les activités dites non réglementées pour lesquelles après concertation, l'ARS a souhaité organiser des lignes d'astreintes et/ou de gardes afin de renforcer le réseau des urgences pour les prises en charge la nuit, les week-ends et jours fériés.

**Les activités réglementées comprennent les activités suivantes :** obstétrique, soins critiques (réanimation, USIP polyvalentes dérogatoires, USIC, USI NV, USI d'hématologie, USI de spécialités), néphrologie pédiatrique, activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie, NRI, activité de radiologie interventionnelle, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, traitement des brûlés et médecine d'urgence. L'existence de ligne de PDSSES en médecine d'urgence dans le schéma ne concerne que celles des établissements privés.

**Ainsi, les activités non réglementées en région CVL sont :**

- Spécialités médicales : gastroentérologie, pneumologie, médecine polyvalente, médecine interne, gériatrie, infectiologie et hématologie clinique.
- Spécialités chirurgicales : chirurgie vasculaire et thoracique, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie de la main, chirurgie infantile, ophtalmologie, urologie, ORL, maxillo-faciale.
- Spécialités médico-techniques : imagerie diagnostique, pharmacie clinique et biologie médicale.

La loi dite Valletoux et les décrets y afférents, du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, par ses articles 17 et 18, pose le principe **d'une responsabilité collective des établissements de santé de la permanence des soins**. En effet, la PDSSES s'applique à tout titulaire d'autorisation ainsi qu'aux professionnels de santé qui exercent. **Ainsi, tout détenteur d'autorisation se doit de participer à l'organisation effective de la PDSSES**. Cette participation peut prendre diverses formes : par alternance ou par mutualisation. Ces organisations devront être décrites dans le cadre des réponses à l'appel à candidatures sur la mission de permanence des soins, lancé à la suite de la publication du schéma PDSSES, conformément à l'article R6111-43 du code de la santé publique.

En cas de défaillance de celle-ci, l'ES titulaire qui en est responsable, se doit de mettre en place une organisation de substitution en lien et en accord avec l'ARS. En cas de carences persistantes, la Directrice générale de l'ARS CVL désignera un ES ou des ES chargés d'assurer cette permanence.

**L'ARS Centre-Val de Loire sera particulièrement vigilante à ce que dans les départements, une PDSSES soit assurée de façon collaborative si nécessaire afin d'éviter le report sur les établissements de recours**. Ainsi, chaque établissement public ou privé qui s'engage à demander une autorisation d'activité de soins, particulièrement en chirurgie ou en imagerie, doit s'attendre à y participer.

**L'ARS a ainsi la volonté d'associer l'ensemble des praticiens salariés et libéraux. Ceux exerçant en établissements privés en lien avec les activités de soins autorisées mais**

**également les professionnels de santé libéraux. Ces derniers agissant dans le cadre de la complémentarité de la prise en charge des urgences et/ou des soins non programmés spécialisés.**

## **2. Zone de référence et organisation et de la PDSES**

### **> Zone de référence**

La zone de référence de la PDSES est le département. Toutefois, en cas de difficultés structurelles, des organisations pourront être portées en mutualisant un certain nombre de lignes départementales à l'échelle infra-régionale notamment pour la chirurgie en fonction des spécialités et pour l'imagerie. Ces organisations devront faire l'objet de travaux entre pairs afin de définir une gradation des actes dits urgents.

### **➤ Organisation**

- Une organisation interdépartementale, pour les plateaux techniques hautement spécialisés et établissements de recours régionaux en :
  - cardiologie interventionnelle ;
  - chirurgie cardiaque adulte/pédiatrique ;
  - chirurgie de la main ;
  - chirurgie pédiatrique viscérale et orthopédique ;
  - grands brûlés ;
  - neurochirurgie ;
  - neuroradiologie interventionnelle ;
  - chirurgie thoracique ;
  - hématologie ;
  - réanimation néonatale ;
  - radiologie interventionnelle.

En cas de difficultés, ces lignes pourront être mutualisées entre les 2 CHU ou avec des CHU en dehors de la région. L'objectif étant la sécurité et la qualité des soins.

- Une organisation départementale ou infra-régionale pour les autres. Les principes affichés pour les lignes de permanence sont les suivants :
  - pour les spécialités de médecine, une ligne de médecine polyvalente – médecine interne - gériatrie par site autorisé à la médecine d'urgence, une ligne pour la pédiatrie, selon le niveau d'activité, (potentiellement mutualisable avec l'activité d'obstétrique et de néonatalogie et de soins critiques pédiatriques), une ligne pour la gastro-entérologie, une ligne pour la pneumologie ;
  - pour les lignes d'anesthésie couvrant la chirurgie, les soins critiques et la maternité, elles pourront être mutualisées en lien avec la réglementation pour un établissement ou pour plusieurs établissements y compris dans le cadre d'un GCS ;
  - Pour les lignes de médecine d'urgence des établissements privés, en cas d'évolution en antenne de médecine d'urgences, la ligne d'astreinte sera caduque ;
  - Pour l'activité soins critiques, conformément à la réglementation, des lignes pourront être mutualisées en lien avec les activités spécialisées ;

- pour les spécialités chirurgicales :
  - la chirurgie ORL, ophtalmologie et urologie, les lignes départementales pourront être mutualisées si l'ensemble des critères permettant d'assurer une efficacité de la PDES n'est pas atteint. L'appui des SAS dits spécialisés sera également recherché pour ces activités ;
  - la chirurgie vasculaire, la PDES est envisagée comme une chirurgie de recours avec une PDES réorganisée en fonction des ressources disponibles selon les départements. En conséquence, l'organisation proposée par les établissements devra notamment porter une approche territoriale, une mutualisation des lignes en fonction de l'activité, une coopération publique / privée ou publique / publique ;
  - la chirurgie orthopédique, les mutualisations entre établissements sont à privilégier ;
  - la chirurgie viscérale : reconnaissance de lignes sur tous les sites d'urgence disposant d'une réanimation ou, par exception possibilité de reconnaissance aux sites d'urgence, disposant, en propre ou par coopération avec un établissement autorisé à proximité.
- pour la biologie et la pharmacie, une astreinte départementale pour chaque discipline ;
- pour l'imagerie médicale, une organisation attractive et régionalisée sera mise en place via le PIMM Centre (plateau d'imagerie médicale mutualisée du Centre). Le déploiement du PIMM organisera à terme la PDS à l'échelle régionale.

Pour tenir une ligne complète de PDES, sur un département , il faut envisager au moins 3 professionnels, pour répartir la charge, équilibrer la répartition du travail, favoriser l'attractivité des établissements de santé et la qualité de vie des acteurs.

En fonction de l'activité et/ou des spécificités des territoires, une ligne d'astreinte, après justification, pourra être transformée en garde.

### **3. Objectifs de la PDES**

#### **➤ Améliorer l'accès aux soins**

- Garantir une réponse aux besoins de la population 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, régional voire inter-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 ;
- Dans un souci d'optimisation de la ressource médicale, le maintien et le développement des astreintes mutualisées ou partagées sont recommandés tant au sein d'un établissement qu'entre les établissements et ce, indépendamment de leurs statuts ou de leurs départements de localisation en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux exerçant en établissements de santé privés dans le dispositif ;
- Garantir la bonne information des SAMU, centres 15, des établissements de santé, des Associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS) pour permettre une bonne orientation des patients ; Cette orientation devra s'appuyer sur l'organisation de la gestion territoriale des lits afin de fluidifier le parcours patient.

- **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 ;
  - Développer l'utilisation de la télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance...) pour rapprocher les professionnels de santé dans un espace numérique sécurisé et partagé ;
- **Améliorer l'efficience**
  - Optimiser l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements, indépendamment de leurs statuts ou de leurs départements de localisation, en inter-GHT, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux exerçant en établissements de santé privés dans le dispositif ;
  - Éliminer 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 ;

#### **4. Financements de la PDSSES**

La mission de service public de PDSSES définie dans le schéma régional, est inscrite dans les contrats pluriannuels d'objectif et de moyen (CPOM) des établissements. L'indemnisation allouée au titre de la participation à la mission de PDSSES visera ainsi à valoriser les établissements s'engageant à accueillir de nouveaux malades dans le cadre d'un partenariat renforcé avec les urgences.

Une réflexion sur le modèle médico-économique de la PDSSES est souhaitée en lien avec les fédérations afin de prendre en compte l'évolution de la démographie médicale, des pratiques professionnelles et des nouvelles technologies. L'objectif étant de financer la PDSSES aux établissements en fonction de leur mobilisation, de la prise en charge de polyopathologies et du maillage territorial.

#### **5. Modalités de suivi**

Une commission régionale d'évaluation de la PDSSES se réunit 2 fois par an pour évaluer la pertinence des lignes PDSSES en place. Cette commission est composée : des représentants de la FHF, FHP, FEHAP et URPS.

Les indicateurs de suivi d'activité d'une ligne de PDSSES sont :

- Les ressources humaines affectées : nombre d'ETP, nombre de praticiens concernés, statuts et spécialités des praticiens intervenants ;
- Les plages non couvertes par la PDSSES (absence inopinée de praticien, indisponibilité du plateau technique nécessaire, nombre de transferts organisés par les urgences et les SMUR, liés à un défaut de fonctionnement de la PDSSES) ;
- Les activités réalisées : nombre d'avis rendus, nombre de déplacements induits (astreinte), nombre de sollicitations d'équipements médico-techniques (imagerie, laboratoire, bloc opératoire) ;

- Le suivi des événements indésirables graves (EIGS) déclarés par les établissements en lien avec la PDSES

Les plannings prévisionnels et réalisés de chaque ligne de PDSES sont susceptibles d'être demandés à tout moment par l'ARS et/ou la commission régionale d'évaluation de la PDSES ainsi que le bilan d'activités des commissions de PDS des ES. En fonction, le schéma pourra être révisé.

## 6. Tableaux

Le schéma PDSES est exprimé en nombre de lignes, avec des astreintes ou gardes mutualisables pour certaines activités réglementées et avec des fourchettes pour quelques spécialités où le besoin est susceptible d'évoluer. Une ligne d'astreinte ou de garde mutualisable ne doit être comptabilisée qu'une seule fois.

- **Ligne d'astreintes et de gardes par disciplines et par département**

	Astreintes	Gardes
<b>CHER - 18</b>		
<b>Anesthésie</b>		
Anesthésie chirurgie	3 AO mutualisables	1 G mutualisable
<b>Activités réglementées</b>		
Cardiologie interventionnelle	1 AO mutualisable	
Maternité anesthésie	3 AO mutualisables	1 G mutualisable
Maternité gynéco-obstétrique	3 AO	1 G
Maternité pédiatrie - pédiatrie	3 AO	1 G
Soins critiques - réanimation et soins intensifs polyvalents		1 G
Soins critiques - soins intensifs de cardiologie (USIC)	1 AO mutualisable	1 G mutualisable
Soins critiques - soins intensifs de neurovasculaire (UNV) - neurologie	1 AO	1 G mutualisable
<b>Spécialités médicales</b>		
Hépto-gastro-entérologie (dont endoscopies)	1 AO	
Médecine polyvalente- médecine interne - gériatrie	3 AO	
Pneumologie (y compris endoscopies)	1 AO	
<b>Spécialités médico-techniques</b>		
Biologie	1 AO	
Pharmacie	1 AO	

	Astreintes	Gardes
<b>EURE-ET-LOIR - 28</b>		
<b>Anesthésie</b>		
Anesthésie chirurgie	1 AO	2 G dont 1 mutualisable
<b>Activités réglementées</b>		
Cardiologie interventionnelle	1 AO mutualisable	
Maternité anesthésie		2 G dont 1 mutualisable
Maternité gynéco-obstétrique		2 G
Maternité pédiatrie - pédiatrie	1 AO mutualisable	2 G
Médecine d'urgence (établissements privés autorisés)		1 G
Soins critiques - réanimation et soins intensifs polyvalents		2 G
Soins critiques - soins intensifs de cardiologie (USIC)	2 AO dont 1 AO mutualisable	2 G mutualisables
Soins critiques - soins intensifs de neurovasculaire (UNV) - neurologie	2 AO	2 G mutualisables
Soins critiques pédiatriques - soins intensifs polyvalents dérogatoires (USIPPD)	1 AO mutualisable	1 G
<b>Spécialités médicales</b>		
Hépto-gastro-entérologie (dont endoscopies)	1 AO	
Médecine polyvalente- médecine interne - gériatrie	5 AO	
Pneumologie (y compris endoscopies)	1 AO	
<b>Spécialités médico-techniques</b>		
Biologie	1 AO	
Pharmacie	1 AO	

	Astreintes	Gardes
<b>INDRE - 36</b>		
<b>Anesthésie</b>		
Anesthésie chirurgie	2 AO	1 G mutualisable
<b>Activités réglementées</b>		
Cardiologie interventionnelle	1 AO mutualisable	
Maternité anesthésie		1 G mutualisable
Maternité gynéco-obstétrique		1 G
Maternité pédiatrie - pédiatrie	1 AO	
Soins critiques - réanimation et soins intensifs polyvalents		1 G
Soins critiques - soins intensifs de cardiologie (USIC)	1 AO mutualisable	1 G
<b>Spécialités médicales</b>		
Hépatogastro-entérologie (dont endoscopies)	1 AO	
Médecine polyvalente- médecine interne - gériatrie	3 AO	
Pneumologie (y compris endoscopies)	1 AO	
<b>Spécialités médico-techniques</b>		
Biologie	1 AO	
Pharmacie	1 AO	

	Astreintes	Gardes
<b>INDRE-ET-LOIRE - 37</b>		
<b>Anesthésie</b>		
Anesthésie chirurgie	2 AO	2 G dont 1 G mutualisable
Anesthésie chirurgie cardiaque pédiatrique	1 AO	
Anesthésie chirurgie cardiologique	2 AO	
Anesthésie-circulation extra-corporelle (CEC)	2 AO	
Anesthésie mains		1 G
Anesthésie pédiatrique		1 G
Anesthésie réanimation neurochirurgie		1 G
Anesthésie réanimation neuro-traumato grands brûlés		1 G
<b>Activités réglementées</b>		
Cardiologie interventionnelle	2 AO mutualisables	
Chirurgie cardiaque	2 AO	
Chirurgie plastiques brûlés	1 AO	
Maternité anesthésie	1 AO	2 G dont 1 G mutualisable
Maternité gynéco-obstétrique	2 AO	2 G
Maternité pédiatrie	2 AO mutualisables	1 G
Médecine d'urgence (établissements privés autorisés)		2 G
Neurochirurgie		1 G
Neuroradiologie diagnostique	1 AO mutualisable	
Neuroradiologie interventionnelle	1 AO	
Pédiatrie	3 AO dont 2 mutualisables	
Pédiatrie - cardiologie	1 AO	
Pédiatrie - chirurgie orthopédique	1 AO	
Pédiatrie - chirurgie thoracique et cardiaque	1 AO	
Pédiatrie - chirurgie viscérale et digestive	1 AO	
Pédiatrie - hémodialyse	1 AO	
Pédiatrie - radiologie	1 AO	
Radiologie interventionnelle	1 AO	
Réanimation chirurgie thoracique et cardiaque		2 G
Réanimation néonatale	1 AO	1 G
Soins critiques - réanimation et soins intensifs polyvalents		3 G
Unité de soins intensifs de spécialité - Néphrologie	1 AO mutualisable	1 G mutualisable
Soins critiques - réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents	1 AO mutualisable	1 G mutualisable
Soins critiques - soins intensifs de cardiologie (USIC)	2 AO mutualisables	2 G dont 1 G mutualisable

	Astreintes	Gardes
Soins critiques - soins intensifs de neurovasculaire (UNV) - neurologie	1 AO mutualisable	1 G
Soins critiques - soins intensifs d'hématologie (USIH)	1 AO mutualisable	1 G mutualisable
Soins critiques pédiatriques - soins intensifs d'hématologie (USIPH)	1 AO mutualisable	1 G mutualisable
<b>Spécialités médicales</b>		
Anatomopathologie (greffe - art D6124-164)	1 AO	
Hématologie clinique	1 AO mutualisable	
Hépatogastro-entérologie (dont endoscopies)	1 AO	
Maladies infectieuses	1 AO	
Médecine polyvalente- médecine interne - gériatrie	7 AO	
Pneumologie (y compris endoscopies)	1 AO	
<b>Spécialités médico-techniques</b>		
Biologie	1 AO	
Biologie biochimie	1 AO	
Biologie hématologie	1 AO	
Biologie microbiologie bactériologie	1 AO	
Pharmacie	1 AO	
Pharmacologie toxicologie	1 AO	

	Astreintes	Gardes
<b>LOIR-ET-CHER - 41</b>		
<b>Anesthésie</b>		
Anesthésie chirurgie	3 AO dont 2 mutualisables	1 G mutualisable
<b>Activités réglementées</b>		
Cardiologie interventionnelle	1 AO mutualisable	
Maternité anesthésie	3 AO dont 2 mutualisables	1 G mutualisable
Maternité gynéco-obstétrique	3 AO	1 G
Maternité pédiatrie - pédiatrie	4 AO dont 1 mutualisable	1 G
Soins critiques - réanimation et soins intensifs polyvalents		1 G
Soins critiques - soins intensifs de cardiologie (USIC)	1 AO mutualisable	1 G
Soins critiques pédiatriques - soins intensifs polyvalents dérogatoires (USIPPD)	1 AO mutualisable	1 G
<b>Spécialités médicales</b>		
Hépatogastro-entérologie (dont endoscopies)	1 AO	
Médecine polyvalente- médecine interne - gériatrie	3 AO	
Pneumologie (y compris endoscopies)	1 AO	
<b>Spécialités médico-techniques</b>		
Biologie	1 AO	
Pharmacie	1 AO	

	Astreintes	Gardes
<b>LOIRET - 45</b>		
<b>Anesthésie</b>		
Anesthésie chirurgie		3 G dont 2 G mutualisables
Anesthésie chirurgie cardiologique	1 AO	
Anesthésie-circulation extra-corporelle (CEC)	1 AO	
Anesthésie mains		1 G mutualisable
Anesthésie pédiatrique	1 AO	
<b>Activités réglementées</b>		
Cardiologie interventionnelle	3 AO mutualisables	
Chirurgie cardiaque	1 AO	
Maternité anesthésie	1 AO	3 G dont 2 mutualisables
Maternité gynéco-obstétrique	3 AO	2 G
Maternité pédiatrie	2 AO mutualisables	2 G mutualisables
Médecine d'urgence (établissements privés autorisés)		1 G
Neurochirurgie	1 AO	
Neuroradiologie diagnostique	1 AO mutualisable	
Neuroradiologie interventionnelle	1 AO	
Pédiatrie	2 AO mutualisable	3 G dont 2 G mutualisables
Pédiatrie - chirurgie	1 AO	
Pédiatrie - radiologie	1 AO	
Radiologie interventionnelle	1 AO	
Réanimation néonatale		1 G mutualisable
Soins critiques - réanimation et soins intensifs polyvalents		3 G
Unité de soins intensifs de spécialité - respiratoire	1 AO mutualisable	1 G mutualisable
Unité de soins intensifs de spécialité - hépato-gastro-entérologie	1 AO mutualisable	1 G mutualisable
Soins critiques - réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents	1 AO	1 G mutualisable
Soins critiques - soins intensifs de cardiologie (USIC)	3 AO mutualisables	3 G dont 1 G mutualisable
Soins critiques - soins intensifs de neurovasculaire (UNV) - neurologie	1 AO mutualisable	1 G mutualisable
Soins critiques - soins intensifs polyvalents dérogatoires (USIPD)	1 AO mutualisable	1 G
Soins critiques - soins intensifs d'hématologie (USIH)	1 AO mutualisable	1 G mutualisable
<b>Spécialités médicales</b>		
Hématologie clinique	1 AO mutualisable	
Hépatogastro-entérologie (dont endoscopies)	1 AO mutualisable	

	Astreintes	Gardes
Maladies infectieuses	1 AO	
Médecine polyvalente- médecine interne - gériatrie	5 AO	
Pneumologie (y compris endoscopies)	1 AO mutualisable	
<b>Spécialités médico-techniques</b>		
Biologie	1 AO	
Biologie biochimie	1 AO	
Biologie microbiologie bactériologie	1 AO	
Pharmacie	1 AO	

- **Lignes d'astreintes et de gardes des spécialités chirurgicales**

	Astreintes		Gardes
<b>CHER</b>	Min	Max	
<b>Spécialités chirurgicales</b>			
Ophthalmologie	1		
ORL	1		
Orthopédique et traumatologie	2	2	
Urologie	1	1	
Vasculaire	0	1	
Viscérale et digestive	3		
<b>EURE-ET-LOIR</b>	Min	Max	
<b>Spécialités chirurgicales</b>			
Ophthalmologie	1		
ORL	1		
Orthopédique et traumatologie	2	2	
Urologie	1	1	
Vasculaire	1	1	
Viscérale et digestive	3		
<b>INDRE</b>	Min	Max	
<b>Spécialités chirurgicales</b>			
Ophthalmologie	1		
ORL	1		
Orthopédique et traumatologie	1	1	
Urologie	0	1	
Vasculaire	0	1	
Viscérale et digestive	2		

<b>INDRE-ET-LOIRE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	
<b>Spécialités chirurgicales</b>			
Ophthalmologie		1	
Chirurgie de la main		1	
Maxillo-faciale		1	
ORL		1	
Orthopédique et traumatologie	2	2	1
Thoracique		1	
Urologie	1	2	
Vasculaire	1	2	
Viscérale et digestive		4	
	<b>Astreintes</b>		<b>Gardes</b>
<b>LOIR-ET-CHER</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	
<b>Spécialités chirurgicales</b>			
Ophthalmologie		1	
ORL		1	
Orthopédique et traumatologie	1	2	
Urologie	1	1	
Vasculaire	0	1	
Viscérale et digestive		3	
<b>LOIRET</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	
<b>Spécialités chirurgicales</b>			
Chirurgie de la main		1	
Maxillo-faciale		1	
Ophthalmologie		1	
ORL		1	
Orthopédique et traumatologie	1	2	1
Thoracique		1	
Urologie	1	2	
Vasculaire	1	1	
Viscérale et digestive		4	

- **Lignes d’astreintes et de gardes en attente de la mise en place du PIMM PDSES Centre-Val de Loire**

	<b>Astreintes</b>
<b>CHER</b>	
EML et radiologie conventionnelle	2
<b>EURE-ET-LOIR</b>	
EML et radiologie conventionnelle	4
<b>INDRE</b>	
EML et radiologie conventionnelle	3
<b>INDRE-ET-LOIRE</b>	
EML et radiologie conventionnelle	8
<b>LOIR-ET-CHER</b>	
EML et radiologie conventionnelle	3
<b>LOIRET</b>	
EML et radiologie conventionnelle	5

Agence régionale de santé Centre-Val de Loire ,  
Cité administrative Coligny  
131 rue du Faubourg Bannier –  
BP 74409 45044 Orléans Cedex 1  
02 38 77 32 32  
[ars-centre-contact@ars.sante.fr](mailto:ars-centre-contact@ars.sante.fr)  
[www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr](http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr)