

SCHEMA REGIONAL

D'ORGANISATION DES SOINS

Volet Hospitalier

2012-2016

Version soumise à consultation dans le cadre de l'article L1434-3
du Code de la santé publique

SOMMAIRE

ELEMENTS DE CONTEXTE ET DE CADRAGE	6
LE VOLET HOSPITALIER.....	11
PREAMBULE	12
1. LES ACTIVITES DE SOINS	15
1.1 Médecine.....	16
1.2 Chirurgie.....	26
1.3 Périnatalité.....	37
1.4 Médecine d'urgence	46
1.5 Hospitalisation a domicile	55
1.6 Psychiatrie.....	60
1.7 Soins de suite et de réadaptation	73
1.8 Unité de soins de longue durée	96
1.9 Traitement du cancer	102
1.10 Examen des caractéristiques génétiques.....	122
2. LES PLATEAUX TECHNIQUES	133
2.1 Cardiologie interventionnelle	134
2.2 Réanimation, Soins intensifs, Surveillance continue volet Adulte	143
2.3 Volet reanimation pediatrique, surveillance continue pediatrique.....	152
2.4 Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	158
2.5 Imagerie	167
3. LES FILIERES	176
3.1 La prise en charge des personnes âgées et la filière Alzheimer	177
3.2 Les traumatismes Crânio cérébraux	185
3.3 L'addictologie.....	192

3.4	La prise en charge de la douleur	209
3.5	Les soins palliatifs.....	217
3.6	Les accidents vasculaires cérébraux	227
3.7	Les soins aux détenus	236
3.8	La prise en charge de l'obésité	248
3.9	Les maladies chroniques.....	250
4.	LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC.....	255
4.1	Les missions faisant l'objet d'une procédure d'attribution ou d'autorisation par ailleurs	257
4.2	Les missions devant faire l'objet d'une procédure de reconnaissance ad hoc	261

ELEMENTS DE CONTEXTE ET DE CADRAGE

LA PLACE DU SCHEMA DANS LE PRS

Fixé pour une durée de cinq ans, le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) est un outil de mise en œuvre et de déclinaison opérationnelle du Projet Régional de Santé (PRS) introduit par la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

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

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

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

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

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

LES ENJEUX ET LES PRINCIPES

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

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

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

- Dans son volet hospitalier :
 - le renforcement et la formalisation des partenariats entre les structures, l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) et le développement de la télémédecine.
 - la consolidation et le maintien d'une offre de soins accessible à la population fondée sur l'implantation des activités de soins soumises à autorisation, la modernisation des plateaux techniques, l'organisation des filières de soins et des missions de service public, le tout dans un contexte économique difficile.
 - le développement des modes de prise en charge substitutifs à l'hospitalisation conventionnelle

- Dans son volet ambulatoire :
 - l'identification de territoires de proximité à consolider
 - des leviers d'action susceptibles d'attirer et de maintenir les professionnels de santé sur le territoire
 - la mobilisation des professionnels de santé autour de projets locaux de territoire.

LES TERRITOIRES DE PROXIMITE

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

Au delà de cette définition juridique, le SROS doit aussi tenir compte des territoires dits « de proximité »

Le volet hospitalier du SROS s'inscrit dans la continuité du précédent schéma sanitaire avec des établissements ou pôles de référence correspondant aux principales villes de la région, approche qui a été confortée par le choix de l'ARS de retenir le département comme territoire de santé. Les territoires infra départementaux, correspondent aux zones d'attractivité des établissements de santé installés dans les villes de sous préfectures auxquelles s'ajoutent les zones de Gien et Amboise-Chateaurenault.

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

LES ELEMENTS DE REFERENCE NATIONAUX

Le SROS s'inscrit dans le cadre :

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

LE CADRE REGLEMENTAIRE DU SCHEMA

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

Prévu par les articles L1434-7 et suivants du code de la santé publique précisés par l'article R1434-4 tel qu'il ressort du décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé, « le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique ».

Son contenu :

Le schéma régional d'organisation des soins comporte :

1° Une partie relative à l'offre de soins hospitaliers et aux équipements lourds qui se décline de la façon suivante :

- Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;
- Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;
- Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L. 6112-2 ;
- Les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

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

Son caractère opposable :

La première partie, relative à l'offre de soins hospitalière, est opposable aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations ; en effet, les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé doivent être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

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

Le volet ambulatoire du SROS indique par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et second recours, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé. L'article 2 de la loi du 10 août susvisé prévoit que le projet de santé des maisons de santé « est compatible avec les orientations des schémas régionaux » et qu'il « est transmis pour information à l'ARS ».

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

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

LES LEVIERS DE L'ARS

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

Pour le volet de l'offre hospitalière :

- La délivrance et le renouvellement des autorisations pour les activités de soins et les équipements lourds en application des dispositions des articles L 6122-1 et suivants du code de la santé publique.
- Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre l'ARS et chaque établissement de santé ou titulaire d'autorisation en application des articles L 6114-1 et suivants du CSP:
- La possibilité pour le directeur général de l'ARS de demander aux établissements publics de santé de coopérer sous l'une des formes prévues par l'article L6131-2 du CSP (conventions de coopération, communautés hospitalières de territoire, ...)

Pour le volet de l'offre ambulatoire :

- La définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé.
- Le pôle d'appui aux professionnels de santé
- La mobilisation des aides au maintien et à l'installation des professionnels de santé y compris par le recours aux financements prévus dans le contrat de projet Etat-région pour les maisons de santé
- L'accompagnement des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Les systèmes d'information et la télémédecine
- L'articulation entre l'ARS et les autres acteurs concernés et notamment les unions régionales des professionnels de santé, l'université et les collectivités territoriales.

LE VOLET HOSPITALIER



PREAMBULE

La partie « offre de soins hospitalière » du SROS PRS s'inscrit dans la continuité du SROS3. Elle s'appuie sur un diagnostic régional établi dans le cadre d'une large concertation organisée avec les professionnels et acteurs de santé de chaque territoire.

La répartition et le dimensionnement de l'offre de soins, destinés à répondre aux besoins de santé dans notre région pour les 5 années à venir, sont estimés au travers des objectifs quantifiés de l'offre de soins.

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

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

A ce titre, **chaque territoire doit s'inscrire dans une logique de coopération hospitalière** notamment par la mise en œuvre de communautés hospitalières de territoire déjà initialisée en région centre, mais également toutes autres formes de collaborations visant une meilleure cohérence du dispositif (ex : Groupement de Coopération Sanitaire dont l'objet vise la prise en charge de spécialités), doit être poursuivie et développée.

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

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

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

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

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

La partie « offre de soins hospitalière » du SROS PRS est opposable dans sa globalité et sera relayée dans les contrats d'objectifs et de moyens signés entre l'Agence régionale de santé et les établissements.

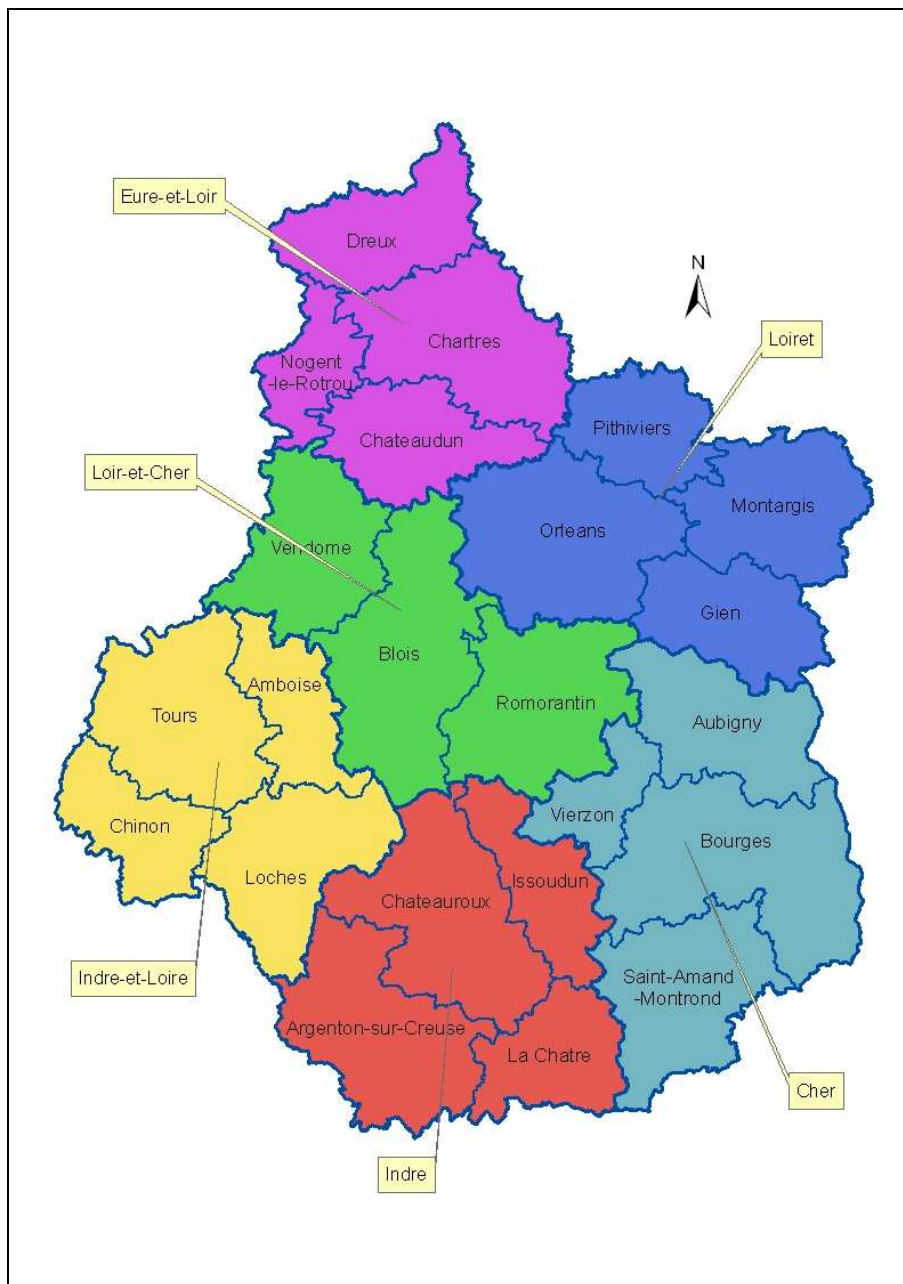
Elle est déclinée selon l'organisation suivante :

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

S'agissant des équipements ou activités soumis à autorisation, **le présent schéma fixe les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) en nombre d'implantations et d'appareils par territoire de santé**. Seul ce niveau territorial est opposable (article D6121-7 du Code de la santé publique).

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

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



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

L'articulation avec la partie « Offre de soins ambulatoire » de ce schéma et avec les autres schémas : prévention, médico-social, a fait l'objet d'une attention particulière relayée dans chaque thématique, afin d'améliorer le parcours de soins entre les différentes prises en charge.

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

1. LES ACTIVITES DE SOINS

1.1 MEDECINE

Le SROS Médecine concerne tous les établissements, publics ou privés, titulaires d'une autorisation de médecine et les spécialités s'y rapportant incluant la pédiatrie. La gradation des soins hospitaliers et la permanence des soins ont guidé la réflexion notamment pour le volet interventionnel de la médecine de spécialité, la médecine polyvalente et la pédiatrie. La gériatrie et les soins de longue durée font l'objet d'un paragraphe de transition entre les 2 schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS) et de l'organisation médico-sociale (SROMS).

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

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

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

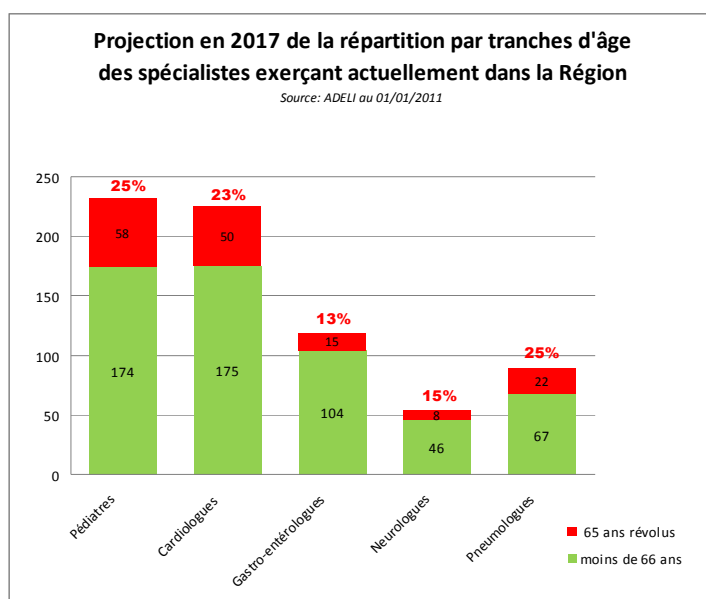
1.1.1 LE CONTEXTE

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

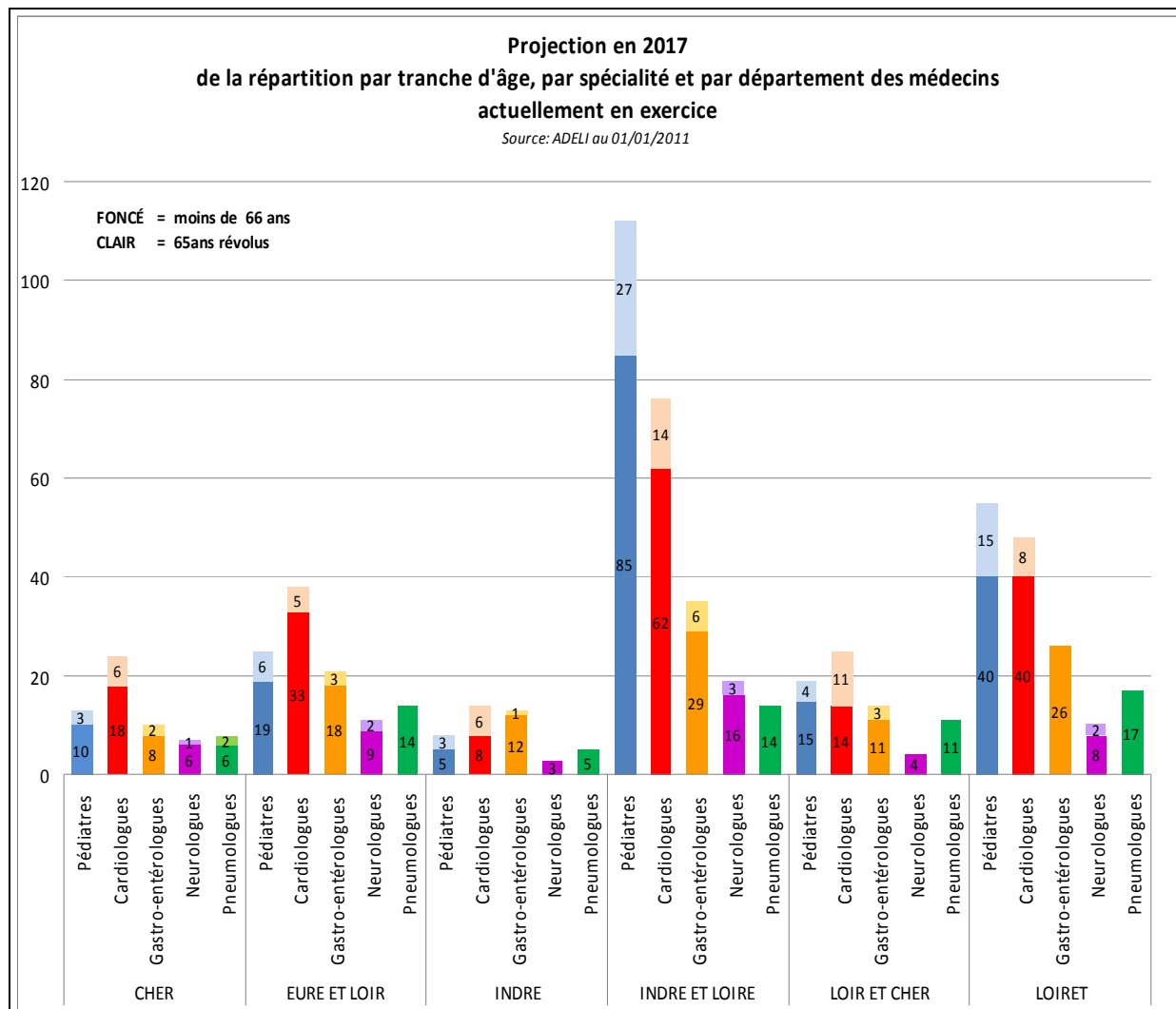
La région Centre se classe à l'avant-dernière place pour la densité de médecins en activité régulière : 242 pour 100 000 habitants contre 370 en région PACA et 366 en Ile de France. EN 2010 seulement 3% des nouveaux inscrits se sont installés dans la région. (Source: Atlas de la démographie médicale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

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

Dans les 5 années à venir, les 5 spécialités étudiées plus précisément dans ce volet seront touchées inégalement par les départs en retraite. Un quart des pédiatres et des pneumologues actuellement en exercice auront plus de 65 ans en 2017.



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



Le secteur libéral sera le secteur le plus touché.

En 2010 :

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

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

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

1.1.1.2 La problématique des activités de médecine

La gradation des activités de soins comporte 4 niveaux dont le premier niveau de soins de premier recours est repris dans le volet ambulatoire du SROS. Elle est complémentaire et superposable aux différents niveaux décrits dans le SROS 3 et le Plan Stratégique Régional de Santé :

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

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

L'étude de l'activité des services de médecine a été séparée en 3 groupes : la médecine polyvalente, la médecine de spécialité notamment dans sa composante interventionnelle c'est-à-dire l'endoscopie avec anesthésie générale ou locorégionale, et la pédiatrie.

Médecine polyvalente et médecine de spécialité

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

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

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

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

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

Les avis spécialisés (cardiologues, pneumologues, diabéto-endocrinologues, neurologues, gériopsychiatres...) restent indispensables dans les services de médecine polyvalente. La médecine interniste est également à privilégier.

Actuellement, 8 centres hospitaliers (ex-hôpitaux locaux) sont autorisés au titre de l'offre de soins en médecine :

Eure et Loir : CH de la « La Loupe » (15 lits de médecine)

Indre et Loire : CH de St Maure de Touraine (14 Lits de médecine)

Loir et Cher :

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

Loiret :

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

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

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

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

L'activité d'endoscopie :

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

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

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

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

La pédiatrie :

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

- Deux centres hospitaliers de niveau régional, CHU Tours et CHR Orléans, offrant un site d'urgence, des services d'hospitalisation complète et partielle, des consultations spécialisées, des services de chirurgie et de réanimation pédiatriques avec ainsi que des centres d'expertise et de référence.
- Au moins un hôpital de référence dans chaque département hormis l'Indre et Loire, (les centres hospitaliers de Bourges, Chartre, Dreux, Châteauroux, Blois et le Centre hospitalier de l'agglomération montargoise) comportant un service d'hospitalisation complète et partielle et un accueil d'urgence.
- Trois hôpitaux de proximité de la région comportent un service de pédiatrie. Ils possèdent de petites unités d'hospitalisation et assurent le niveau premier recours en raison de la faiblesse de l'offre de pédiatrie libérale sur leur zone géographique :
 - o Vierzon : 10 lits - 2 pédiatres : 1 hospitalier et 1 libéral
 - o Romorantin-Lanthenay : 12 lits - 1 pédiatre hospitalier, aucun pédiatre libéral
 - o Gien : 20 lits - 4 pédiatres hospitaliers, aucun pédiatre libéral

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

Le secteur hospitalier connaît également des difficultés de recrutement.

1.1.1.3 Le parcours du patient adulte, de son admission – programmée ou non – à sa sortie d'hospitalisation en Médecine

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

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

1) Dès l'admission, **le service social doit être chargé d'analyser et d'organiser les modalités de sortie** en prenant en compte le pronostic du médecin, l'autonomie envisageable, l'environnement socio familial plus au moins mobilisable ainsi que les ressources financières.

2) Les sorties sont retardées par les difficultés rencontrées par les services sociaux des établissements de santé pour organiser une prise en charge adaptée en aval de l'hospitalisation en raison :

- de l'attente de prise en charge d'une part dans les structures ou services d'aval dans le champ sanitaire :(SSR, notamment des SSR spécialisés, USLD, HAD), d'autre part dans le champ médico-social et social pour l'admission en établissement ou pour le maintien à domicile.
- d'un nombre insuffisant de structures médicosociales pour les personnes de moins de 60 ans ne pouvant vivre à domicile.
- du délai d'attente pour la mise en place des mesures de protection
- des ressources financières des patients insuffisantes pour avancer les frais de prise en charge d'un service d'aide à domicile ou pour financer le prix de l'hébergement en Etablissement pour Personnes Agées (EHPA) en attendant le versement de prestations. Il est à noter que le délai de versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est variable en fonction des départements.

3) L'heure de sortie est souvent retardée en raison de l'insuffisance du parc de transport sanitaire. Toutefois, l'établissement peut mettre en place une organisation permettant de libérer les lits le plus tôt possible

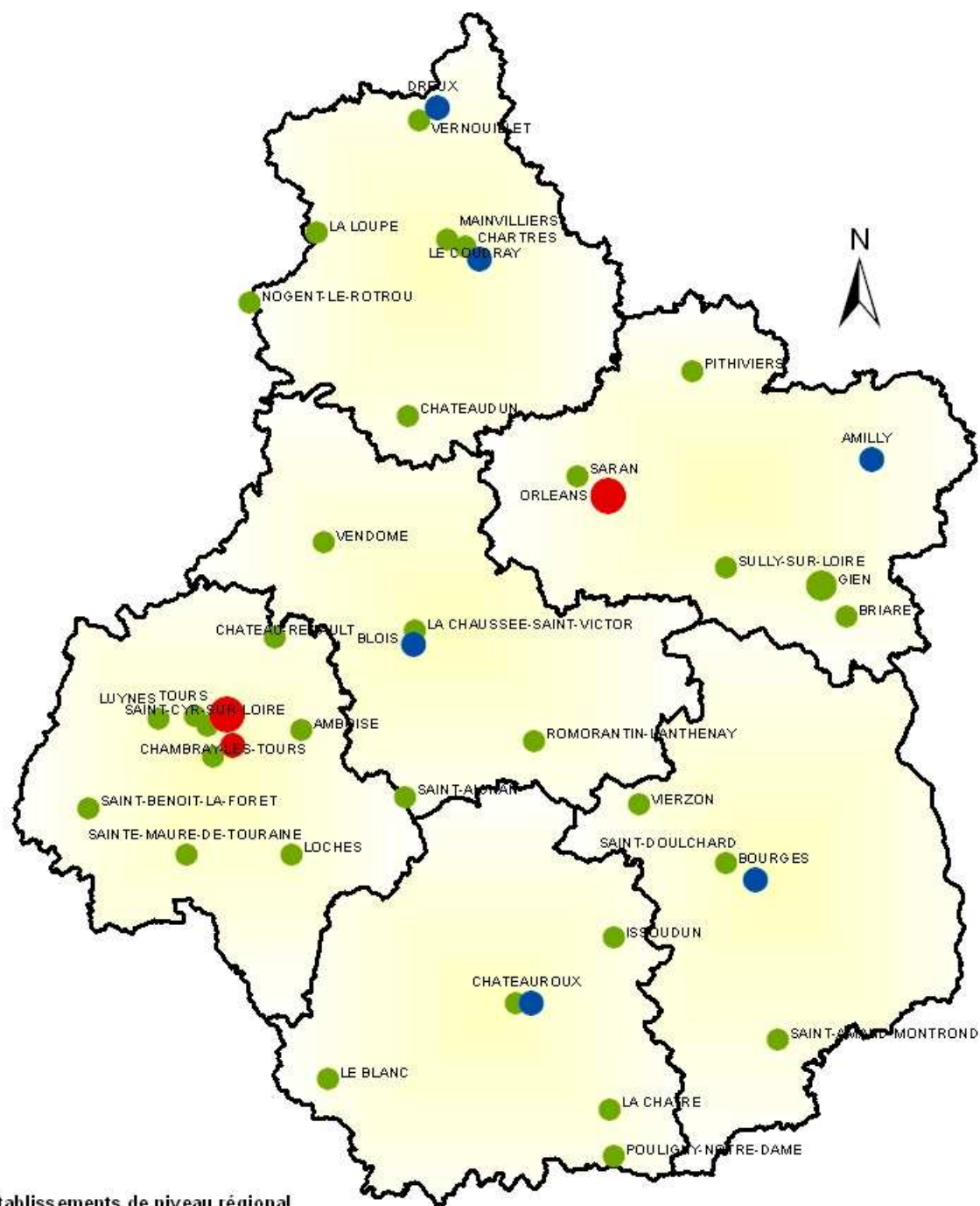
4) Des hospitalisations pouvant être évitées sont réalisées en urgence par manque d'anticipation ou par impossibilité de prise en charge médicale dans la journée en raison :

- d'un besoin de soins pour les personnes en établissement médicosocial ;
- d'un besoin de soins ou de prise en charge d'une perte d'autonomie pour les personnes à domicile

5) L'attente d'avis médical spécialisé peut aussi retarder la sortie.

6) Lorsque l'état d'un patient atteint de polyopathologies s'aggrave et nécessite des soins techniquement plus complexes que ceux dispensés dans un service de médecine polyvalente, son maintien dans le service se fait au prix de la mobilisation plus importante du personnel et donc avec un risque de diminution de la qualité de la prise en charge des autres patients.

Implantation des établissements hospitaliers selon leur niveau



Source : ARS du Centre au 01/12/2011 - IGN©

1.1.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

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

Les objectifs de ce volet visent à :

- maintenir la polyvalence comme réponse de proximité en favorisant l'activité de consultations, la prise en charge au sein de filières de soins et le regroupement des activités autour de structures de proximité comme les Maisons de Santé Pluridisciplinaires.
- assurer la sécurité de la prise en charge en mutualisant et en optimisant les ressources médicales liées à la continuité et à la permanence des soins en fonction de la taille des services et de la gradation des activités.
- définir la répartition des implantations en tenant compte de l'ensemble de ces facteurs en proposant une offre de proximité polyvalente complémentaire d'une offre de spécialité graduée en fonction de la technicité et des moyens humains qu'elle requiert.

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

- **Fluidifier le parcours du patient adulte de son admission, programmée ou non, à sa sortie d'hospitalisation en médecine.**
 - o Renforcer l'offre de médecine polyvalente et en particulier favoriser son développement au sein des établissements comportant un service d'urgence (formaliser les liens entre les services d'urgence et de médecine)
 - o Favoriser la recherche de prises en charge d'aval précoce par les services sociaux des établissements, afin d'éviter les retards de sorties
 - o Recenser les besoins qualitativement et quantitativement afin de pouvoir programmer les structures adaptées et le nombre de places nécessaires
- **Diversifier les modalités de l'offre hospitalière en cohérence avec les autres dispositifs :**
 - o L'hospitalisation en service de médecine à temps complet doit être réservée aux soins aigus et aux bilans justifiés par la nature des actes effectués et/ou par l'état du patient.
 - o Le recours à l'hospitalisation à domicile doit être promu.
 - o Les alternatives à l'hospitalisation à temps complet doivent être renforcées notamment en développant au sein des services une offre de prise en charge en hospitalisation de jour. L'hospitalisation de jour permet² les prises en charge nécessitant :
 - soit un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie pour des raisons de sécurité liées à la pratique des actes réalisés
 - soit le recours à « une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin » c'est-à-dire dans le cadre des bilans diagnostiques ou thérapeutiques
 - o L'organisation de consultations : la baisse de la démographie médicale a des répercussions au niveau des hôpitaux de référence et de proximité comportant une activité de médecine

² (Instruction n°DGOS/R/2010/201 DU 15 JUIN 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

d'urgence et: une demande de consultations non programmées non satisfaites en ville apparaît, notamment en pédiatrie.

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

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

- **Structurer l'accès aux soins des plateaux techniques pour la réalisation des actes d'endoscopie avec anesthésie générale ou loco régionale.**

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

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

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

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

- soit par l'équipe chirurgicale présente si elle est compétente.
- soit par convention avec un établissement proche ayant l'activité de chirurgie nécessaire afin de pouvoir transférer le patient.

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

- **Structurer l'organisation graduée et coordonnée de la prise en charge des enfants et adolescents**

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

L'absence constatée de l'offre sur certaines zones d'emploi et la baisse du nombre de pédiatres, hospitaliers et libéraux dans les 5 ans à venir ainsi que les variations saisonnières de l'activité de pédiatrie nécessitent une réflexion afin de réorganiser l'offre sur certains départements en s'appuyant sur :

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

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

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

Des troubles de l'apprentissage se révèlent parfois plus tardivement au cours de la scolarisation et les parents s'adressent au médecin généraliste ou au pédiatre. Afin de préserver cette activité de dépistage

et d'éviter les retards de diagnostic et de prises en charge, une partie de l'évaluation peut être déléguée à des IDE formés, les médecins posant les indications, le diagnostic et l'orientation.

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

1.1.3 EVALUATION ET SUIVI

Indicateurs :

- Taux d'évolution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) pour les séjours de médecine suivis d'un séjour en SSR ou en HAD
- Codage systématique des séjours en attente de sortie
- Taux de réhospitalisations en médecine à 30 jours (indicateur CPOM)

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

Instruction n°DGOS/R/2010/201 DU 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

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

SROS PRS - OQOS IMPLANTATIONS par territoire

MEDECINE

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

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

REPARTITION des IMPLANTATIONS par TERRITOIRE et par type d'établissement

TERRITOIRES	Etablissement niveau régional	Etablissement de référence	Etablissement de proximité <i>(y compris ex- hôpitaux locaux et assimilés)</i>
CHER		1	3
EURE ET LOIR		2	5
INDRE		1	5
INDRE ET LOIRE	1 (3 sites)		8 dont 1 sur 2 sites
LOIR ET CHER		1	5 à 4
LOIRET	1	1	8 à 6

1.2 CHIRURGIE

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

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

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

Sont exclues de ce volet :

- **les activités chirurgicales hautement spécialisées dont l'organisation relève d'une coordination des moyens interrégionale, organisée dans le SIOS inter-région « ouest ».**
 - la chirurgie cardiaque
 - la neurochirurgie
 - les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ?
 - les grands brûlés
 - les greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques
- **les activités interventionnelles, traitées dans le cadre du volet « médecine » du présent SROS**

Les activités interventionnelles, souvent qualifiées de « peu invasives » regroupent les actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique avec anesthésie générale ou locorégionale utilisant le cas échéant l'imagerie médicale.

Ces actes, identifiés par la lettre K dans le codage PMSI, ne sont désormais plus intégrés dans le champ de la chirurgie, mais dans celui de la médecine.
- **les activités de chirurgie cancérologique**

Elles sont traitées dans le cadre du volet « cancérologie » du présent SROS.

1.2.1 CONTEXTE

« Une démographie médicale difficile »

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

Nombre de professionnels en région centre et densité pour 100 000 habitants		Cher	Eure et Loir	Indre	Indre et Loire	Loir et Cher	Loiret	REGION centre	FRANCE métropole
Effectifs	Chirurgiens	32	41	19	113	30	71	306	-
	Anesthésistes -réanimateurs	22	37	16	135	26	67	303	-
Densité pour 100 000 hab.	Chirurgiens	10	10	8	21	9	11	13	17
	Anesthésistes -réanimateurs	7	9	7	23	8	10	12	16

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

A noter en revanche que la région Centre, via la faculté de médecine de Tours, forme chaque année une vingtaine de chirurgiens et 7-8 anesthésistes. La difficulté réside après l'internat pour maintenir ces professionnels en région centre.

Le volet chirurgie n'est pas le seul impacté par cette évolution défavorable, mais aussi directement l'obstétrique pour le volet « périnatalité », les activités de réanimation, la médecine pour les actes techniques et les urgences, devenant de plus en plus interdépendants au titre de cette ressource. Réside en cela un argument supplémentaire en faveur des recompositions préconisées. Cette nécessité s'imposera au regard des regroupements impactant la densité des professionnels de santé, mais aussi l'organisation de la Permanence des soins en établissements de santé (PDSSES), ainsi que de l'aspiration des professionnels de santé à travailler en équipe.

« Une relative stabilisation de l'activité chirurgicale régionale »

En 2011, 32 établissements de santé (CHRU, 13 centres hospitaliers, 17 établissements privés lucratifs) ont une activité de chirurgie dans la région, dont 3 exclusivement en ambulatoire.

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

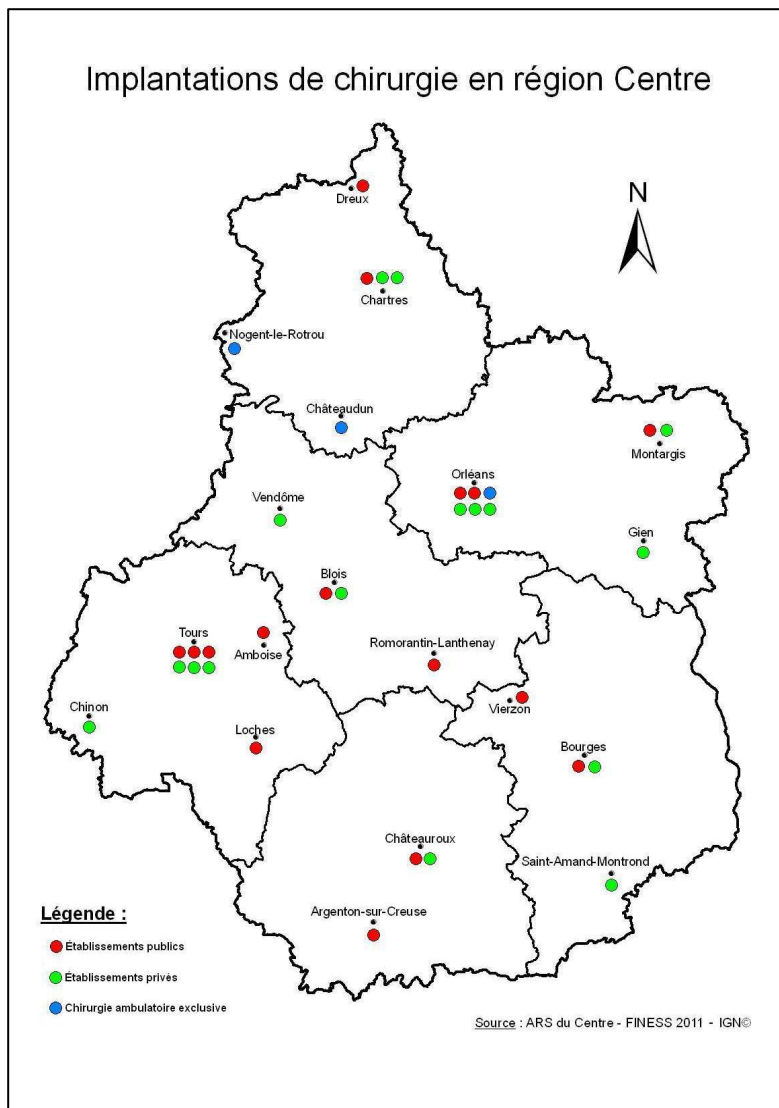
S'agissant de la chirurgie pédiatrique, 29 sites sont répertoriés comme étant de 1^{ère} intention et 2 sites identifiés centres chirurgicaux pédiatriques spécialisés à vocation régionale.

Parmi ces sites, 3 exercent la chirurgie exclusivement en ambulatoire :

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

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

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



« Un développement accru de la chirurgie ambulatoire »

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

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

La région Centre, initialement retardataire par rapport au niveau national, a vu son taux de pratique ambulatoire fortement progresser et a désormais quasiment rattrapé son retard. Ainsi, entre 2007 et 2009, la région est passée de la 12^{ème} à la 8^{ème} place des régions françaises en termes de taux global de chirurgie ambulatoire (tous gestes chirurgicaux confondus) en atteignant un taux moyen de 35.9% contre 36.2% au national.

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

Les différentes vagues de mises sous accord préalable sur des gestes chirurgicaux ciblés (4 depuis juillet 2008) ont eu un fort impact sur les pratiques : s'agissant des 17 gestes marqueurs prévus par la procédure, le taux régional de pratique de chirurgie ambulatoire a évolué de près de 23 points entre 2007 et le 1^{er} semestre 2010.

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

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

Taux de chirurgie ambulatoire (moyenne des 17 gestes MSAP)	2009	2010
France	74.3%	ND
Région Centre	71.2%	75.3%
Cher	74.6%	76.4%
Eure et Loir	70.9%	73.4%
Indre	73.3%	76.6%
Indre et Loire	73.4%	76.2%
Loir et Cher	64.7%	71%
Loiret	69.8%	76%

« Le mouvement engagé de restructurations des plateaux techniques »

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

Impulsées par l'ARH ou décidées par les acteurs eux-mêmes, ces restructurations ont pu prendre, selon les contextes, plusieurs formes: fermetures d'établissements tout entiers (cliniques chirurgicales), regroupements de cliniques privées, regroupements public-privé (sur site unique ou non) avec redistribution des activités, réorganisation interne sans rapprochement inter-établissements. Cette diminution du nombre de plateaux techniques s'est accompagnée d'une modernisation des établissements, rendue possible notamment par les plans Hôpital 2007, puis 2012. Cette modernisation est allée de la rénovation des sites à la reconstruction intégrale de plusieurs établissements.

« Une région soumise à des fuites de patients et peu attractive »

La région centre doit faire face à une forte attractivité de la région parisienne, et dans une moindre mesure des régions limitrophes. En 2010, ce sont 32 575 séjours chirurgicaux, soit 15,9% des séjours chirurgicaux de patients de la région qui ont été réalisés en extrarégional.

Plus de la moitié de ces séjours hors région sont réalisés en région Parisienne du fait de son attractivité en termes d'offre de soins mais également de sa proximité géographique, notamment avec le nord de l'Eure et Loir et le nord du Loiret. Le taux de fuite extrarégional, stable ces dernières années, touche de façon plus ou moins marquée les différents territoires.

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

Taux de fuites extrarégionales en chirurgie

Territoire de santé	Taux 2009
Cher	31.4%
Eure et Loir	39.3%
Indre	44.4%
Indre et Loire	7.3%
Loir et Cher	35.1%
Loiret	17.2%
Région CENTRE	15.9%

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

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

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

1.2.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

1.2.2.1 Améliorer l'accès aux soins

▪ Hiérarchiser les plateaux techniques

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

Chirurgie de l'adulte

La chirurgie de première intention

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

Quand cette permanence n'est assurée que pour l'une de ces 2 spécialités, la permanence manquante peut être réalisée dans un autre établissement, par convention, dès lors que les 2 établissements sont géographiquement proches et que cet autre établissement dispose des moyens adéquats pour la prise en charge en urgence des patients relevant de la spécialité pour laquelle il assure la permanence des soins.

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

La chirurgie de recours

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

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

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

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

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

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

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

Chirurgie de l'enfant et de l'adolescent

Les centres pédiatriques chirurgicaux de première intention

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

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

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

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

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

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

Chez l'enfant de plus de 3 ans, les centres pédiatriques de chirurgie de première intention peuvent réaliser des interventions non programmées, dès lors qu'ils exercent une activité de chirurgie à temps complet, et programmées, quelles que soient les modalités d'hospitalisation (temps complet ou temps partiel) autorisées en

leur sein, de traumatologie simple, de chirurgie simple ainsi que des actes diagnostiques réalisés sous anesthésie générale.

Les centres pédiatriques chirurgicaux de première intention disposent au minimum d'un espace d'hospitalisation dédié aux enfants et adolescents, de personnel non médical formé à la prise en charge des enfants, d'un bloc opératoire comprenant un matériel adapté et des personnels formés à son utilisation.

Les centres pédiatriques spécialisés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

▪ Promouvoir des consultations avancées pré et post-chirurgicales en proximité

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

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

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

1.2.2.2 Améliorer la qualité et la sécurité des soins

▪ Regrouper ou reconverter les sites de chirurgie ayant une faible activité

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

▪ Respecter les recommandations visant à garantir la qualité et la sécurité des soins

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

Chaque établissement doit répondre aux critères de certification de la Haute Autorité de Santé :

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

1.2.2.3 Améliorer l'efficacité des soins

▪ Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire permet d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à regagner son domicile le jour même, des interventions qui, dans le cadre d'une organisation plus classique des soins, nécessiteraient plusieurs jours d'hospitalisation.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans ce cadre, les orientations opérationnelles sont les suivantes :

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

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

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

- **Mettre en place des filières de prise en charge entre les sites de chirurgie et les structures d'amont et d'aval**

Avec les urgences : La filière avec les urgences sera organisée par l'établissement en fonction du schéma de la permanence des soins (PDSES) acté pour le territoire de santé concerné.

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

1.2.3 EVALUATION ET SUIVI

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

Indicateurs de suivi :

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

SROS PRS - OQOS IMPLANTATIONS par territoire

CHIRURGIE

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

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

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

REPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES / Secteurs infra-territoriaux	Nombre d'implantations	RECOMMANDATIONS
CHER (18)	4	Renforcement de l'organisation territoriale de la permanence et de la continuité des soins Coopération incontournable à développer entre tous les établissements publics et privés du territoire
Bourges	2	1 implantation comprenant 1 offre de chirurgie adulte de recours et 1 offre de chirurgie pédiatrique de première intention 1 implantation comprenant 1 offre de chirurgie adulte de première intention et 1 offre de chirurgie pédiatrique de première intention
Vierzon	1	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention réservée aux enfants de plus de 3 ans
Saint Amand	1	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention réservée aux enfants de plus de 3 ans

EURE et LOIR (28)	6 à 5	Renforcement de l'organisation territoriale de la permanence et de la continuité des soins notamment par la mise en œuvre d'une CHT entre les 4 CH Poursuite de l'activité de chirurgie ambulatoire des CH de Chateaudun et de Nogent le Rotrou sous réserve d'une évaluation de l'activité et du respect des conditions techniques de fonctionnement Regroupement des 2 cliniques à initialiser pour aboutir sur l'agglomération de Chartres à 2 autorisations den chirurgie, 2 autorisations de structure d'urgence, 2 autorisations de médecine à l'issue du SROS
Dreux	1	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de recours et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention
Chartres	3 à 2	1 implantation comprenant 1 offre de chirurgie adulte de recours et 1 offre de chirurgie pédiatrique de première intention Regroupement des 2 cliniques pour aboutir à 1 implantation comprenant 1 offre de chirurgie adulte de première intention et 1 offre de chirurgie pédiatrique de première intention
Chateaudun	1	1 implantation de chirurgie-anesthésie ambulatoire, sous réserve du respect des normes de qualité et sécurité des soins et d'une évolution quantitative significative de l'activité
Nogent le Rotrou	1	1 implantation de chirurgie-anesthésie ambulatoire, sous réserve du respect des normes de qualité et sécurité des soins et d'une évolution quantitative significative de l'activité
INDRE (36)	3	Renforcement de l'organisation territoriale de la permanence et de la continuité des soins Maintien de l'implantation du Blanc, sous réserve d'une évaluation de l'activité et du respect des conditions techniques de fonctionnement
Chateauroux	2	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de recours et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention 1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention
Le Blanc	1	1 implantation de chirurgie-anesthésie ambulatoire, sous réserve du respect des normes de qualité et sécurité des soins et d'une évolution quantitative significative de l'activité
INDRE et LOIRE (37)	7	Renforcement de l'organisation territoriale de la permanence et de la continuité des soins Pas de modification des implantations sur l'agglomération tourangelle et Chinon Maintien, sous réserve d'une évaluation de l'activité et des conditions techniques de fonctionnement, des implantations d'Amboise et Loches réputées fragiles et nécessitant des complémentarités effectives avec les établissements de Tours
TOURS	4	1 implantation répartie sur 3 sites géographiques comprenant 1 offre de chirurgie adulte de recours à vocation régionale ou inter-régionale et une offre de chirurgie pédiatrique spécialisée à vocation régionale ou inter-régionale 1 implantation comportant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie adulte de recours à vocation régionale ou interrégionale orientée vers la chirurgie cardiaque et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention 2 implantations comprenant chacune une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention

Amboise	1	1 implantation comprenant 1 offre de chirurgie adulte de première intention et 1 offre de chirurgie pédiatrique de première intention réservée aux enfants de plus de 3 ans, sous réserve du respect des normes de qualité et sécurité des soins et d'une évolution quantitative significative de l'activité
Chinon	1	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention réservée aux enfants de plus de 3 ans
Loches	1	1 implantation comprenant 1 offre de chirurgie adulte de première intention et 1 offre de chirurgie pédiatrique de première intention réservée aux enfants de plus de 3 ans, sous réserve du respect des normes de qualité et sécurité des soins et d'une évolution quantitative significative de l'activité
LOIR et CHER (41)	4	Renforcement de l'organisation territoriale de la permanence et de la continuité des soins
Blois	2	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de recours et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention 1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention
Vendôme	1	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention
Romorantin	1	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention
LOIRET (45)	6	Renforcement de l'organisation territoriale de la permanence et de la continuité des soins Réalisation des regroupements programmés dans le SROS3 : privé au nord de la Loire et public au sud de la Loire Synergies et complémentarités fonctionnelles à établir dans la perspective à terme d'un rapprochement public-privé à Montargis sur site unique Poursuite et développement des partenariats à partir du regroupement réalisé à Gien
Orléans	3 <i>dt 2 sud-Loire 1 nord-Loire</i>	1 implantation au sud de la Loire comprenant une offre de chirurgie adulte de recours à vocation régionale ou inter-régionale et une offre de chirurgie pédiatrique spécialisée à vocation régionale ou inter-régionale 2 implantations dont 1 au nord et une au sud de l'agglomération d'Orléans comprenant chacune une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention
Montargis	2	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de recours et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention 1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention
Gien	1	1 implantation comprenant une offre de chirurgie adulte de 1 ^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1 ^{ère} intention

1.3 PERINATALITE

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

1.3.1 LE CONTEXTE

- Données épidémiologiques :

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

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

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

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

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

Le nombre de recours à l'IVG a augmenté jusqu'en 2005, et depuis, on observe une baisse continue (6 252 IVG en 2009), qui amène, la région Centre a un taux de 12,0 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans, en 2009. Ce taux est inférieur de 2,9 points au taux national (14,9). Par ailleurs, le taux d'IVG chez les mineures continue d'augmenter en région Centre (9,6 ‰ en 2008 contre 10,1 ‰ en 2009), alors qu'il reste stable au niveau national (11,7 ‰ en 2008 contre 11,6 ‰ en 2009).

Les taux départementaux permettent de mettre en évidence : un taux élevé pour le Loiret qui peut s'expliquer par la population jeune (Loiret 13,0) et aussi par l'hypothèse d'un déficit de prévention des grossesses non désirées (contraception, contraception d'urgence). Dans le Cher (Cher 12,0), département rural cette même hypothèse peut être avancée. Dans les quatre autres départements le taux est inférieur au taux régional (Eure et Loir 9,1- Indre et Loire 9,1- Indre 10,3-Loir et Cher 11,6)

- Démographie médicale :

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

Tous modes d'exercice confondu, la densité de gynécologues-obstétriciens est de 4 pour 1000 accouchements en région Centre, avec des disparités infrarégionales, allant de 3/1000 dans le Cher à 6/1000 dans l'Indre.

Pour les gynécologues médicaux, la densité régionale est de 2 pour 1000 accouchements, avec la répartition suivante : 0 dans le Cher, 1 dans l'Indre et le Loir et Cher et 2 dans l'Eure et Loir, Indre et Loire et le Loiret.

On constate également d'importantes disparités concernant la démographie pédiatrique. En effet, le taux régional est de 8 pédiatres pour 1000 accouchements, sachant que seul l'Indre et Loire a une densité supérieure à celle de la région (16). Les densités des 5 autres départements vont de 4 à 7.

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

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

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

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

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

- **Organisation hospitalière :**

Au 1^{er} janvier 2010, la région Centre disposait de 918 lits et places en gynécologie-obstétrique, ce qui représente un taux d'équipement de 0,85 lit et places pour 1000 femmes de 15 ans et plus (0,84 au niveau de la France métropolitaine). La plus faible densité départementale se trouve dans l'Indre où il n'y a que deux maternités avec seulement 0,52 lit et place pour 1000 femmes de 15 ans et plus.

La région compte, à ce jour, 11 maternités de type I, 5 maternités de type IIA, 3 maternités de type IIB et 2 maternités de type III:

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

Par ailleurs, la région Centre dispose de 3 consultations avancées : CH d'Issoudun (36), CH de la Châtre (36) et CH de Loches (37).

Parallèlement, 2 structures d'HAD interviennent aussi sur le champ de la périnatalité :

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

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

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

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

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

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

Acteur et partenaire essentiel au développement d'actions et à la coordination entre les professionnels, le réseau a organisé la mise en place et la formalisation des transferts in utero sur l'ensemble de la région. Il travaille également sur un registre informatisé des accouchements, à l'organisation de journées d'échanges et de formation à destination des professionnels, met en place le dépistage systématique de la surdité et le dépistage de la Trisomie 21 au 1^{er} trimestre, ainsi qu'un suivi du nouveau-né vulnérable. Il travaille enfin en partenariat avec la Commission Régionale de la Naissance sur divers projets et thématiques tels que l'allaitement maternel et la collaboration médico-psycho-sociale en périnatalité.

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

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

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

- **Activité hospitalière :**

Accouchements :

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

En 2010, le nombre d'accouchements s'élevait à 29 388, parmi lesquels 78 % ont eu lieu dans établissement public. Concernant la répartition de ces accouchements par type, on constate que 50% des accouchements ont eu lieu dans une maternité de type II, 27% un type III et 23% dans un type I. Cette répartition correspond à celle constatée en 2006 lors de l'élaboration du SROS 3.

6,3 % des enfants domiciliés en région Centre sont nés dans une autre région : fuites essentiellement pour les femmes du Cher (8,8% ont accouché dans la Nièvre en 2009) et pour les femmes de l'Eure et Loir (9,4% des naissances en Ile de France). Ce type de fuite est considéré comme incompressible et est lié entre autre à des questions de géographie, de liens familiaux....

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

- moins de 500 : 3 établissements : CH de Saint Amand Montrond (18), Clinique Guillaume de Varye (18), CH Le Blanc (36)
- entre 500 et 750 : 6 établissements (CH de Pithiviers (45), clinique Saint Cœur (41), CH de Romorantin (41), CH Chinon(37), CH Châteaudun (28), CH de Vierzon (18)
- entre 750 et 1000 : 2 établissements (Polyclinique de Blois (41), CH de Gien (45))
- entre 1000 et 1500 : 2 établissements (Polyclinique des Longues Allées(45), CH Montargis (45)
- entre 1500 et 2000 : 4 établissements : CH Bourges(18), CH de Dreux(28), CH Châteauroux(36), CH de Blois(41)
- entre 2000 et 3000 : 2 établissements (CH de Chartres (28), Pôle de santé Léonard de Vinci(37)
- plus de 3000 : 2 établissements CHU de Tours (37), CHR Orléans (45)

En 2009, le taux de césariennes est, quant à lui, de 19,5% au niveau régional, mais on constate, cependant, un taux plus élevé dans les maternités de type I (19,8%) que dans les maternités de type II (18,9%). Le taux national de césarienne est de 20,2 %.

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

IVG :

En 2009, les 6250 IVG de la région Centre ont été réalisées par 23 établissements de santé, dont 18 relevant du secteur public.

Le taux d'IVG médicamenteuses (60% des IVG) est supérieur au taux national (48,5%), mais cette technique reste peu pratiquée en ville : 7 établissements de la région ont signé 23 conventions, soit une moyenne de 0,86 convention signée par établissements contre 1,87 en métropole.

1.3.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

La périnatalité constitue un domaine prioritaire du Plan Stratégique Régional de Santé. En termes d'organisation des soins, les objectifs définis visent à :

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

1.3.2.1 Améliorer l'accès aux soins

Pour améliorer les conditions de grossesse des femmes et de naissance des nouveau-nés, il convient d'améliorer l'accès, pour tous, aux différentes prises en charge, afin de permettre un meilleur repérage et suivi des facteurs de risque.

Dans ce cadre, il s'agit, dans un premier temps, de renforcer l'adéquation entre niveau de risque pour la mère et l'enfant et l'offre de prise en charge graduée des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Pour ce faire, un renforcement de l'organisation des transferts in utero apparaît nécessaire et doit commencer par une analyse des dossiers des accouchements en structure inadéquate afin d'objectiver ces inadéquations et de poursuivre le développement de ce dispositif. Un renforcement du nombre de lits de réanimation néonatale et de soins intensifs au niveau régional sera également nécessaire. Ce travail pourra être renforcé par la mise en place d'un dossier périnatal commun.

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

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

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

La question de l'accès à la contraception et l'IVG est, également, un point essentiel. En effet, dans un objectif de stabilisation, voire de diminution, du nombre d'IVG en région Centre, il est nécessaire d'améliorer l'information, l'éducation et l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence. Par ailleurs, il est indispensable d'assurer

l'accès à l'IVG, en maintenant l'offre au sein des services de gynécologie-obstétrique et/ou de chirurgie et en organisant cette offre afin de permettre à chaque femme, souhaitant y avoir recours, d'y accéder sur tous les territoires, tout au long de l'année et jusqu'aux 14 semaines du délai légal.

1.3.2.2 Améliorer la qualité et la sécurité des soins

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

D'autre part, il est impératif de respecter scrupuleusement les règles de transfert édictées par le réseau afin d'éviter des naissances prématurées dans des maternités de type I

L'organisation des transferts périnataux déjà mis en œuvre dans la région Centre doit être renforcée.

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

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

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

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

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

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

Le renforcement de la continuité de prise en charge des nouveau-nés à risque de développer un handicap nécessite la création d'un réseau d'aval de suivi des nouveau-nés vulnérables jusqu'à l'âge scolaire, en incluant, notamment les PMI, les pédiatres libéraux, les médecins généralistes et les paramédicaux libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens et ergothérapeutes).

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

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

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

1.3.2.3 Améliorer l'efficience

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

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

Les rencontres inter-établissements en matière de collaboration médico-psycho-sociale déjà initiées par le réseau lors d'une journée régionale doivent être pérennisées.

Des staffs obstétrico-pédiatriques, dans le cadre de revues de mortalité et morbidité (RMM) doivent être mis en place dans chaque maternité. Une rencontre inter établissements de RMM devra être organisée par le réseau régional, annuellement.

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

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

1.3.2.4 Points d'articulation avec les autres schémas

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

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

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

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

1.3.3 EVALUATION

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

Grossesse et accouchement :

- Taux de nouveau-nés prématurés par maternité et par territoire de santé
- Taux de césariennes par maternité et par territoire de santé
- Part d'établissement dont le niveau d'activité est inférieur au seuil national annuel de 300 accouchements
- Taux de transferts in utéro et post natal

IVG :

- Part d'établissement de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie
- Part d'IVG médicamenteuses pratiquée en établissement de santé
- Part d'IVG médicamenteuses pratiquée en dehors des établissements de santé

AMP-DPN :

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

Les références :

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

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

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

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

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

-Plan périnatalité 2005-2007

SROS PRS - OQOS IMPLANTATIONS par territoire

PERINATALITE

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

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

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

REPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES / Secteurs infra-territoriaux	Nombre d'implantations	RECOMMANDATIONS
CHER (18)	4	Pour garantir le fonctionnement optimum de l'ensemble des maternités du département, chacune d'entre elles devra fonctionner en réseau en instaurant les coopérations nécessaires entre tous les intervenants libéraux et hospitaliers
Bourges	2	1 implantation de niveau 2B 1 implantation de niveau 1
Vierzon	1	1 implantation de niveau 1
Saint Amand	1	1 implantation de niveau 1
EURE et LOIR (28)	4	Fonctionnement en réseau à renforcer sur la base de coopérations entre tous les intervenants libéraux et hospitaliers, en particulier : Coopération entre les CH de Nogent le Rotrou et Chartres à poursuivre Coopération à formaliser entre le CH de Châteaudun et le CH de Chartres voire à défaut, avec les établissements alentours
Dreux	1	1 implantation de niveau 2A
Chartres	1	1 implantation de niveau 2B
Châteaudun	1	1 implantation de niveau 1
Nogent le Rotrou	1	1 implantation de centre périnatal de proximité
INDRE (36)	2	Coopération instaurée entre les CH du Blanc et de Châteauroux à pérenniser
Châteauroux	1	1 implantation de niveau 2A
Le Blanc	1	1 centre périnatal de proximité

INDRE et LOIRE (37)	4	Pour garantir le fonctionnement optimum de l'ensemble des maternités du département, chacune d'entre elles devra fonctionner en réseau en instaurant les coopérations nécessaires entre tous les intervenants libéraux et hospitaliers
TOURS	2	1 implantation de niveau 3 1 implantation de niveau 2A
Amboise	1	1 implantation de centre périnatal de proximité avec hébergement
Chinon	1	1 implantation de niveau 1
LOIR et CHER (41)	4	Pour garantir le fonctionnement optimum de l'ensemble des maternités du département, chacune d'entre elles devra fonctionner en réseau en instaurant les coopérations nécessaires entre tous les intervenants libéraux et hospitaliers Coopération à formaliser entre le CH de Romorantin et le CH de Blois voire avec les établissements alentours (CH Vierzon)
Blois	2	1 implantation de niveau 2B 1 implantation de niveau 1
Vendôme	1	1 implantation de niveau 1
Romorantin	1	1 implantation de niveau 1
LOIRET (45)	5	Renforcement des coopérations nécessaires entre tous les intervenants libéraux et hospitaliers du territoire Répartition de l'activité au nord et au sud de l'agglomération orléanaise dans le cadre des regroupements programmés dans le SROS3 Renforcement du niveau de prise en charge sur l'est du département
Orléans	2	1 implantation de niveau 3 1 implantation de niveau 2A
Montargis	1	1 implantation de niveau 2B
Gien	1	1 implantation de niveau 1
Pithiviers	1	1 implantation de niveau 1

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

TERRITOIRES / Secteurs infra-territoriaux	Nombre d'implantations
CHER (18)	0
EURE et LOIR (28)	2
Chartres	1
Dreux	1
INDRE (36)	0
INDRE et LOIRE (37)	2
Tours	2
LOIR et CHER (41)	0
LOIRET (45)	1
Orléans	1

1.4 MEDECINE D'URGENCE

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

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

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

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

1.4.1 LE CONTEXTE

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

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

Si le nombre de passages est en augmentation régulière sur l'ensemble des territoires, la proportion d'hospitalisations dans les services (hors HTCD) s'élève à 16.33% en moyenne régionale avec une tendance marquée à la baisse puisqu'elle était de 19.5% en 2006.

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

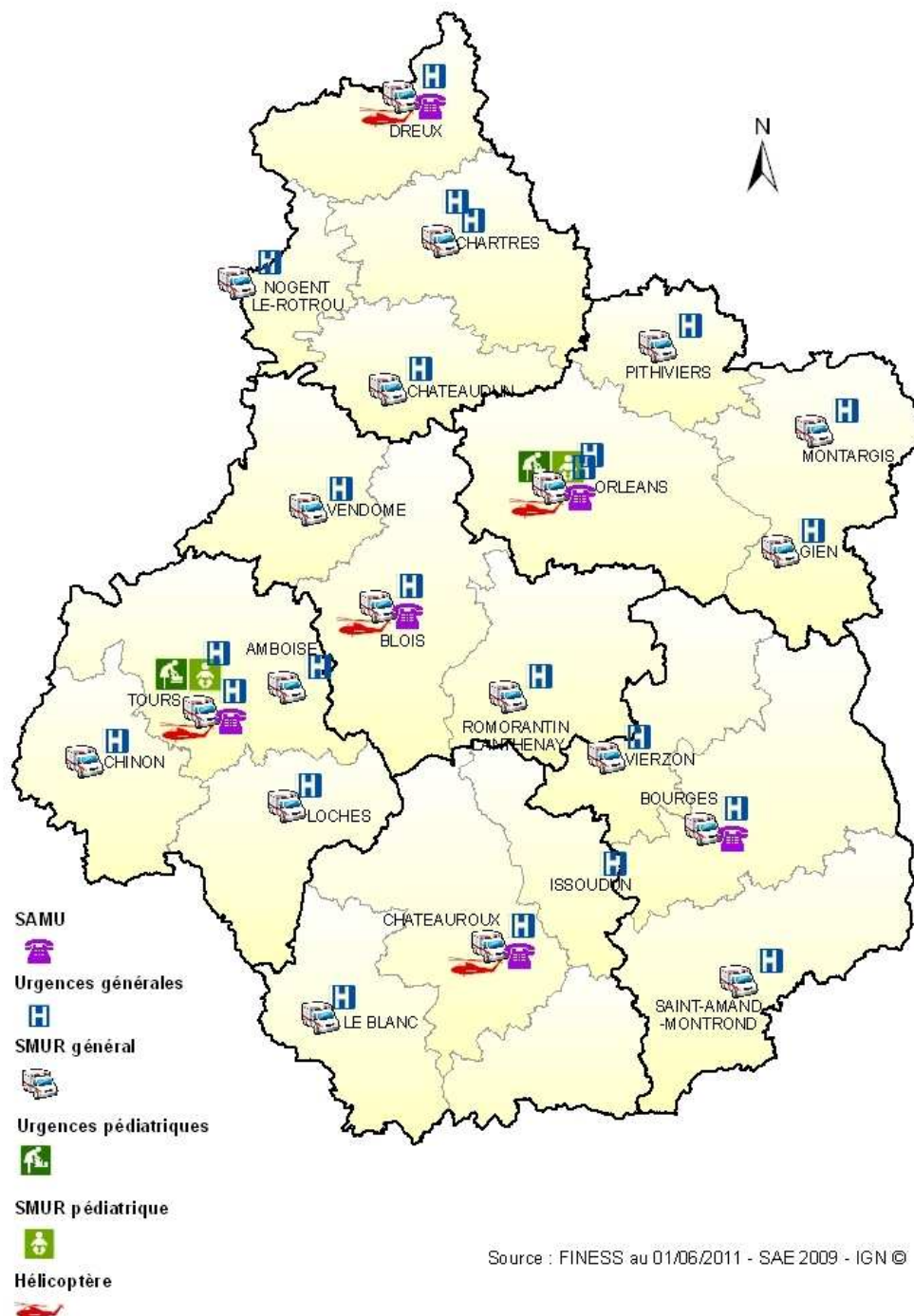
- **6 SAMU**, 1 par territoire de santé, implanté dans un établissement public de santé de référence : 520 379 affaires traitées en 2010, soit plus de 1425 situations de crise individuelle et/ou collective par jour en région centre
- **18 SMUR** (+ 2 antennes) « polyvalents » et **2 SMUR pédiatriques** à orientation néonatale : près de 22 000 transports primaires par voie terrestre (plus de 60 par jour) et près de 4 000 transports secondaires assurés en 2010 en région centre auxquels s'ajoutent les transports par voie hélicoptérée.

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

En complément du service hospitalier public, la région centre dispose également de :

- **3 pôles spécialisés privés reconnus** dont 2 dans l'urgence cardiologique (à Tours et Orléans), et 1 dans l'urgence de la main (dans l'agglomération orléanaise).

Implantation des services d'urgence en région Centre



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

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

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

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

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

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

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

Ainsi, l'articulation avec l'ensemble du dispositif territorial en amont des structures d'urgence s'appuyant sur les spécificités locales : Maison Médicale de Garde (MMG), Maisons de Santé Pluridisciplinaires, Centres de santé, Service de consultations non programmées, Adossement de point fixe de garde à des structures de soins (ex-hôpitaux locaux, partenaires de l'Aide Médicale Urgente...), Médecins correspondants SAMU..., est essentielle.

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

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

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

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

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

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

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

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

La cohérence du SROS et des Schémas Départementaux d'Analyse et de Couverture des Risques (SDACR) sur chaque territoire doit être assurée.

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

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

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

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

1.4.2 LES OBJECTIFS 2012 -2016

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

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

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

- La consolidation de la permanence des soins dans les 3 disciplines indissociables des SAU : biologie, imagerie, transfusion sanguine.
- La contractualisation avec le service d'imagerie sur les modalités d'accès des patients, la réalisation de l'examen, l'interprétation par le radiologue et la transmission au médecin urgentiste est essentielle.
- La contractualisation entre le service des urgences et les services d'hospitalisation sur la disponibilité des lits (voire dans certains cas, la création de lits de médecine supplémentaires notamment à orientation gériatrique) est privilégiée par rapport à l'augmentation de capacité des structures d'HTCD.
- Des partenariats doivent être mis en place avec la médecine ambulatoire afin d'éviter le recours systématique au SAU en dehors des horaires de la permanence des soins et avec les EHPAD dont le renforcement de la couverture médicale et soignante est souhaité afin là encore, d'éviter le déport des personnes âgées vers les urgences.
- Des protocoles de prise en charge doivent être mis en place entre les services d'urgence et les services d'HAD, EHPAD afin d'anticiper au mieux les demandes de soins non programmés (développement de fiches de liaison, information du patient et des familles...).
- Cette démarche peut permettre également d'éviter les transferts de malades entrés dans la période de « fin de vie ».

1.4.2.2 Optimiser l'efficacité des transports sanitaires d'urgence

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

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

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

Concernant les modalités de prise en charge spécialisées ou spécifiques :

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

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

Les spécificités du transport hélicoptère

La région centre dispose de 5 hélicoptères pour couvrir les besoins de transports sanitaires des 6 départements de la région. Ces machines effectuent de 400 à 600 missions par an selon les sites.

L'entrée en vigueur le 8 avril 2012 d'une réglementation européenne imposant un équipage composé de 2 personnels navigants à l'avant de l'appareil (1 seul actuellement) va avoir des conséquences significatives sur le plan financier (de l'ordre de 2 millions d'euros) et en terme d'organisation.

Les pistes suivantes sont à ce jour privilégiées :

- Promouvoir un appel d'offre commun pour les 5 machines de la Région Centre de façon à permettre une économie d'échelle et une mutualisation de moyens.
- La mise en œuvre d'une technologie permettant le vol aux instruments en cas de visibilité réduite basé sur la navigation satellitaire permettrait d'élargir le domaine de vol des hélicoptères (expérience à Dreux)
- Organiser le transport aérien régional en collaboration avec les 6 SAMU de la région Centre, en particulier pour ce qui concerne les missions de nuit, avec une permanence sur un ou deux centres seulement chaque nuit, confiée successivement à chacun des équipages pour en maintenir la qualification.
- Faciliter l'organisation logistique des transports vers les plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) de la région et de l'inter-région (cartographie des hélistations, cartographie des points de ravitaillement...) et doter tout établissement disposant d'un ou plusieurs PTHS et/ou SAU d'aires de poser réglementaires autorisées de nuit ou aménager les aires existantes si besoin.

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

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

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

Le Répertoire Opérationnel des Ressources (**ROR**) doit être prochainement opérationnel.

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

- Développer la géo-localisation dans tous les territoires et permettre l'accès au système pour les véhicules SMUR, SDIS et ambulances
- Promouvoir un système unique d'informatique régionale embarquée communicante dans les véhicules SMUR pour accès au dossier médical

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le concours d'une assistante sociale dédiée ou non au service (selon la taille de l'établissement) va concourir à faciliter le dénouement de certaines situations : solutions d'aval pour les personnes âgées, accès au système de santé pour des personnes en situation de précarité et accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits (lien avec les services de Permanence d'Accès aux Soins de Santé, PASS).

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

Exemples :

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

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

Un focus est proposé sur les thématiques suivantes :

- Poursuivre et développer les formations scolaires aux premiers gestes de secourisme et au bon usage du 15
- Dérouler des campagnes « grand public » sur certaines conduites à tenir (CAT) spécifiques pour lesquelles le facteur temps est capital : douleur thoracique, A.V.C., mort subite...
- Promouvoir le recensement, la localisation et le bon usage des défibrillateurs automatiques par territoire de santé et sensibiliser les détenteurs de DSA à la maintenance
- Diffuser largement le 32.37 (donnant les coordonnées des pharmacies de garde).

1.4.2.7 L'articulation avec les autres schémas

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

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

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

1.4.3 EVALUATION ET SUIVI

Indicateur CPOM :

Taux de recours aux urgences hospitalières (nombre de passages pour 10 000 habitants) :

Indicateurs « traditionnels » de suivi par territoire :

- Nombre d'affaires traitées :
 - o Nombre de passages aux urgences :
 - o % de personnes hospitalisées après passage aux urgences :
- Nombre de sorties SMUR terrestres :
 - o primaires
 - o secondaires
- Nombre de sorties SMUR hélicoptérées :
 - o primaires
 - o secondaires

Indicateurs régionaux :

Exhaustivité de recueil des RPU

Mise en œuvre du Répertoire opérationnel des Ressources (ROR)

SROS PRS - OQOS IMPLANTATIONS par territoire

Médecine d'URGENCE

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

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

PROPOSITION de REPARTITION DES IMPLANTATIONS par type d'AUTORISATION

TERRITOIRES Secteurs infra-territoriaux	Régulation des appels	Structure d'accueil et urgences (SAU)		Service mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)		
		Adultes	Pédiatrique	Adultes	Pédiatrique	Hélicoptère
CHER	1	3		3		*
Bourges	1	1		1		
Vierzon		1		1		
Saint Amand		1		1		
*Ce territoire bénéficie de prestations hélicoptérées en coopération avec l'Indre						
EURE ET LOIR	1	5		4		1*
Chartres		2		1		
Dreux	1	1		1		1
Châteaudun		1		1		
Nogent le R		1		1		

*1 SMUR hélicoptéré au bénéfice du territoire

TERRITOIRES Secteurs infra- territoriaux	Régulation des appels	Structure d'accueil et urgences (SAU)		Service mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)		
		Adultes	Pédiatrique	Adultes	Pédiatrique	Hélicoptère
INDRE	1	3		1 + 2 antennes		1*
Châteauroux	1	1		1		1
Issoudun		1		antenne		
Le Blanc		1		antenne		
<p>*1 SMUR hélicoptéré au bénéfice des territoires de l'Indre et du Cher</p> <p>Issoudun : Création d'une antenne SMUR du SAMU de Châteauroux Le Blanc : Création d'une hélisation La Châtre : Finaliser la mise en place de l'unité mobile de médecins correspondants du SAMU 36</p>						
INDRE ET LOIRE	1	5 à 6	1	3 SMUR +2 antennes	1	1*
Tours	1	2 à 3	1	1 SMUR + 1 antenne	1	1
Amboise		1		1		
Chinon		1		1		
Loches		1		1 antenne		
<p>*1 SMUR hélicoptéré qui participe à la garde de nuit régionale</p> <p>Agglomération de TOURS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 SAU au nord et 1 au sud et possibilité d'1 implantation supplémentaire au sud - Finaliser une organisation de la prise en charge de l'urgence de la main - Renforcer le maillage SMUR terrestre par l'implantation d'un dispositif mobile d'urgence localisé au nord de la Loire <p>Loches :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la mutualisation des effectifs médicaux et paramédicaux pour le fonctionnement d'une antenne SMUR 						
LOIR ET CHER	1	3		3		1*
Blois	1	1		1		
Romorantin		1		1		
Vendôme		1		1		
<p>*1 SMUR hélicoptéré</p>						
LOIRET	1	5	1	4	1	1*
Orléans	1	2	1	1	1	
Gien		1		1		
Montargis		1		1		
Pithiviers		1		1		
<p>*1 SMUR hélicoptéré qui participe à la garde de nuit régionale</p> <p>Agglomération orléanaise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre de 2 SAU + 2 hélisations dans le cadre des 2 regroupements (1 privé au nord et 1 public au sud) - Transfert du pôle main et du PTHS cardiologie interventionnelle autorisés, sur le site du regroupement au Nord d'Orléans - Mise en œuvre 24h/24 du SMUR néo-natal d'Orléans. 						

1.5 HOSPITALISATION A DOMICILE

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

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

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

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

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

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

1.5.1 LE CONTEXTE

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

▪ Une couverture territoriale satisfaisante

- La première HAD s'est implantée sur Tours à la fin des années 1980 et s'est développée sur l'ensemble du département dans le milieu des années 2000. Progressivement entre 2002 et 2006, d'autres structures d'HAD se sont installées dans les autres territoires de santé pour couvrir la totalité de la région Centre en dehors de la zone géographique de la Châtre.
- l'année 2010 a été marquée par l'implantation supplémentaire d'une HAD respectivement sur les zones d'Orléans et de Nogent le Rotrou (contre 5 implantations supplémentaires en 2009).
- sur les 23 zones d'emploi (définition INSEE de 1990) de la région, 20 ont au moins 1 HAD implantée (les zones d'emploi de Tours et d'Orléans en ayant 2) et 2 ont une HAD autorisée mais pas encore mise en œuvre.

▪ Une activité soutenue et en progression

En 2005, 4 HAD étaient implantées et ont réalisé 26 887 journées (source PSMI), soit 73 patients pris en charge par jour en moyenne pour la région. Au 31/12/2010, 20 HAD étaient implantées et ont réalisé 130 867 journées, soit 358 patients pris en charge par jour en moyenne pour la région Centre.

Les 2 modes de prises en charge principaux pratiqués par les établissements sont les « soins palliatifs » et les « pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés...) » avec respectivement 22 et 20 % des journées réalisées. Il est à noter que le retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) représente 4,50 % des journées réalisées.

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

▪ Les points à améliorer

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

1.5.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

1.5.2.1 Améliorer l'accès aux soins en HAD

- Assurer une couverture géographique de l'HAD sur l'ensemble de la région Centre : Tout patient doit avoir accès à une prise en charge en HAD, quel que soit son lieu de résidence. Le caractère généraliste et polyvalent de l'HAD permet d'assurer la prise en charge de tout patient répondant aux critères d'inclusion de l'HAD, quelle que soit sa pathologie, et permet une souplesse d'intervention qui tient compte des besoins réels.

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

Pour contribuer à l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins en HAD rappelé ci-dessus, l'aire géographique autorisée sera étendue pour chaque structure existante à l'ensemble du territoire de santé où elle est implantée. Dans certains cas, lorsque la situation géographique et les conditions de temps d'accès le nécessiteront, l'aire géographique d'intervention autorisée pourra également être étendue à une partie délimitée d'un territoire de santé contigu.

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

Pour pallier les difficultés éventuelles :

- L'ARS organisera sur chaque territoire de santé, la concertation entre les acteurs de l'hospitalisation à domicile d'une part, entre ces derniers et les établissements et professionnels de santé adresseurs d'autre part, pour définir plus précisément le fonctionnement au sein du territoire.
- Suite à cette concertation, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre l'ARS et chacune des structures concernées précisera leur positionnement dans l'offre de soins territoriale et notamment leur zone d'intervention au sein du territoire de santé ainsi que leurs liens avec les autres acteurs de l'offre de soins dans un objectif d'amélioration du parcours de soins.
- Faciliter l'accès à l'HAD :
 - en améliorant l'information sur l'HAD des médecins (traitants et hospitaliers),
 - en développant l'accès direct à l'HAD sans passage préalable par un établissement de santé ou en post urgence
 - en contractualisant avec les services d'urgence.

1.5.2.2 Améliorer la qualité et la sécurité des soins en HAD

- Décloisonner les différents types de prise en charge en optimisant la coordination avec les différentes structures (hospitalières, médico-sociales et ambulatoires).
- Encourager le développement de la Télémédecine dans les cas où l'éloignement médical (téléconsultation) ou l'isolement du patient (télésurveillance) le justifient.

La télésurveillance peut permettre à la fois la surveillance d'équipements de soins (ex : les pompes à morphine), le recueil d'indicateurs au moyen de capteurs (télémétrie) et la concentration des mesures dans un système capable de les analyser et de les présenter de manière interprétable, notamment en référence à des profils de pathologies et à l'historique des données.

La téléconsultation permet à un médecin distant, au moyen d'une connexion son et image de qualité, d'appareils de télémétrie, et en ayant accès au dossier du patient, de produire un diagnostic.

Le recours à la Télémédecine implique l'accompagnement du patient pour favoriser son acceptation de la technologie à son domicile et l'adaptation des systèmes d'information pour une inter opérabilité entre les services d'HAD et les autres acteurs de santé dans le cadre du Dossier Médical Personnel (DMP). Grâce au partage de l'information, le DMP doit permettre au patient de bénéficier d'un suivi mieux coordonné et d'une sécurité diagnostique et thérapeutique renforcée.

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

1.5.2.3 Améliorer l'efficacité en HAD

- Clarifier les missions de l'HAD par rapport aux soins coordonnés ambulatoires (notamment dans le domaine des soins aux personnes âgées, du suivi de certaines pathologies chroniques et de certaines prises en charge en soins palliatifs).
- Organiser de façon suffisamment précoce le relais d'une hospitalisation à temps complet.
- Développer l'HAD pour les traitements curatifs du cancer (chimiothérapies) en fonction des critères de l'Institut National du Cancer et sous réserve des possibilités de recours aux médecins oncologues.
- Développer la prise en charge pédiatrique en articulation avec les filières de soins et les structures médico-sociales.
- Développer l'HAD SSR en favorisant les liens entre HAD et SSR sous réserve de la possibilité de pouvoir mobiliser du temps des professionnels de santé qu'imposent ces prises en charge, notamment en post AVC.
- Recentrer, dans le domaine de la périnatalité, l'activité HAD sur la prise en charge de situations pathologiques tout en respectant la réglementation actuelle et future.
- Faciliter la complémentarité entre HAD et SSIAD.

- Les SSIAD sont complémentaires des HAD. Ils peuvent être un relais d'aval privilégié pour l'HAD lorsque le patient ne nécessite plus des soins longs et complexes. De même, des relais des SSIAD vers l'HAD sont parfois nécessaires lorsque la charge en soins devient trop importante pour ce type de structure.
- Renforcer les liens avec les réseaux existants et les professionnels libéraux.
- Afin de faciliter la coordination des intervenants au sein de l'environnement sanitaire ou de partager les expertises sur certaines pathologies et populations, les HAD adhèrent aux réseaux de santé et passent convention avec les professionnels de santé libéraux pour définir leur modalité d'intervention et d'articulation.
- Identifier les structures médico-sociales d'aval afin de garantir la fluidité des prises en charge.
- Développer l'HAD dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA). Les EHPA sont considérés comme des substituts du domicile et l'ensemble des critères relatifs aux conditions de prise en charge des patients en HAD, tels que définis dans les textes en vigueur, s'applique.

La décision d'admission en HAD d'un patient/résident demandeur, hébergé en EHPA, fait l'objet d'une concertation et décision collégiale entre la direction des deux structures, les deux médecins coordonnateurs et le médecin traitant.

L'HAD intervient sur le seul axe sanitaire qui relève de sa compétence, pour éviter une hospitalisation ou permettre à la personne âgée de quitter plus rapidement un service hospitalier.

- Prévenir et prendre en charge les rechutes pour les patients déjà connus des services de l'HAD afin d'éviter les retours vers l'hospitalisation conventionnelle.

1.5.3 EVALUATION ET SUIVI

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

Indicateurs de suivi :

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

Textes de référence :

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

SROS PRS - OQOS IMPLANTATIONS par territoire

Hospitalisation à domicile

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

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

REPARTITION DES IMPLANTATIONS

Territoire	Nombre d'implantations	Observations
Cher (18)	2	Une implantation à Vierzon intervient sur la zone d'Issoudun incluse dans le territoire de l'Indre compte tenu de la situation géographique et des temps d'accès.
Eure et Loir (28)	3	
Indre (36)	1	
Indre et Loire (37)	2	
Loir et Cher (41)	1	
Loiret (45)	5	

1.6 PSYCHIATRIE

1.6.1 LE CONTEXTE

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

- une prise en charge réalisée dans les structures publiques spécialisées pour 3 territoires (Cher, Eure-et-Loir, Loiret), peu ou pas complétée par une offre privée, sur des territoires ruraux étendus.
- une prise en charge organisée dans les centres hospitaliers généraux pour 3 territoires (Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher), complétée par une offre privée très présente, en particulier dans l'Indre et Loire et avec les établissements du Loir-et-Cher, représentatifs de la Psychothérapie Institutionnelle en France.

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

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

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

La répartition régionale est la suivante :

Territoires		Etablissements Publics		Etablissements Privés
Cher	1	CH Georges Sand à Bourges	1	Clinique de La Gaillardière
Eure-et-Loir	3	CH de Chartres, CH Dreux, CH Bonneval	0	
Indre		CH de Châteauroux CH La Châtre	1	Clinique du Haut Cluzeau
Indre-et-Loire	4	CHRU de Tours, CH de Chinon, CH Loches, CH intercommunal d'Amboise Château-Renault	4	Cliniques : Vontes, Champgault, Monchenain, Val de Loire
Loir-et-Cher	3	CH Blois, CH Romorantin, CH Vendôme	4	Cliniques : La Borde, La Chesnaie, du Centre, Freschines
Loiret	2	CH Fleury les Aubrais, CH Agglomération Montargoise,	3	Cliniques : Le Pont de Gien, Belle Allée, Hôpital de jour Pierre Chevaldonné,
Région	15		12	12

Points forts et autres points remarquables

- un développement des structures de soins intersectorielles dans plusieurs territoires.
- la prise en charge psychiatrique aux urgences assurée dans la plupart des services d'accueil des urgences.
- le développement de l'organisation territoriale de la prise en charge.
- une organisation de la psychiatrie en faveur de détenus qui sera structurée avec la mise en service de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée à Fleury les Aubrais.
- la présence d'établissements spécifiques de la prise en charge des handicapés psychiques et la création ou l'adaptation de structures médico-sociales pour mieux prendre en charge le handicap psychique (maisons d'accueil spécialisées et Foyers d'accueil médicalisé, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Unités de soins de longue durée, Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Groupes d'entraide mutuelle). Toutefois, la répartition territoriale de ces structures reste inégale sur la région.
- le partenariat public – privé.

Points faibles

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

1.6.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

Les objectifs régionaux, décrits dans le présent volet du SROS PRS, se fondent à la fois sur les orientations nationales et les priorités définies par le Plan Stratégique Régional de Santé pour le domaine « Santé mentale ».

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

Rappel des objectifs nationaux :

- Améliorer l'accès aux soins
- Assurer la continuité des prises en charge
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Améliorer l'efficience

Le dispositif retenu en région Centre repose sur **2 principes généraux** structurant l'offre de soins :

- Graduer les soins en 3 niveaux
- Centrer l'offre de soins sur le patient et ses proches,

et s'articule autour de **4 objectifs opérationnels** :

- Poursuivre la diversification et l'organisation territoriale de l'offre de soins,
- **Accompagner la mise en œuvre du SROS par la mise en place d'une instance régionale de suivi et de concertation,**
- Développer les dispositifs et programmes de prévention,
- Promouvoir des actions de formation initiale et continue des intervenants en psychiatrie, et des programmes de lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale.

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

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

▪ Une offre de soins en trois niveaux

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

Niveau I : Soins de proximité, soins primaires ou de premier recours mis en œuvre par tous les acteurs de soins de proximité au premier rang desquels œuvrent les psychiatres libéraux et les médecins généralistes,

Niveau II : Soins spécialisés mis en œuvre par la psychiatrie hospitalière privée ou publique, dont l'organisation est pour certaines de ses structures de soins déconcentrée dans la cité ; le niveau 2 doit pouvoir disposer d'un plateau technique pour les traitements physiques en psychiatrie ; dans chaque territoire, l'accès à la pratique de la sismothérapie doit être organisé avec les établissements disposant d'un recours effectif à des personnels d'anesthésie sur au moins un site.

Niveau III, Soins très spécialisés, de recours régional, c'est la logique d'organisation du Centre de Ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences sexuelles, (CRIA VS) et du Centre Régional Autisme (CRA)... .

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

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

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

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

L'intervention de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) dans 5 des 6 territoires de la région Centre constitue les axes de référence pour structurer l'offre de soins en fonction des besoins et des capacités de chaque territoire.

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

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

a) Améliorer la prise en charge des urgences

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

Les urgences psychiatriques sont assurées selon des organisations différentes :

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

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

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

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

b) Assurer la prise en charge des patients selon les dispositions prévues par la loi du 5 juillet 2011

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

Rappel des principales dispositions législatives.

- La création d'une période d'observation et de soins de 72 h en hospitalisation complète.
- L'obligation d'un examen somatique systématique à la 24^{ème} heure.
- L'audience systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) avant le 15^{ème} jour d'Hospitalisation complète puis tous les 6 mois.
- L'élaboration d'un programme de soins systématique pour toutes formes de prises en charge en ambulatoire.
- L'organisation, par territoire de santé, d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques reposant sur une convention signée entre les acteurs suivants : SAMU, SDIS, police, gendarmerie, établissements de santé, les groupements de psychiatres libéraux et les entreprises de transports sanitaires.
- La prise en compte du suivi et de la réinsertion des patients en soins sans consentement fait l'objet d'une formalisation par une convention à l'initiative de l'établissement de santé, le représentant de l'Etat dans le département, les collectivités territoriales et l'Agence Régionale de Santé.

c) Renforcer les prises en charge spécifiques

► **La prise en charge des enfants et des adolescents**

Expérimenter la création d'un site régional pour la prise en charge des jeunes enfants en hospitalisation à temps complet

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

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

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

Renforcer la coordination territoriale pour la prise en charge des adolescents par l'intermédiaire des réseaux de santé que constitue la maison des adolescents

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

La Maison des Adolescents est un lieu polyvalent où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle et sociale, éducative. Ayant pour vocation d'être un véritable "lieu ressource", elle travaille en réseau avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès d'adolescents.

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

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

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

Constituer une équipe mobile territoriale

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

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

Renforcer les structures d'hospitalisation à temps plein existantes pour adolescents

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

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

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

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

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

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

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

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

Gérer la sortie de crise

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

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

► La prise en charge des personnes âgées

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

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

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

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

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

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

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

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

► Les populations précaires

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

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

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

► Les personnes handicapées psychiques

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

► Les personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED)

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

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

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

d) Dispositifs de soins partagés et amélioration des liens avec médecine générale

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

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

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

Impulser une dynamique régionale

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

La Commission régionale permanente de psychiatrie est composée des représentants de chaque territoire, mais également des représentants des intervenants auprès des personnes handicapées, des libéraux, des représentants des familles et des patients ainsi que des représentants régionaux du Collège Territorial du CNQSP (Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie).

Cette "Commission Régionale Permanente de Psychiatrie" (CRPP) aurait pour mission:

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

Cette commission se réunira au moins 2 fois par an et publiera un recueil annuel de ses actions pour l'exécution de ses missions.

1.6.2.3 Développer les dispositifs et programmes de prévention

a) Poursuivre et développer le programme régional de prévention du suicide et ses déclinaisons départementales

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

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

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

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

b) Améliorer la sécurité des patients et des personnels.

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

Pour la mise en œuvre de ces recommandations, l'Agence Régionale de Santé, dans le cadre de la négociation des contrats d'objectifs et de moyens engagée avec les établissements de santé, consécutivement à la publication du présent SROS PRS, établira un état des lieux des mesures prises et arrêtera les priorités en la matière en tenant compte des spécificités locales et des réalisations déjà opérationnelles.

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

a) Formation des professionnels de santé mentale, amélioration des pratiques

Les médecins

Pour pallier la faible densité de psychiatres issus de l'internat en région Centre, il convient de favoriser l'inscription des médecins généralistes recrutés par les établissements de santé dans un cursus de spécialisation. Actuellement cette formation est assurée en dehors de la région. Pour fidéliser ces praticiens, l'organisation de cette formation en région est à rechercher en concertation avec l'Université et le Centre hospitalier régional universitaire de Tours. Le dispositif de télé enseignement pourrait être utilement mis à profit.

Les psychologues

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

Il est souhaité l'introduction, dans leur cycle de formation, d'un stage (6 mois) dans une unité de psychiatrie, complété au moment du recrutement, par une formation mettant en contact avec la pratique de soins afin qu'ils puissent se familiariser notamment avec les pratiques institutionnelles.

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

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

Les Infirmiers

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

L'introduction dans le cycle de formation, d'un stage (6 mois) dans une unité de soins de psychiatrie avec l'accompagnement d'un tuteur est indispensable. A cet égard, il est nécessaire de mobiliser les personnels formés dans le cadre du dispositif de tutorat.

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

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

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

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

1.6.3 EVALUATION ET SUIVI

Indicateurs de suivi du SROS de psychiatrie :

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

ANNEXE OPERATIONNELLE

Déclinaison des objectifs par territoires de santé

Référence au schéma	Déclinaison des actions par territoire
Poursuivre la diversification et l'organisation territoriale de l'offre de soins	
Mettre en œuvre les dispositions préconisées par la Mission National d'Appui en Santé Mentale sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé	Territoires de l'Eure et Loir, de l'Indre et du Loir et Cher
Action 1 : Améliorer la prise en charge des urgences	
Créer un service d'accueil des urgences psychiatriques sur le même site que l'accueil des urgences somatiques de l'hôpital général (le département du Cher n'est pas concerné, un centre d'accueil et de crise existe à Bourges).	Chartres
	Châteauroux
	Tours
	Blois
	Orléans
Action 2 : Hospitalisation sans consentement	
Désignation par le DGARS des établissements de santé chargés d'assurer cette mission de service public (Article L3222-1 du CSP) :	Au moins un établissement par territoire de santé
Mise en place des conventions prévues par L3222-1-2 du CSP	Une convention par établissement de santé concerné par l'article L3222-1
Action 3 : Renforcer les prises en charge spécifique	
<u>Prise en charge des enfants et des adolescents</u>	Expérimenter un site régional de prise en charge des jeunes enfants en hospitalisation complète
Renforcer la coordination territoriale des adolescents via les Maisons des Adolescents	Dans chaque territoire de santé,
Constituer une équipe mobile territoriale pour gérer la crise	Au moins une par territoire de santé
Renforcer l'hospitalisation complète pour les adolescents	Pas de création nouvelle mais mise en œuvre effective des structures existantes à Bourges, Chartres, Tours et Fleury les Aubrais, Huisseau sur Cosson.
Gérer la sortie de crise	Nommer un référent par établissement
<u>Prise en charge des personnes âgées</u>	
Identifier au moins une structure de psycho gériatrie par territoire	Inventaire et labellisation à réaliser
<u>Prise en charge des populations précaires</u>	
Inventorier l'existant et proposer des améliorations à la CRPP	Dans chaque territoire
<u>Prise en charge des personnes handicapées</u>	
Organiser l'offre territoriale graduée en lien avec le Centre de ressources de l'autisme	Identification des équipes territoriales associées au CRA
Action 4 Renforcer les liens avec la médecine générale	
Engager une politique de communication	Etablir un bilan annuel ARS/CPOM/CRP

Accompagner la mise en œuvre du SROS par l'établissement d'une instance régionale de suivi et de concertation	
Action : Impulser une dynamique régionale	
	<p>Installer en 2012 la commission régionale permanente de psychiatrie (CRPP)</p> <p>Produire annuellement un rapport du suivi des préconisations de la CRPP</p>
Développer les dispositifs et programmes de prévention	
Action 1 : poursuivre et développer le programme régional de prévention du suicide	
	Poursuite de travaux en cours sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé dans le cadre du schéma régional de prévention du PRS.
Action 2 : améliorer la sécurité des patients et des personnels	
	<p>Elaboration d'un état des lieux confronté aux recommandations du rapport de l'IGAS (RM2011-071P) (1^{ère} année du SROS)</p> <p>Contractualisation sur les actions à mettre en œuvre pour tous les établissements</p>
Promouvoir des actions de formation initiale et continue des intervenants en psychiatrie, et des programmes de lutte contre la stigmatisation.	
Action : former les professionnels de santé mentale	
Pour les médecins	Promouvoir la formation de troisième cycle et la formation continue avec le pôle universitaire de Tours et l'ensemble des établissements de santé
Pour les psychologues	Renforcer au sein de la formation l'apprentissage des pratiques professionnelles propres à la psychiatrie
Pour les infirmiers	Mobiliser les moyens utilisés dans le cadre du tutorat pour favoriser l'insertion dans les équipes des nouveaux IDE formés

SROS PRS - OQOS IMPLANTATIONS par territoire

Psychiatrie générale

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

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

REPARTITION DES IMPLANTATIONS *

	Implantations	Nombre d'implantations par mention de prise en charge					
		Hospitalisation complète	Alternative à l'hospitalisation	Place ment familial	Appartement thérapeutique	Accueil des urgences	Psycho-gériatrie
CHER	4	4	9	1	1	1	1
EURE et LOIR	3	4	7 à 6	1	1	2	1
INDRE	3	3	6	1	4	1	1
INDRE et LOIRE	9	9	14	1	1	1	1
LOIR et CHER	7 à 6	7 à 6*	10	3	1	1	1
		*conversion d'une structure sanitaire en médico-social					
LOIRET	6	6	8	1	3	1	1
		Dynamique territoriale à mettre en place avec l'ensemble des établissements de santé assurant la prise en charge psychiatrique.					

SROS - OQOS IMPLANTATIONS par territoire

Psychiatrie Infanto-juvénile

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

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

REPARTITION DES IMPLANTATIONS *

	Implantations *	Nombre d'implantations par mention de prise en charge				
		Hospitalisation complète	Alternative à l'hospitalisation	Placement familial	Appartement thérapeutique	Accueil des urgences
CHER	1	1	4	2	1	1
EURE et LOIR	3	1	4	2		1
		Restructuration à envisager dans le cadre de la mission en cours menée par la MNASM				
INDRE	1	1 à 0*	2	1		1
		* Révision des autorisations sur le territoire				
INDRE et LOIRE	2	2 à 1*	3	1		1
		* Révision des autorisations sur le territoire				
LOIR et CHER	3 à 2	2	4	1		1
		Structuration de la filière de prise en charge des enfants et des adolescents au niveau du territoire par regroupement des activités autour du pôle territorial à mettre en œuvre à Blois dans le cadre de la mission en cours menée par la MNASM				
LOIRET	2	2	4	2	0	1
		Structuration de la filière de prise en charge des enfants et des adolescents au niveau du territoire en lien avec Montargis				

1.7 SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

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

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

- autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes
- autorisation accompagnée de la mention de la prise en charge des enfants et / ou adolescents, à titre exclusif ou non,
- autorisation accompagnée de la mention d'une ou plusieurs prises en charge spécialisées en SSR pour les catégories d'affections suivantes :
 - o affections de l'appareil locomoteur
 - o affections du système nerveux
 - o affections cardio-vasculaires
 - o affections respiratoires
 - o affections du système digestif, métabolique et endocrinien
 - o affections onco-hématologiques
 - o affections des brûlés
 - o affections liées aux conduites addictives
 - o affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

1.7.1 LE CONTEXTE

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

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

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

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

1.7.2 LES OBJECTIFS COMMUNS A TOUS LES SOINS DE SUITE

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

▪ Les missions communes

Il s'agit de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elles associent, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique.

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

Pour remplir ces missions, l'établissement de SSR doit être en mesure d'assurer :

- les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient,
- des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage,
- la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

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

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

Cela passe notamment par :

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

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

▪ **L'organisation spatiale : missions départementales et régionales**

Les soins de suite non spécialisés, et les soins de suite assurant la prise en charge spécialisée en SSR pour les affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance, pour affections de l'appareil locomoteur et pour les affections du système nerveux privilégient la proximité environnementale et familiale afin de faciliter la réinsertion. Leur territoire est le département.

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

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

1.7.3 LES OBJECTIFS RELATIFS AUX SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION NON SPECIALISES

▪ **Promouvoir et accompagner le rapprochement des petites structures :**

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

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

▪ **Développer la prise en charge cancérologique :**

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

La prise en charge de ces malades rencontre trois freins :

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

Les SSR accueillant des patients cancéreux auront pour mission :

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

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

Les établissements accueillant ce type de patients devront développer :

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

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

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

- les modalités d'admission,
- les modalités de transfert en court séjour en cas de décompensation ou de complication,
- les modalités de retour en SSR après un passage en court séjour,
- l'organisation de la prise en charge des urgences,
- l'organisation des conseils téléphoniques par la structure autorisée pour l'activité de cancérologie,
- l'organisation du suivi des patients au cours de leur séjour en SSR afin de dépister au plus tôt des complications et de favoriser les hospitalisations directes dans le service référent,
- l'organisation des échanges de pratiques par le biais de stages ou de formation des personnels.

▪ **Développer la prise en charge en soins palliatifs :**

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

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

1.7.4 LES OBJECTIFS RELATIFS AUX SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION ASSURANT LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

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

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

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

1.7.4.1 Les caractéristiques des structures en région Centre

▪ Orientations communes pour tous les SSR "enfants" :

Profil des patients :

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

Mission :

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

La prise en charge en SSR est limitée dans le temps. L'hospitalisation complète en SSR est indiquée pour des patients atteints de pathologies de durée variable (y compris des patients chroniques) associées éventuellement à des problèmes psycho-socio-familiaux, qui ne peuvent être pris en charge en ambulatoire.

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

▪ Orientations spécifiques aux SSR accueillant les enfants souffrant de handicaps multiples :

Profil des patients :

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

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

Implantations :

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

Place dans la filière :

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

- **Orientations spécifiques aux SSR accueillant les adolescents et jeunes adultes présentant une anorexie mentale**

Profil des patients :

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

Implantations :

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

Afin d'éviter une concentration de difficultés et de permettre une prise en charge au plus proche du domicile est prévue la création de deux unités de 6 lits environ l'une dans l'Indre-et-Loire, l'autre dans le Loiret.

Place dans la filière :

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

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

- **Pour les SSR accueillant des enfants en surpoids**

Profil des patients :

Ces SSR accueillent des jeunes de plus de 6 ans, principalement adolescents, présentant une obésité sévère (IMC > 35) ou une obésité massive ou morbide (IMC > 40) ou des échecs à des prises en charge ambulatoires bien conduites.

Implantations :

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

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

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

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

Place dans la filière :

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

1.7.4.2 Les priorités 2012-2016

- **Augmenter la capacité pour l'accueil des enfants souffrant de handicaps multiples :**
 - En augmentant la capacité d'accueil de la structure d'Indre-et-Loire pour la porter à environ 10 lits et 5 places
 - En créant dans le Loiret une deuxième unité de ce type d'une capacité d'environ 6 lits et 3 places
- **Créer un accueil en SSR pour les adolescents présentant une anorexie mentale en identifiant deux** structures d'hospitalisation complète de 6 à 8 lits : une dans l'Indre-et-Loire et une dans le Loiret
- **Identifier dans le Loir-et-Cher une structure régionale d'une dizaine de lits pour la prise en charge des adolescents en surpoids** au sein d'un établissement autorisé pour la prise en charge des conséquences fonctionnelles des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien. Elle pourra disposer d'une place d'hospitalisation de jour.

1.7.5 **LES OBJECTIFS RELATIFS AUX SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION ASSURANT LA PRISE EN CHARGE SPECIALISEE DES CONSEQUENCES FONCTIONNELLES DES AFFECTIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (« SSR LOCOMOTEURS ») ET SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION ASSURANT LA PRISE EN CHARGE SPECIALISEE DES CONSEQUENCES FONCTIONNELLES DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX ("SSR NEUROLOGIQUES")**

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

1.7.5.1 Caractéristiques des structures

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

▪ Missions

Les SSR locomoteurs et neurologiques ont deux missions : l'évaluation et la lutte contre le handicap. Ils interviennent dès la phase aiguë. Leur action se situe à 3 niveaux : rééducation (lutte contre les déficiences de base), réadaptation (lutte contre chacune des incapacités qui pourraient résulter de déficiences demeurées irréductibles), et réinsertion (lutte contre les désavantages de situation).

En hospitalisation de jour, les deux composantes locomotrice et neurologique seront associées. L'hospitalisation de jour, grâce à un abord multidisciplinaire, a pour mission de faire une activité de bilan et d'évaluation, de réaliser un programme de rééducation nécessitant des compétences professionnelles diverses et une coordination médicale, de réadapter un programme de rééducation, d'organiser la transition entre l'hospitalisation complète et le retour à domicile.

▪ Profil des patients

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

Les patients accueillis présentent :

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

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

▪ Les coopérations

Il est souligné l'importance des coopérations suivantes :

Avec les établissements de court séjour :

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

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

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

1.7.5.2 Les priorités 2012-2016

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

1.7.5.3 Organisation territoriale

▪ Regrouper les SSR locomoteurs et neurologiques au sein d'une même implantation

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

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

Ces établissements auront donc pour vocation d'assurer sur un même site à la fois la prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections de l'appareil locomoteur; et des affections du système nerveux. Dans l'attente du développement de cette multidisciplinarité, les établissements autorisés pour la prise en charge spécialisée d'une seule des 2 catégories d'affections (appareil locomoteur ou système nerveux) devront passer entre eux des conventions de partenariat et étudier les possibilités de rapprochement fonctionnel ou physique.

- **Poursuivre la montée en charge des autorisations actuelles et prévoir la création d'une structure d'hospitalisation de jour supplémentaire dans l'Indre-et-Loire**

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

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

- **Maintenir une graduation à deux niveaux**

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

1.7.6 LES OBJECTIFS RELATIFS AUX SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION ASSURANT LA PRISE EN CHARGE SPECIALISEE DES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

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

1.7.6.1 Caractéristiques des structures

- **Missions**

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

- **Prise en charge à développer pour réaliser ces missions**

Le programme de ces soins de suite spécialisés associe :

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

- **Profil des patients**

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

En hospitalisation complète sont accueillis :

- des patients à haut risque de complication du fait de la précocité de la phase aiguë ou de la sévérité de la pathologie,
- ou des patients présentant un profil psychologique nécessitant un suivi,

- ou des patients dont l'absence d'autonomie, l'isolement familial ou l'éloignement de l'unité de réadaptation fonctionnelle cardio-vasculaire contre indiquent une prise en charge en hospitalisation de jour.

Ces structures s'adressent principalement à des patients présentant :

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

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

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

▪ **Organisation des structures**

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

1.7.6.2 Les priorités du SROS

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

1.7.6.3 L'organisation territoriale

Il est retenu la répartition suivante :

- **Hospitalisation complète** : au moins un établissement de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires dans chacune des 4 zones fonctionnelles techniques d'angioplastie définies par le volet cardiologie du SROS :
 - o zone regroupant le Cher et l'Indre,
 - o zone regroupant les *aires d'attractivité des établissements de santé* de Blois et Vendôme et l'Indre-et-Loire,
 - o zone regroupant les *aires d'attractivité des établissements de santé* de Romorantin et le Loiret, Eure-et-Loir.

- **Hospitalisation de jour** : au moins une offre dans chaque territoire de santé rattachée à un établissement de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires en hospitalisation complète, ou à défaut située à proximité immédiate d'un plateau de court séjour à orientation cardiologique.

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

- **Situation particulière de l'Eure-et-Loir** : L'Eure-et-Loir est le seul département à disposer de deux offres de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires. Plusieurs facteurs incitent au regroupement sur un seul site des équipements et des moyens :
 - o la démographie médicale particulièrement défavorable en région Centre, avec aggravation prévue dans les 5 années à venir,
 - o les aspects organisationnels (continuité médicale, attractivité ...) qui incitent à constituer des équipes médicales de taille suffisante,
 - o les aspects budgétaires tels que le coût d'une ligne de garde, ou l'acquisition d'équipements redondants.

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

1.7.7 LES OBJECTIFS RELATIFS AUX SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION ASSURANT LA PRISE EN CHARGE SPECIALISEE DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES

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

1.7.7.1 Caractéristiques des structures

Missions

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

Profil des patients

On distingue trois types de profil de patients :

Type 1 : patients insuffisants respiratoires présentant une morbidité sévère :

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

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

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

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

Structures classiques d'hospitalisation complète :

- Elles s'adressent principalement aux patients de type 1. Ces patients bénéficient au cours de leur hospitalisation d'ajustements thérapeutiques (tels que les nébulisations) et de réentraînement à l'exercice physique. A l'issue de l'hospitalisation complète, un relais est pris soit au cours d'hospitalisations de jour périodiques, soit à domicile.
- Elle peut également prendre en charge des patients de type 2 qui n'ont pas un accès facile à une UER en hospitalisation de jour.

Unité d'évaluation et de réhabilitation (UER) :

Elles s'adressent aux patients dont le besoin de réhabilitation a été préalablement identifié et dont les contre-indications potentielles ont été écartées. L'unité d'évaluation et de réhabilitation fonctionne en hospitalisation de semaine, ou de jour.

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

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

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

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

Structure d'hospitalisation complète prolongée s'adressant aux patients de type 3 :

Elle s'adresse aux patients de type 3. Ces patients sont regroupés dans une unité, au sein d'une structure de soins de suite à orientation pneumologique offrant les autres modes de prise en charge.

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

Les implantations d'hospitalisation complète assurent les 3 types de prise en charge.

▪ **Les coopérations**

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

1.7.7.2 Les priorités du SROS

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

1.7.7.3 Organisation territoriale

Il est retenu la répartition suivante :

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

1.7.8 LES OBJECTIFS RELATIFS AUX SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION ASSURANT LA PRISE EN CHARGE SPECIALISEE DES AFFECTIONS DES SYSTEMES DIGESTIFS, METABOLIQUES ET ENDOCRINIENS

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

1.7.8.1 Les caractéristiques des structures

▪ Missions

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

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

▪ Profil des patients

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

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

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

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

- l'hospitalisation complète concerne préférentiellement les pathologies installées telles que les troubles du comportement alimentaire (boulimie, compulsions), les surcharges pondérales avec ou sans facteur de risque cardio-vasculaire, l'obésité massive (Indice de Masse Corporelle > 40), certains troubles métaboliques (diabète, dyslipidémie), ainsi que la préparation ou le suivi de chirurgie de l'obésité.

- L'hospitalisation de jour s'adresse aux patients à risque identifié de surcharge pondérale nécessitant une prise en charge, aux patients présentant un échappement thérapeutique ou nécessitant un abord multidisciplinaire et aux surcharges pondérales avérées pour organiser des prises en charge modulaires individualisées (éducatives, psychologiques, réentraînement physique...).

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

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

▪ **Organisation des structures**

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

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

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

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

- problèmes psychologiques pour les patients du fait de la cohabitation de patients dénutris et de patients en surcharge,

- adaptation des locaux et du matériel : la mise à disposition d'un parc de pompes de nutrition entérale ou parentérale concerne le premier groupe. A l'opposé le recours à une cuisine éducative, à un parcours de marche extérieur ou à une salle de sport concerne le second groupe. Il en est de même pour l'adaptation des locaux, du mobilier et du matériel aux patients en obésité massive (taille des portes, résistance des lits ou du matériel supportant le poids du patient),

- projet médical et compétences médicales requises : les patients atteints d'affections digestives ou de dénutrition sévère relèvent en priorité des compétences d'un médecin gastro-entérologue, alors que les patients du second groupe relèvent en priorité d'un médecin endocrinologue. Toutefois l'accès à ces deux compétences reste utile pour les deux groupes.

- Projet éducatif : dans le premier groupe le projet portera sur l'usage des stomies ou d'une alimentation entérale et parentérale alors que dans le deuxième groupe il sera centré sur l'éducation culinaire et diététique ou sur la prise en charge du diabète ou des maladies métaboliques.

▪ **Les coopérations**

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

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

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

1.7.8.2 Les priorités du SROS

- Identifier au moins deux établissements régionaux capables d'assurer la totalité de la prise en charge spécialisée des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien et initier la réflexion pour les établissements accueillant aujourd'hui principalement des patients atteints d'affections des systèmes digestif et métabolique afin d'étendre leur activité à la totalité des disciplines mentionnées dans l'autorisation.
- Développer une offre de proximité en hospitalisation de jour sur chacune des zones d'emploi de plus de 110 000 habitants.
- Identifier et désigner - conformément à l'instruction DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du plan Obésité par les ARS - un établissement de la région dans le but de recevoir les patients obèses sévères quelque soit leur âge obligatoirement en lien avec les 2 centres spécialisés de la région qui auront été retenus dans le cadre du plan Obésité.

1.7.8.3 Organisation territoriale

La répartition suivante est retenue :

- **Hospitalisation complète :**

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

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

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

- **Hospitalisation de jour :**

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

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

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

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

1.7.9 LES OBJECTIFS RELATIFS AUX SSR ASSURANT LA PRISE EN CHARGE SPECIALISEE DES AFFECTIONS ONCO-HEMATOLOGIQUES

Code de la santé publique : D6124-177-40

1.7.9.1 Les caractéristiques des structures

Les missions

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

Le profil des patients

Ces structures accueillent des patients présentant :

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

Coopérations

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

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

1.7.9.2 Organisation territoriale

Une seule implantation, une seule implantation est retenue pour la région.

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

1.7.10 LES OBJECTIFS RELATIFS AUX SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION ASSURANT LA PRISE EN CHARGE SPECIALISEE DES CONSEQUENCES FONCTIONNELLES DES AFFECTIONS DES BRULES

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

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

1.7.10.1 Les caractéristiques des structures

Missions

La prise en charge spécialisée des brûlés en SSR a pour objectif de traiter de manière préventive et curative les complications, de prendre en charge la douleur, de gérer les problèmes posés par l'addition des déficiences, de favoriser un retour à l'autonomie le plus précoce possible en organisant la réadaptation et la réinsertion socio

familiale et professionnelle ainsi que le parcours dans le réseau de soins. La réinsertion est facilitée par le repérage précoce des difficultés et le partenariat avec les associations de brûlés.

▪ **Profil des patients**

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

▪ **Les coopérations**

Coopérations d'amont :

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

- les modalités d'organisation de l'évaluation préalable à l'admission : un membre de l'équipe de soins de suite pourra se déplacer dans le service des grands brûlés pour apprécier l'état du patient afin d'organiser son transfert,
- les modalités d'échanges autour du patient durant son hospitalisation en SSR : il est souhaitable d'organiser la tenue régulière de consultations multidisciplinaires associant soignants de rééducation fonctionnelle et soignants des services de court séjour du fait de l'évolutivité des programmes thérapeutiques et de la nécessité d'adapter le cas échéant les techniques de rééducation,
- les modalités d'échanges autour des pratiques : protocoles communs de prise en charge, organisation de stages pour le personnel paramédical dans chacune des structures, organisation de formations communes,
- les modalités de retour vers le service adresseur ou vers un service de réanimation en cas d'aggravation de l'état du patient

Une convention est également indispensable avec un service de réanimation.

Coopérations transversales :

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

Coopération d'aval :

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

1.7.10.2 Organisation territoriale

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

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

1.7.11 LES OBJECTIFS RELATIFS AUX SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION ASSURANT LA PRISE EN CHARGE SPECIALISEE DES CONSEQUENCES FONCTIONNELLES DES AFFECTIONS LIEES AUX CONDUITES ADDICTIVES (« SSR D'ADDICTOLOGIE »).

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

1.7.11.1 Les caractéristiques des structures

▪ Missions

Les SSR d'addictologie ont pour mission de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive à l'alcool ou aux autres substances psychoactives, associée ou non à d'autres addictions comportementales, et de promouvoir leur réadaptation.

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

▪ Profil des patients

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

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

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

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

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

▪ Organisation des structures

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

Chaque patient bénéficie de l'élaboration d'un projet individuel déclinant les différents volets de la prise en charge, somatique, psychiatrique et psychologique, social et éducatif. Des réunions de synthèse formalisées permettent l'évaluation et l'adaptation du projet.

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

▪ Les coopérations

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

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

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

1.7.11.2 Les priorités du SROS

Les priorités du SROS sont :

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

1.7.11.3 Organisation territoriale

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

1.7.12 LES OBJECTIFS RELATIFS AUX SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION ASSURANT LA PRISE EN CHARGE SPECIALISEE DES AFFECTIONS DE LA PERSONNE AGEE POLYPATHOLOGIQUE, DEPENDANTE OU A RISQUE DE DEPENDANCE ("SSR GERIATRIQUES")

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

1.7.12.1 Les caractéristiques des structures

▪ Missions

Les SSR gériatriques ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Ils réalisent des bilans complémentaires d'évaluation en vue d'établir un projet thérapeutique global. Ils n'ont pas pour objectif de se substituer au court séjour gériatrique.

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

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

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

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

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

▪ **Profil des patients**

Profil des patients relevant d'un "SSR gériatrique"

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

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

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

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

Profil des patients relevant d'une hospitalisation de jour

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

Les pathologies prises en charge peuvent être :

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

Profil des patients relevant d'une unité cognitivo-comportementale

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

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

Ne relèvent pas d'emblée de ces unités :

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

▪ **Organisation des structures**

SSR gériatrique

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

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

Hospitalisation de jour

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

Unité cognitivo-comportementale

Capacité et locaux :

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

Ressources humaines :

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

- médecin ayant une expérience ou une formation en géronto-psychiatrie ou en réhabilitation cognitivo-comportementale,
- psychologue,
- professionnels de rééducation (psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste...),
- personnels paramédicaux (la qualification d'assistant de gérontologie n'étant pour l'instant pas mise en place, il est possible de substituer cette compétence par celle d'aide médico-psychologique ou d'aide-soignant ayant bénéficié ou s'engageant dans une formation appropriée).

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

Projet thérapeutique :

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

▪ Les coopérations

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

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

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

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

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

1.7.12.2 Les priorités du SROS

- Faire évoluer progressivement les soins de suite et de réadaptation non spécialisés vers la prise en charge des patients âgés, dépendants et polypathologiques.
- Pour cela, il est prévu d'identifier dans chaque zone infra-territoriale au moins une offre d'hospitalisation complète de soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.
- Améliorer la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer avec troubles du comportement en identifiant 5 unités cognitivo-comportementales expérimentales en région Centre. Elles seront situées au sein d'un "SSR gériatrique" à proximité immédiate d'un centre hospitalier de référence disposant d'une consultation mémoire labellisée.

1.7.12.3 Organisation territoriale

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

Il est retenu la répartition suivante :

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

Références

Décret n°2008-377 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de SSR :

Décret n°2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de SSR :

Circulaire du 3 octobre 2008 relative aux décrets réglementant l'activité de SSR :

SROS PRS - OQOS IMPLANTATIONS par territoire

Soins de suite et de réadaptation

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- ⇨ Pérenniser l'offre sanitaire établie et favoriser les regroupements d'établissement de petite capacité tout préservant le maillage territorial
- ⇨ Renforcer la coopération avec les services de court séjour, l'hospitalisation à domicile, le secteur ambulatoire et le secteur médico-social
- ⇨ Promouvoir le développement de la modalité de prise en charge « hospitalisation de jour »
- ⇨ Développer l'hospitalisation de jour en SSR Gériatrique en l'adossant à un service de SSR gériatrique disposant de lits d'hospitalisation complète et localisée au centre des zones de plus forte densité de population
- ⇨ Implantations spécifiques enfants :
Mettre en œuvre les priorités du schéma définies en matière de prise en charge des enfants et des adolescents dans les domaines suivants : enfant avec handicaps multiples avec prise en charge intensive et de haute technicité, adolescents souffrant d'anorexie mentale, adolescents en surpoids
- ⇨ Pas d'implantation nouvelle en soins de suite et de réadaptation
- ⇨ Une implantation (enfant ou adulte) correspond à une adresse géographique. Dans le cas où 2 titulaires d'autorisation sont installés sur le même site, il est comptabilisé 2 implantations géographiques

REPARTITION DES IMPLANTATIONS

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

	Implantations	Nombre d'implantations par mention de prise en charge spécialisée								
		Appareil locomoteur	Système nerveux	Cardio-vasculaire	Respiratoire	Digestif	Onco-hémato	Brulés	Conduites addictives	PA
CHER	8	3	3	1	1	1	0	0	0	6
		Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de création d'une structure d'hôpital de jour respiratoire sur la zone de Bourges • Possibilité de création d'une structure d'hôpital de jour supplémentaire (syst. nerv.+locomoteur) sur la zone de Bourges • Possibilité de création d'hôpital de jour pour les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien sur la zone de Bourges • Nécessité de développer la prise en charge à temps partiel pour les personnes âgées sur la zone de Bourges 								
EURE et LOIR	14	3	3	2	2	2	0	0	1	7
		Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • possibilité de création d'une structure d'hôpital de jour supplémentaire (syst. nerv.+ locomoteur) sur la zone de Chartres • Inviter les deux établissements spécialisés dans la prise en charge des affections cardio-vasculaires à initier la réflexion sur le regroupement sur un seul site géographique afin de répondre aux besoins de la population en optimisant les moyens humains et matériels. 								

	Implantations	Nombre d'implantations par mention de prise en charge spécialisée								
		Appareil locomoteur	Système nerveux	Cardio-vasculaire	Respiratoire	Digestif	Onco-hémato	Brulés	Conduites addictives	PA
INDRE	11	1	1	1	1	2	0	0	0	4
		Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • Encourager le regroupement des petites structures de SSR • Possibilité de création d'une structure d'hôpital de jour respiratoire sur la zone Châteauroux • Possibilité de création d'hôpital de jour pour les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien sur la zone Châteauroux 								
INDRE et LOIRE	16 dont 1 enfant-adolescent	4	4	1	1	1	1	1	3	8
		1 implantation pour l'accueil des enfants souffrant d'handicaps multiples et pour les adolescents présentant une anorexie mentale Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de création d'une structure en hospitalisation de jour pour les affections du syst. nerv.+locomoteur sur la zone deTours • Possibilité de création d'une structure d'hôpital de jour pour les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien sur la zone de Tours • Possibilité de création d'une structure en hospitalisation complète pour les affections onco-hématologiques d'environ 5 lits sur le même site que le service d'hématologie de l'établissement qui sera autorisé pour l'activité de greffes de cellules hématopoïétiques 								
LOIR et CHER	13 dont 1 enfant-adolescent	2	3	2	2	2	0	0	0	5
		1 implantation pour la prise en charge des adolescents en surpoids Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • Encourager le regroupement des petites structures de SSR • Possibilité de création d'une structure en hospitalisation de jour pour la prise en charge des affections cardio-vasculaires sur la zone de Blois 								
LOIRET	19 dont 1 enfant-adolescent	3	3	2	2	2	0	0	0	8
		1 implantation pour la prise en charge des enfants et des adolescents Recommandations pour la prise en charge des enfants et des adolescents : <ul style="list-style-type: none"> • Créer une unité pour l'accueil en hospitalisation complète et de jour, des enfants souffrant de handicaps multiples, d'environ 6 lits et 3 places • Créer une unité en hospitalisation complète pour les adolescents présentant une anorexie mentale en identifiant une structure de 6 à 8 lits Recommandations pour la prise en charge des adultes : <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre la modalité de prise en charge en hospitalisation de jour pour les conséquences fonctionnelles des affections cardio-vasculaires, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique et endocrinien sur la zone de Montargis • Regrouper sur 2 sites géographiques (au lieu de 3 actuellement) la prise en charge du SSR du CHR d'Orléans 								

1.8 UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE

Les unités de soins de longue durée ont été définies par l'arrêté du 12 mai 2006. Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

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

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

1.8.1 LE CONTEXTE

- **Une situation complexe et mouvante au cours du temps**

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

En 2005, le législateur (article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006) réintègre une partie des capacités d'USLD dans le champ sanitaire pour répondre à des besoins sanitaires des personnes âgées présentant des profils pathologiques requérant un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue. Cette réintégration s'est effectuée sur la base de coupes réalisées en 2006 à l'aide du modèle PATHOS, modèle qui évalue le besoin de soins requis pour une situation donnée chez un patient donné.

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

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

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

Au 31 décembre 2010, la région Centre disposait de 21 USLD redéfinies totalisant 1365 lits.

- **Une partition en 2 temps en région Centre avec une organisation géographique et fonctionnelle des unités non aboutie**

Les partitions en région Centre se sont effectuées en 2 temps :

- 2007/2008 pour 5 établissements de la région : CH de Vierzon, CH de Bonneval, CH de Blois, CH de Romorantin, CHR Orléans
- 2009/2010 pour les autres.

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

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

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

- **Des recommandations et préconisations concernant les USLD redéfinies mal connues voir non appliquées**

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

- les locaux et équipements
- les organisations et modalités de fonctionnement à mettre en place et notamment l'organisation de la continuité des soins médicale et paramédicale,
- l'accès à un plateau technique minimum,
- la possibilité d'identifier des unités pour des populations spécifiques,

Des décrets relatifs aux conditions de fonctionnement viendront compléter la réglementation actuelle.

Actuellement, bon nombre d'unités ne répondent pas à l'ensemble des préconisations, notamment en ce qui concerne la continuité médicale des soins.

- **Un positionnement au sein de la filière gériatrique à conforter**

Les modifications réglementaires successives, l'histoire des territoires ne facilitent pas l'appropriation du concept d'USLD redéfinie ; la place des USLD au sein de la filière gériatrique doit être précisée au sein des territoires.

- **Un public et ses besoins de soins et d'accompagnement accueilli au sein des USLD mal connu**

En effet les évaluations sur les pathologies et le besoin de soins requis des patients n'ont pas été refaites depuis 2006 du fait des processus de partition et une partie de la population des USLD est renouvelée rapidement (gravité et instabilité des pathologies, âge de certains patients, etc...)

Seule les évolutions de dépendance sur la base des évaluations du GIR est analysée annuellement par les conseils généraux dans le cadre des évaluations APA.

Les évaluations à l'aide du modèle PATHOS en cours au second semestre 2011 sur l'ensemble des USLD du territoire français permettront dès le début de 2012 d'approcher les besoins.

1.8.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

Les objectifs de ce volet du SROS doivent permettre d'apporter des réponses au diagnostic posé précédemment. En outre, ils s'inscrivent dans les priorités arrêtés dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), et notamment celles définies pour le domaine Autonomie (améliorer la qualité de vie des personnes âgées à domicile ou en établissement, promouvoir une prise en charge de qualité et sécurisée).

1.8.2.1 Assoir la place des USLD redéfinies dans l'offre de soins.

Clarifier et faire connaître les missions des USLD au sein des territoires

Les USLD ont vocation à accueillir des patients requérant des soins médico-techniques importants du fait de pathologie chroniques instables ou à haut risque de rechutes.

Les USLD ont pour missions :

- d'assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels,
- de prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes,
- d'élaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie,
- d'assurer l'accompagnement des familles et des proches.

Selon le public accueilli, les USLD doivent mettre en place des projets spécifiques.

Ces informations doivent être diffusées aux usagers et professionnels de santé par l'intermédiaire du guide de ressources régionales (cf. SROMS). Ces informations doivent contribuer à établir les complémentarités entre les différentes structures du territoire.

Veiller au respect des conditions d'organisation et de fonctionnement des USLD telles que prévues par l'arrêté du 12 mai 2006, ainsi qu'au regroupement géographique et fonctionnel

Les conditions concernent :

- l'organisation de la continuité des soins médicaux et para médicaux, avec présence médicale le jour et, au minimum, une astreinte la nuit, les dimanches et les jours fériés, et présence d'une infirmière 24 heures sur 24 ;
- les équipements des chambres d'USLD qui doivent disposer de fluides médicaux (oxygène, vide) ;
- l'accès sur site aux électrocardiogrammes et accès sur site ou par convention, dans les délais requis par l'état de santé du patient, aux radiographies standards sans préparation ;
- l'accès sur site ou à l'extérieur, par voie de convention, à des examens de biologie et aux explorations fonctionnelles courants.

Par ailleurs les effectifs doivent être en adéquation avec la lourdeur des patients et tenir compte du turn-over important nécessitant la mise en place d'un soutien psychologique des équipes.

Améliorer la coordination des acteurs

Formaliser des conventions précisant les conditions d'admission et de transfert et de retour dans l'USLD avec :

- les établissements et services sanitaires : services des urgences, service de gériatrie et de psychiatrie, de SSR
- les EHPAD du territoire
- les services de prise en charge adaptés en cas de transfert à domicile.

1.8.2.2 Répondre aux besoins de soins et d'accompagnement des patients présentant des pathologies chroniques instables ou à haut risque de rechutes nécessitant un suivi médical et paramédical rapproché avec nécessité d'actes médicaux itératifs

Identifier les publics accueillis au sein des USLD et leur besoin de soins requis

Dès le premier trimestre 2012, analyser par établissement et territoire en prenant en compte l'offre globale sanitaire et médicosociale existante, les constats issus des coupes PATHOS réalisées au cours du second semestre 2011

Cette analyse doit permettre de construire le projet de vie et de soins de l'unité, d'adapter les compétences et effectifs à la lourdeur des patients accueillis.

Adapter les modalités de prise en charge au type de malades accueillis

Les constats issus des coupes peuvent amener à engager une réflexion sur le regroupement au sein d'unités spécifiques ou au sein d'établissements des patients requérant une prise en charge particulière,

Les besoins identifiés devront faire l'objet de projet spécifiques concertés notamment avec les conseils généraux, les acteurs de ou des filières gériatriques du territoire, les services de psychiatrie, les représentants des usagers.

Ce peut être le cas par exemple de patients présentant des troubles mentaux stabilisés au prix d'une environnement adapté, de patients jeunes, de moins de 60 ans, présentant des pathologies neurologiques évolutives.

Développer la prise en charge en soins palliatifs au sein des USLD, en s'appuyant sur les équipes mobiles, sur la mise en place de lits identifiés selon la procédure régionale

Les USLD ont vocation à accueillir des patients aux pathologies évolutives et les accompagner jusqu'à leur mort.

Organiser l'accès à l'avis psychiatrique sur site lorsque cela est nécessaire.

Les coupes réalisées en 2006 recensaient plus de 650 patients répartis sur l'ensemble des USLD de la région nécessitant une prise en charge avec le soutien de la psychiatrie.

Améliorer le dépistage des facteurs de fragilité, dont les troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés)

- Former les professionnels au repérage des facteurs de risques et à l'utilisation des outils d'évaluation
- Adapter les compétences à recruter à partir des évaluations GIR et PATHOS permettant d'optimiser les prises en charge et les actions de prévention
- Poursuivre les actions concourant au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition, des troubles cognitifs sur la base des recommandations de l'HAS

Développer la mise en place des Unités d'Hébergement renforcées en respectant les objectifs du plan Alzheimer 2008-2012

Cet objectif répond s'inscrit dans l'amélioration de l'accompagnement des prises en charge spécifiques préconisé par le Plan Stratégique Régional de Santé.

D'ores et déjà, il est possible d'identifier sur la base des évaluations réalisées en 2006 le besoin d'**Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)**.

Ces unités accueillent et prennent en charge les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères (agitation, agressivité, etc....) qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.

Ces unités doivent répondre à un cahier des charges qui précise :

- La finalité de l'accompagnement thérapeutique, maintien ou réhabilitation des capacités fonctionnelles ou cognitives, restantes, maintien du lien social mobilisation des fonctions sensorielles,....
- Les modalités d'accompagnement projet de vie et de soins appropriés, de suivi évolutif reposant sur un projet individualisé et personnalisé en y associant les familles,
- La qualification des personnels. L'unité d'hébergement renforcée organise l'accès à un avis psychiatrique et dispose :
 - d'un temps de médecin (pour les EHPAD, le médecin coordonnateur peut assurer cette mission) ;
 - d'un temps d'infirmier ;
 - d'un temps de psychomotricien ou d'ergothérapeute ;
 - d'un temps d'assistant de soins en gériatrie ;
 - d'un temps de personnel soignant la nuit ;
 - d'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et les équipes.

- L'importance des coopérations avec le secteur psychiatrique, les partenaires de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie, ...),

- L'environnement architectural avec description détaillée des locaux.

Les critères d'admission des patients et de sortie de l'UHR doivent figurer au sein du règlement intérieur et du livret d'accueil.

A terme en 2012, la région Centre devra disposer de 15 UHR dont 9 implantées en USLD avec un maillage complémentaire et harmonieux avec l'offre d'UHR sur le secteur médicosocial dans chaque territoire

1.8.2.3 Maintenir les implantations géographiques telles qu'arrêtées dans le SROS3 dans l'attente des résultats des coupes PATHOS 2011

Les répartitions de capacités pourront être revues selon les contraintes architecturales des établissements et selon les résultats issus des coupes 2011 dans le cadre d'une concertation avec les conseils généraux avec un objectif de maintien des capacités régionales dans le contexte réglementaire actuel.

1.8.3 EVALUATION ET SUIVI

Indicateur : Résultat des coupes PATHOS réalisées dans les établissements autorisés

REFERENCES :

Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée

Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques :

Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n° 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en oeuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée :

Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 :

Plan Alzheimer 2008-2012:

SROS PRS - OQOS IMPLANTATIONS par territoire

Soins de Longue Durée

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- ⇒ Assoir la place des USLD redéfinies dans l'offre de soins : clarifier et faire connaître les missions des USLD au sein des territoires, identifier les publics accueillis et leur besoin de soins requis, adapter les modalités de prise en charge au type de malades accueillis
- ⇒ Maintenir les implantations géographiques des USLD telles qu'arrêtées dans le SROS3 dans l'attente du résultat des coupes 2011
- ⇒ Développer la mise en place des unités d'hébergement renforcées (UHR) dans le respect des objectifs du plan Alzheimer

REPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES	NOMBRE d'implantations	<i>Rappel des sites et capacités retenues selon les critères de la partition</i>	
CHER (18)	5 dont 1 sur 2 sites*		
		<i>Bourges</i>	60
		<i>Beauregard</i>	40
		<i>Vierzon</i>	46
		<i>Saint Amand</i>	41
		<i>Dun sur Auron*</i>	60
		<i>Sancerre</i>	30
EURE et LOIR (28)	4		
		<i>Dreux</i>	92
		<i>Bonneval</i>	50
		<i>Châteaudun</i>	40
		<i>La loupe</i>	40
INDRE (36)	4		
		<i>Châteauroux</i>	81
		<i>Chatillon</i>	31
		<i>Le Blanc</i>	30
		<i>Issoudun</i>	30
INDRE et LOIRE (37)	2		
		<i>Chinon</i>	124
		<i>Saint Cyr</i>	80
LOIR et CHER (41)	2		
		<i>Blois</i>	100
		<i>Romorantin</i>	60
LOIRET (45)	4 dont 1 sur 2 sites*		
		<i>Orléans*</i>	160
		<i>Montargis</i>	82
		<i>Briare</i>	40
		<i>Pithiviers</i>	48
REGION	21	1 365 lits	

1.9 TRAITEMENT DU CANCER

La lutte contre le cancer a été déclarée cause nationale en 2002. Le Plan cancer 2009-2013 s'inscrit dans la continuité du précédent, il capitalise sur ses acquis et s'engage sur des voies nouvelles, en particulier pour faire face à trois nouveaux défis qui correspondent aux trois thèmes transversaux et prioritaires du plan :

- une meilleure prise en compte des inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers ;
- l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;
- le renforcement du rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

En région Centre, les travaux préparatoires au Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)³ ont rappelé que les cancers étaient la 2ème cause de décès après les maladies cardiovasculaires, avec 6 700 décès annuels pour la période 2000-2007, soit 28% des décès. La majorité de ces décès sont masculins (61%). L'analyse de la mortalité par territoire démontre des disparités importantes avec notamment une concentration de valeurs élevées sur le sud de la région, et plus particulièrement dans le Cher (277). L'analyse des données de mortalité prématurée (avant 65 ans) évitable montre, par ailleurs, que les cancers sont la première cause de décès prématuré, tant chez les femmes (47% des décès chez les moins de 65 ans), que chez les hommes (39,4% des décès chez les moins de 65 ans).

Le Plan Stratégique Régional de Santé en région Centre a inscrit un objectif de réduction de l'incidence et de la prévalence des cancers.

1.9.1 LE CONTEXTE

L'organisation des soins établie dans le précédent SROS distinguait de 3 niveaux de gradation des soins :

- **1^{er} niveau : les établissements autorisés**
 - l'offre chirurgicale pour les activités soumises à seuils : 33 établissements de la région ont une ou plusieurs autorisations.
 - L'offre de radiothérapie et curiethérapie : 8 structures sont autorisées à la radiothérapie dont 4 sont également autorisées en curiethérapie.
 - L'offre de chimiothérapie : 16 établissements sont autorisés, 11 établissements sont associés à un établissement autorisé.
- **2ème niveau : les sites de cancérologie**

Ils regroupent un ou plusieurs établissements autorisés pour proposer une offre globale de traitement du cancer : chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie.

Il n'y a pas d'autorisation de chirurgie thoracique dans l'Eure et Loir et l'Indre.

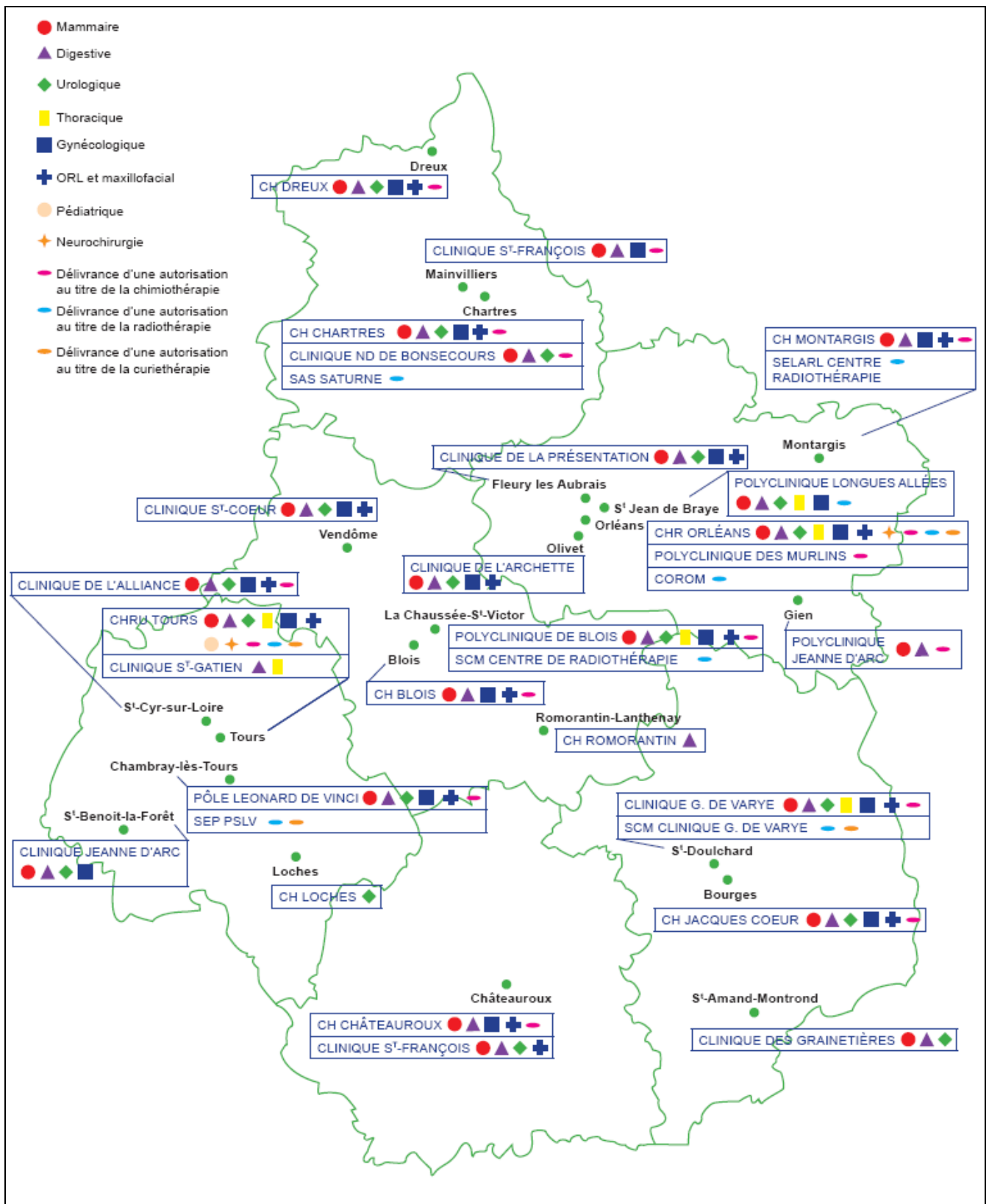
Il n'y a pas de centre de radiothérapie sur le territoire de l'Indre.

- **3ème niveau : un pôle régional de cancérologie.**

La mission d'un pôle de cancérologie est, en plus de constituer un recours régional, de prendre en charge les traitements lourds et complexes ainsi que l'enseignement, la recherche et les traitements innovants. Le pôle régional de cancérologie doit se structurer et se finaliser afin d'assurer en particulier ses missions de recours et participer à limiter les fuites extra régionales

³ Documents consultables et téléchargeables sur le site internet de l'ARS

**AUTORISATIONS DE TRAITEMENT DU CANCER EN REGION CENTRE
BILAN AU 1^{ER} JUILLET 2011**



Les points forts de l'offre de soins en région Centre :

L'offre de 1^{er} et 2^{ème} niveaux au sein de chaque territoire, pour chaque type de cancer, du dépistage aux traitements est pratiquement complète (à l'exception de la radiothérapie en Indre).

Cependant on note les **points faibles** suivants :

- le Dossier médical Commun et Communiquant (DCC) est insuffisamment utilisé
- les Programmes Personnalisés de Soins (PPS) ne sont que rarement remis aux patients
- la prise en charge de 1^{er} et 2^{ème} niveaux affiche un taux de fuite extrarégionale élevé.
- Le pôle régional n'est pas structuré, ni reconnu.

1.9.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

Le plan d'action régional concernant le traitement du cancer s'inscrit dans la continuité du volet cancer du SROS III et s'appuie sur les plans cancer successifs. Les objectifs sont les suivants :

- Améliorer l'équité d'accès aux soins pour les patients de chaque territoire de la région Centre
- Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge
- Améliorer l'efficience des organisations

La thématique du traitement du cancer est indissociable des actions de prévention qui cependant s'évaluent sur une échelle temporelle supérieure à celle d'un SROS et des actions de dépistage qui sont abordées dans le schéma régional de prévention. Ici seront cependant présentées les actions portées par les établissements de santé.

Le traitement du cancer concerne plusieurs types d'activités soumises à autorisation :

- Chirurgie des cancers
- Chimiothérapie et autres traitements spécifiques des cancers
- Radiothérapie externe et curiethérapie
- Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources scellées

1.9.2.1 Développer la prévention en établissement de soins

▪ **Tabac**

Le plan cancer a défini dans ses objectifs la mise en place d'une stratégie complète de lutte contre le tabagisme. La circulaire du 3 avril 2000 précisait les recommandations de mise en conformité des consultations de tabacologie. Les consultations de tabacologie doivent outre les soins accessibles à l'ensemble des fumeurs promouvoir :

- la politique d'aide à l'arrêt du tabac pour les patients et les professionnels hospitaliers,
- la formation du personnel à la pratique du conseil minimal en tabacologie,
- la sensibilisation spécifique des personnels des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) à l'existence des dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac est mise en œuvre, les personnes en situation de précarité ayant 30 fois plus de risques que la population générale d'avoir un cancer.

Des équipes hospitalières de liaison en addictologie (arrêté du 23 mars 2007 – article D 162-6 2^b) et des consultations hospitalières d'addictologie doivent être mises en place (art. D 162-6 2^oi).

Les patients peuvent aussi être pris en charge en SSR dédiés à l'addictologie.

La mise en place d'un DU d'addictologie et d'un DIU de tabacologie à la faculté de médecine de Tours offre aux professionnels de santé l'occasion de se former au repérage et à la prise en charge des patients concernés par les addictions.

▪ **Nutrition et obésité**

Surpoids et obésité sont des facteurs de risque reconnus de plusieurs cancers (adénocarcinome de l'œsophage, cancer de l'endomètre, du rein, du côlon-rectum, du pancréas et du sein après la ménopause). 15 à 20 % des morts par cancer peuvent être attribuées au surpoids et l'obésité. Ils justifient que cette problématique soit prise en compte dans le volet cancérologie du schéma régional. Par ailleurs, la pathologie tumorale ; le cancer et/ou les traitements mis en œuvre peuvent perturber le statut nutritionnel et ainsi causer une dénutrition, un amaigrissement ou au contraire une surcharge pondérale. Surcharge pondérale favorisant les récives de certains cancers (sein...).

Le rôle du Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) implanté dans tous les établissements dans le domaine de la prévention du cancer est de procéder à :

- l'évaluation de l'état nutritionnel avec cancer ou non afin de prodiguer des conseils ;
- la prise en charge diététique avec nutrition adaptée à la pathologie du cancer ;
- la prise en charge médicale et la mise en place d'une nutrition artificielle si nécessaire ;
- la promotion de la nutrition et de l'alimentation comme faisant partie intégrante des soins aux malades atteints du cancer.

▪ **Maladies infectieuses**

Certaines maladies infectieuses sont directement liées aux cancers ou contribuent à leur développement. Les infections chroniques par les virus des hépatites B et C sont susceptibles d'évoluer vers une cirrhose et/ou un cancer du foie. La vaccination contre l'hépatite B doit être proposée systématiquement aux patients atteints du VIH ou aux patients ayant des facteurs de risques, suivis dans les établissements de soins en application des recommandations du calendrier vaccinal.

Les infections à *Helicobacter pylori* responsables de cancers de l'estomac doivent être dépistés et traités dans les populations définies par l'HAS (antécédent de cancer gastrique, parent du 1^{er} degré ayant eu un cancer gastrique, traitement par AINS au long court, patient avec symptomatologie d'ulcère) à l'occasion d'un contact avec l'établissement de soins.

▪ **Maladies professionnelles**

La prévention des risques d'exposition aux cancérigènes, mutagènes et réprotoxiques est mise en place dans le cadre de la médecine du travail.

Des consultations de pathologies professionnelles existent sur les pathologies liées à l'amiante, elles devront être élargies progressivement aux autres pathologies (cancers vessie, cancers naso-pharyngés...).

1.9.2.2 Participer aux dépistages organisés mammaire et colorectal et aux expérimentations de dépistage des cancers du col de l'utérus et cancers buccaux

▪ **Dépistages organisés des cancers mammaires et colorectaux**

Le plan cancer 2009/2013 met l'accent sur l'amélioration de la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers et l'implication des médecins traitants. Au niveau régional, les orientations et le suivi des campagnes de dépistage sont confiés au comité technique régional de dépistage des cancers (CTRDC).

S'agissant du dépistage du cancer du sein, le taux de participation cible fixé au CPOM de l'ARS est de 70.0% en 2013. En 2009/2010, il était de 59.5%, avec des disparités régionales allant de 50.7% dans le Loiret à 67.1% dans le Cher et des disparités infra départementales.

Les établissements de santé devront :

- veiller à la conformité de leurs appareils de mammographie,
- s'assurer que les délais d'accès aux mammographes pour les femmes réalisant le dépistage organisé soient les plus courts possible avec un objectif cible de 1 mois maximum entre la prise de RV et la réalisation de l'examen,
- développer une stratégie spécifique de sensibilisation au travers des permanences d'accès aux soins de santé (PASS),
- assurer la prise en charge des patientes suspectes de cancer sans délai.

S'agissant du dépistage organisé du cancer colorectal il convient aujourd'hui d'améliorer la participation à ce programme pour diminuer l'incidence et la mortalité de cette maladie. En 2009/2010, le taux de participation régional était de 41.2%, avec des disparités régionales allant de 34.9% dans le Loiret à 45.9% en Indre-et-Loire. Le taux de participation cible fixé au CPOM de l'ARS est de 53% pour 2013.

Les établissements de santé devront s'assurer de la rapidité d'accès à la coloscopie en cas de test hemocult positif.

▪ **Expérimentation du dépistage du cancer du col de l'utérus**

Depuis 2010, des expériences pilotes de dépistage organisé financées par l'INCa, la DGS et l'ARS sont lancées en Indre-et-Loire et dans le Cher.

Les établissements participeront aux actions visant à améliorer le taux de participation des femmes au dépistage du cancer du col utérin notamment lors du suivi des grossesses. La participation des établissements aux actions, soit d'information auprès des femmes, soit de diffusion des recommandations de l'HAS sur la prise en charge des frottis anormaux, sera à développer.

▪ **Expérimentation du dépistage des cancers buccaux**

Le dépistage des cancers de la cavité buccale constitue une priorité de santé publique méconnue, ils sont liés au tabac principalement et à une consommation excessive d'alcool. Décelés tardivement dans 70% des cas, ce sont des cancers graves puisque plus de 60% des patients meurent dans les cinq ans. Les traitements sont mutilants, ils laissent des séquelles physiques et esthétiques qui altèrent la qualité de vie et l'insertion professionnelle.

L'INCa finance dans l'Indre et Loire un projet de dépistage de population alcoolo-tabagique repérées par les équipes d'addictologie (ELSA, consultations de tabacologie...) et dépisté par des chirurgiens-dentistes.

1.9.2.3 **Assurer une offre de soins graduée**

▪ **Améliorer le parcours de soins**

- ✓ La prise en charge du patient atteint de cancer doit être globale : Elle débute avec le diagnostic, elle se poursuit tout au long de la maladie avec la mise en œuvre des traitements et l'accès aux soins de support. Elle doit également comporter plusieurs volets : médical, social et professionnel, psychologique et spirituel. Enfin, l'entourage du malade, avec son accord, doit faire partie intégrante de cette prise en charge.
- ✓ La prise en charge du patient atteint de cancer doit être de qualité : Seuls les établissements ayant obtenu l'autorisation de traitement pour le cancer pourront décider, initialiser et modifier le programme thérapeutique. Une autorisation de traitement des cancers est donnée pour une implantation juridique d'un établissement.

L'autorisation de traitement du cancer est délivrée aux établissements qui s'engagent à remplir les critères réglementaires de fonctionnement et de qualité notamment de justifier d'une activité supérieure au seuil d'activité minimal *fixé par l'arrêté du 29 mars 2007* et avoir les conditions d'autorisation fixées par *l'article R. 6123-88* du code de santé publique, en particulier :

- **l'adhésion au réseau régional de cancérologie (RCC) OncoCentre** : Elle garantit l'utilisation des référentiels de bonnes pratiques médicales et l'utilisation d'un dossier médical commun et communicant (DCC)

- **l'appartenance à un centre de coordination en cancérologie (3C)** : Un médecin « référent médical » prend plus particulièrement en charge le parcours de soins du patient et veille à ce qu'il bénéficie d'une consultation d'annonce dès le diagnostic de cancer confirmé ; elle-même complétée si besoin d'un temps d'accompagnement soignant avec un professionnel paramédical. Ce dispositif doit permettre au patient d'avoir rapidement toutes les informations concernant les différentes étapes prévisibles de sa maladie et de son traitement.
Le cas du malade doit être présenté ou discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). A l'issue, le médecin référent doit remettre au patient son programme personnalisé de soins (PPS). RCP et PPS seront enregistrés dans le dossier communicant en cancérologie. Le médecin traitant sera impliqué à chaque étape du parcours de soins.

▪ **Améliorer l'offre de soins : objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS)**

En cancérologie, ils recouvrent les implantations et l'accessibilité géographique.

En implantation, la région dispose d'un pôle régional de cancérologie qui repose sur un partenariat établi entre le CHRU de Tours et le CHR d'Orléans, établissements fondateurs. Cette coopération a vocation à être complétée par des conventions conclues avec les établissements de santé publics et privés de la Région en fonction des besoins définis dans les projets territoriaux.

Chaque territoire dispose d'au moins un site de cancérologie⁴

Les départements de l'Indre et du Cher sont réunis en 1 seul site de cancérologie (le Berry) du fait de l'absence de centre de radiothérapie dans l'Indre.

Le SROS 3 a fixé les implantations de traitement du cancer. A l'issue des visites de conformité et conformément à l'évolution des besoins de la population des territoires, il est proposé les modifications suivantes en implantations (cf. fiche de synthèse à la fin de ce volet) :

- **Berry (Cher 18 + Indre 36) : 1 site**
- **Eure et Loir 28 : 1 site**
- **Indre et Loire 37 : 2 sites**
- **Loir et Cher 41 : 1 site**
- **Loiret 45 : 3 sites**

En accessibilité : les OQOS en accessibilité géographique s'expriment en délai moyen d'attente pour la prise de rendez-vous d'examen programmé pour les appareils d'imagerie comme le mammographe pour le dépistage des cancers du sein ou l'IRM dans le cadre d'un bilan d'extension.

⁴ Site de cancérologie = 1 ou plusieurs établissements autorisés regroupés pour le traitement du cancer : chirurgie + radiothérapie + chimiothérapie

▪ **Améliorer l'efficacité de la prise en charge**

Il est nécessaire d'harmoniser et structurer la prise en charge territoriale pour chaque type de cancer du dépistage aux traitements et suivis et organiser les recours

Certains départements sont touchés par un grand nombre de prises en charge extra régionales.

L'origine de ces fuites est multifactorielle :

- proximité de la région parisienne,
- offre de soins partielle sur certains territoires,
- non reconnaissance des niveaux de recours régionaux,
- prise en charge des transports par les organismes d'Assurance Maladie...

Les conséquences en sont :

- une prise en charge initiale chirurgicale extrarégionale est souvent suivie d'une fuite pour la chimiothérapie et la radiothérapie.
- les séances éloignées entraînent des déplacements itératifs des patients, coûteux mais surtout fatigants avec retentissement sur la qualité de vie.
- les autorisations régionales peuvent être fragilisées par la baisse des seuils d'activité des établissements autorisés

Chaque territoire ainsi que le pôle régional de cancérologie doivent structurer la prise en charge et les niveaux de recours

1.9.2.4 Actions à mettre en place pour atteindre les objectifs de traitement du cancer

▪ **Structurer la prise en charge territoriale pour chaque type de cancer du dépistage aux traitements et suivis**

Afin d'améliorer la prise en charge des patients et de consolider les activités des établissements autorisés, les territoires doivent structurer la prise en charge.

Actions :

- Mener avec les professionnels une réflexion au sein de chaque territoire pour définir un projet territorial cohérent et complémentaire entre établissements permettant une prise en charge la plus complète possible par rapport à l'offre de soins existante dans le public et/ou privé et ceci par discipline autorisée. Ils préciseront les modalités et lieux de recours.
- Définir une méthodologie régionale.
- Conventionner entre établissements des différents territoires et les établissements du pôle régional en fonction du projet territorial.
- Revoir le nombre de 3C par territoire en fonction de la structuration de la prise en charge sur un territoire.

▪ **Valoriser le Pôle Régional de Cancérologie**

La constitution du Pôle Régional de Cancérologie répond à une logique d'organisation de l'accès aux soins de cancérologie complexes, hyper spécialisés et aux techniques innovantes.

En premier lieu, la mission du Pôle Régional de Cancérologie relève des soins. En second lieu, il participe à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation, en lien avec l'UFR de médecine.

Dans le cadre des objectifs définis, le Pôle Régional en Cancérologie intervient :

- Dans la mise en œuvre des RCP de Recours Régional qui ont vocation en premier ressort à apporter une réponse nécessaire à la prise en charge d'une tumeur rare. La liste de ces pathologies est mise à jour sur le site Internet du réseau OncoCentre. Par ailleurs la RCP de recours intervient en appui des RCP locales pour des cas difficiles relevant d'une expertise particulière.
- Dans l'accessibilité aux compétences spécifiques humaines ou techniques par l'identification des équipements et plateaux de haute technicité de recours régional.

- Dans l'accès à la recherche clinique en augmentant l'inclusion des patients dans les essais cliniques et en diffusant une information relative aux travaux de recherche appliquée.

Actions :

- Mettre à jour et diffuser la liste des équipements et définir des compétences humaines en lien avec les plateaux de haute technicité ainsi que des indications qui en relèvent
- Mettre à jour et diffuser la liste des RCP régionales
 - o liées à la rareté des pathologies (Pédiatrie, endocrinologie, sarcomes...)
 - o de recours sur des spécificités de prises en charge et la complexité du dossier (K du sein, colorectaux) en précisant ce qui est dans le champ de ce type de RCP.

▪ **Structurer les filières de prise en charge :**

⇒ Anatomopathologie :

L'examen d'anatomocytopathologie est l'examen fondamental en cancérologie. Cet examen détermine le type de cancer ainsi que les caractéristiques d'agressivité des cellules et d'extension de la tumeur. Ces éléments permettent au médecin clinicien d'évaluer le pronostic de la maladie et d'adapter au mieux la thérapeutique. Cette discipline est pénalisée par l'évolution démographique défavorable de ces praticiens et l'accessibilité à cette discipline est limitée sur certains territoires. L'optimisation des ressources passe par le regroupement de ces professionnels lorsqu'ils sont installés en libéral. Le regroupement est effectif sur 5 des 6 territoires de la région. Il doit être atteint en Indre et Loire à l'horizon de ce SROS.

Pour conserver les autorisations de chirurgie carcinologique, il est fait obligation de disposer d'examens anatomopathologiques en extemporané au moins pour les actes programmés. L'évolution démographique défavorable des spécialistes en anatomocytopathologie obligera a minima de passer une convention avec une structure départementale ou interdépartementale pour la chirurgie carcinologique programmée.

Action :

- Passer une ou plusieurs conventions avec une structure départementale ou interdépartementale d'anatomocytopathologie pour assurer les examens nécessaires à la chirurgie carcinologique programmée.

⇒ Tumorothèque :

La Région Centre est dotée d'une implantation labellisée par l'INCa (CHRU de Tours) et d'une implantation plus ancienne (CHR d'Orléans). Elles ont une double compétence sanitaire et recherche et sont réunies au sein du réseau des Tumorothèques du Centre.

Il a une double vocation sanitaire et scientifique.

Le conseil de réseau du réseau régional des tumorothèques a défini la liste des tumeurs nécessitant une cryoconservation systématique ; il s'agit des lymphomes, myélomes et hémopathies malignes, tumeurs pédiatriques, sarcomes, et toutes tumeurs de diagnostic incertain. Le niveau national recommande que les tumeurs cérébrales soient également conservées. La congélation d'autres tumeurs peuvent être discutées.

Chaque tumorothèque anime le sous réseau de façon à assurer une couverture exhaustive de la zone qu'il a en charge en fournissant dans la limite des moyens alloués les outils logistiques, techniques et matériels ad hoc et assurant les transports des échantillons.

La conservation en tumorothèque sous entend un suivi des patients pour avoir des données complémentaires à mettre en regard des tumeurs.

Actions :

- Optimiser le suivi des patients et des prélèvements.
- Augmenter la participation des anatomopathologistes privés au recours à la tumorothèque de 5% par an jusqu'à exhaustivité

⇒ Plateforme hospitalière de génétique moléculaire

L'identification d'altérations génétiques au sein des cellules cancéreuses a débouché sur la mise en évidence de nouveaux biomarqueurs moléculaires. Ces paramètres sont aujourd'hui indispensables pour le diagnostic, la classification, le choix et la surveillance du traitement des hémopathies et de la plupart des tumeurs malignes. Leur nombre ne va cesser de croître avec les progrès de la recherche et l'arrivée de nouvelles thérapies ciblées. Actuellement une plateforme est soutenue par l'INCa en région Centre : la plateforme de Tours ; celle-ci repose sur l'activité de deux établissements le CHRU de Tours et le CHR d'Orléans. La plateforme assure la recherche des 10 marqueurs les plus fréquents et partage l'activité sur les autres marqueurs avec les 27 autres plateformes régionales.

Action :

- Maintien du fonctionnement actuel

⇒ Oncogénétique

La région n'offre pas un nombre de consultations suffisant avec une diminution de 50 % de l'activité entre 2008 et 2009 (24.4 consultations pour 100 000 habitants en 2008 et 12.3 consultations pour 100 000 habitants en 2009) et l'accessibilité à ces consultations varie en fonction du territoire. Les délais de rendez-vous apparaissent supérieurs à la moyenne nationale. Par ailleurs les professionnels ne savent pas quels patients référer à la consultation d'oncogénétique.

Actions :

- Développer deux équipes comprenant un médecin spécialiste en oncogénétique, un conseiller en oncogénétique et un psychologue et un temps de secrétariat. Une des équipes est localisée à Tours et dessert les départements du Cher, de l'Indre, d'Indre et Loire et du Loir et Cher, la seconde localisée sur Orléans pour desservir les départements de l'Eure et Loir et du Loiret. Ces équipes implantées sur 2 sites devront se suppléer en cas d'absence.
- Utiliser le référentiel « Oncolor » pour valider le besoin d'une consultation d'oncogénétique dans l'attente de la publication des référentiels de sélection des patients par la structure « Phare Grand Ouest ».⁵
- Augmenter l'activité pour atteindre le niveau médian national de 40 consultations pour 100 000 habitants par an et réduire à 15 jours les délais de prises en charge urgentes.

⇒ Onco-pédiatrie

En région Centre, environ 300 enfants sont traités pour cancer chaque année. Les cancers de l'enfant et de l'adolescent sont rares et présentent une grande hétérogénéité. Leur prise en charge est spécifique dans des structures de référence.

La prise en charge des enfants doit obéir aux critères d'agrément transversaux et ceux spécifiques pour le traitement du cancer chez les moins de 18 ans. Ainsi, l'établissement doit appartenir à une organisation interrégionale de recours onco-pédiatrique, le réseau interrégional « Grand Ouest Cancer de l'Enfant » GOCE (critère 3 de l'INCa onco-pédiatrie). Des critères de seuil d'activité sont imposés à la radiothérapie pédiatrique mis à part les traitements à visée palliative.

⁵ Référentiel Oncolor :

- Existence de 3 cas de cancers (sein, côlon, autre) chez des personnes apparentées entre elles au premier degré (mère, fille, frère, soeur) ou au deuxième degré (grands parents, oncles, tantes) dans une même branche parentale.
- Existence de 2 cas de cancers chez des personnes apparentées entre elles au premier degré s'il existe en plus un âge précoce (avant 50 ans) ou une bilatéralité de l'atteinte (sein) ou une multifocalité de l'atteinte.
- La survenue à un âge précoce (\leq 35 ans) ou bilatéralité ou multifocalité de la tumeur même sans antécédents familiaux.
- Existence d'un seul cas de cancer (sein, ovaire, côlon) < 35 ans, sans autres antécédents familiaux
- Existence de plusieurs cas de cancers chez la même personne (syndromes de tumeurs primitives multiples), en dehors d'un contexte extérieur évident (ex : tabac + alcool)
- Existence d'un cancer associé à une maladie prédisposante (comme la polyposse rectocolique familiale ou la maladie de von Recklinghausen...)
- Existence dans une même famille d'une agrégation de cancers du spectre pancréas et prostate.
- Les agrégations de plusieurs cas cancers dans une même branche parentale.

Concernant la chimiothérapie chez les moins de 18 ans, la primo-prescription et les modifications substantielles de traitement sont toujours réalisées dans un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie et appartenant à une organisation interrégionale de cancérologie pédiatrique à savoir dans la région le CHRU de Tours.

GOCE a mis en place une RCP interrégionale où sont discutés tous les dossiers des moins de 18 ans. Il doit définir au sein de l'inter région l'organisation de 5 pratiques ou techniques ciblées : tumeurs de l'appareil locomoteur, tumeurs cérébrales, greffe de cellules souches hématopoïétiques (extrarégional), mise en œuvre des essais précoces et radiothérapie.

Actions :

- Conforter la place d'un seul établissement (CHRU de Tours), au sein de l'interrégion, pour les activités de radiothérapie, de chirurgie des cancers en particulier : **chirurgie des sarcomes** en lien avec la chirurgie adulte de pointe dans ce domaine et de neurochirurgie par le recrutement d'un deuxième neurochirurgien.
- Rendre la chimiothérapie de l'enfant accessible au plus près de son domicile avec les critères de qualité. Ainsi un établissement :
 - Non titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie, au sein duquel se situe un service de pédiatrie ne peut prendre en charge en primo-prescription les enfants.
 - Titulaire d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie, au sein duquel se situe un service de pédiatrie n'appartenant pas à une organisation interrégionale de cancérologie pédiatrique ne remplissant pas le critère 3 de l'INCa en onco-pédiatrie, ne peut pas assurer de prise en charge en primo-prescription des enfants.
 - Ces deux types d'établissements, doivent passer une convention avec un ou des établissements autorisés à primo prescrire une chimiothérapie chez l'enfant (art R.6123-94 CSP) pour fonctionner comme établissements dits associés.

⇒ Hématologie

Il est probable que les critères de l'INCa imposeront, pour maintenir les autorisations de réalisation d'allogreffe et de traitement des leucémies aiguës, une activité minimale annuelle respective de 20 patients.

La région Centre effectue des greffes de moelle osseuse, technique thérapeutique de traitement des leucémies et de certains lymphomes. Elle réalise des autogreffes et des allogreffes de cellules souches provenant d'un membre de la famille uniquement. Les allogreffes à partir de donneurs non apparentés sont réalisées en extra régional.

Sont réalisées également les traitements d'inductions de la leucémie aigue, traitement à mettre en place en urgence.

Il est essentiel de maintenir ces activités dans la région.

Actions :

- Maintenir une seule implantation pour la pratique de greffe de cellules souches (CHRU de Tours).
- Promouvoir deux implantations, au regard des besoins de la population, pour les traitements intensifs de la leucémie aigue (CHRU de Tours et CHRO)
- Mener une réflexion sur la prise en charge par les autres établissements des autres activités d'hématologie pour fluidifier la prise en charge.

L'implantation d'une structure de Soins de Suite et de Réadaptation à orientation onco-hématologique et à vocation régionale est préconisée en Indre-et-Loire dans le cadre du schéma SSR, à proximité du service d'hématologie de référence. Son cahier des charges est très lourd, la création de cette unité ne pourra se concevoir qu'une fois les organisations mises en place.

⇒ Onco-gériatrie

Depuis plusieurs années, il y a un accroissement de la part des personnes âgées dans la population. L'incidence du cancer augmente régulièrement avec l'âge et près d'un tiers des cancers surviennent après 75 ans. Cela nécessite une prise en charge adaptée des personnes âgées (+ 75 ans) atteintes de pathologies cancéreuses afin de mieux connaître les spécificités des cancers dans la population vieillissante, adapter les traitements et offrir des soins particuliers.

15 unités pilotes de coordination en oncogériatrie (UPCOG) existent au plan national suite à des appels à projet lancés par l'INCa il y a environ 5 ans. Bien que, la région Centre ne dispose pas d'UPCOG, il s'avère fondamental de développer la prise en charge spécifique des patients âgés atteints de cancer. L'évaluation gériatrique est un des éléments incontournables dans la mise en place des protocoles de soins chez les personnes âgées de plus de 75 ans.

Actions :

- Disposer d'une Unité de Coordination en Onco-Gériatrie. Ses objectifs seront de :
 - soutenir la formation en gériatrie notamment de médecins généralistes,
 - sensibiliser et former les oncologues à la prise en charge oncogériatrique,
 - promouvoir cette prise en charge dans la région afin de la rendre accessible à terme à tous les patients âgés atteints de cancer requérant une évaluation gérontologique,
 - mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gérialtres,
 - contribuer au développement de la recherche en oncologie chez les personnes âgées notamment par des collaborations régionales ou nationales,
- Assurer l'équité de la prestation au sein de chaque territoire.

▪ **Améliorer la qualité, l'accès aux soins et aux innovations :**

⇒ Délai d'obtention d'une imagerie

Dans le cadre de l'enquête publiée par l'INCa en juin 2010⁶, les délais de rendez-vous pour une IRM concernant un bilan d'extension pour des cancers du sein, de l'utérus ou de la prostate sont en moyenne de 29 jours en France [12 à 50j], ils varient en fonction de la pathologie et du statut du centre d'imagerie : ils sont en moyenne de 25 jours dans le privé et de 35 jours dans le public. (27 jours pour le sein, 28 jours pour l'utérus et 32 jours pour le cancer de la prostate). La région Centre a des délais systématiquement supérieurs à 31 jours quel que soit le type de cancer.

Actions :

- Réduire le délai moyen à 20 jours.
- Favoriser l'accès immédiat pour les demandes effectuées en urgence.

⇒ Délai de prise en charge

Un délai de prise en charge court est déterminant dans le traitement de la plupart des cancers.

Actions :

- Organiser une prise en charge optimale des patients
- Participer à l'étude initiée par l'INCa en 2012.

⇒ Radiothérapie per opératoire

Le développement de cette technique n'est pas envisagé pour l'instant en région Centre.

⁶ Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM dans le cadre d'un bilan d'extension pour un cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate publié par l'INCa en juin 2010

⇒ Biopsie transbronchique sous écho-endoscopie

Cette offre de soins n'existe pas actuellement en région Centre.

Action :

- Développer cette activité dans au moins un des territoires de santé.

⇒ Essais cliniques

L'objectif à atteindre correspond aux recommandations de l'INCa.

Actions :

- Atteindre les taux d'inclusion suivants :
 - 60 % dans les cancers des enfants,
 - 40 % en hématologie maligne,
 - 10 % dans les métastases de tumeurs solides.
- Faire bénéficier à l'oncogériatrie de projets de recherche spécifiques, un taux d'inclusion de 5 % chez les sujets âgés (plus de 75 ans) en cinq ans est à poursuivre.
- Poursuivre le développement et améliorer le déploiement des ressources de l'équipe mobile de recherche clinique à tous les établissements autorisés et associés.

⇒ Le réseau régional : OncoCentre

Le réseau régional, constitué sous forme de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), a pour vocation de coordonner et de mettre en synergie les acteurs de santé dans un but d'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer. Le mode d'organisation du réseau régional en cancérologie OncoCentre est défini dans une convention cosignée par l'INCa et l'ARS en janvier 2011. Les missions du réseau régional de cancérologie sont définies dans la circulaire du 25/09/07.

Actions :

- Poursuivre la mission de mise en cohérence, de validation et de partage de protocoles, de recommandations applicables aux diverses disciplines de cancérologie.
- Diffuser des données épidémiologiques en s'appuyant sur l'Unité Régionale d'Epidémiologie Hospitalière.
- S'appuyer sur la commission technique « Anticancéreux » de l'OMéDIT dans le cadre du bon usage et du circuit des produits de santé dont notamment les produits coûteux et innovants.
- Participer aux réflexions sur l'organisation des soins
- Participer au développement du DCC
- Diversifier ses modalités de diffusion de l'information à destination des professionnels.

⇒ Les centres de coordination en cancérologie (3C)

Ces centres sont de véritables cellules de qualité opérationnelles. Leurs missions sont centrées sur la qualité, la coordination et la continuité du processus de prise en charge du patient, le respect de ses droits et son association aux décisions qui le concernent ainsi que sur l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles et leur amélioration continue. Par la mise en place des RCP, les 3 C structurent les filières de prise en charge des patients.

Actions :

- Réduire et adapter le nombre de 3C en fonction de l'organisation territoriale définie
- Poursuivre les missions des 3C en particulier :
 - Favoriser l'audit interne de l'utilisation des référentiels.
 - Restructurer, fusionner les RCP dont l'activité est insuffisante ou le quorum non atteint
 - S'assurer de l'organisation du dispositif d'annonce et élaboration du programme personnalisé de soins.
 - S'assurer de la mise en place d'un guichet d'information patient (suivi individualisé, soins de support, soins à domicile, coordination avec les acteurs du réseau)
 - Participer à l'évaluation la satisfaction des patients et de leur famille et des équipes soignantes.

⇒ Formation

La région Centre connaît une densité médicale faible comparativement aux autres régions, de plus, il existe en son sein des disparités importantes entre les départements.

Actions :

- Promouvoir des postes d'assistants spécialistes en oncologie, hématologie, radiothérapie, anatomocytopathologie anesthésie et chirurgie. Ces postes sont à définir en collaboration avec le CHRU de Tours et les établissements publics de chaque territoire.
- Favoriser le déploiement d'internes, dans les établissements publics ou privés, en conformité avec les réglementations nationales, pour toutes activités intervenant dans le traitement du cancer, dès lors qu'il y a un encadrement existant.
- Développer l'accès aux formations universitaires permettant d'acquérir de nouvelles compétences en cancérologie : coordonnateurs de soins, dosimétristes, techniciens d'anatomocytopathologie et conseillers en onco génétique.

1.9.3 ACTIONS SPECIFIQUES DE COORDINATION

1.9.3.1 Infirmier coordonnateur de soins

La mesure 18 du Plan Cancer 2009/2013 met l'accent sur l'amélioration du parcours de soins du patient avec la création de postes d'infirmiers chargés de coordonner la prise en charge intra hospitalière et l'articulation entre la ville et l'hôpital. Les expérimentations en cours montrent que cela permet d'optimiser du temps médical et d'apporter un bénéfice aux patients en tant qu'observance du Programme Personnalisé de Soins (PPS). Ces postes seront développés sur les moyens propres attribués à l'établissement, portés entre autres par les 3C. Ils pourront être développés de façon mutualisée entre établissement lorsque l'activité ne justifie que du temps partiel. Ces infirmiers doivent répondre aux besoins du patient tout au long du cursus de sa maladie. Ces infirmiers devront se coordonner avec les acteurs territoriaux.

1.9.3.2 Soins de support

Les soins de support sont définis en cancérologie comme étant « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a ». Ils ne sont pas une nouvelle spécialité mais bien l'organisation coordonnée de différentes compétences.

Pour définir les besoins tant sanitaires que sociaux des patients et des proches, il est nécessaire de les évaluer régulièrement à la fois en hôpital de jour, en hospitalisation complète ou à domicile.

Pour y répondre il est essentiel de :

- former aux soins de support les personnes qui s'occupent de malades atteints de cancers,
- intégrer la question des soins de support dans les réunions de concertation pluridisciplinaires.
- conforter la prise en charge de la douleur au sein des services des établissements de la région.

Les 3C doivent apporter la réponse à ces besoins lorsque le patient est en établissement, à domicile les réseaux territoriaux doivent prendre le relai.

▪ Réseaux Territoriaux

L'ensemble de la région est maillé par des réseaux cancérologiques de santé territoriaux rassemblant l'ensemble des acteurs de santé. Le réseau territorial a pour mission d'être garant de la continuité des soins au domicile au sein du territoire de santé. Ils doivent développer les formations envers les professionnels de santé et des outils de communication pour les professionnels et le grand public. Outre la continuité des soins, le réseau doit coordonner les soins de support et offrir des prestations variées (psychologues, diététiciennes...)

Les réseaux doivent intégrer dans leurs propositions des solutions d'hébergement à proximité des lieux de prise en charge médicale proposées aux malades ou leurs proches. Une attention particulière est à porter autour du centre de radiothérapie du Cher accueillant des patients du territoire de l'Indre.

Leur orientation doit se faire vers une approche poly thématique (gérontologie, maladies chroniques...) et en particulier intégrer les organisations de soins palliatifs.

- **Organisation d'une politique d'aide aux aidants en facilitant l'accès à des structures de répit**

Actuellement, le besoin identifié par les professionnels est essentiellement le développement de lits de soins palliatifs. Une unité complémentaire à celles de Luynes est prévue dans le Nord-Est de la région. La souffrance de l'aidant ne se résume cependant pas à la période de soins palliatifs. Le repérage de celle-ci par les professionnels doit amener à proposer des solutions d'hébergement temporaire ou non plus précoces (appartements thérapeutiques, EHPAD...)

Les structures de répit doivent être identifiées et présentées aux aidants.

- **Repérage des difficultés sociales**

L'INCa a réalisé une fiche de détection de la fragilité sociale⁷, support permettant de faciliter la décision d'orientation vers le service social des infirmiers coordonnateurs en faisant un point global de la situation du patient. Cette fiche doit être mise en place dans le cadre du dispositif d'annonce.

- **Associations de patients**

Elles jouent un rôle important auprès des patients et de leur entourage. Qu'elles soient à thématique générale ou spécialisée, les associations interviennent pour l'information et le soutien des patients, de même dans la prévention et le dépistage. Les établissements et les réseaux territoriaux mettent à la disposition des patients les coordonnées de ces associations, favorisent leur permanence dans leurs locaux et les sollicitent chaque fois que nécessaire pour améliorer la prise en charge des patients.

1.9.3.3 Développement de la chimiothérapie à domicile

Le développement de la chimiothérapie à domicile est inéluctable du fait de l'augmentation des files actives de patients traités en hôpital de jour et du développement des molécules dont l'administration se fait par voie sous cutanée ou orale, que ce mode de prise en charge s'appuie sur l'HAD ou les professionnels de santé libéraux des réseaux ville-hôpital.

Un cahier des charges régional doit être défini concernant l'éligibilité des patients et permettant d'obtenir une chaîne des soins garantissant notamment continuité des soins, qualité, sécurité, traçabilité des acteurs, des actes et des produits de santé avec une exigence équivalente sur l'ensemble des territoires, adapté aux différents modes de prise en charge.

Une attention particulière devra être portée quant aux moyens dédiés à l'activité des unités de reconstitution des cytotoxiques compte tenu de l'augmentation d'activité prévisible.

Pour les patients les plus lourds, les chimiothérapies pourront être réalisées dans le cadre d'une HAD qui devra répondre aux critères d'agrément de l'INCa en tant qu'établissement associé. Pour les autres patients, elle se fera avec le soutien du SSIAD ou des professionnels libéraux (médecins, infirmiers, pharmaciens).

L'émergence des thérapies ciblées par voie orale pose de nouvelles problématiques en termes d'observance et d'enjeux financiers. Une mauvaise compliance au traitement notamment avec les formes orales expose les patients à des risques délétères. La sous ou sur observance des traitements par les patients doit faire l'objet d'une évaluation régulière et de la mise en œuvre d'actions d'information et de sensibilisation menées auprès de

⁷ Action 26.2 du Plan Cancer 2009-2013

ceux –ci par les structures existantes. Des outils d'aide au bon usage définis en lien avec OncoCentre et l'OMÉDIT seront intégrés dans le DCC.

1.9.4 PROJET DE COOPERATION

1.9.4.1 Chimiothérapie associée

Afin de garantir aux patients un accès de proximité à la chimiothérapie tant pour l'adulte que pour l'enfant, l'administration et la surveillance des traitements peuvent être poursuivies dans des établissements associés par convention à un ou plusieurs établissements titulaires de l'autorisation. La primo-prescription, les modifications de traitements, ainsi que l'organisation de la prise en charge de proximité restent de la responsabilité de l'établissement autorisé selon les modalités définies conventionnellement.

Seul cet engagement permet de réaliser une activité de chimiothérapie pour les sites non autorisés, y compris les structures d'HAD, en appliquant les traitements de chimiothérapie prescrits par les titulaires d'autorisation ou en réalisant le suivi de tels traitements.

L'institut national du cancer recommande que cette convention comporte des obligations déclinées en 8 points regroupés en quatre items :

- Modalités de prise en charge des patients,
- Transmission des données médicales,
- Préparation des chimiothérapies,
- Procédures en cas d'urgence ou de complications.

Tout établissement dit « associé » doit être membre d'un réseau territorial de cancérologie.

1.9.4.2 Radiothérapie : préparation de gestion de crise

Bien que la plupart des établissements de radiothérapie disposent de 2 accélérateurs, ces centres restent fragiles tant au niveau des machines que des professionnels y exerçant (radiothérapeutes et radiophysiciens).

Le retard à l'accès ou l'interruption d'une radiothérapie est une perte de chance pour le patient.

Il convient d'encourager une démarche globale de management de la qualité dans les centres de radiothérapie et la mise en place d'un système de vigilance comprenant des systèmes d'alerte, de gestion d'éventuels incidents et de propositions de mesures correctrices.

Chaque structure doit avoir une lisibilité pour ré adresser ses patients dans le cadre d'une coopération inter établissements.

1.9.4.3 Télémédecine

Dans le domaine du cancer, le programme de télémédecine devra s'attacher à :

- développer la visioconférence pour les RCP
- améliorer le transfert d'images entre professionnels et notamment le second avis entre structure d'anatomopathologie
- développer l'utilisation du DCC
- câbler les différents centres de mammographies d'un territoire à chaque centre de dépistage afin d'assurer la deuxième lecture de façon plus rapide et éventuellement décentralisée.

Conventions établissements associés en chimiothérapie adultes

Situation novembre 2011

Dépt	Sites associés en chimiothérapie	Les sites autorisés en chimiothérapie
18	Clinique Les Grainetières - St Amand Montrond	Clinique Guillaume de Varye - St Doulchard
18	Centre hospitalier - St Amand Montrond	Clinique Guillaume de Varye - St Doulchard Centre de Radiothérapie St Jean - St Doulchard
18	Centre hospitalier - Vierzon	Centre de Radiothérapie St Jean - St Doulchard
28	Centre hospitalier - Châteaudun	Centre hospitalier - Chartres
36	Centre hospitalier - Issoudun	Clinique Guillaume de Varye - St Doulchard Centre de Radiothérapie St Jean - St Doulchard
37	Centre hospitalier - Chinon	CHRU - Tours
37	Centre hospitalier - Loches	CHRU - Tours
41	Centre hospitalier - Romorantin	Centre hospitalier - Blois
41	Centre hospitalier - Vendôme	Polyclinique - Blois
45	Centre hospitalier - Pithiviers	Centre hospitalier - Montargis

Conventions établissements associés en chimiothérapie pédiatrique

Situation novembre 2011

Dépt	Sites associés en chimiothérapie	Les sites autorisés en chimiothérapie
18	Centre hospitalier - Bourges	Institut Gustave Roussy - Villejuif
28	Centre hospitalier - Chartres	Institut Gustave Roussy - Villejuif
45	Centre hospitalier - Gien	Institut Gustave Roussy - Villejuif

1.9.5 EVALUATION

Le suivi de réalisation du schéma sera apprécié par les indicateurs relevés par le réseau Oncocentre dans le cadre de son rapport d'activité ainsi que par les indicateurs suivants :

- **Prévention**
 - Nombre d'établissement ayant mis en place une consultation d'arrêt du tabac
 - Délai d'attente pour une consultation d'aide à l'arrêt du tabac dans chaque département.
 - Nombre d'établissements de référence proposant une consultation d'addictologie en région Centre.

- **Activité de soins**
 - Taux de fuites extra régional
 - Surveillance des seuils d'activité des établissements autorisés
 - Nombre de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements dits associés
 - Part des séjours de médecine en cancérologie en hospitalisation de jour
 - Part des séjours en cancérologie en HAD pour des traitements curatifs du cancer (au-delà de l'offre en soins palliatifs)
 - Nombre de patients suivis dans un établissement et ayant une chimiothérapie à domicile
 - Ratio des préparations de chimiothérapies injectables réalisées pour le domicile (HAD ou réseau libéral)

- **Qualité**
 - Délais de prise en charge entre deux ou trois étapes cruciales du parcours de soins sur 4 cancers (sein colon prostate et poumon) selon méthodologie INCa
 - Délais d'attente de rendez-vous pour une IRM concernant un bilan d'extension pour des cancers du sein, de l'utérus ou de la prostate
 - Nombre d'enfants bénéficiant d'au moins une RCP interrégionale/nombre d'enfants pris en charge pour cancers dans la région.
 - Nombre de patients bénéficiant d'un Programme Personnalisé de Soins/Nombre de nouveaux patients
 - Nombre de patients inclus dans un protocole de recherche clinique.
 - Nombre de patients pris en charge dans un établissement relevant de la filière oncogériatrique ayant bénéficié d'une consultation gériatrique

SROS- OQOS IMPLANTATIONS par territoire

TRAITEMENT DU CANCER

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- ⇒ Développer la prévention en établissements de santé
- ⇒ Participer aux dépistages organisés des cancers mammaires, colorectaux et aux expérimentations
- ⇒ Assurer une offre de soins graduée
- ⇒ Renforcer les coopérations et les actions de coordination

REPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES / Secteurs infra-territoriaux	NOMBRE d'implantations					
CHER (18)						
	Chirurgie des cancers					
Bourges	2					
Saint Amand	1					
Dont chirurgie	digestive	sein	gynécologique	Urologique	ORL	thoracique
Bourges	2	2	2	2	2	1
Saint Amand	1	1	0	1	0	0
	Radiothérapie					
Bourges	1					
	Curiethérapie					
Bourges	1					
	Chimiothérapie					
Bourges	2					

EURE ET LOIR(28)						
	Chirurgie des cancers					
Chartres	3 ou 2*					
Dreux	1					
Dont chirurgie	digestive	sein	gynécologique	Urologique	ORL	thoracique
Chartres	3 ou 2	3 ou 2	2	2	1	0
Dreux	1	1	1	1	1	0
	Radiothérapie					
Chartres	1					
	Chimiothérapie					
Chartres	3 ou 2					
Dreux	1					

* l'évolution vers 2 implantations est conditionnée au regroupement de structures inscrit au volet chirurgie

TERRITOIRES / Secteurs infra-territoriaux	NOMBRE d'implantations					
INDRE (36)						
	Chirurgie des cancers					
Châteauroux	1					
Dont chirurgie	digestive	sein	gynécologique	Urologique	ORL	thoracique
Châteauroux	2	2	1	1	2	0
	Radiothérapie					
Châteauroux	0					
	Chimiothérapie					
Châteauroux	1					

INDRE ET LOIRE						
	Chirurgie des cancers					
Tours	4					
Chinon	1					
Dont chirurgie	digestive	sein	gynécologique	Urologique	ORL	thoracique
Tours	4	3	3	3	3	2
Chinon	1	1	1	1	0	0
	Radiothérapie					
Tours	2					
	Curiethérapie					
Tours	2					
	Chimiothérapie					
Tours	3					
	Oncologie pédiatrique					
Tours	1					

TERRITOIRES / Secteurs infra-territoriaux	NOMBRE d'implantations					
LOIR ET CHER						
	Chirurgie des cancers					
Blois	2					
Vendôme	1					
Romorantin	1					
Dont chirurgie	digestive	sein	gynécologique	Urologique	ORL	thoracique
Blois	2	2	2	2	2	1
Vendôme	1	1	1	1	1	0
Romorantin	1	0	0	0	0	0
	Radiothérapie					
Blois	1					
	Chimiothérapie					
Blois	2					

LOIRET (45)						
	Chirurgie des cancers					
Orléans	4 à 3*					
Montargis	1					
Gien	1					
Dont chirurgie	digestive	sein	gynécologique	Urologique	ORL	thoracique
Orléans	4 à 3	4 à 3	4 à 3	4 à 3	3	2
Montargis	1	1	1	1	1	0
Gien	1	1	0	0	0	0
	Radiothérapie					
Orléans	2 (dont 1 au nord et 1 au sud)					
Montargis	1					
	Curiethérapie					
Orléans	1					
	Chimiothérapie					
Orléans	2 (dont 1 au nord et 1 au sud)					
Montargis	1					
Gien	1					

* l'évolution vers 3 implantations est conditionnée au regroupement de structures inscrit au volet chirurgie

1.10 EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal. (art R 1131-1 et -2 du CSP)

Cette analyse a pour objet :

- 1° Soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- 2° Soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- 3° Soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Constituent ces analyses :

- 1° Les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
- 2° Les analyses de génétique moléculaire ; (dont pharmacogénétique, oncogénétique)

Cette activité de soins relève de l'autorisation prévue à l'article L6122-1 conformément aux dispositions de l'article R6122-25 19°

Les autorisations délivrées peuvent être ou non limitées à une seule catégorie d'analyse.

Sont exclues de ce volet du SROS, les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal qui relèvent de l'article R6122-25-17° et sont traitées dans le volet périnatalité du présent SROS ainsi que l'oncogénétique somatique (étude des tumeurs).

Il faut toutefois souligner que ce sont les mêmes familles qui sont souvent concernées, les mêmes équipes médicales qui les prennent en charge et les mêmes laboratoires qui réalisent ces examens.

Les analyses des caractéristiques génétiques dans un but médico-légal (identification d'une personne par ses empreintes génétiques aux fins d'établissement d'une preuve par et sous contrôle judiciaire) sont également exclues du champ.

Les consultations de génétique ne sont pas concernées par les autorisations à délivrer mais elles ont essentielles à prendre en compte et la structuration de cette offre de soins est à prévoir dans le SROS en articulation étroite avec celle des laboratoires de biologie médicale.

1.10.1 LE CONTEXTE

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales s'appuie sur des outils complexes par leur usage et par leurs conséquences psychologiques, sociales, culturelles, éthiques. Le sens et l'impact de l'information dépendent dans une très large mesure du contexte dans lequel elle est produite et délivrée. L'enjeu pour les praticiens est de confirmer ou infirmer le diagnostic, et dans l'hypothèse de la détection d'une pathologie, de faire bénéficier le patient d'une prise en charge adaptée.

Le SROS « Caractéristiques génétiques » doit assurer des réponses adéquates aux besoins de la population régionale : il s'agit de réduire les inégalités d'accès des personnes concernées à un diagnostic et à une prise en charge de qualité :

- par une organisation efficiente,
- par l'amélioration et la visibilité des circuits existants,
- par la formation des personnels contribuant au dépistage des maladies génétiques.

Compte tenu du sujet qui concerne peu de professionnels et de structures, l'approche régionale apparaît comme le niveau pertinent. Il existe deux pôles régionaux le CHU de Tours et le CHR d'Orléans. Ces deux pôles s'inscrivent, tant au niveau des consultations que des analyses, dans le cadre des réseaux nationaux, voire internationaux pour certaines pathologies.

1.10.1.1 Les consultations

Les consultations de génétique s'inscrivent dans deux contextes différents, d'une part les consultations pour des maladies génétiques fréquentes qui sont souvent assurées par des médecins non généticiens, souvent spécialistes d'organes qui connaissent bien l'affection en question, et éventuellement par des médecins généralistes, et d'autre part des consultations de génétique reconnues comme telles et assurées par des médecins généticiens le plus souvent dans un service de Génétique.

- Les consultations de génétique pour maladies génétiques fréquentes ou maladies communes

Elles sont difficiles à identifier car souvent non reconnues comme telles. Il est en effet souvent difficile de dissocier l'étude génétique et le conseil génétique de la consultation de diagnostic et de suivi médical.

Il est impossible d'établir une liste exhaustive de ce premier niveau de consultations : Cela concerne, par exemple, des affections prises en charge par les hépato-gastroentérologues (notamment l'hémochromatose, les pancréatites héréditaires...), les médecins hématologues (facteurs génétiques de prédisposition aux thromboses, et autres troubles de l'hémostase), les médecins internistes et endocrinologues (hypercholestérolémie familiale, diabète...), les pédiatres, etc.

Les spécialistes d'organes sont de plus en plus souvent conduits à demander des tests génétiques à des fins de diagnostic. Pour certaines affections notamment, l'étude génétique est maintenant le moyen de diagnostic le plus fiable, voire le seul disponible, permettant une confirmation précoce d'une affection qui auparavant ne pouvait être reconnue qu'après une démarche diagnostique compliquée nécessitant le recours à de multiples investigations complémentaires. Par ailleurs, le délai d'installation des signes caractéristiques est souvent important. Les tests génétiques ont en conséquence connu, au cours des dernières années, une évolution importante.

Ainsi, si les médecins prenant en charge ces affections ont une bonne connaissance de la pathologie et des tests génétiques disponibles pour les confirmer, ils ne disposent pas toujours des compétences nécessaires en génétique pour assurer le conseil génétique non seulement du patient lui-même mais également de sa famille. C'est dans ces circonstances qu'est le plus souvent constaté un défaut de conseil génétique des apparentés faute d'information sur la possibilité de bénéficier d'un conseil génétique voire de recourir à des tests prédictifs.

Les affections concernées sont souvent des maladies communes pour lesquelles les facteurs génétiques de prédisposition sont moins clairement définis que dans les maladies monogéniques, ce qui pose en outre des problèmes de recours et d'interprétation des tests génétiques.

Cette activité est très difficile à recenser car les consultations de génétiques ne sont souvent pas identifiées au sein de l'ensemble des consultations.

- Les consultations spécialisées de génétique

Elles sont bien identifiées sans précision toutefois sur leur visée post ou prénatale. Elles permettent d'assurer :

- des consultations de diagnostic pour des pathologies rares, notamment pour des affections qui sont directement du ressort des médecins généticiens (anomalies du développement comportant les malformations congénitales, les syndromes poly-malformatifs, les déficiences intellectuelles et les troubles autistiques, ...), ainsi que certaines affections génétiques pour lesquelles des réseaux de soins et des Centres de Référence et de Compétence ont pu être établis dans la région.
- le conseil génétique. Le conseil génétique concerne l'information génétique à apporter non seulement à un sujet qui se sait atteint d'une maladie génétique, mais également à ses apparentés asymptomatiques.

La prescription de tests génétiques dans ce cadre, conformément aux dispositions du Titre III du Livre premier du code de la santé publique (examen des caractéristiques génétiques, identification génétique et recherche génétique) ne peut être délivrée que par un médecin généticien. En outre, lorsqu'il s'agit de diagnostic prédictif (tests génétiques chez des personnes asymptomatiques pour des affections à début tardif, notamment de transmission autosomique dominante), la prescription ne peut être effectuée que par un médecin généticien exerçant au sein d'une équipe pluridisciplinaire rassemblant des compétences cliniques et génétiques déclarée auprès de l'agence de biomédecine et disposant d'un protocole de prise en charge.

Les consultations de génétique polyvalentes, réalisées par des praticiens spécialisés en génétique, prennent en charge les demandes relatives à un diagnostic prénatal ou postnatal d'une maladie d'origine génétique.

Des consultations existent au Centre Hospitalier Régional d'Orléans, au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours et au Centre Hospitalier de Blois.

Le département du Cher bénéficie de l'intervention d'un généticien clinicien dans le cadre d'une consultation avancée d'oncogénétique, organisée à partir du CHU.

Le département de l'Eure-et-Loir bénéficie également de consultations de cytogénétique dans les maternités de Chartres (consultations pré et postnatales) et de Dreux (essentiellement des consultations prénatales). Ces consultations sont assurées par un médecin intervenant également au CHU Robert Debré et au CH d'Evreux.

Il n'y a pas de consultation avancée dans l'Indre. Des consultations d'oncogénétique sont réalisées sur le site de Bourges. Pour les autres consultations de génétique, les patients viennent au CHU de Tours.

Suite à l'exploitation des réponses au questionnaire « état des lieux » adressé en 2011 à tous les généticiens biologistes et cliniciens de la région, la région Centre dispose pour faire fonctionner ces consultations spécialisées de :

	Tours	Orléans	CH de Blois
Génétiens cliniciens	2,3 ETP au CHU 1 ETP au Pôle Léonard de Vinci	0,7 ETP (0,2 ETP au sce génétique + env. 0,5 ETP au titre du sce pédiatrie) Recrutement complémentaire en septembre 2011 de 0,9 ETP 0,2 ETP à Montargis dans le secteur privé	0,6 ETP
Conseillère en génétique	0,5 ETP	1 ETP	
Psychologue	0,5 ETP	0,5 ETP	

Le temps de généticien clinicien du CHU inclut pour 0,8 ETP un oncogénéticien qui intervient dans le cadre d'une consultation avancée au CHR d'Orléans (0,1ETP) et au centre hospitalier de Bourges (0,1ETP).

La majorité des patients d'Eure-et-Loire vont à Paris.

Le CHU de Tours a une attractivité pour les patients de l'ensemble de la région en raison de ses Centre de Référence et Centres de Compétence.

Les staffs

Les activités de génétique donnent lieu à des réunions régulières pluridisciplinaires organisées par le CHU (dans le cadre des centres de compétence et centre de référence).

Des actions de formation sont, en outre, organisées par les généticiens, à l'attention des médecins spécialistes et généralistes.

Par ailleurs, des assises de génétique sont organisées au niveau national.

Rôle des conseillers en génétique

Les conseillers en génétique sont peu nombreux en région Centre. Ces professionnels de santé ont un rôle "d'information, de soutien psychologique et d'aide aux individus, familles, couples transmettant ou susceptibles de transmettre une affection génétique pour comprendre son origine, son mode de transmission, le risque de récurrence et les possibilités de dépistage". Ils doivent travailler sous la responsabilité d'un médecin généticien (Article L1132-1 du code de la santé publique, Décret n°2007-1429 du 3 octobre 2007 relatif à la profession de conseiller en génétique modifié par le décret 2010-344 du 31 mars 2010). Ils travaillent donc en étroite collaboration avec les médecins dans les domaines de la génétique et de la médecine prédictive. Ils peuvent participer aux consultations pluridisciplinaires et à l'activité des centres de diagnostic prénatal.

La seule école étant actuellement à Marseille, la région Centre rencontre de réelles difficultés de recrutement de ces professionnels, qui jouent un rôle fondamental d'orientation et de suivi des patients dans la filière.

1.10.1.2 Les laboratoires de biologie médicale (LBM)

Les examens des caractéristiques génétiques sont réalisés dans des laboratoires qui relèvent du Schéma de Biologie Médicale rattaché au volet ambulatoire du SROS.

Les laboratoires d'analyse des caractéristiques génétiques sont localisés dans deux départements :

- Indre-et-Loire (37) :
 - un laboratoire privé à Tours
 - le laboratoire de biologie médicale du CHRU de Tours
 - le laboratoire de l'Etablissement Français du Sang (EFS) à Tours pour les analyses HLA
- Loiret (45) :
 - deux laboratoires privés à Montargis
 - le LBM du CHR d'Orléans.

Les ressources des laboratoires de biologie médicale

Avant la création de l'agence de biomédecine (ABM), les praticiens étaient agréés par arrêté du Préfet de région. Sur le site internet de l'ABM, six praticiens sont actuellement recensés comme agréés par cette agence depuis le 7 avril 2008.

Lors du renouvellement des autorisations des laboratoires, après publication du SROS, la liste des praticiens agréés dans la région sera mise à jour en lien avec les fichiers tenus par l'Agence de Biomédecine.

L'activité des laboratoires se répartit de la façon suivante :

- une partie des analyses prescrites en région Centre est réalisée sur place,
- une partie des analyses confiées aux laboratoires de la région est transmise à des laboratoires extérieurs à la région. Il s'agit :
 - o . soit d'analyses très spécialisées confiées à quelques laboratoires, identifiés au niveau national, voire européen, dans le cadre de réseaux organisés ;
 - o . soit d'analyses inscrites à la nomenclature des actes de biologie médicale et transmises à des laboratoires extérieurs dans le cadre de la réglementation générale de la biologie.
- la dernière partie de l'activité réalisée dans certains laboratoires de la région Centre concerne des prélèvements extérieurs à la région, qui peuvent constituer une proportion très conséquente des examens effectués (jusqu'à 50% des prélèvements analysés).

Analyses de Génétique Moléculaire :

Le nombre de patients analysés en Génétique moléculaire est en nette augmentation depuis 2008 :

CHRU Tours Laboratoire de :	Biochimie-immunologie	Génétique moléculaire	Hématologie
2008	704	977	510
2009	1368	894	440
2010	1748	918	410

Certaines activités sont en hausse (cholestases et lithiase héréditaires, FII Leiden, FV Leiden, hémochromatose, etc) ou en forte hausse (SLA et la pharmacogénétique,..).

Secteur privé Domaine d'analyse :	Génétique moléculaire (hors hématologie)	Hématologie
2008	294	184
2009	284	204
2010	355	289

Les examens de génétique moléculaire du CHR d'Orléans sont externalisés. A brève échéance ils seront réalisés par le CHR d'Orléans et leur nombre devrait augmenter :

CHR ORLEANS	Génétique moléculaire (externalisée)
2010	219
2011 (jusqu'au 24/08/2011)	111

Les analyses HLA hors greffes réalisées par l'EFS de Tours, ne sont pas comptabilisées à part de l'ensemble des analyses HLA.

Analyses de Cytogénétique (Génétique chromosomique) :

1- Au CHRU de Tours : Le nombre de patients pris en charge par le LBM du CHU de Tours (caryotypes effectués au sein même du laboratoire puis transitoirement confiés en sous-traitance à un laboratoire privé de Rhône Alpes depuis Mars 2009) est en augmentation régulière.

Les examens de CGH-array sont externalisés dans le cadre du réseau du grand ouest. Une plateforme de CGH-array est en cours de mise en place sur la plateforme de biologie moléculaire du LBM du CHRU de Tours.

Nombres d'actes:	caryotypes	FISH (fluorescent in situ hybridation)*	CGH-array**
2008	402	84	32
2009	404	102	50
2010	481	133	61

* La FISH est une technique de [cytogénétique](#) moléculaire permettant une analyse fine de la structure des chromosomes à l'aide de « sondes » fluorescentes.

** analyse chromosomique par puce à ADN (« puce d'Hybridation Génomique Comparative »).

2- Au CHR d'Orléans :

Nombres d'actes:	caryotypes	FISH	CGH-array
2008	371	-	-
2009	391	-	28
2010	428	-	52

De janvier à avril 2011, 122 caryotypes ont été réalisés.

Les examens de CGH-array sont réalisés à Orléans sur une plateforme regroupant le CHR d'Orléans, le CNRS et l'Université d'Orléans.

Il convient de souligner que certains examens, comme la recherche de microanomalies chromosomiques par CGH-array ou encore les analyses relevant de l'oncogénétique et de la pharmacogénétique, sont de plus en plus demandés et une augmentation significative d'activité est prévisible.

Les réseaux Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) :

L'organisation des laboratoires spécialisés en France a été financée à la suite d'appels d'offre du ministère de la santé (Direction générale de l'offre de soins), dans le cadre de programmes exceptionnels de soutien.

L'objectif de ces programmes était de :

- reconnaître et soutenir une activité qui existait déjà, dans les laboratoires de diagnostic moléculaire faisant des analyses complexes, en s'appuyant souvent sur des équipes de recherche. Cette activité spécialisée n'est pas prise en charge par le remboursement des actes de biologie selon la nomenclature.
- promouvoir une organisation en réseau, dans le but
 - d'harmoniser les pratiques
 - de mieux répartir l'offre diagnostique et la développer quand c'était nécessaire,
 - de rendre l'accès aux analyses, égal pour tous sur le territoire national, en mettant les informations à la disposition de tous et en faisant circuler les ADN.

Il existe 5 réseaux en France :

- Mucoviscidose,
- Oncogénétique,
- Maladies neurologiques, musculaires, neurosensorielles et retard mentaux,
- Diagnostic de certaines maladies rares,
- Réseau des plates-formes de puces à ADN en cytogénétique constitutionnelle.

Au sein de chaque réseau, trois types de laboratoires sont identifiés pour ce qui concerne le domaine correspondant :

- laboratoires de 1er niveau qui réalisent les analyses simples,
- laboratoires spécialisés,
- laboratoires de référence.

Seuls les laboratoires spécialisés et les laboratoires de référence, qui réalisent les analyses complexes pour l'ensemble des laboratoires (grâce à l'envoi des ADN lorsque l'analyse simple ne suffit pas), sont financés par les programmes de soutien. Pour les laboratoires de 1er niveau, les actes sont financés à l'activité par l'assurance maladie, sur la base de la nomenclature.

Les laboratoires de référence ont la mission supplémentaire d'animer le réseau (organisation d'ateliers, réalisation d'un contrôle qualité, veille technologique et scientifique pour le réseau) et sont aussi financés à ce titre.

En région Centre, un LBM de l'agglomération tourangelle comporte des laboratoires spécialisés dans certains examens des caractéristiques génétiques d'une personne :

- dans le réseau des maladies neurologiques, musculaires, neuro-sensorielles et retards mentaux, pour :
 - o myopathies de Duchenne et Becker
 - o retards mentaux liés à l'X
 - o certains types de surdité
- dans le réseau diagnostique de certaines maladies rares pour le diagnostic moléculaire de :
 - o maladie de Menkès (sous-réseau des maladies métaboliques)
 - o hémophilie A (sous-réseau des maladies de l'hémostase)
 - o maladies hépatiques (sous-réseau des maladies métaboliques) :
 - cholestase intrahépatique familiale (gène ABCB4)
 - lithiase biliaire à faible taux de phospholipides (gène ABCB4)
 - cholestase intrahépatique inexplicquée (gènes ABCB4 et ABCB11)
 - cholestase chronique inexplicquée (gène ABCB4)

Les autres réseaux :

Le LBM du CHRU de Tours est aussi laboratoire spécialisé dans d'autres réseaux :

- Groupe français d'étude de la SLA :
 - o sclérose latérale amyotrophique (gènes SOD1, TARDBP, FUS)
- Réseaux de pharmacogénétique hospitalière :
 - o cancer colorectal (gène UGTA1)
 - o leucémie aigüe lymphoblastoïde, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) (gène TPMT)
 - o transplantation rénale et hépatique (gène CYP3A5).

Les laboratoires répondent à des contrôles nationaux et européens sur la qualité de leurs résultats et contribuent même à l'organisation de ce contrôle national de qualité.

Prélèvements :

Les prélèvements pour les examens de génétique sont réalisés, soit dans l'établissement de santé suite à la consultation, soit, sur prescription médicale, au centre de prélèvements hospitalier ou en laboratoire extérieur. Il existe parfois une difficulté à réaliser les prélèvements dans l'immédiat, au sein de l'établissement de santé, lorsque les consultations se terminent trop tard.

Délais :

D'après les déclarations recueillies au cours de l'enquête « état des lieux 2011 », les laboratoires estiment pouvoir faire face aux demandes qui leur sont faites dans des délais compatibles avec la prise en charge des patients. Ils se déclarent en capacité de répondre, actuellement, aux éventuels besoins urgents dans les délais demandés.

En ce qui concerne les délais de rendu des résultats, les examens de génétique chromosomique ou de génétique moléculaire sont souvent rendus en quelques jours. Toutefois, certains examens de génétique moléculaire peuvent, compte tenu de la complexité de l'analyse ou de la taille du gène, nécessiter un délai de plusieurs semaines.

Pour les analyses très spécialisées transmises à des laboratoires de référence nationaux ou internationaux, les résultats sont rendus au médecin prescripteur et parfois au laboratoire qui a adressé l'échantillon. La traçabilité des délais de rendu des résultats n'est alors pas toujours possible au sein du laboratoire donneur d'ordre. Il semble que certains délais très tardifs (jusqu'à un an après la demande dans certains cas) posent problème aux prescripteurs.

1.10.1.3 Les associations d'usagers

Les associations ont un rôle important à jouer auprès des familles et des patients pour les accompagner en complément de la prise en charge médicale. Ces associations qui sont nombreuses travaillent par ailleurs en inter région. Elles sont donc des partenaires importants du système de l'offre de soins.

1.10.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

La région Centre s'inscrit dans les orientations nationales précisées par la circulaire n° DGOS/R5/2011 /311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS), validée par le conseil national de pilotage du 13 juillet 2011 :

1.10.2.1 Améliorer l'accès aux soins

Il s'agit d'organiser, au sein de filières structurées, les moyens de diagnostic et de prise en charge des personnes (et de leur famille) concernées par des problématiques de génétique constitutionnelle post-natale qui relèvent, le plus souvent, de maladies rares.

Cet objectif se décline de la façon suivante :

- **Identifier un ou deux « centres de génétique cliniques » à vocation régionale :**

Les orientations nationales prévoient que ces centres couvrent un bassin de population de 2 à 6 millions d'habitants, qu'ils regroupent l'ensemble des compétences et qu'ils sont articulés avec les laboratoires de génétique et des unités de recherche de façon à renforcer l'expertise, à mutualiser les compétences et à limiter les prescriptions d'analyse non pertinentes.

En région Centre, le maintien des deux pôles de génétique cliniques existants à Tours et Orléans se justifie par l'étendue géographique de la région ; cependant, pour permettre d'offrir à terme une continuité de la prise en charge avec un panel complet de compétences de génétique, ces deux sites doivent travailler en concertation étroite et s'inscrire dans une complémentarité, selon des modalités qui seront à définir dans le cadre de la mise en œuvre de ce premier SROS. Le caractère éventuellement interrégional de certaines de leurs activités sera également à préciser en articulation avec les autres régions.

Ces pôles ont un rôle important en termes :

- d'expertise,
- de formation des médecins qui contribueront à cette activité (qualité des prescriptions et des prises en charge)
- d'animation du réseau de ces professionnels en incluant les biologistes.

Ils bénéficient d'un environnement favorable, à savoir :

- des activités qui utilisent des techniques identiques à celles de l'étude des caractéristiques génétiques : activités de virologie moléculaire ou, par exemple, activités de biologie moléculaire des cancers (somatique). Ceci témoigne d'une large expertise des techniques de biologie moléculaire.
- des plateaux techniques de biologie moléculaire au CHR d'Orléans et au CHRU de Tours.
- des activités de recherche adossées aux activités hospitalières. Ceci souligne le dynamisme des laboratoires et favorise le transfert de technologies développées par la recherche vers l'hôpital.

Les moyens des deux pôles de référence de Tours et d'Orléans devront être suffisants en biologistes et surtout en généticiens, conseillers en génétique et psychologue(s), pour diminuer les délais d'attente et permettre le développement de consultations de diagnostic prédictif respectant :

- les recommandations internationales de bonne pratique ;
 - les dispositions réglementaires sur le diagnostic génétique chez les personnes asymptomatiques.
-
- **Améliorer à partir de ces deux pôles, l'accès aux consultations dans les six territoires de santé de la région, avec la mise en place d'une organisation graduée selon le degré de difficulté et d'expertise nécessaire :**
 - Au moins une consultation de Conseil Génétique simple par territoire de santé, pouvant notamment être assurée par un(e) conseiller(e) en Génétique.

- Des consultations de génétique spécialisées (par un médecin généticien) au niveau des sites déjà existants (CHU de Tours, CHR d'Orléans, CH de Blois)
- Des consultations d'expertise pour des activités spécifiques notamment des Centres de Référence et Centres de Compétence du CHU de Tours, mais également d'autres sites si des activités d'expertise reconnues et labellisées étaient identifiées.

En ce qui concerne les consultations d'oncogénétique, le volet « Cancer » du SROS prévoit de « développer deux équipes comprenant un médecin spécialiste en oncogénétique, un conseiller en oncogénétique, un psychologue et un temps de secrétariat. Une des équipes est localisée à Tours et dessert les départements du Cher, de l'Indre, d'Indre et Loire et du Loir et Cher, la seconde localisée sur Orléans pour desservir les départements de l'Eure et Loir et du Loiret. Ces équipes implantées sur 2 sites devront se suppléer en cas d'absence. »

- **Développer des plateformes de prélèvement et les ouvrir à des heures compatibles avec celles des consultations ou organiser des possibilités de prélèvement au cours ou à l'issue de la consultation, notamment par des infirmières qualifiées pour les enfants.**

1.10.2.2 Améliorer l'efficience et la qualité

- **Favoriser, dans un objectif de complémentarité et de suppléance, les coopérations inter-laboratoires, publics (CHU de TOURS et CHR d'Orléans) et privés, notamment en améliorant la connaissance de l'offre régionale en matière d'analyses très spécialisées et la collecte d'échantillons sur le territoire régional.**

Les enjeux sont multiples : il s'agit de :

- renforcer la capacité des laboratoires de la région, pour qu'ils aient en termes de volume d'activité, la taille critique nécessaire permettant l'automatisation de certaines analyses, l'amélioration de la qualité du service rendu et le recours à l'innovation ;
- améliorer les délais de rendu de résultats ;
- améliorer les liens avec les cliniciens ;
- étudier la possibilité de développer d'autres analyses de 2ème niveau, le cas échéant en interrégional, lorsque les délais de restitution des examens sont excessivement longs et de réfléchir, dans le cadre d'une démarche interrégionale ou nationale, à la possibilité d'obtenir de meilleurs délais.

- **Veiller à l'articulation de l'activité avec les filières de prise en charge des maladies rares (filières thématiques de centres de référence et centres de compétence dont les périmètres vont être précisés dans le cadre du plan national maladies rares 2011-2014), les filières cancer dont les cancers rares pour l'oncogénétique.**

Actuellement il existe des laboratoires spécialisés organisés en réseaux dans le cadre du soutien financier apporté par la DGOS (ex-DHOS) aux laboratoires hospitaliers pour le diagnostic génétique ou pour la réalisation des examens complexes en vue du diagnostic des maladies rares.

En interaction avec la structuration des centres de référence en filières, il est nécessaire de mieux structurer la biologie experte, pour en améliorer la cohérence avec la clinique.

Le plan maladies rares 2011 2014 prévoit qu'un certain nombre de plateformes nationales de laboratoires de diagnostic approfondi dédiés aux maladies rares soit identifié au niveau national.

Cette organisation en plateformes nationales comprenant les laboratoires spécialisés français doit permettre :

- d'atteindre, par redéploiement, les masses critiques nécessaires pour un diagnostic performant ;
- d'optimiser les moyens d'investigation lourds nécessaires à la réalisation des examens biologiques des centres de référence, notamment pour les approches à haut débit.

Comme pour les filières, cette organisation vise à mettre au service des malades les avancées technologiques et scientifiques et à assurer la qualité des tests et de leur interprétation.

- **Veiller à l'entrée des laboratoires de génétique moléculaire et de cytogénétique dans une démarche d'accréditation partielle (date limite novembre 2013) puis totale (novembre 2016)** afin que leur pérennité soit assurée. La preuve d'entrée dans l'accréditation, selon des critères définis par l'arrêté du 14 décembre 2010, devra être apportée au plus tard le 1er novembre 2013. L'accréditation complète du laboratoire devant être réalisée au plus tard le 1er novembre 2016. Ceci a pour conséquence, qu'à chacune de ces deux échéances, les laboratoires ne respectant pas ces critères devront cesser leur activité.
- **Développer les réunions pluridisciplinaires entre les généticiens, les spécialistes des pathologies concernées et les biologistes.**
- **Harmoniser et réduire les délais d'attente, pour l'accès aux consultations de génétique.**
- **Renforcer l'articulation avec le secteur médico-social (et plus particulièrement les centres d'action médico-sociale précoce) pour favoriser les prises en charge précoces.**

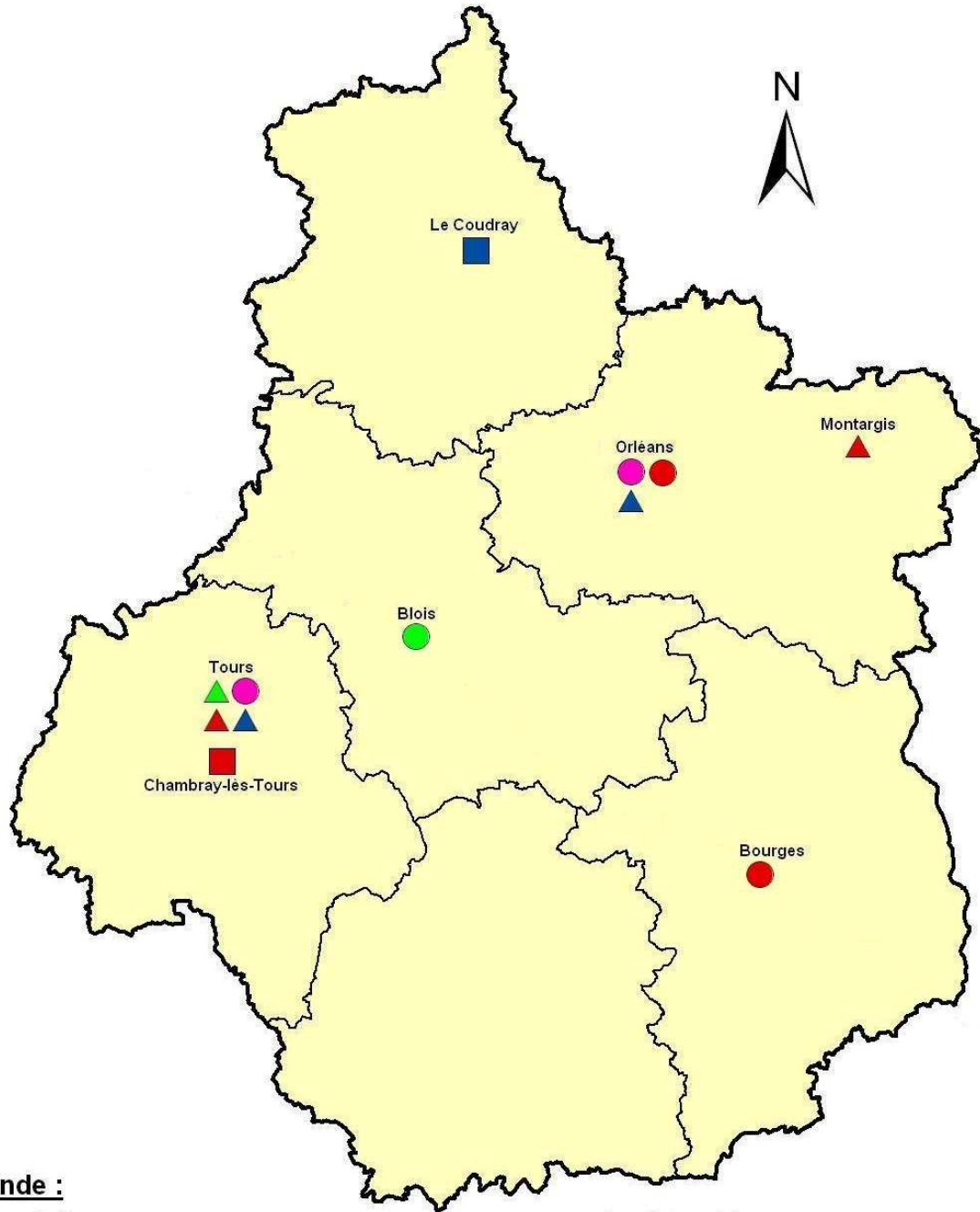
1.10.2.3 Rendre lisible l'offre disponible pour les professionnels de santé et les usagers :

- **Elaborer une cartographie des ressources régionales** tant en ce qui concerne les consultations que les laboratoires et restituer cette offre dans le cadre plus large de l'offre nationale voire internationale ;
- **Diffuser l'information**
 - o aux professionnels de santé : libéraux et hospitaliers, services de protection maternelle et infantile...
 - o aux professionnels du secteur du handicap : maisons départementales des personnes handicapées, établissements et services médico-sociaux,
 - o aux usagers en articulation avec les associations de patients.

1.10.3 EVALUATION ET SUIVI

- Nombre annuel de consultations dans chaque centre (CHU de Tours, CHR d'Orléans, CH de Blois et centres de consultations avancées) ;
- Délais d'attente pour accéder à une consultation de génétique ;
- Délai de rendus des résultats ;
- Nombre de jours de formation assurée – Nombre et catégorie de professionnels formés.

Caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales :
consultations spécialisées et laboratoires
à l'exclusion des prescripteurs libéraux



Légende :

Consultations

- Pôle secteur public Généticiens & Spécialistes
- Site secondaire secteur public Généticien
- CS avancées Oncogénétique à partir du CHU de Tours
- Privé Généticien & Spécialiste
- CS avancées Génétique, en CH, à partir d'une autre région (département Eure 27)

Laboratoires

- ▲ Privés
- ▲ Pôle secteur public
- ▲ EFS (analyses HLA)

Source : ARS du Centre - IGN©

2. LES PLATEAUX TECHNIQUES

2.1 CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

2.1.1 LE CONTEXTE

L'insuffisance cardiaque touche en France entre 500 000 et 1 000 000 de patients. Elle est à l'origine de 32 000 décès par an. L'insuffisance cardiaque est à l'origine de nombreuses hospitalisations (150 000), souvent en urgence. Plus de 43 % des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque aigüe sont ré-hospitalisés dans l'année. Une meilleure éducation des patients et l'organisation d'un suivi précoce devrait permettre de limiter le nombre de ré-hospitalisation, y compris pour les patients en EHPAD dont 21 % présentent une insuffisance cardiaque instable.

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, sont en pleine évolution depuis quelques années.

La circulaire DHOS/04/2009/279 du 12 août 2009 a précisé les conditions d'élaboration de ce volet interventionnel en cardiologie. L'autorisation prévue aux articles L.6122-1 et R.6122-25 du Code de la Santé Publique porte sur trois types d'actes :

- Les actes de rythmologie qui comprennent: les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, les actes électrophysiologiques de stimulation multisites et les actes électrophysiologiques de défibrillation.
- Les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant (y compris urgences cardiaques responsables de cyanose ou de détresse circulatoire néonatale, les malformations isolées, principalement shunts gauche-droite et obstacles droit ou gauche, les malformations complexes par leur anatomie ou leurs complications potentielles), les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence
- Les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte qui concernent principalement le traitement interventionnel sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, des sténoses des artères coronaires. Elles sont prises en charge par les médecins spécialisés en cardiologie ou en imagerie médicale.

Pour chaque type d'activité, l'arrêté du 14 avril 2009 a défini des seuils minimaux d'activité visant prioritairement à sécuriser la pratique de ces actes complexes sur le fondement des recommandations de la littérature scientifique internationale, et à ne pas disperser les moyens humains et matériels.

Du fait de la récente révision de ce volet du SROS, seules des modifications mineures ont été apportées ainsi qu'une actualisation des données d'activité.

L'organisation actuelle repose sur une filière structurée et graduée : unité de surveillance continue cardiologique (USCC), unité de soins intensifs cardiologiques de niveau 1 (USIC 1), unité de soins intensifs cardiologiques de niveau 2 (USIC 2) associée à une autorisation pour les actes de cardiologie interventionnelle portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (angioplastie coronaire).

Les 4 zones fonctionnelles de prise en charge des syndromes coronariens aigus ont été identifiées à partir des plateaux techniques existants et des flux de population observés, en tenant compte des délais d'intervention en matière de transports :

- une zone regroupant le Cher et l'Indre,
- une zone regroupant les zones infra-territoriales de Blois et de Vendôme et l'Indre-et-Loire,
- une zone regroupant la zone infra-territoriale de Romorantin et le Loiret,
- l'Eure-et-Loir.

Chaque zone fonctionnelle possède au moins une unité de soins intensifs de niveau 2, deux si la population est supérieure à 700 000 habitants (zone regroupant l'Indre-et-Loire avec les zones infra-territoriale de Blois et Vendôme et zone regroupant le Loiret avec la zone infra-territoriale de Romorantin).

Une unité de soins intensifs cardiologiques de niveau 1 est située dans chaque zone fonctionnelle.

Une unité de surveillance continue cardiologique peut être rattachée aux unités de soins intensifs cardiologiques.

Une structure de médecine d'urgences est présente dans l'établissement d'implantation de l'unité de soins intensifs cardiologiques.

▪ Evaluation de l'activité soumise à autorisation

L'évaluation quantitative des activités soumises à autorisation est basée sur les données issues du PMSI en référence aux trois listes d'actes figurant en annexe de la circulaire n°279 du 12 août 2009. La modification de la classification commune des actes médicaux depuis la parution de cette circulaire a conduit à des ajustements dont le détail figure sur le document détaillé disponible sur le site de l'ARS.

▪ RYTHMOLOGIE

La consommation d'actes de rythmologie des patients de la région Centre se caractérise par :

- une augmentation régulière du nombre d'actes ces 3 dernières années, portant sur l'ensemble des actes de la liste 1 (+ 6,6 % en 2008, + 4,4 % en 2009 et + 13,2 % en 2010), mais principalement sur ceux soumis à seuil en 2010.
- des fuites hors région qui tendent à diminuer (-6,5% en 2009 ; -4,4% en 2010)

La consommation dans chaque département dépasse le seuil pris en compte pour les autorisations.

Les taux de recours aux actes de la liste 1 pour 100 000 habitants après standardisation sur l'âge et le sexe se caractérisent par

- une disparité du recours aux actes de rythmologie de la liste 1 avec des différences de taux de recours allant au-delà du simple au double entre l'Eure-et-Loir et l'Indre-et-Loire,
- une forte augmentation des taux de recours dans tous les départements, à l'exception du Loiret où l'augmentation a été plus modérée.

Un constat voisin peut être fait pour les actes de la liste 1 soumis à seuil.

L'observation des fuites extrarégionales et les échanges entre les départements de la région Centre en 2010 pour les actes de la liste 1 non soumis à seuil, met en évidence les constants suivants :

- les fuites extrarégionales en 2010 sont de 15 % : elles concernent principalement l'Eure-et-Loir (61 %) et dans une moindre proportion l'Indre (22 %), le Loiret (14 %) et le Cher (14 %),
- l'Indre-et-Loire est très attractive pour les patients d'autres départements régionaux,
- l'Indre accueille logiquement des patients du Cher.

Le constat pour les actes de la liste 1 soumis à seuil est très voisin.

La production des établissements de la région Centre se caractérise par :

- une augmentation régulière du nombre d'actes ces 5 dernières années (entre 6,2 et 16 %), l'augmentation maximale de 16% ayant été constatée en 2010, tant pour l'ensemble des actes de la liste 1, que pour les actes soumis à seuil : 1 943 actes de la liste 1 dont 963 d'actes soumis à seuil.
- une attractivité extrarégionale (7 %) qui en 2010 reste cependant très inférieure aux fuites (15 %)

L'activité des établissements de la région Centre repose sur 11 établissements (après exclusion des établissements ayant réalisé moins de 5 actes). La production est centrée sur deux départements :

- l'Indre-et-Loire qui réalise plus des 2/3 des actes : les deux établissements d'Indre-et-Loire ont une activité beaucoup plus importante que les autres établissements régionaux,
- le Loiret qui réalise 28 % des actes.

Pour les actes soumis à seuil, l'activité des établissements de la région Centre repose en 2010 exclusivement sur 6 établissements. La production est centrée sur deux départements :

- l'Indre-et-Loire qui réalise plus des 2/3 des actes,
- le Loiret qui réalise 21 % des actes.

- les deux autres départements (Indre et Eure-et-Loir) réalisent chacun 6 % de la production des établissements de la région Centre.

On remarque :

- la forte une croissance de l'activité des établissements d'Indre-et-Loire, notamment du CHU de Tours.
- la progression d'activité des centres hospitaliers de Chartres et Châteauroux,
- une baisse d'activité au CHR d'Orléans en 2010 avec une production légèrement inférieure aux seuils.

L'attractivité extrarégionale de la région Centre est de 7 % et concerne presque exclusivement l'Indre-et-Loire.

▪ **CARDIOPATHIES ENFANTS**

La consommation d'actes par les habitants de la région Centre, après une baisse au cours des années 2006 à 2008, a fortement augmenté en 2009 et 2010, mais ces variations portent sur de petits effectifs, notamment pour les enfants où les taux de fuites sont très variables d'une année à l'autre, alors qu'ils sont stables autour de 40 % pour les adultes.

- Pour les enfants, les fuites extrarégionales en 2010 concernent l'APHP de Paris (14 actes) et le centre chirurgical Marie Lannelongue dans le 92 (7 actes)
- Pour les adultes, les fuites extrarégionales (39 %) sont variables d'un département à l'autre, de même que les flux entre départements.

Les fuites hors régions concernaient principalement en 2010 l'APHP de Paris (69 actes), l'Hôpital privé Jacques Cartier dans le 91 (29 actes) et le Centre Chirurgical Marie Lannelongue dans le 92 (16 actes).

La production de l'ensemble des établissements de la région Centre se caractérise par une augmentation de la production du nombre d'actes de la liste 2 de 80 % entre 2008 et 2009 avec un ralentissement de la progression en 2010 (+10 %).

- Pour les enfants : l'activité est variable d'une année sur l'autre et porte sur de petits effectifs (41 actes en 2010). Elle repose exclusivement sur le CHU de Tours. L'attractivité extrarégionale (17 actes) est notable et s'explique car le CHU de Tours assure aussi l'activité de cathétérisme chez l'enfant pour les régions voisines (Poitou-Charentes qui ne dispose pas de ce type d'offre et la partie est de la région Pays de Loire du fait de l'éloignement du centre à Nantes). L'attractivité est légèrement inférieure aux fuites.
- Pour les adultes : après un doublement de l'activité entre 2008 et 2009, la croissance en 2010 (208 actes) s'est ralentie, mais reste soutenue (+17 %). L'attractivité extra régionale (30 actes) reste très inférieure aux fuites (90 actes). 81 % de l'activité est réalisée par les deux établissements d'Indre-et-Loire (CHU et clinique Saint Gatien) et 8% par la clinique Reine Blanche.

▪ **CARDIOPATHIES ADULTES**

Les actes de la liste 3 correspondent principalement aux actes d'angioplastie. Les actes de cette liste non soumis à seuil sont exceptionnels (moins de 5 actes par an au cours des 3 dernières années).

La consommation d'actes de la liste 3 des habitants de la région Centre se caractérise par :

- Une légère augmentation du nombre d'actes d'angioplastie en 2009 (+ 2,30 %) et 2010 (+3,1 %) après une période de plateau entre 2006 et 2007 (+0,9 %) et entre 2007 et 2008 (-0,07 %).
- Une part de fuites extrarégionales voisine de 14% : 12,8 % en 2006, 13,6 % en 2008, 13,2 % en 2009 et 14,5 % en 2010. L'attractivité (346 actes en 2009, et 343 en 2010) n'équilibre pas les fuites.

La consommation dans chaque département est supérieure au seuil pris en compte pour les autorisations (350).

Les différences de taux de recours sont moins marquées que pour la rythmologie. Cependant en 2010 le taux de recours du Cher était supérieur à celui du Loir-et-Cher de 47 % et a fortement augmenté en 2010. L'Indre-et-Loire affiche également une augmentation notable de son taux de recours en 2010.

L'observation des fuites extrarégionales et les échanges entre départements de la région Centre en 2010 fait apparaître les éléments suivants :

- Les fuites extrarégionales concernent tous les départements (14 %), mais sont plus marquées dans les départements du nord de la région : Loiret (26 %) et Eure-et-Loir (21 %).
- Les flux intra régionaux sont le témoin de l'organisation définie par le SROS, les patients de l'Indre étant traités principalement dans le Cher (63 %), mais aussi dans l'Indre-et-Loire (25 %), et les patients du Loir-et-Cher étant traités principalement dans l'Indre-et-Loire (64 %) et dans une moindre proportion dans le Loiret (30 %).

La production des établissements de la région Centre se caractérise par une légère augmentation en 2009 (+3,2%) et 2010 (+1,3%) après une phase de plateau les 2 années précédentes, pour aboutir à une production 2010 de 5 635 actes de la liste 3.

L'attractivité extra régionale (343 actes = 6%) est inférieure aux fuites extra régionales (852 actes = 14,5%).

On peut souligner la forte augmentation d'activité du CHU de Tours (+ 21 % depuis 2008), alors que les autres établissements affichent une progression moindre, voire une diminution d'activité.

Tous les établissements autorisés en région Centre dépassent largement le seuil de 350 actes, l'activité la plus faible étant de 584 actes (CHR d'Orléans) et l'activité maximale étant de 1 246 actes (CHU de Tours).

L'évaluation qualitative de la prise en charge des syndromes coronariens repose sur l'analyse des délais de prise réalisée à partir d'une longitudinale prospective sur un mois en 2009, permettant des comparaisons avec des études similaires réalisées en 2002 et 2003. Les résultats détaillés sont disponibles sur le site de l'ARS.

On retient principalement que :

- dans 2/3 des cas, le Centre 15 a été contacté directement par le patient ou par le premier intervenant,
- le délai d'appel après le symptôme révélateur est similaire à celui observé en 2003, avec une médiane de 1 heure et 7 minutes,
- le SMUR est le premier intervenant dans 40 % des cas : le « réflexe Centre 15 », l'un des enjeux d'une prise en charge précoce, s'est nettement amélioré depuis 2003 (SMUR premier intervenant dans 25 % des cas) mais reste insuffisant.
- le délai écoulé entre l'apparition du symptôme et l'intervention du premier intervenant est de 2 heures (valeur médiane).
- un transfert dans un établissement plus spécialisé a été nécessaire pour 41,6 % des patients, soit 5 points de plus qu'en 2003. Pour les patients transférés, l'indication du transfert était la réalisation d'une coronarographie dans 86,5 % des cas. Ce taux est similaire à celui de 2003.
- le délai médian écoulé entre le symptôme et l'arrivée dans l'établissement disposant d'un plateau d'angioplastie est de 4 heures 10 minutes. Ce délai n'est pas comparable aux données de 2003, mais apparaît cependant assez élevé et devra faire l'objet d'un suivi.
- 83,1 % des patients ont bénéficié d'un traitement de revascularisation (angioplastie et/ou thrombolyse) contre 68 % en 2003:
 - 52,8 % ont eu une angioplastie seule (46 % en 2003),
 - 11,2 % une thrombolyse seule (5 % en 2003),
 - 17,9 % une angioplastie et une thrombolyse (16 % en 2003).
- le délai écoulé entre le symptôme et la thrombolyse, pour les patients ayant bénéficié d'une thrombolyse, est de 1 heure et 50 minutes. La thrombolyse a été réalisée en pré hospitalier pour 69,2 % des patients,
- le délai écoulé entre le symptôme et l'angioplastie primaire, est de 3 heures et 50 minutes,
- le délai médian entre le symptôme et le premier geste de reperfusion, thrombolyse ou angioplastie est de 3 heures (voisin de celui observé en 2003).

2.1.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

Les objectifs de ce volet s'inscrivent dans les 3 grandes ambitions du plan stratégique régional de santé :

- **Améliorer l'espérance de vie en bonne santé** : par une organisation visant une mise en œuvre rapide des techniques de revascularisation permettant de limiter les conséquences fonctionnelles des syndromes coronariens aigus.
- **Promouvoir l'égalité d'accès devant la santé** : par une répartition de l'offre conciliant les impératifs de concentration des plateaux techniques imposés par des seuils d'activité visant à garantir la qualité de prise en charge, et l'objectif d'accès rapide à cette offre sur tout le territoire régional.
- **Développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient**
 - o par une structuration de l'activité de cardiologie interventionnelle en rythmologie à deux niveaux, l'organisation de coopérations entre ces deux niveaux et la participation à des protocoles de recherche,
 - o par l'organisation de la prise en charge des syndromes coronariens aigus dans le cadre d'une filière :
 - reposant sur une régulation par les SAMU, sur la base de protocoles établis en lien avec les cardiologues,
 - organisée sur la base de 4 zones fonctionnelles
 - incluant la prise en charge de réadaptation et de réinsertion par des structures de soins de suite spécialisées.

Plus particulièrement, ce projet répond aux objectifs concernant les maladies chroniques pour l'insuffisance cardiaque:

- **Objectif de soutien de la personne dans son projet de vie, par l'organisation des partenariats entre les structures hospitalières de court séjour avec :**
 - o les structures de SSR pour la réadaptation des patients, mais aussi pour la mise en œuvre d'actions d'éducation thérapeutique du patient,
 - o la médecine ambulatoire, pour le suivi organisé des patients dans l'objectif de dépister de manière précoce des aggravations de l'insuffisance cardiaque et d'orienter vers des programmes d'éducation thérapeutique des patients.
- **Objectif d'améliorer la qualité de vie des maladies chroniques**
 - o en limitant les complications liées aux troubles du rythme grâce à la resynchronisation qui en limite les conséquences fonctionnelles chez l'insuffisant cardiaque,
 - o en limitant l'étendue de la nécrose myocardique par des techniques de revascularisation mise en œuvre rapidement,
 - o et en limitant les conséquences fonctionnelles de la nécrose myocardique par des programmes de réadaptation et de réinsertion mis en œuvre dans des structures de SSR spécialisées.

2.1.2.1 Objectifs relatifs à la rythmologie

▪ Structurer en deux niveaux

Un niveau minimal règlementaire de 50 procédures d'ablation par an (nombre de procédures d'ablation endocavitaire autres que l'ablation de la jonction atrio-ventriculaire) est nécessaire pour réaliser cette activité.

Compte tenu de la complexité de certains actes d'ablation, il est proposé une structuration en deux niveaux :

- **Niveau 1** : pour un volume de 50 à 100 procédures d'ablation par an, le centre réalise majoritairement les ablations à faible risque de complications graves. Les actes à plus haut risque de complications graves sont réalisés dans le cadre d'un partenariat avec une structure de niveau 2.
- **Niveau 2** : pour un volume de plus de 100 procédures d'ablation par an, le centre réalise toutes les ablations, y compris celles à risque plus élevé de complications graves.

- **Mettre en place une coopération sur les actes complexes**

La coopération entre centres de niveaux 1 et 2 se fera dans cadre d'un partenariat formalisé entre les professionnels médicaux et paramédicaux incluant des actions de formation sur la base des recommandations des sociétés savantes et précisant les types d'actes réalisés par les structures de niveau 1.

- **Renforcer les équipes pour les actes d'activité interventionnelle en respectant les critères de formation des sociétés savantes**

Certaines équipes en place devront se renforcer afin de développer une activité incluant les techniques d'ablation.

- **Participer au protocole national de suivi des implantations des défibrillateurs et des stimulateurs multisites validé par la HAS**

2.1.2.2 Objectifs relatifs aux cardiopathies de l'enfant

- **Consolider l'activité du centre régional pour les actes réalisés chez l'enfant**

Le centre hospitalier universitaire de Tours dispose de l'environnement (réanimation pédiatrique) qui permet de sécuriser cette pratique.

2.1.2.3 Objectifs relatifs aux cardiopathies adultes

- **Maintenir l'organisation en 4 zones fonctionnelles**

- une zone regroupant le Cher et l'Indre (le Berry),
- une zone regroupant les zones infra-territoriales de Blois et de Vendôme et l'Indre-et-Loire,
- une zone regroupant la zone infra-territoriale de Romorantin et le Loiret,
- l'Eure-et-Loir.

- **Mettre en place un suivi des syndromes coronariens aigus (SCA)**

Ce suivi reposera sur un registre ou à défaut sur des enquêtes annuelles qui auront pour objet l'évaluation de la filière de prise en charge, notamment pour le suivi des délais de prise en charge.

Un comité d'expert aura pour mission de concourir à la mise en place de cette évaluation et de participer au suivi du SROS à l'aide notamment des indicateurs issus des ces études.

- **Etablir des protocoles de modes de prise en charge pour le SCA par territoire en tenant compte des zones fonctionnelles sur la base des recommandations des sociétés savantes en lien avec les SAMU**

Ces protocoles seront adaptés à l'offre existante dans chaque territoire et aux spécificités géographiques, ce qui ne permet pas une standardisation pour l'ensemble de la région. Des échanges autour de ces protocoles sous l'égide du comité technique seront organisés.

L'objectif de ces protocoles est:

- d'organiser la filière de prise en charge dans le but d'optimiser la qualité et la rapidité de prise en charge en aval des syndromes coronariens aigus,
- d'organiser l'accès direct au plateau technique hautement spécialisé.

- **Renforcer les actions d'éducation (réflexe centre 15) et de prévention**
- **Fluidifier le parcours d'aval par des conventions avec des structures de soins de suite et de réadaptation (SSR)**

Les établissements autorisés pour cette activité passeront des conventions organisant le transfert vers des structures de soins de suite non spécialisées et spécialisés.

Les conventions organisant les transferts vers des soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires prendront en compte les profils de patients relevant de l'hospitalisation complète et de jour décrits dans le volet SSR.

2.1.2.4 Objectifs relatifs à l'Insuffisance cardiaque

- **Identifier des partenariats de proximité associant prise en charge hospitalière et ambulatoire**

Ces partenariats auront pour objectif :

- d'orienter vers des programmes autorisés d'éducation thérapeutique du patient ou des structures de soins de suite spécialisées afin d'élaborer un diagnostic éducatif, de fixer des objectifs négociés entre patients et soignants, et d'organiser l'éducation thérapeutique portant sur la pathologie, le traitement (médicament, exercice physique et diététique), et les signes d'alertes,
- d'organiser le suivi en lien avec le médecin traitant, éventuellement en faisant appel à des outils de télémédecine permettant de surveiller à domicile des paramètres de base (poids, fréquence cardiaque de repos, tension artérielle, dyspnée, toux, œdèmes ...),
- d'organiser le conseil au regard des résultats du suivi : conseil de respect du traitement, conseil hygiéno-diététique, conseil de consulter son médecin traitant suffisamment tôt pour éviter une ré hospitalisation,
- de contribuer à la formation continue des professionnels de santé et à la diffusion des référentiels.

- **Organiser par conventions la coopération entre les services de cardiologie et les soins de suite et de réadaptation assurant la prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires**

Ces soins de suite ont pour mission la réadaptation fonctionnelle cardio-vasculaire dans le cadre d'une approche globale du patient afin de retarder l'évolution de la maladie cardio-vasculaire et d'en limiter les conséquences physiques, psychologiques et socioprofessionnelles.

Ils assurent l'éducation du patient et de son entourage tant sur les aspects de prévention que sur les aspects de prise en charge des maladies cardio-vasculaires et de leurs conséquences.

Les orientations prendront en compte les profils de patients relevant de l'hospitalisation complète et de jour décrits dans le volet SSR.

2.1.3 EVALUATION ET SUIVI

L'évaluation repose sur les indicateurs proposés par la circulaire n°DHOS/04/2009/279 du 12 août 2009.

Activité (données annuelles et évolution sur cinq ans)

- Nombre total de patients pris en charge et origine régionale
- Nombre d'actes interventionnels par voie endovasculaire en cardiologie par typologie
- Nombre d'actes interventionnels en ambulatoire
- Nombre de reprises d'un acte interventionnel au cours d'un même séjour
- Nombre de séjours en chirurgie cardiaque suite à un acte interventionnel
- Nombre de séjours en réanimation et/ou en unité de soins intensifs en cardiologie suite à un acte interventionnel

- Taux de mortalité hospitalière au décours d'un séjour avec acte de cardiologie interventionnelle
- Nombre d'enfants de moins de cinq ans pris en charge
- Nombre d'infections nosocomiales

Fonctionnement de l'unité pratiquant ces activités

- Nombre, qualification et compétences du personnel médical et paramédical
- Dossier patient commun informatisé, partagé et sécurisé
- Existence d'un dispositif de transmission d'images, d'électrocardiogrammes, de données médicales à distance structuré et sécurisé tant pour la prise en charge des pathologies cardiaques en phase aiguë

Pratiques professionnelles

- Description des filières et protocoles formalisés de prise en charge des patients dans le cadre de l'appartenance au réseau des urgences (existence d'un algorithme ou protocole décisionnel concernant les stratégies de reperfusion en urgence pour la prise en charge des syndromes coronariens aigus, conformément aux recommandations de l'HAS)
- Existence d'un protocole formalisé de compte rendu d'hospitalisation ou d'intervention en ambulatoire mentionnant le délai maximum de transmission aux correspondants médicaux.
- Participation au protocole national de suivi des implantations des défibrillateurs et des stimulateurs multisites validé par la HAS
- Suivi du partenariat entre les unités de rythmologie de niveau 1 et 2 : nombre de patients adressés, nombre et nature des formations dispensées
- Formation continue des personnels médicaux et paramédicaux
- Evaluation de pratiques professionnelles dans le domaine de la prise en charge des syndromes coronariens aigus en phase aiguë et post-aiguë en référence aux 6 indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) portant sur le respect des bonnes pratiques de prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë que les établissements de santé doivent désormais transmettre chaque année à l'HAS.
- Démarche qualité relative aux infections nosocomiales, à l'iatrogénie, à la matériovigilance
- Conventions avec d'autres établissements pour la prise en charge des patients (en amont : urgences, et en aval : chirurgie cardiaque, unité de soins intensifs en cardiologie (USIC), réanimation, réanimation pédiatrique, soins de suite et de réadaptation)

Accessibilité, continuité et permanence des soins

- Organisation des gardes et astreintes médicales et paramédicales pour la permanence des soins dans l'unité d'hospitalisation et les salles d'interventions
- Protocole et convention(s) de télétransmission d'images, d'électrocardiogrammes, de données médicales pour interprétation et avis thérapeutique

REFERENCES :

Décret n° 2009-409 du 14 avril 2009 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en cardiologie.
 Décret n° 2009-410 du 14 avril 2009 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en cardiologie.
 Circulaire DHOS/04/2009/279 du 12 août 2009

SROS PRS - OQOS IMPLANTATIONS par territoire

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- ⇨ **Maintenir l'organisation territoriale de l'offre reposant sur :**
 - Une structuration en deux niveaux de prise en charge pour la rythmologie
 - Une structuration en 4 zones fonctionnelles pour la prise en charge des cardiopathies de l'adulte
- ⇨ **Consolider l'activité du CHRU de Tours pour la prise en charge des cardiopathies de l'enfant**
- ⇨ **Améliorer la qualité et la rapidité de la prise en charge en aval des syndromes coronariens aigus**
- ⇨ **Organiser la coopération entre les différents acteurs de la prise en charge pour un meilleur suivi des patients souffrant d'insuffisance cardiaque**

REPARTION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES / Secteurs infra-territoriaux	Actes de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisite et de défibrillation	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (angioplastie coronaire)
CHER (18)			
Bourges			1
EURE et LOIR (28)			
Chartres	1		1
INDRE (36)			
Châteauroux	1		
INDRE et LOIRE (37)			
Tours	2	1	2
LOIR et CHER (41)			
Blois	1		
LOIRET (45)			
Orléans	2		2

2.2 REANIMATION, SOINS INTENSIFS, SURVEILLANCE CONTINUE VOLET ADULTE

Le volet relatif à la réanimation, aux soins intensifs, à la surveillance continue, décrit trois activités correspondant à une organisation graduée de prise en charge qui est fonction de l'état de gravité du patient et du degré de technicité requis pour cette prise en charge.

L'activité de réanimation est une activité soumise à autorisation.

Les unités de soins intensifs (USI), ainsi que les unités de surveillance continue (USC) font l'objet d'une reconnaissance par contrat conclu entre l'établissement et l'ARS depuis le premier avril 2010 sur la base de cahiers des charges régionaux élaborés en partenariat avec le comité régional de réanimation, reprenant les préconisations du SROS 3 et les conditions figurant au code de la santé publique.

Les missions et les conditions de fonctionnement respectives des unités surveillance continue, de soins intensifs et de réanimation sont précisées par les décrets n° 2002-465 et 2002-466 du 5 avril 2002.

2.2.1 ELEMENTS DE DEFINITION

Les définitions reprises ici sont celles du code de la santé publique enrichie de précisions figurant déjà au sein du SROS 3 et maintenues par le groupe des experts ayant contribué à l'élaboration de ce volet.

▪ Unités de réanimation

« Les soins en réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance ».

On entend principalement par défaillances viscérales aiguës, les défaillances circulatoires, rénales, neurologiques et respiratoires, nécessitant le recours à une ou des méthodes de suppléances telles que le support hémodynamique, l'assistance rénale, la ventilation artificielle.

Il existe plusieurs catégories d'unités de réanimation selon le profil et l'origine des patients.

Les unités de réanimation médicale traitent des patients relevant de disciplines médicales et peuvent néanmoins accueillir des patients après intervention chirurgicale.

Les unités de réanimation chirurgicale traitent des patients relevant de disciplines chirurgicales et peuvent accueillir pour une part des patients médicaux.

Les unités de réanimation médico-chirurgicales admettent indifféremment les patients des disciplines médicales et chirurgicales.

Toutes les unités présentent les mêmes caractéristiques organisationnelles et sont soumises à des conditions techniques de fonctionnement similaires, sauf en ce qui concerne les qualifications exigées pour assurer la responsabilité médicale des unités selon l'orientation médicale ou chirurgicale.

L'autorisation pour exercer l'activité de soins de réanimation ne peut être accordée à un établissement que s'il comporte au moins une unité de surveillance continue, qu'il est en mesure soit d'accueillir lui-même les patients dans une unité de soins intensifs, soit de les faire transférer dans un établissement disposant d'une telle unité avec lequel il a passé une convention.

▪ **Les unités de soins intensifs (USI)**

Les unités de soins intensifs (USI) ont vocation à « prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités, mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance ».

Ne relèvent pas d'unités de soins intensifs les patients présentant plusieurs défaillances viscérales. La survenue d'une seconde défaillance implique le transfert en unité de réanimation dans un délai ne pouvant dépasser quarante huit heures (consensus du groupe d'experts régionaux).

En région Centre ont été reconnus :

- des USI d'hématologie sur les 2 centres régionaux dans le cadre d'un partenariat en lien avec l'activité de greffe
- des USI néphrologie sur le centre autorisé pour l'activité de greffe rénale (CHU)
- des USI de cardiologie (USIC) sur l'ensemble des territoires avec un maillage fonction des autorisations d'activité de cardiologie interventionnelle
- des USI au sein des unités neuro-vasculaires (UNV) pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, préconisés sur tous les territoires et aujourd'hui opérationnels dans 4 territoires sur 6 (l'Indre et le Loir et Cher ne disposant pas encore de l'effectif de neurologues suffisant pour la mise en place de SI).

▪ **Unités de surveillance continue (USC)**

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

Les critères d'implantation des USC préconisés au sein du SROS 3 en 2006 et réaffirmés en 2008 ont été définis d'une part sur la base des textes en vigueur (les établissements autorisés pour l'activité de réanimation doivent avoir au moins une USC), d'autre part sur les recommandations élaborées par le comité technique régional de réanimation.

Les critères régionaux retenus étaient les suivants :

- Réunir 3 types d'autorisation d'activité : accueil des urgences, maternité, chirurgie ;
- ou avoir une activité de chirurgie avec constat de critères d'actes ou de patients nécessitant une surveillance rapprochée (sur la base d'études spécifiques réalisées) ;
- ou disposer d'activité spécialisée telle qu'USIC, ou UNV dans l'attente de pouvoir mettre en place des soins intensifs par exemple.

Depuis l'adoption du SIOS d'autres USC ont été reconnues à partir d'études spécifiques : USC de néphrologie, et d'autres travaux seront à mener pour les autres activités du SIOS (neurochirurgie notamment).

Le comité régional avait également proposé des recommandations concernant l'admission possible des patients en USC chirurgicale sur la base de critères liés à l'état préopératoire du patient, à l'acte chirurgical qui va être réalisé ou à la technique d'analgésie post opératoire utilisée.

2.2.2 LE CONTEXTE

La région Centre a mis en place une **organisation graduée des trois niveaux de soins** (Réanimation, USC, USI) par territoire de santé.

Depuis 2006, l'offre en soins intensifs et surveillance continue s'est développée, des restructurations des unités de réanimation sur les territoires ont été engagées avec pour objectifs :

- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans un contexte de tension démographique
- une meilleure efficacité.

Ces travaux se sont concrétisés par la mise en conformité de la plupart des unités de réanimation et par le développement de surveillance continue rattachée aux unités de réanimation, permettant la réduction de la durée moyenne de séjour (DMS), la fluidité des prises en charge et la réduction des délais d'admission en réanimation. Ces travaux de regroupement des unités de réanimation se poursuivent au CHU, et les constats réalisés à partir d'une enquête sur les réanimations et les surveillances continues en 2011 et lors des travaux préparatoires, montrent un certain nombre de constats résumés ici.

Concernant la réanimation

- Fragilité de certaines unités de réanimation

Historiquement, la mise en œuvre des réanimations en région Centre s'est opérée de façon hétérogène : Certaines unités se sont constituées d'emblée avec des équipes médicales dédiées, d'autres se sont construites dans le cadre de la mutualisation avec l'activité d'anesthésie ou des urgences ou du SAMU par exemple. La technicité de certains actes de réanimation et des prises en charges rend de plus en plus difficile la mutualisation des équipes.

La pyramide des âges constatée laisse entrevoir dans les 5 années à venir des réductions massives d'effectifs de ces professionnels. Certaines unités de réanimations se trouvent donc en situation de fragilité importante en lien avec la pénurie d'anesthésiste réanimateur et de réanimateurs médicaux.

- Toutes les unités ne disposent pas encore d'USC d'aval

Ceci se traduit par des DMS plus longues et des taux d'occupation plus élevés pour les unités de réanimation ne disposant pas d'un accès prioritaire en USC, pouvant contribuer à retarder certains transferts de patients et des refus d'admission.

Les préconisations nationales basées sur les recommandations des sociétés savantes sont de disposer de capacités d'USC au moins égales à la moitié de la capacité de réanimation.

- Persistance de blocage en aval pour les patients traumatisés crâniens graves et difficultés sur certains territoires à organiser l'avis précoce d'un médecin de médecine physique et réadaptation du fait de la pénurie médicale et de l'éloignement géographique entre les plateaux de SSR et certaines unités de réanimation.

Concernant les USC

- USC au sein des établissements disposant d'unité de réanimation :

Tous les USC ne sont pas encore regroupées géographiquement,

Certaines articulations entre USC des urgences et réanimations sont à améliorer pour réduire les délais d'admission en réanimation, les retards de prises en charges devant être considérés comme une perte de chance pour les patients.

- USC au sein des établissements ne disposant pas de réanimation :

Les données sont très hétérogènes d'une USC à l'autre et ne peuvent être mis uniquement sur le type de patients pris en charge.

Les DMS, les taux d'occupation, le pourcentage de séjour de plus de 5 jours, le nombre croissant de patients ventilés par rapport aux constats effectués en 2006, les durées de ventilation allongées quelque soit la technique utilisée. Les valeurs de l'indice de gravité rendent nécessaire l'évaluation des organisations et le renfort des complémentarités avec les réanimations dans un souci d'améliorer la sécurité des soins.

Les partenariats entre établissements disposant d'USC avec réanimation et établissements avec USC sans réanimation commencent à se développer notamment à partir des recommandations émises par le comité technique, concernant l'orientation en USC selon l'état du patient, le type d'anesthésie, le type d'acte de chirurgie à réaliser. Ainsi certains chirurgiens d'un établissement A qui ne dispose pas de réanimation, vont opérer dans l'établissement B qui a USC et réanimation dans un souci de meilleure sécurité pour les patients.

- USC dans le cadre de partenariat entre établissements sur même site géographique

Le SROS 3 prévoyait des implantations d'USC dans le cadre de partenariat entre établissements public et privé regroupés sur un même site.

Les constats effectués mettent en évidence que si les besoins existent, les organisations permettant d'assurer la continuité des prises en charge et la permanence des soins peuvent être complexes voire inadaptées dans le cadre de regroupement du fait de profils de patients requérant des compétences médicales différentes liées aux activités réalisées.

Concernant les USI actuellement reconnus

- Pour les USIC, les organisations ont fait l'objet d'un suivi et de travaux dans le cadre du volet cardiologie interventionnelle.
- Pour les SI d'hématologie, mis en place récemment, le suivi sera à organiser en lien avec le bilan du SIOS.
- Pour les SI de néphrologie, une étude spécifique réalisée fin 2009 début 2010 a permis d'évaluer le besoin et les organisations mises en place.
- Pour les UNV la mise en place progressive de ces unités et le service rendu sera évalué dans le cadre du plan AVC.

Concernant les activités en lien avec le SIOS :

Hormis l'activité de greffe rénale qui a fait l'objet d'une étude spécifique, il est actuellement difficile de calibrer les besoins en soins intensifs et en surveillance continue pour la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie, au regard des patients accueillis et des soins dont ils relèvent.

Concernant l'ensemble des activités : Prélèvements d'organes

L'organisation de l'activité de prélèvement d'organe est encore perfectible au sein des établissements de la région compte tenu de la pénurie de donneur.

Les préconisations du SROS 3 relayées par l'Agence de Biomédecine dans toutes les régions en matière de prélèvement d'organe étaient les suivantes :

« Tout établissement de santé disposant d'un service de réanimation de soins intensifs ou de surveillance continue susceptible de prendre en charge des comas graves doit s'inscrire dans un des réseaux de prélèvement mis en place avec l'appui de l'Agence de la biomédecine.

Une relation de travail au quotidien doit être instaurée avec la coordination hospitalière de prélèvement facilitant ainsi son accès dans les services de réanimation et permettant d'assurer au mieux l'accueil et la prise en charge des proches dès l'annonce de la mort encéphalique ».

Actuellement, à l'exception des établissements disposant de réanimation, tous les établissements concernés en région Centre n'ont pas rejoint le programme mis en œuvre par l'Agence de Biomédecine.

Territoires		Bilan 04 2011 Implantation géographique pour l'activité
CHER		
Bourges	1 réanimation médico-chirurgicale + USC (plusieurs unités) 1USIC 1 UNV avec SI 1USC non rattachée à réanimation	
Vierzon	1 USC non rattachée établissement avec réanimation	
Saint Amand Montrond	1 USC non rattachée établissement avec réanimation Le SROS prévoyait un partenariat public/ privé	
EURE-ET-LOIR		
Chartres	1 réanimation médicochirurgicale + USC (plusieurs unités) 1USIC +1UNV 2 USC non rattachées à établissement avec réanimation	
Dreux	1 réanimation médico-chirurgicale + USC 1USIC +1UNV avec SI 1 USC cardiologique non rattachée établissement avec réanimation	
Châteaudun	Aucune USC au 01 04 2011 (conforme au SROS préconisation (0 à1)	
INDRE		
Châteauroux	1 réanimation médico-chirurgicale + USC (plusieurs unités) 1USIC +1 USC neuro vasculaire dans l'attente UNV avec SI 1 USC non rattachée à établissement avec réanimation	
Le Blanc	1 USC non rattachée à établissement avec réanimation	
INDRE et LOIRE		
Tours	3 implantations géographiques (sur 2 entités juridiques) d'unités de réanimation chirurgicales+USC (plusieurs unités) 1 réanimation médicale + 1 USC 1 réanimation « grands brûlés » 2USIC+ 1 USI Hématologie+ 1 USI Néphrologie 1 USI chir cardiaque 2 USC non rattachée à établissement avec réanimation	
Chinon	2 USC dont une plutôt médicale, non rattachée à établissement avec réanimation	
LOIR-ET-CHER		
Blois	1 réanimation médicochirurgicale + USC 1USIC 1 USC non rattachée à établissement avec réanimation	
Romorantin	Aucune USC conforme au SROS préconisation (0 à1)	
Vendôme	2 USC dont une orientée cardio pneumologie non rattachées à établissement avec réanimation	
LOIRET		
Orléans	1 réanimation chirurgicale + USC 1 réanimation médicale + USC (plusieurs unités) 2USIC +1 UNV avec SI + USI hématologie 3USC non rattachées à établissement avec réanimation	
Montargis	1 réanimation médicochirurgicale + USC (plusieurs unités) 1USIC SROS prévoyait une USC non rattachée à réanimation non installée	
Gien	1 USC non rattachée à établissement avec réanimation SROS prévoyait un partenariat public/ privé	

2.2.3 LES OBJECTIFS 2012-2016

2.2.3.1 Objectifs concernant l'activité de réanimation

Maintenir les implantations actuelles

Les travaux réalisés antérieurement, et l'actualisation de données d'activités des réanimations, les évolutions de la démographie médicale, la nécessité de maintenir une offre sur les sites sur lesquels ont été développés certaines activités comme la cardiologie interventionnelle incite à ne pas modifier les implantations actuelles à condition de :

- renforcer les coopérations entre les unités existantes au niveau de l'ensemble de la région
- poursuivre l'optimisation des organisations pour les établissements disposant de plusieurs unités de réanimation, pour mise en conformité des unités et réduction des lignes de garde médicales.

Conforter le dispositif régional de régulation des disponibilités en lits de réanimation

L'organisation de l'information de la disponibilité en temps réel des lits de réanimation doit faire l'objet d'une réflexion régionale.

Actuellement les données disponibles le sont à un instant T une fois par jour et parfois incomplètes.

Renforcer les partenariats avec les SSR autorisés pour la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et des pathologies neurologiques

L'avis précoce d'un médecin de médecine physique et de réadaptation ou de son équipe est indispensable pour la mise en place d'une rééducation précoce et adaptée.

Compte tenu des difficultés démographiques et de l'éloignement géographique des SSR avec certains plateaux techniques de réanimation, les organisations reposant sur la télémédecine pourront faire l'objet d'expérimentation

Contribuer à l'évaluation des besoins en lits d'éveil pour les patients traumatisés graves

En lien avec les travaux du secteur médicosocial sur l'amélioration de la connaissance des besoins, il est nécessaire de suivre et quantifier les besoins de lits d'éveil pour les patients traumatisés crâniens graves et d'adapter l'offre régionale si nécessaire au plus près d'une unité de réanimation pour limiter les transferts itératifs de ces patients fragiles présentant un haut risque de décompensation .

Organiser au niveau régional la prise en charge des patients nécessitant une assistance respiratoire extra-corporelle (AREC)

Cette organisation doit s'appuyer sur les structures disposant déjà de l'expérience et de l'équipement au niveau régional (CHU ST Gatien CHRO) et se faire en lien avec la couverture d'intervention des unités mobiles d'assistance circulatoire (UMAC).

Cette activité fera l'objet d'un suivi afin de mieux évaluer les besoins et les articulations avec les dispositifs existants en interrégion.

2.2.3.2 Objectifs concernant les unités de soins intensifs

Maintenir les implantations

Le nombre d'implantations d'USIC est inchangé pour l'activité de cardiologie (cf volet cardiologie)

Les préconisations en terme implantations d'UNV avec SI font l'objet d'un descriptif au sein du volet AVC

Evaluer le besoin en termes de SI pour les activités en lien avec le SIOS

Des groupes de travail seront mis en place pour préciser le besoin en terme d'implantations de soins intensifs ou de surveillance continue pour les activités en lien avec le SIOS concernant la chirurgie cardiaque , la neurochirurgie et l'activité de greffes pour une meilleure adaptation de l'offre dans un souci de qualité sécurité des soins et efficience .

Maintenir les reconnaissances sur la base des cahiers des charges régionaux

Les cahiers des charges sont maintenus dans un souci de transparence et d'équité des conditions de reconnaissance et adaptés en fonction des complémentarités qui seront à préciser pour les activités autorisées dans le cadre du SIOS.

2.2.3.3 Objectifs concernant toutes les unités de surveillance continue

Maintenir les reconnaissances sur la base des cahiers des charges régionaux pour toutes les USC

Le cahier des charges sera actualisé au regard des préconisations du SROS PRS.

Les demandes de reconnaissances devront notamment contenir des données concernant les besoins avérés, l'organisation géographique, le plateau technique requis, le personnel médical et paramédical, la permanence des soins au sein de l'unité, l'orientation spécifique de l'USC si nécessaire, son organisation selon qu'elle soit située ou non au sein d'un établissement disposant de réanimation, et les conventions avec les unités de réanimation du territoire.

Mettre en place d'un suivi organisationnel et d'activité pour les USC

Compte tenu des constats réalisés, et de l'évolution de l'offre en lien avec les nouvelles modalités de tarification, des difficultés de transferts en service de réanimation, il sera mis en place un suivi de l'activité et de l'organisation des USC.

2.2.3.4 Objectifs concernant les USC au sein d'établissements ne disposant pas d'unité de réanimation

Modifier les critères d'implantation

Pour tenir compte des besoins de la population et des spécificités de prise en charge, les établissements situés sur un même site géographique peuvent disposer d'une ou plusieurs USC en optimisant les organisations, en favorisant le regroupement géographique des unités et en définissant les complémentarités.

Sous réserves d'une mise en évidence du besoin de population dans le cadre d'un partenariat rapproché au sein d'un territoire, d'une validation de ce besoin en lien les services de réanimation, et dans le respect du cahier des charge, il pourra être reconnu des USC au sein d'établissements non éligibles au regard des critères du SROS 3.

Renforcer les coopérations entre USC et unités de réanimation

Toutes les USC doivent définir en lien avec la ou les unités de réanimation du territoire les modalités d'admission et de retour des patients dans ces unités notamment pour les patients présentant une ou plusieurs défaillances avec pour objectif la réduction des délais d'admission en réanimation.

Ces modalités feront l'objet de conventions à mettre en place avant la fin de l'année 2012 pour les unités déjà reconnues.

Les préconisations du SROS 3 concernant la mise en place de méthode de suppléance en phase aigue en USC sont maintenues avec nécessité d'organiser le transfert en réanimation dans les plus brefs délais.

Dans l'attente d'un transfert vers une unité de réanimation, tout patient présentant une ou des défaillances nécessitant le recours à une ou des techniques de suppléance, notamment tout patient ventilé, doit être pris en charge par un médecin sur place pouvant intervenir sans délai.

Poursuivre et développer des coopérations entre établissements pour les patients chirurgicaux

Les préconisations concernant la prise en charge de certains patients chirurgicaux (critères liés à l'état du patient, à l'acte de chirurgie, au type d'analgésie) au sein d'établissements disposant d'USC avec réanimation sont maintenues et feront l'objet d'une diffusion auprès des professionnels.

2.2.3.5 Objectifs concernant les USC au sein d'établissements disposant d'unité de réanimation

Identifier une USC prioritaire pour l'aval de chacune des unités de réanimation

Les établissements autorisés pour l'activité de réanimation mettent en place une USC « privilégiée » pour l'aval de la réanimation ou à défaut une organisation identifiant les possibilités d'admission prioritaires au sein des USC déjà reconnues.

Limiter la mise en place d'USC au sein des urgences

Pour les établissements disposant d'une USC déjà reconnue au sein des services d'urgences, les critères d'admission des patients admis au sein de cette USC doivent faire l'objet d'un consensus avec les unités de réanimation pour limiter les transferts tardifs susceptibles d'engendrer une perte de chance.

Pour les établissements disposant de réanimation, il est souhaitable de ne pas développer une offre d'USC spécifique aux urgences mais de développer des partenariats privilégiés pour admission au sein d'USC rattachée à unité de réanimation.

Poursuivre le regroupement physique des USC

Le principe de regroupement physique des USC afin d'optimiser les moyens humains est réaffirmé.

2.2.3.6 Objectifs communs à toutes les activités

Poursuivre les actions concourant à l'amélioration de la qualité des soins

Les préconisations du SROS 3 sont maintenues :

- **Poursuivre la formation des professionnels** : La formation des professionnels est indispensable aux regards des besoins complexes des patients et de leur famille et de la technicité de certains actes
- **Développer la formalisation de protocoles** : Toutes les unités disposent de protocoles actualisés, de référentiels de pratique professionnelle élaborés par les sociétés savantes.
- **Développer la formalisation de procédures** : Chaque unité met en place des procédures concernant la prévention et la lutte contre la douleur, les infections nosocomiales, les accidents iatrogéniques et la prise en compte des problèmes éthiques.

Conforter les actions mises en place dans le cadre de l'activité de prélèvement d'organes

L'adhésion au programme de l'Agence de Biomédecine est indispensable, et il est nécessaire d'identifier par unité les freins ou difficultés rencontrés au développement du prélèvement d'organe en lien avec les coordonnateurs régionaux.

SROS - OQOS IMPLANTATIONS

Réanimation soins Intensifs Surveillance Continue Adultes

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

Activité de réanimation (*activité soumise à autorisation*)

- Maintien des autorisations d'activité actuelles en poursuivant les travaux de regroupement des unités de réanimation au sein d'une même entité juridique contribuant à la mise en conformité de toutes les unités.
- Conforter le dispositif régional de régulation des disponibilités en lits de réanimation
- Renforcer les partenariats avec les SSR autorisés pour la prise en charge de l'appareil locomoteur et des pathologies neurologiques
- Contribuer à l'évaluation des besoins en lits d'éveil pour les patients traumatisés graves
- Organisation régionale pour la prise en charge des patients nécessitant une assistance respiratoire extra-corporelle (AREC)

Activité de soins Intensifs (*soumise à reconnaissance pas d'autorisation*)

- Maintien des implantations actuelles pour les activités hors SIOS
- Evaluer le besoin en terme d'implantations de soins intensifs pour les activités en lien avec le SIOS (chirurgie cardiaque neurochirurgie, greffes)
- Maintien des reconnaissances sur la base de cahiers des charges régionaux

Activité de surveillance continue (*soumise à reconnaissance pas d'autorisation*)

- Maintien des reconnaissances sur la base du cahier des charges régional
- Mise en place un suivi organisationnel et d'activité pour les USC

USC au sein d'établissements ne disposant pas d'unité de réanimation :

- Modification des critères d'implantation reposant désormais sur identification en amont de besoins avérés en lien avec unité de réanimation du territoire
- Renforcement des coopérations entre USC et unités de réanimation
- Poursuite et développement des coopérations entre établissements pour les patients chirurgicaux sur la base des préconisations régionales du comité d'expert en réanimation

USC au sein d'établissements disposant d'unité de réanimation :

- Identifier une USC privilégiée pour l'aval de chaque unité de réanimation
- Limiter la mise en place d'USC au sein des urgences et pour les existantes améliorer la prise en charge précoce par les équipes de réanimation
- Poursuivre le regroupement physique des USC dans un but d'efficience, et de sécurité des soins

REPARTITION DES IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUE REA ADULTES

Territoire de santé	Secteur infra départemental	Type d'unité de réanimation
CHER	BOURGES	1 Réanimation Médico chirurgicale
EURE ET LOIR	CHARTRES DREUX	2 Réanimations Médico chirurgicales
INDRE	CHATEAUROUX	1 Réanimation Médico chirurgicale
INDRE ET LOIRE	TOURS (2 implantations)	1 Réanimation Médicale 3 à 2 Réanimations Chirurgicales dans le cadre du regroupement sur même site géographique de certaines unités de réanimation 1 Réanimation de grands brûlés (SIOS)
LOIR ET CHER	BLOIS	1 Réanimation Médico chirurgicale
LOIRET	ORLEANS	1 Réanimation Médicale 1 Réanimation Chirurgicale
	MONTARGIS	1 Réanimation Médico chirurgicale

2.3 VOLET REANIMATION PEDIATRIQUE, SURVEILLANCE CONTINUE PEDIATRIQUE

Le volet relatif à la réanimation et surveillance continue pédiatriques ne traite pas directement de réanimation pédiatrique spécialisée qui a vocation à être organisée au plan interrégional et relève du SIOS, ni des unités de réanimation néonatale dont les implantations sont liées au niveau de maternité (cf. volet en périnatalité).

Cependant, les organisations complémentaires entre réanimation néonatale et pédiatrique et pédiatrique spécialisée nécessitent que certaines précisions soient apportées dans ce volet.

L'activité de réanimation pédiatrique est une activité soumise à autorisation.

Les missions et les conditions de fonctionnement concernant la réanimation et la surveillance continue pédiatrique, sont précisées par les décrets n°006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006.

Un seuil d'activité minimal est fixé pour l'autorisation de réanimation pédiatrique et pédiatrique spécialisée.

2.3.1 ELEMENTS DE DEFINITION

▪ Réanimation pédiatrique et pédiatrique spécialisée :

Relèvent de la réanimation pédiatrique et pédiatrique spécialisée les nourrissons, enfants et adolescents jusqu'à dix-huit ans, quelle que soit leur affection, et qui « présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance ».

Ces unités assurent également la réanimation postopératoire des enfants de la chirurgie pédiatrique et, le cas échéant, de la chirurgie néonatale.

- Les nouveau-nés nécessitant une réanimation et venant directement d'une maternité ou de néonatalogie relèvent de la réanimation néonatale ;
- Les nouveau-nés (d'âge inférieur ou égal à 28 jours), provenant du domicile ou relevant d'une affection chirurgicale sont pris en charge en réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisée, en fonction de leur poids et de l'organisation locale.
- Les adolescents, entre 15 et 18 ans, peuvent, en fonction de l'organisation locale et du souhait des familles, être pris en charge en réanimation pédiatrique ou en réanimation adulte.

La réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisée est polyvalente, à orientation médicale et chirurgicale.

Les conditions de fonctionnement précisées par décret ne sont pas reprises ici, cependant il est à noter qu'en termes d'encadrement infirmier les ratios diffèrent : pour la réanimation pédiatrique, il est exigé 2 infirmières pour 5 patients, pour la réanimation spécialisée 1 infirmière pour 2 patients est obligatoire.

Les autorisations de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée ne peuvent être accordées ou renouvelées, que si le demandeur justifie d'une activité minimale annuelle.

Cette activité est exprimée en nombre de nourrissons, d'enfants et d'adolescents de moins de 18 ans, en dehors des nouveau-nés relevant de la réanimation néonatale.

- Pour la réanimation pédiatrique le seuil minimal d'activité est fixé à 200 enfants et adolescents de moins de 18 ans.
- Pour la réanimation pédiatrique spécialisée le seuil minimal d'activité est fixé à 400 enfants et adolescents de moins de 18 ans

En sus des missions de réanimation pédiatrique, la réanimation pédiatrique spécialisée prend en charge des nourrissons, enfants et adolescents dont l'affection requiert des avis et prise en charge spécialisés du fait de sa rareté ou de sa complexité.

▪ **Réanimation néonatale**

L'unité de réanimation néonatale est située dans le même bâtiment ou à proximité immédiate sur le même site que le secteur de naissance de l'unité d'obstétrique.

Dans toute unité de réanimation néonatale, sont assurées : la présence permanente tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale ; la présence permanente tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, d'au moins un infirmier ou une infirmière, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie pour 2 nouveau-nés hospitalisés en réanimation néonatale.

▪ **Réanimation mixte (néonatale et pédiatrique)**

Les décrets périnatalité précisent que des nouveau-nés relevant de la réanimation néonatale peuvent être hospitalisés dans des unités indifférenciées de réanimation pédiatrique et néonatale, à condition que les lits de ces nouveau-nés constituent un secteur individualisé au sein de l'unité polyvalente. Ces unités remplissent par ailleurs les conditions techniques de fonctionnement prévues pour chaque type d'unité.

Les services de réanimation mixte pédiatriques et néonataux sont soumis aux décrets périnatalité pour l'activité de réanimation néonatale et aux décrets réanimation pour l'activité de réanimation pédiatrique.

Ces réanimations « mixtes » sont nombreuses au sein des centres hospitaliers, la tendance est actuellement d'identifier dès que possible les unités dédiées de réanimation pédiatrique.

L'unité de réanimation pédiatrique peut donc constituer, avec l'unité de réanimation néonatale, un service de « réanimation néonatale et pédiatrique ». Elle peut aussi être organisée en service autonome.

Lorsque l'activité de la réanimation pédiatrique est supérieure à 400 enfants pris en charge par an, il est recommandé d'individualiser l'unité de réanimation pédiatrique et l'unité de réanimation néonatale, ainsi que la permanence des soins médicale. (Circulaire 2006-396 du 08 septembre 2006 relative à la réanimation pédiatrique).

▪ **Unité de surveillance continue pédiatrique**

L'unité de surveillance continue (USC) en pédiatrie a vocation à accueillir les nourrissons, enfants et adolescents (jusqu'à 18 ans) qui nécessitent une surveillance rapprochée et/ou un monitoring continu en raison d'une défaillance potentielle d'un ou de plusieurs organes ne nécessitant pas la mise en œuvre de méthodes de suppléance.

Cette unité reçoit des enfants en provenance des urgences, de services de soins conventionnels, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux, de salles de surveillance post interventionnelle, ou des services de réanimation pédiatriques, dès lors que le patient ne dépend plus d'une technique de suppléance.

Il s'agit donc de regrouper, dans cette unité, avec la surveillance adéquate, les enfants qui sont susceptibles aujourd'hui d'être dispersés dans des services de soins conventionnels ne disposant pas de la permanence soignante souhaitable.

Sa capacité et son organisation répondent à certains critères minimaux :

- l'unité de surveillance continue pédiatrique est médico-chirurgicale ;
- elle regroupe tous les enfants de l'établissement qui justifient ce type de surveillance ;
- elle dispose de personnel non médical affecté à cette activité.

Lorsque l'activité chirurgicale le justifie, une USC chirurgicale peut être individualisée, placée sous la responsabilité du responsable du secteur d'anesthésie pédiatrique ou de chirurgie pédiatrique.

L'équipement de l'unité de surveillance continue doit permettre au niveau de chaque lit un monitoring continu non invasif des principales constantes vitales.

Des protocoles validés par les équipes médicales définissent la collaboration entre les pédiatres ou anesthésistes réanimateurs des unités de surveillance continue pédiatrique et les pédiatres, chirurgiens pédiatres et anesthésistes réanimateurs des services de réanimation pédiatrique.

L'équipe médicale intervenant dans les unités de surveillance continue pédiatrique est composée de pédiatres et d'anesthésistes réanimateurs disposant d'une expérience en réanimation pédiatrique (précisions figurant au sein de la circulaire d'application).

Il convient de distinguer les unités de surveillance continue situées dans un établissement ne disposant pas de réanimation pédiatrique et celles qui se trouvent dans un établissement en disposant.

2.3.2 LE CONTEXTE

▪ Préconisations du SROS 3

En matière de réanimation pédiatrique le SROS 3 préconisait que ces unités soient implantées dans les deux centres hospitaliers régionaux, une convention entre le centre hospitalier universitaire de Tours et le centre hospitalier régional d'Orléans précisant les partenariats.

S'agissant des USC pédiatriques qui n'existaient pas en région Centre en 2006, le SROS 3 préconisait de créer ces unités de surveillance continue pédiatrique dans les hôpitaux de référence de la région avec conventionnement avec les urgences et les services de réanimation pédiatrique sur la base des recommandations nationales, en termes d'organisation et en termes d'activité (une centaine de patients par an) pour les USC au sein d'établissements sans réanimation pédiatrique.

USC au sein des établissements ne disposant pas de réanimation mais d'un service de pédiatrie (cf. préconisations de la circulaire 2006-396)

L'USC pédiatrique peut constituer un secteur individualisé d'une unité de soins conventionnelle. Ces lits de surveillance continue peuvent également être adossés à une unité de réanimation néonatale ; ils constituent dans ce cas un secteur individualisé.

La surveillance médicale (sous forme d'une astreinte) peut être mutualisée avec le service de pédiatrie, les urgences pédiatriques ou la néonatalogie.

Le responsable de ce type d'unité de surveillance continue pédiatrique est soit un pédiatre titulaire du DESC de réanimation médicale ou disposant du DIU de réanimation et urgence pédiatrique ou d'une expérience d'un an en réanimation ; soit un anesthésiste-réanimateur disposant d'un an d'expérience en réanimation pédiatrique ou de deux ans d'expérience en anesthésie pédiatrique.

Il est recommandé que l'unité de surveillance continue pédiatrique bénéficie de la présence d'un infirmier pour quatre patients.

USC au sein des établissements disposant de réanimation pédiatrique (cf. préconisations de la circulaire 2006-396)

Les établissements disposant d'une réanimation pédiatrique ou spécialisée se dotent d'une unité de surveillance continue pédiatrique. Cette unité est implantée dans ou à proximité immédiate du service de réanimation pédiatrique ou spécialisée.

Si l'unité de réanimation pédiatrique ou spécialisée dispose de plus de 8 lits occupés en permanence, il est souhaitable que les lits de surveillance continue soient individualisés dans une unité spécifique de la capacité au moins égale à la moitié de la capacité de l'unité de réanimation pédiatrique ou spécialisée.

Lorsque l'USC est médico-chirurgicale, la permanence des soins, tant médicale que non médicale, peut être mutualisée avec le service de réanimation pédiatrique ou spécialisée.

Le personnel médical et non médical a vocation à être commun à l'unité de surveillance continue et à la réanimation pédiatrique ou spécialisée mais il est dédié à chacune de ces unités.

Il est recommandé que l'unité de surveillance continue pédiatrique bénéficie de la présence d'un infirmier pour quatre patients.

Situation actuelle et bilan des implantations au 01 04 2011

Actuellement, seul le CHU de Tours dispose d'une réanimation pédiatrique en région Centre dont l'activité de (l'ordre de 400 enfants), le recrutement régional auquel se rajoute celui en lien avec les activités de chirurgie cardiaque infantile et de neurochirurgie infantile la place au niveau de l'inter-région Ouest au niveau d'une réanimation pédiatrique spécialisée.

Cette réanimation ne dispose pas encore de lits d'aval d'USC.

La réanimation néonatale présente à proximité immédiate est différenciée de cette unité.

Le CHR d'Orléans n'a pas mis en place d'unité dédiée de réanimation pédiatrique (préconisée dans le SROS 3) mais assure selon les demandes et de façon plus prononcée 6 mois de l'année une activité de réanimation pédiatrique au sein des locaux libérés à cet effet au sein de la réanimation néonatale.

Cette activité se fait dans le cadre d'un partenariat bien établi avec le CHU pour des profils d'enfants ciblés et permet de passer un cap aigu de courte durée sans nécessité de transfert des enfants à Tours (pour mémoire les conditions techniques de fonctionnement notamment l'encadrement IDE est plus important en réanimation néonatale qu'en réanimation pédiatrique). L'activité de réanimation pédiatrique du CHR se situe actuellement au dessous du seuil de 200 enfants conditionnant une autorisation de réanimation pédiatrique distincte.

Le CHR d'Orléans dispose de 2 unités d'USC pédiatriques dont une chirurgicale et ce dans l'attente d'un regroupement lors du transfert au sein du nouvel hôpital.

Territoire	Implantation géographique Réanimation pédiatrique	Implantation géographique Unité de surveillance continue 01 04 2011
Cher	Non éligible	
Eure et Loir	Non éligible	1 unité
Indre	Non éligible	
Indre et Loire	1 Réanimation pédiatrique de niveau spécialisée	
Loir et Cher	Non éligible	
Loiret	Activité de Réanimation avec réanimation néonatales pour les petits, partenariat avec CHU	1 unité (une 2 ^{ème} en cours en 2011)

Les difficultés recensées de mise en œuvre des USC pédiatriques sont principalement en lien avec l'effectif, la qualification des pédiatres et une activité limitée au regard des préconisations.

2.3.3 LES OBJECTIFS 2012-2016

2.3.3.1 Objectifs concernant l'activité de réanimation pédiatrique

Implantation de réanimation pédiatrique

- Maintien d'au moins une implantation de réanimation pédiatrique à vocation régionale
- Maintien d'une réanimation dite « mixte ou polyvalente » : activités de réanimation pédiatrique et de réanimation néonatale, avec identification de secteurs dédiés et respect des conditions techniques de fonctionnement pour chaque secteur. Selon l'évolution du besoin et de l'activité dans les 5 ans à venir l'individualisation d'une unité de réanimation pédiatrique et non plus polyvalente devra être effective.

Mise en place dispositif régional de régulation des disponibilités en lits de réanimation pour les enfants

L'organisation de l'information de la disponibilité en temps réel des lits de réanimation doit faire l'objet d'une réflexion régionale, tout comme pour les adultes.

Organiser au niveau régional la prise en charge des patients nécessitant une assistance respiratoire extra-corporelle (AREC)

Cette organisation doit s'appuyer sur la structure régionale de réanimation pédiatrique située au sein d'un établissement autorisée pour la chirurgie cardiaque.

Cette activité fera l'objet d'un suivi afin de mieux évaluer les besoins et les articulations avec les dispositifs existants en inter-région.

2.3.3.2 Objectifs concernant toutes les unités de surveillance continue

Maintien des préconisations d'implantation d'USC au sein des établissements de référence disposant d'un service de pédiatrie, dès lors que l'activité et l'organisation sont conformes aux préconisations (cf circulaire 2006 – 396)

Maintien des reconnaissances sur la base du cahier des charges régional pour toutes les USC

Regroupement géographique des USC pédiatriques et des unités de réanimation

Objectifs concernant les USC au sein d'établissements ne disposant pas d'unité de réanimation

Les préconisations du SROS 3 sont maintenues (cf ci-dessus)

USC au sein des établissements disposant de réanimation pédiatrique

Les préconisations du SROS 3 sont maintenues (cf ci-dessus)

La mise en place d'une USC à proximité immédiate de l'unité de réanimation pédiatrique de niveau réanimation pédiatrique spécialisée est une priorité pour favoriser la fluidité des prises en charge.

2.3.3.3 Objectifs communs à toutes les activités

Poursuivre les actions concourant à l'amélioration de la qualité des soins

Ces actions sont similaires à celles préconisées au sein du volet adulte.

Une attention particulière est portée sur la prise en charge de la douleur et la prévention des infections nosocomiales.

Contribuer à l'évaluation des besoins de SSR autorisés pour la prise en charge des enfants en identifiant les freins à la sortie des unités.

Conforter les actions mises en place dans le cadre de l'activité de prélèvement d'organes

2.3.4 EVALUATION ET SUIVI

Indicateurs de suivi :

- Taux d'occupation
- Taux de recours
- Durée moyenne de séjour par établissement
- Part des séjours avec indice de gravité simplifié "seconde version" (IGS2)

Pour la surveillance continue : Nombre de lits par établissement

SROS - OQOS IMPLANTATIONS

Réanimation soins Intensifs Surveillance Continue Enfants

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

Activité de réanimation (*activité soumise à autorisation*)

- Maintien d'au moins une implantation de réanimation pédiatrique à vocation régionale
- Maintien d'une réanimation dite « mixte ou polyvalente » dans l'attente d'une individualisation de réanimation pédiatrique selon évolution de l'activité.
- Poursuivre et formaliser le partenariat entre les 2 unités de réanimation (profil des patients, type de prise en charge..)
- Mettre en place le dispositif régional de régulation des disponibilités en lits de réanimation pédiatrique
- Organisation régionale pour la prise en charge des patients nécessitant une assistance respiratoire extra-corporelle (AREC)

Activité de surveillance continue (*soumise à reconnaissance pas d'autorisation*)

- Maintien des reconnaissances sur la base du cahier des charges régional
- Regroupement géographique des USC pédiatriques et des unités de réanimation
- Maintien des préconisations du SROS 3 (selon que l'USC soit ou non dans établissement avec réanimation) mise en place en priorité d'USC d'aval des réanimations pédiatriques

Pour les 2 Activités

- Contribuer à l'évaluation des besoins d'aval en SSR pédiatriques, analyse des retards à la sortie

IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUES REANIMATION PEDIATRIQUE

Territoire de santé	Secteur infra départemental	Type d'unité de réanimation
Indre et Loire	TOURS	1 Réanimation pédiatrique avec USC réanimation pédiatrique de niveau spécialisée)
Loiret	ORLEANS	1 Réanimation mixte ou polyvalente avec identification d'unité dédiée selon évolution des besoins.

PRECONISATIONS COMMUNES ENFANTS / ADULTES

Elles concernent la qualité et l'efficacité des soins, le développement ou la poursuite des actions mises en place dans le cadre de l'activité de prélèvement d'organes

2.4 PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

2.4.1 LE CONTEXTE

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique (IRC) est mal déterminée. Elle se situe entre 1,8 à 3 millions de personnes.

En 2009, en France le taux de prévalence était de 1 094 insuffisants rénaux chroniques par millions d'habitants (pmh) traités par un moyen de suppléance soit 62 739 patients pour les 20 régions renseignant le registre REIN. Le traitement était l'hémodialyse dans 49,7% des cas, la dialyse péritonéale dans 3,8% des cas et le greffon fonctionnel dans 46,5% des cas.

En 2009, en France le taux d'incidence était de 150 insuffisants rénaux chroniques par million d'habitants (pmh) traités par un moyen de suppléance. Le premier traitement était l'hémodialyse dans 86,4% des cas, la dialyse péritonéale dans 10,4% des cas et la greffe rénale dans 3,2% des cas.

Le coût global du traitement de l'insuffisance rénale chronique traitée est estimé à 2 % de la totalité des dépenses de santé au bénéfice d'environ 0,75 ‰ de la population française globale. Le coût annuel moyen est fonction du mode de prise en charge. Pour l'hémodialyse il était en 2007 de 88 608 € par an, et pour la dialyse péritonéale de 64 450 €. La greffe rénale est le meilleur traitement de l'insuffisance rénale chronique, mais aussi le plus efficient : le coût durant la première année de greffe est voisin de l'hémodialyse (86 471 €) mais le coût annuel du suivi ultérieur n'est que de 20 147 €.

La région Centre se caractérise en terme de **prévalence** par :

- une prévalence de l'insuffisance Rénale Chronique Traitée (IRCT) légèrement inférieure (taux standardisé = 991 pmh : différence significative). Cette prévalence moindre se rencontre principalement chez les patients de moins de 75 ans,
- une prévalence de l'IRCT traitée par greffe légèrement inférieure (taux standardisé = 463 pmh versus 510 : différence significative), mais cette tendance pourrait s'infléchir en raison de l'augmentation de l'activité de greffe,
- une prévalence de l'IRCT traitée par hémodialyse inférieure (taux standardisé = 506 pmh versus 547 : différence significative)
- l'une des proportions de patients en IRCT traités par dialyse péritonéale les plus faibles de France (2,1% des IRCT traitées, versus 3,8% en France avec un maximum de 9,7% en Alsace)

La région Centre se caractérise en terme d'**incidence** par :

- une incidence de l'IRCT traitée identique en région Centre (taux standardisé pmh = 144 : différence non significative).
- moins de dialyse péritonéale (DP) comme premier traitement : 6,3% versus 10,4%, mais on observe une augmentation entre 2008 et 2009 pour les patients les plus jeunes en attente de greffe.
- part de greffes préemptives proche de celle retrouvée au plan national : 3,8% versus 3,2%.
- population des cas incidents un peu plus âgée : âge médian de 71,1 ans versus 70,0 ans.
- les causes vasculaires, hypertensives et diabétiques sont la première cause d'IRCT avec des chiffres proches de ceux notés au plan national : (44,8 % des patients contre 46,7% au plan national).

La comparaison des départements objective :

- des taux de prévalence de l'IRCT traitée moindres dans le Cher et l'Eure-et-Loir, les quatre autres départements ayant des taux voisins.
- des différences importantes de la part des IRCT traités par greffons fonctionnels (début 2011 : 46 % pour l'ensemble de la région avec une part plus faible dans le Loiret (41%) et le Loir-et-Cher (38%) ce dernier affichant cependant une forte progression au cours des deux dernières années. La part de greffons fonctionnels est maximale dans l'Indre (54%).

Deux décrets du 25 septembre 2002 ont défini quatre modalités de dialyse :

- hémodialyse en centre
- hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM)
- hémodialyse en unité d'autodialyse (AD) simple ou assistée
- dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale (DP)

Les arrêtés de 2003 et 2005 ont fixé le contenu minimal des conventions et défini des normes concernant les locaux, les matériels techniques et les dispositifs médicaux.

L'insuffisance rénale chronique fait partie des 10 priorités de gestion du risque, avec pour objectifs d'améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT, via :

- la diffusion des recommandations médicales existantes,
- l'analyse et la levée des freins organisationnels au développement de la dialyse hors centre, notamment la dialyse péritonéale,
- le développement de la greffe rénale.

Les cartographies et le tableau ci-contre présentent le bilan des autorisations au 1^{er} mai 2011.

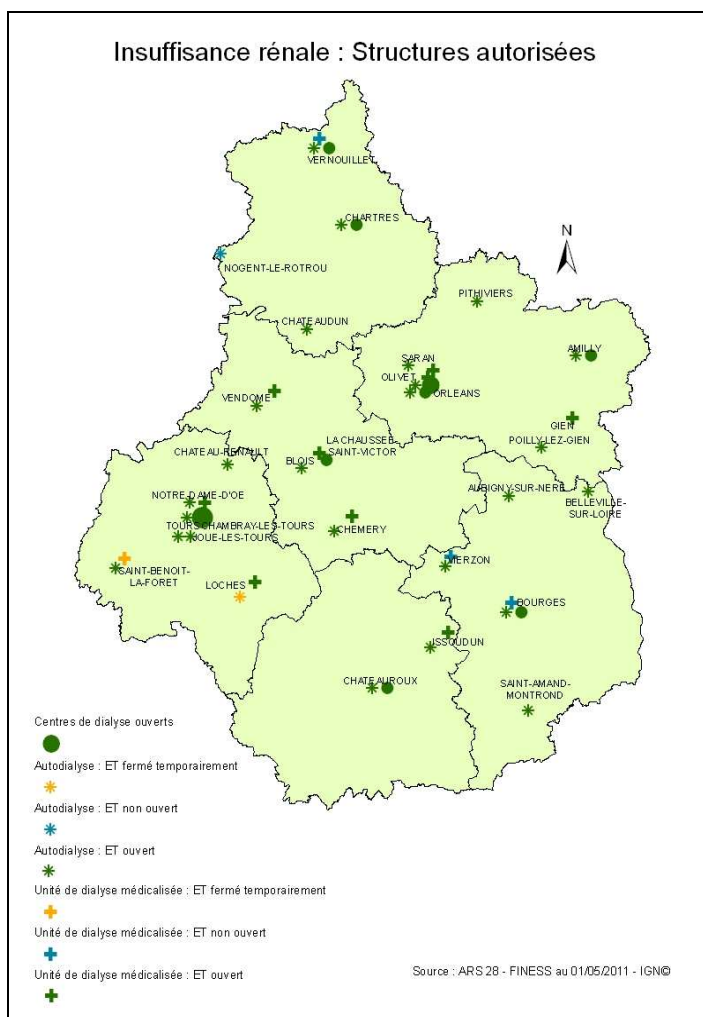
Un bilan plus détaillé de l'offre de prise en charge est disponible et téléchargeable sur le site internet de l'ARS. Les principales forces et faiblesses identifiées en région sont résumées dans le tableau ci-dessous :

	Forces	Faiblesses
Dépistage et prévention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosages de créatinémie chez les diabétiques légèrement plus fréquents qu'au niveau national ▪ Données sur la fréquence des dépistages biologiques disponibles sur les hypertendus ▪ Thème du dépistage et de la prise en charge précoce abordé en journée de FMC de Tours 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'organisation formalisée de la politique de prévention ▪ Dosages d'albuminurie chez les diabétiques moins fréquents qu'au niveau national
Prélèvement d'organes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recensement, et dans une moindre mesure prélèvements, des sujets en mort encéphaliques supérieurs en région ▪ Dynamisme de la communauté hospitalière ▪ Disponibilité des chirurgiens préleveurs dans la majorité des départements du sud de la région avec des coopérations établies avec le CHRU 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Découpage des services de régulation et d'appui de l'Agence de Biomédecine, non superposable à la région administrative ▪ Ressources humaines dédiées aux coordinations hospitalières insuffisantes ▪ Taux de refus de prélèvement élevé pour des sujets en mort encéphalique ▪ Absence d'activité de prélèvement sur donneur décédé en arrêt cardiaque ▪ Faible activité de greffe par donneur vivant
Greffes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentration de l'activité de greffe sur le seul CHRU de Tours ▪ Progression régulière de l'activité de greffe rénale par le CHRU ▪ Equipe soudée et impliquée en recherche fondamentale et clinique ▪ Tendance au recentrage régional de l'activité de greffe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation du suivi post-greffe non formalisé et absence d'utilisation des outils de télé-médecine ▪ Taux de nouvelles inscriptions en région inférieur au niveau national ▪ Pénurie de greffons ▪ Prévalence inférieure des patients IRCT porteurs de greffons fonctionnels
Dialyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le maillage territorial prévu par le SROS 3 mis en place ▪ Recueil du registre REIN exhaustif depuis 2006 ▪ Moindre progression de l'IRCT traitée par dialyse ▪ Temps d'accès aux structures peu différent des données nationales ▪ Part de dialyse en centre légèrement inférieure aux données nationales ▪ Part moindre des patients mis en dialyse avec une fonction rénale résiduelle inférieure au seuil recommandé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faiblesse de la dialyse péritonéale, et part de dialyse hors centre et de greffons fonctionnels très variable selon les départements ▪ Concentration des moyens en autodialyse ▪ Montée en charge plus lente des unités de dialyse médicalisée ▪ Défaut de conformité de plusieurs structures ▪ Démographie des professionnels de santé ▪ Prise en charge de la dialyse fréquemment en urgence, et moindre prise en charge de l'anémie

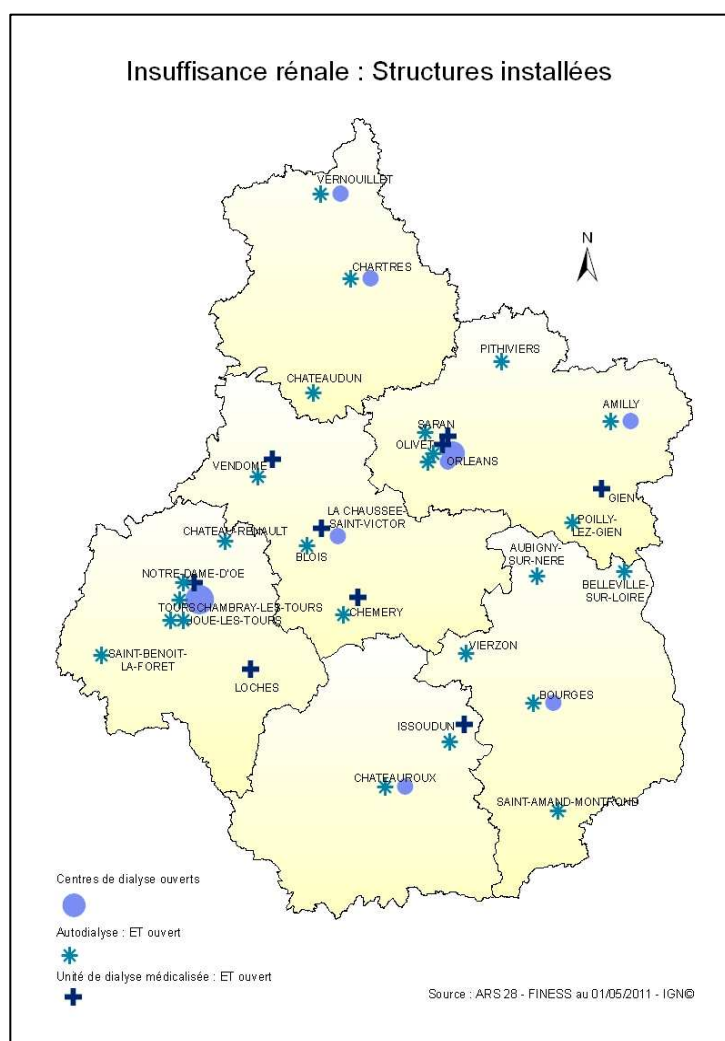
Bilan des autorisations au 1^{er} mai 2011

Un bilan détaillé, qui ne peut ici être repris en totalité, est consultable sur le site de l'ARS.

Insuffisance rénale : Structures autorisées



Insuffisance rénale : Structures installées



	Cher			Eure-et-Loir			Indre			Indre-et-Loire			Loir-et-Cher			Loiret		
	SROS	Autorisé	En activité	SROS	Autorisé	En activité	SROS	Autorisé	En activité	SROS	Autorisé	En activité	SROS	Autorisé	En activité	SROS	Autorisé	En activité
Hémodialyse en centre	1	1	1	2	2	2	1	1	1	3	3	3	1	1	1	4	4	4
Unité de dialyse médicalisée (UDM)	2	0	0	2	1	1	1	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3
Hémodialyse en autodialyse	5	5	5	4	3	3	4	3	2	9	7	7	5	3	3	6	6	6
Dialyse à domicile	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	3	4	2

2.4.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

Ce volet s'inscrit dans les 3 grandes ambitions du plan stratégique régional de santé

- améliorer l'espérance de vie en bonne santé :
 - o par la promotion du dépistage ciblée d'une altération de la fonction rénale chez les populations à risque,
 - o par la promotion de la greffe rénale, meilleur traitement de suppléance de l'IRCT.
- promouvoir l'égalité d'accès devant la santé
 - o en veillant à la proximité des structures d'autodialyse.
- développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient
 - o par la promotion de la greffe rénale,
 - o par le développement de l'offre de dialyse péritonéale,
 - o par l'organisation de l'orientation et de l'information préalable au traitement de l'IRCT,
 - o par le développement d'outils de télémédecine.

Ce projet répond principalement aux objectifs concernant les maladies chroniques :

- Objectif de soutien de la personne dans son projet de vie par une orientation vers une technique de suppléance :
 - o mobilisant plusieurs professionnels,
 - o basée sur une information reprise à plusieurs niveaux sur la base d'un cahier des charges.
- Objectif de prévention et de dépistage les maladies chroniques, par l'organisation d'un dépistage ciblé des altérations de la fonction rénale
- Objectif de réduction de l'incidence et de la prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaire : L'origine vasculaire et diabétique est constatée chez 45 % des insuffisants rénaux chroniques terminaux. Le dépistage et la prise en charge précoce des altérations de la fonction rénale conforme aux préconisations de la HAS permettent de ralentir la progression de l'insuffisance rénale.

Les objectifs en matière d'organisation des soins reposent sur **3 axes** :

- **l'amélioration de l'accès aux soins**
- **l'amélioration de l'efficience**
- **l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.**

2.4.2.1 Améliorer l'accès aux soins :

- **En adaptant la répartition des implantations** :

Cette répartition prend en compte la nécessité de maintenir une offre de proximité afin de faciliter l'accès aux structures, mais aussi la concentration de l'offre liée au nécessaire respect des normes dans les structures de dialyse.

Pour concilier ces deux objectifs il est prévu de :

- **valider les concentrations de l'offre** qui ont été observées dans la région au cours du précédent SROS. L'analyse des temps de transport conduit toutefois à identifier une possibilité d'implantation d'autodialyse sur le site du Blanc.
- **favoriser les prises en charge en unités de dialyse médicalisée de proximité**, en complément des unités d'autodialyse : les unités de dialyse médicalisée nouvellement autorisées seront installées de préférence sur le même site qu'une autodialyse. Il est également souhaitable de disposer d'au moins une offre d'unité de dialyse médicalisée au niveau de chacune des zones les plus peuplées (plus de 120 000 habitants).

Pour cela les possibilités d'implantation d'unités de dialyse médicalisée de proximité évolueront comme suit :

- Cher : maintien de 2 possibilités d'implantation d'unités de dialyse médicalisée
- Eure-et-Loir : 4 possibilités d'implantation d'unités de dialyse, dont une sur la zone de Nogent-le-Rotrou et une sur la zone de Châteaudun
- Indre : 2 possibilités d'implantation d'unités de dialyse médicalisée
- Indre-et-Loire : maintien de 3 possibilités d'implantation d'unités de dialyse médicalisée
- Loir-et-Cher : maintien de 3 possibilités d'implantation d'unités de dialyse médicalisée
- Loiret : maintien de 4 possibilités d'implantation d'unités de dialyse médicalisée

L'organisation de la prise en charge des urgences dans ces unités de dialyse médicalisée de proximité sera conforme aux recommandations de la HAS, notamment

- l'unité doit être implantée à proximité d'un établissement de santé autorisé pour une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) dont le délai d'intervention doit être compatible avec l'impératif de sécurité, ou, l'unité doit être implantée dans un établissement de santé qui dispose d'une activité de soins de médecine d'urgence ou d'une activité de soins de réanimation.
- en cas d'urgence non vitale, l'avis du néphrologue est organisé par des outils de télé médecine (télésurveillance, téléconsultation, téléassistance) et en cas d'urgence vitale la structure met en œuvre des protocoles validés et appelle le SAMU qui déclenche l'intervention du SMUR ou l'intervention de l'équipe médicale de la structure d'urgence ou de réanimation de l'établissement dans lequel l'unité est implantée.
- **favoriser le développement de l'hémodialyse à domicile** en bénéficiant de l'évolution technologique (nouveaux générateurs simplifiés) notamment dans les zones de population peu dense ayant des temps d'accès élevés (sud-ouest de l'Indre et est du Cher) .
- **maintenir au moins une structure dialyse péritonéale dans chaque département.** Chaque structure autorisée identifie au moins un médecin et au moins une infirmière référente en dialyse péritonéale.

▪ **En organisant l'orientation pré insuffisance rénale chronique terminale :**

- par la mise en place dans chaque territoire de santé de Réunions de Concertation et d'Orientation des Insuffisants rénaux chroniques terminaux (RéCOI). Composées d'un médecin référent territorial en dialyse péritonéale, d'un médecin pratiquant l'hémodialyse et de l'infirmière référente de greffe rénale d'un centre de dialyse. Ces réunions, positionnées très en amont du traitement de suppléance, auront pour objet :
 - d'organiser un échange entre professionnels selon l'orientation idéale, même si le choix final relève du patient,
 - d'analyser en cas de dialyse en urgence les causes ayant conduit à la dialyse en urgence et les possibilités de changement de modalité de suppléance,
 - de prévoir l'inscription précoce sur la liste d'attente de greffe quand elle est possible, afin d'augmenter la proportion de greffes préemptives,
 - de cibler le discours et d'orienter les informations qui seront données par les médecins et les infirmières chargées de l'information pré-dialyse.

Le néphrologue traitant et le patient pourront ne pas suivre les avis de la RéCOI, mais dans ce cas le néphrologue traitant indiquera dans le dossier les raisons d'un choix différent.

- par l'information précoce par le néphrologue traitant des différentes possibilités de prise en charge de l'insuffisance rénale terminale
- par l'organisation et la proposition systématique d'une information pré-dialyse par une infirmière. Cette information sera formalisée par un cahier des charges régional. Elle sera assurée par une ou plusieurs infirmières ayant l'expérience de l'hémodialyse, de la dialyse péritonéale et du suivi des greffés

2.4.2.2 Améliorer l'efficience :

En augmentant les greffes rénales et en améliorant la qualité du suivi

L'objectif est de réaliser au minimum 150 greffes rénales en région Centre. La réalisation de cet objectif passe par plusieurs actions :

- Augmenter le nombre de greffons disponibles
 - En sollicitant l'Agence de la Biomédecine en vue d'un redécoupage géographique des services de régulation et d'appui afin d'augmenter l'attribution de greffons à la région Centre,
 - En développant l'information générale sur le don d'organe et individuelle sur le don par donneur vivant,
 - En assurant la promotion de Cristal Action également inscrit dans le volet réanimation du SROS,
 - En développant les greffes par donneur vivant avec un objectif de 10% à décliner dans le contrat d'objectif et de moyen,
 - En développant les greffes par donneur décédé en arrêt cardiaque avec un objectif à décliner dans contrat d'objectif et de moyen,
 - En affectant les crédits ciblés pour les équipes de coordination de prélèvement à leur destination.
- Organiser le suivi des greffés
 - En identifiant deux 2 pôles de référence pour les hospitalisations post greffe dans les deux établissements hospitaliers régionaux,
 - En organisant des liens entre le centre de greffe régional et les centres de dialyse grâce à :
 - l'identification d'au moins une infirmière référente de greffe dans chaque centre de dialyse dont le rôle sera d'être le correspondant privilégié du centre de greffe, de s'attacher à 3 sujets principaux (donneurs vivants, suivi de la liste d'attente, éducation thérapeutique au plus près du domicile), de participer aux RéCOI territoriales, de participer aux réunions sur dossier (idéalement hebdomadaires) entre le centre de greffe de Tours et les centres de dialyse,
 - l'organisation de consultations partagées entre le centre de greffe et le centre de dialyse, utilisant un dossier partagé et des outils de visioconférence.
 - En s'attachant à prendre en charge le suivi psychologique, diététique et l'éducation thérapeutique des patients

En développant la dialyse péritonéale

L'objectif est d'atteindre un minimum de 10% de patients dialysés en dialyse péritonéale par territoire. Pour cela il est prévu de :

- Renforcer l'information pré-dialyse, avec pour objectif quantifié qu'au moins la moitié des patients bénéficie de l'information infirmière décrite plus haut quelque soit la structure qui a pris le patient en charge initialement,
- identifier au moins un néphrologue référent dialyse péritonéale dans chaque territoire,
- évoquer l'indication de dialyse péritonéale même chez les patients ayant débuté par l'hémodialyse en urgence,
- renforcer la coopération avec des infirmières libérales :
 - en participant à leur formation continue : les structures autorisées pour la dialyse péritonéale proposent systématiquement des formations (stages) aux infirmières libérales qui souhaitent accompagner des patients en dialyse péritonéale,
 - en disposant d'une liste d'infirmières libérales formées à la dialyse péritonéale éventuellement par le biais d'une coopération avec des associations fournissant du matériel au domicile des patients,

- en formalisant les échanges d'information entre l'infirmière qui suit le patient à domicile et la structure autorisée pour la dialyse péritonéale (fiche de suivi, puis outils de télé-médecine).

- **En organisant des transferts d'actes vers les infirmières dans le cadre de protocoles de coopération**

Ce travail sera mené durant le SROS et pourra porter sur :

- la surveillance des résultats biologique des dialysés (bilan d'anémie et bilan phosphocalcique)
- l'Information pré-dialyse
- le rôle de l'infirmière de greffe.

2.4.2.3 Améliorer la qualité et la sécurité des soins :

- **En développant les outils de télé-médecine**

Ce développement visera en priorité l'organisation de la permanence des soins en unité de dialyse médicalisée, quand un médecin néphrologue ne peut être présent dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité conformément aux recommandations HAS.

Il pourra être étendu de manière progressive :

- dans les unités d'autodialyse
- pour les liaisons avec les IDE libérales
- pour l'organisation du suivi des greffés

- **En poursuivant le travail initié par l'OMEDIT sur la qualité de l'eau de dialyse**

- **En réduisant le nombre de dialyse débutées en urgence par des actions portant sur les populations à risque vasculaire (diabétiques et hypertendus)**

Ces actions porteront sur le dépistage des insuffisances rénales chez les sujets à risque, mais aussi sur le devenir des résultats anormaux.

Ces actions auront 2 cibles :

- les professionnels de santé :
 - publication d'informations dans la lettre de l'URPS-ML
 - Inscription de ce thème dans le programme des groupes qualité gérés par l'URPS-ML
 - Inscription régulière de ce thème aux journées de formation médicale continue de Tours
 - visite des délégués de l'assurance maladie dans le cadre du programme de gestion du risque
 - mise en place d'une permanence téléphonique par les néphrologues de chaque territoire afin d'apporter des conseils ponctuels aux médecins traitants
 - diffusion aux médecins traitants de la plaquette de l'agence de la biomédecine et de la société française de néphrologie "la maladie rénale chronique : clés pour la dépister et ralentir sa progression"
- les patients : éducation thérapeutique dans le cadre des programmes autorisés

L'organisation du dépistage et de la prévention reposera idéalement sur un réseau régional associant les médecins libéraux dès la genèse du projet afin de favoriser leur implication, et assurant les missions suivantes :

- Sensibiliser aux données actuelles de la science relatives à la maladie rénale
- Diminuer le nombre de patients pris en charge trop tardivement
- Coordonner la prise en charge précoce
- Ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique
- Prévenir et traiter les complications de l'insuffisance rénale
- Orienter les patients vers la meilleure option thérapeutique possible
- Préparer l'avenir du patient et préserver son autonomie

En l'absence de réseau identifié, les réseaux déjà existants, notamment ceux de diabétologie, devront assurer ces missions.

- **En portant une attention particulière sur les patients âgés en EHPAD**
 - en rappelant la recommandation du guide de bonnes pratiques en EHPAD, qui prévoit la réalisation annuelle d'un dosage de la créatininémie
 - en lien avec le programme de gestion du risque sur les médicaments en EHPAD

2.4.3 L'EVALUATION

Les indicateurs de suivi :

- Part des nouveaux patients traités par DP
- Part des patients suivis hors Centre
- Proportions de dialyse débutées en urgence ou sur cathéter
- Proportion de diabétique ayant eu dans l'année un dosage de créatininémie et de protéinurie
- Mise en place dans chaque territoire des Réunion de Concertation et d'Orientation des Insuffisants rénaux chroniques terminaux.
- Proportion de patients ayant fait l'objet d'un avis en Réunion de Concertation et d'Orientation des Insuffisants rénaux chroniques terminaux supérieur à 50 % pour chaque structure
- Nombre de patients greffés
- Délais sur liste d'attente de greffe

SROS PRS - OQOS IMPLANTATIONS par territoire

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- ⇒ **Améliorer l'accès aux soins**
 - Favoriser les prises en charge en Unité de Dialyse Médicalisée de proximité (au moins 1 par zone de plus de 120 000 hab.)
 - Favoriser le développement de l'hémodialyse à domicile, notamment dans les zones peu denses avec des temps d'accès élevés
 - Maintenir une Dialyse Péritonéale sur chaque territoire de santé
 - Organiser l'orientation avant traitement de suppléance

- ⇒ **Améliorer l'efficacité**
 - Augmenter la greffe rénale (objectif = 150 greffes) et la qualité du suivi
 - Développer la dialyse péritonéale (objectif = 10% des patients dialysés)
 - Organiser les transferts d'actes vers les IDE

- ⇒ **Améliorer la qualité et la sécurité**
 - Développer les outils de télémédecine
 - Poursuivre le travail avec l'OMEDIT sur la qualité de l'eau de dialyse
 - Réduire le nombre de dialyse en urgence

REPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES / Secteurs infra-territoriaux	Centre référent	UDM	Autodialyse	Dialyse à domicile	Dont dialyse péritonéale	Dont HDAD
CHER (18)	1	2	5	1	1	1
Bourges	1					
EURE et LOIR (28)	2	4	4	2	1	1
Dreux	1					
Chartres	1					
INDRE (36)	1	2	3	1	1	1
Châteauroux	1					
INDRE et LOIRE (37)	3 dont 1 pédiatrique	3	7	2	2	2
Tours	3 (dont 1 pédiatrique)					
LOIR et CHER (41)	1	3	3	1	1	1
Blois	1					
LOIRET (45)	4	4	6	2	2	2
Orléans	3					
Montargis	1					

UDM : unité de dialyse médicalisée

HDAD : hémodialyse à domicile

2.5 IMAGERIE

2.5.1 LE CONTEXTE

Les points forts de l'imagerie en région Centre :

Depuis 2002, date du premier SROS d'Imagerie, le nombre des scanners a presque doublé et le nombre des implantations a globalement suivi la même évolution du fait de leur installation auprès de la quasi-totalité des services d'urgences. Les délais d'accès en externe sont le plus souvent inférieurs à 15 jours et à 5 jours pour les patients hospitalisés.

L'accès à la scintigraphie ne présente pas de difficulté.

L'offre de tomoscintigraphie par émission de positons (TEP) est actuellement très en deçà des besoins, la mise en œuvre des autorisations couvrira une grande partie des besoins actuels mais restera toutefois insuffisante à terme.

Les points faibles de l'imagerie en région Centre

Des délais d'accès à l'IRM qui demeurent trop longs :

Une enquête menée en juin 2010 par l'institut national du cancer (1) a montré que le délai moyen d'obtention d'une date de rendez-vous est de 29 jours France entière et est toujours supérieur à 31 jours en région Centre. L'enquête réalisée auprès des structures, dans le cadre de l'élaboration du schéma, montre que le délai pour les rendez vous en externe toutes pathologies confondues atteint 45 jours à Blois et Bourges, 54 à Dreux et 60 à Châteauroux. Il est heureusement toujours inférieur pour les patients hospitalisés mais peu atteindre 10 jours à Chartres ou Blois avec une incidence potentielle sur les durées de séjours.

Les disparités intra-régionales sont donc fortes mais observées également au sein même d'une agglomération, ne dépendant pas exclusivement du taux d'équipements installés mais également d'une pénurie des personnels chargés de faire fonctionner ces équipements. Le taux d'équipement moyen national en IRM est de 9,28/million d'habitants. En région Centre, le taux d'équipement en appareils installés fin 2010 est de 8.70 IRM/millions d'habitants, sensiblement inférieur au taux moyen national.

Une permanence des soins à optimiser :

La nécessité du maintien de la permanence des soins en matière d'imagerie médicale rencontre des difficultés sur certains territoires en lien avec la démographie médicale des spécialistes concernés mais aussi à la difficulté d'organiser une collaboration harmonieuse entre des partenaires de statut différent.

Les enjeux

- Diminuer et harmoniser les délais d'accès à l'IRM est indispensable pour assurer un accès efficace et équitable à ces appareils et répondre aux enjeux nationaux des programmes de santé publique, notamment du Plan cancer. La mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 dans sa mesure 21.4 « Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations » présente comme objectif de faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers via l'imagerie et les TEP, notamment en augmentant le nombre d'IRM.
- Promouvoir l'installation d'IRM plus efficaces en compléments d'appareils classiques.
- Mettre en place une permanence des soins en imagerie en phase avec les besoins des établissements, notamment par le développement de la télémagerie.
- Mettre en place un dispositif régional de télémagerie permettant le stockage et les échanges d'images entre les structures, dans le cadre plus général de la télémedecine.

(1) Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM DANS LE CADRE D'UN BILAN D'EXTENSION POUR UN CANCER DU SEIN, DE L'UTÉRUS OU DE LA PROSTATE publié par l'INCa en juin 2010

2.5.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

L'imagerie médicale, activité transversale, concerne l'ensemble des disciplines médicales ou chirurgicales et fait partie de la plupart des stratégies diagnostiques ou de suivi des états pathologiques. Dans le champ du plan stratégique régional de santé, elle s'inscrit particulièrement dans le champ des pathologies chroniques et notamment du cancer.

2.5.2.1 L'accès à l'imagerie selon les établissements et leur activité

Tous les établissements sanitaires ont des obligations d'accès à l'imagerie.

- *L'hôpital de proximité ex hôpital local* offre l'accès à la radiologie conventionnelle et à l'échographie sur site ou par convention avec une structure d'imagerie
- *L'établissement accueillant les urgences* offre en permanence et sans délai, sur site ou par convention, l'accès à l'imagerie conventionnelle, l'échographie, le scanner et l'IRM
- *L'unité de surveillance continue* accède à la radiologie conventionnelle 24h/24 et à l'échographie 24h/24 sur site ;
- L'accès aux examens d'imagerie nécessaires pour la mère et pour le nouveau né, y compris en urgence, est assuré pour permettre *l'activité d'obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale*. Si l'unité de néonatalogie dispose de soins intensifs, les nouveaux nés bénéficient de la radiologie conventionnelle réalisée par un appareil mobile et de l'échographie ; l'unité de réanimation néonatale dispose également sur place ou par convention, de l'accès au scanner et à l'IRM, dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité ;
- *L'activité de réanimation* ne peut être autorisée que si l'établissement dispose :
 - Sur place 24h/24 tous les jours de l'année des équipements mobiles permettant de réaliser éventuellement dans les chambres de l'unité de réanimation des examens de radiologie classique et d'échographie ;
 - Sur place ou par convention 24h/24 tous les jours de l'année et dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité, des moyens techniques permettant de pratiquer les scanners, l'angiographie et pour la réanimation adulte, l'IRM ;
- *L'activité de réanimation pédiatrique* ne peut être autorisée que si l'établissement dispose de compétences en radiologie pédiatrique et d'équipement permettant la réalisation 24h/24 d'explorations invasives et non invasives ;
- *L'unité neurovasculaire site de thrombolyse* accède à l'IRM 24h/24 sur site (par convention en cas de panne ou de maintenance) ;
- le *service de chirurgie de recours de niveau régional* accède à l'IRM 24h/24 sur site ;
- L'établissement de référence et de niveau régional offre l'accès à la scintigraphie sur site ou par convention ;
- Enfin, l'accès au scanner et au TEP est nécessaire pour le traitement du cancer.

2.5.2.2 Implantation des équipements matériels lourds

Scanners et IRM

La faible démographie des radiologues incite à promouvoir la concentration des équipements pour en assurer le fonctionnement, notamment dans le cadre de la permanence des soins. Par ailleurs, pour permettre l'accueil des patients y compris dans le cadre de l'urgence, les appareils sont installés préférentiellement sur le site des établissements sanitaires publics ou privés et travaillent en étroite collaboration avec ceux-ci et l'ensemble du territoire de santé. L'utilisation partagée des équipements entre les titulaires d'autorisation est privilégiée.

Scanner

Les établissements recevant les urgences sont équipés d'un scanner dès lors qu'ils peuvent assurer l'accès à l'imagerie 24h/24 dont l'interprétation est réalisée sur site ou par téléimagerie.

Les OQOS réévalués en 2010 nécessitent quelques adaptations. Une implantation supplémentaire est positionnée à Issoudun, site d'un accueil des urgences, et un appareil supplémentaire est positionné à Montargis. La répartition des implantations à Orléans est adaptée tenant compte de l'ouverture du futur hôpital nord. Enfin, les OQOS de l'Indre et Loire diminuent d'un appareil, l'installation des équipements autorisés répondant aux besoins.

Lorsque tous les appareils auront été installés, le taux moyen régional d'équipements installés passera de 15.4 scanners par millions d'habitants fin 2010 (de 12.3 dans le Loir et Cher à 17.1 dans l'Indre et Loire) à 19,8 scanners par millions d'habitants (de 18.9 dans l'Eure et Loir et l'Indre et Loire à 21.5 dans l'Indre). Les disparités observées actuellement entre les différents territoires auront diminué de façon très importante.

IRM

Les nouvelles demandes d'autorisation ainsi que les renouvellements d'autorisation seront analysés au regard de l'intérêt que présentent les IRM spécialisées corps entier, plus efficaces, qui pourront être installées en complément d'IRM polyvalentes.

Les OQOS actuels, révisés en 2010, ne permettront pas de satisfaire les besoins à cinq ans.

Des appareils supplémentaires pourront être positionnés : un dans l'Eure et Loir et l'Indre et Loire, deux dans le Cher et le Loir et Cher, quatre dans le Loiret. La répartition des implantations à Orléans est modifiée, tenant compte de l'ouverture du futur hôpital nord.

Lorsque tous les appareils auront été installés, le taux moyen régional d'équipements installés passera de 8.70 IRM par millions d'habitants début 2011 (de 4.29 dans l'Indre à 12 dans l'Indre et Loire) à 14.63 IRM par millions d'habitants (de 8.58 dans l'Indre à 16.95 dans le Loiret). Le sous équipement de l'Indre ne sera que très partiellement rattrapé en raison d'une démographie de radiologues particulièrement déficitaire.

Gamma caméra – scintigraphie

La faible densité de médecins spécialistes en médecine nucléaire, l'utilisation d'isotopes radioactifs et la maintenance des installations incitent à ne pas disperser les équipements.

Chaque territoire de santé dispose au minimum d'un équipement et deux appareils au moins peuvent y être autorisés.

Les OQOS actuels sont adaptés, laissant une possibilité d'autorisation d'un appareil supplémentaire à Châteauroux et Blois où un seul appareil est installé et d'un appareil à Tours doté déjà de cinq appareils.

Tomographies à émission de positons (TEP)

Chaque appareil est situé sur le même site qu'une installation de scintigraphie pour les raisons évoquées précédemment.

Des conventions organisent l'accès des différents établissements publics et privés à ces équipements. Ces conventions précisent notamment les conditions liées au transport des patients entre les différentes structures.

La région Centre dispose de deux appareils en fonctionnement : l'un au centre hospitalier régional universitaire de Tours, l'autre au centre hospitalier régional d'Orléans.

Trois autres appareils sont autorisés, à Chartres, Bourges et Tours. Une installation supplémentaire sera possible dans l'agglomération d'Orléans et une autre au nord du Loiret pour répondre notamment aux besoins en cancérologie.

Les deux appareils actuellement installés couvrent environ vingt pour cent des besoins de la région. Les sept appareils inscrits dans les OQOS satisferont aux besoins au terme du schéma.

2.5.2.3 Coopérations, continuité des soins et permanence des soins

Pour assurer la continuité et la permanence des soins, l'utilisation partagée des équipements par les professionnels de l'imagerie de statut public ou privé est encouragée.

Dans les établissements ayant des obligations de permanence des soins, l'autorisation ou le renouvellement de l'autorisation des équipements lourds est soumis à l'obligation d'assurer cette permanence des soins. Lorsqu'ils ne disposent pas de l'offre médicale suffisante en radiologie sur site, ces établissements mettent en place une télétransmission des images vers une structure pouvant assurer cette mission.

Lorsque l'accès à l'imagerie est réalisé sur un autre site, une convention de coopération décrit les modalités d'organisation et notamment celles liées au transport des patients entre les différentes structures.

L'organisation pratique de la permanence des soins est formalisée par les partenaires concernés au sein des territoires et de la région.

Le titulaire d'autorisation d'un équipement lourd implanté en dehors d'un établissement participe également à la continuité des soins 24h/24 au sein de la région, éventuellement par téléimagerie, dans le cadre d'un partenariat avec les établissements ayant une obligation d'accès à l'imagerie 24h/24. L'autorisation de l'équipement ou son renouvellement d'autorisation est examiné au regard des coopérations prévues.

Les établissements de référence mettent en place une télétransmission des images vers un centre d'expertise de niveau régional en vue d'obtenir des avis spécialisés.

Les établissements de proximité, mettent également en place une télétransmission des images vers un centre d'expertise de niveau territorial ou régional en vue d'obtenir ces avis.

Les établissements médicosociaux et toutes autres structures ayant des besoins d'accès à l'imagerie établissent une convention de coopération avec un plateau technique d'imagerie permettant de répondre à leurs besoins.

Ces conventions précisent notamment les conditions liées au transport des patients entre les différentes structures.

2.5.2.4 Le recours à la téléimagerie

Les principes :

- . Serveur régional d'échange et de stockage des images accessibles aux professionnels de l'imagerie
- . Concerne tous les établissements de soins ayant des obligations de permanence des soins et plus généralement les établissements ou structures souhaitant échanger des images dans un but de diagnostic ou d'expertise.

Les conditions de mise en œuvre :

La télé imagerie est caractérisée par la transmission d'images entre deux sites distants dans un but d'interprétation et de consultation. Elle concerne la radiologie conventionnelle, l'imagerie en coupe (scanner et IRM) et l'échographie pour tout ou partie de ces activités. Elle permet la transmission des images lorsque la présence médicale radiologique sur site n'est pas assurée. La téléimagerie permet également de développer la télé-expertise.

La téléimagerie ne doit pas remplacer sans raison valable un examen qui doit être pris en charge par un radiologue ou un échographiste local, notamment pour ce qui concerne les examens programmés. Elle est justifiée par l'état du patient, la continuité ou la permanence des soins ou plus généralement par des circonstances particulières de temps et de lieu. La téléimagerie est une modalité qui complète l'activité d'une structure de radiologie. Son emploi ne peut justifier l'installation ou le renouvellement d'équipements d'imagerie si le site ne dispose pas d'un temps de radiologue et/ou d'échographiste suffisant pour assurer le fonctionnement de cet équipement.

L'exercice de la téléimagerie s'appuie sur une organisation détaillée formalisée par des protocoles rédigés par les professionnels de santé concernés. Ces protocoles font l'objet de contrats transmis à l'ARS et soumis pour avis au comité régional de l'imagerie. Ils comportent notamment la description des stratégies diagnostiques, les modalités d'accompagnement et de surveillance du patient ainsi que les conditions techniques de réalisation de l'examen.

La téléimagerie constitue un des axes du développement de la télé médecine. Les solutions techniques et les organisations fonctionnelles sont mises en place par les partenaires, ARS, titulaires des autorisations et professionnels de santé, pour assurer, prioritairement, la permanence des soins pour tous les territoires. Un programme régional spécifique, partie intégrante du PRS, sera élaboré à cet effet.

La mise en œuvre de la téléimagerie nécessite la contractualisation de cette activité entre l'ARS et les structures concernées, en référence au cahier des charges régional portant sur la téléimagerie et en référence aux modalités décrites dans le programme télé médecine.

2.5.2.5 Les référentiels médicaux en imagerie

La diffusion des référentiels

Les référentiels de bonnes pratiques en imagerie médicale sont diffusés auprès des médecins généralistes, des radiologues et des médecins urgentistes.

La réalisation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

La réalisation d'EPP portant sur l'imagerie est encouragée.

2.5.2.6 La coopération entre professionnels (loi HPST)

La loi HPST a prévu la possibilité d'établir, sous l'autorité de l'ARS et après validation de la HAS, des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Ainsi des médecins radiologues et des manipulateurs d'électroradiologie ou des infirmiers pourront soumettre à l'ARS un protocole de coopération ou adhérer à un protocole de coopération déjà autorisé.

La mise en œuvre de cette disposition aiderait à faire face à la pénurie de médecins radiologues pour ce qui est de la réalisation de certaines échographies.

2.5.2.7 Les besoins de formation

La formation à l'échographie

La difficulté pour réaliser les échographies, notamment dans la cadre de la permanence des soins, peut être partiellement comblée en proposant aux médecins urgentistes une formation à l'échographie d'urgence.

Dans le cadre de la mise en œuvre de coopérations entre professionnels, un programme de formation ad hoc devra être validé par les professionnels de santé manipulateurs ou infirmiers concernés.

La formation à la télémagerie

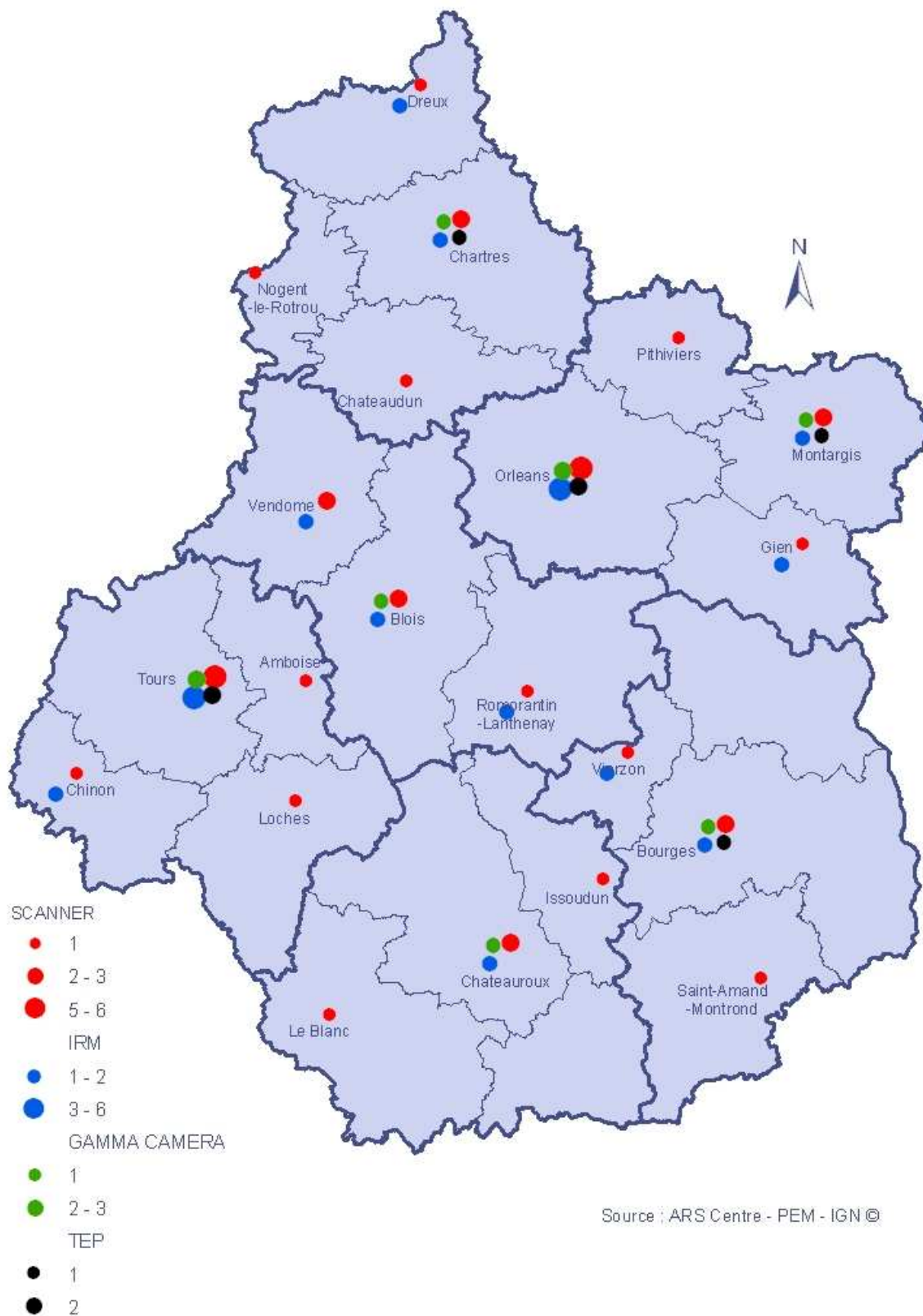
Des formations destinées aux manipulateurs d'électroradiologie sont nécessaires pour la maîtrise des procédures de télémagerie.

2.5.3 EVALUATION ET SUIVI

Indicateurs :

- Suivi annuel des implantations prévues
- Nombre et pourcentage d'IRM spécialisées
- Effectivité des tableaux de garde et astreintes
- Nombre de structures utilisant la télémagerie.

Implantation des équipements d'imagerie en région Centre à l'horizon 2016



SROS PRS - OQOS IMPLANTATIONS par territoire

IMAGERIE MEDICALE

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- ⇒ Répondre aux besoins en équipements et ainsi réduire les délais d'attente notamment pour l'accès à l'IRM
- ⇒ Promouvoir les IRM spécialisées
- ⇒ Optimiser la permanence des soins, notamment au travers d'une utilisation partagée des équipements par les professionnels de l'imagerie de statut public et privé
- ⇒ Organiser le recours à la téléimagerie (*en articulation avec le programme d'application télémédecine*)

PROPOSITION de REPARTION des IMPLANTATIONS par EML et par TERRITOIRE

TERRITOIRES	SCANNER		IRM		G CAMERA		TEP	
	Nombre Implan-tations	Nombre appareils	Nombre Implan-tations	Nombre appareils	Nombre Implan-tations	Nombre appareils	Nombre Implan-tations	Nombre appareils
CHER	4	6	3	5	1	2	1	1
Bourges	2	4	2	4	1	2	1	1
Saint Amand	1	1						
Vierzon	1	1	1	1				
EURE ET LOIR	6	8	3	5	1	2	1	1
Chartres	3	4	2	3	1	2	1	1
Châteaudun	1	1						
Dreux	1	2	1	2				
Nogent le Rotrou	1	1						
INDRE	4	5	1 ou 2	2	1	2	0	0
Châteauroux	2	3	1 ou 2	2	1	2	0	0
Issoudun	1	1						
Le Blanc	1	1						
INDRE ET LOIRE	9	11	7	9	3	6	2	2
Tours	6 dont Nord : 1 Centre : 3 Sud : 2	8	6 dont Nord : 1 Centre : 3 Sud : 2	8	3 dont Centre : 1 Sud : 2	6	2	2
Amboise	1	1						
Chinon	1	1	1	1				
Loches	1	1						

TERRITOIRES	SCANNER		IRM		G CAMERA		TEP	
	Nombre Implan-tations	Nombre appareils	Nombre Implan-tations	Nombre appareils	Nombre Implan-tations	Nombre appareils	Nombre Implan-tations	Nombre appareils
LOIR ET CHER	5	7	4	5	1	2	0	0
Blois	2	4	2	3	1	2	0	0
Romorantin	1	1	1	1				
Vendôme	2	2	1	1				
LOIRET	9 ou 10	13	6	11	3	6	3	3
Orléans	5 ou 6 dont Nord : 1 ou 2 Centre :2 Sud : 2	8	3	7 dont Nord : 2 Centre : 1 Sud : 3 Non positionné : 1	2	5	2 dont Nord : 1 Sud : 1	2
Gien	1	1	1	1				
Montargis	2	3	2	3	1	1	1	1
Pithiviers	1	1						

3. LES FILIERES

3.1 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES ET LA FILIERE ALZHEIMER

Le projet régional de santé instauré par la loi HPST, en regroupant les différents schémas régionaux, favorise une vision globale de la prise en charge des personnes âgées.

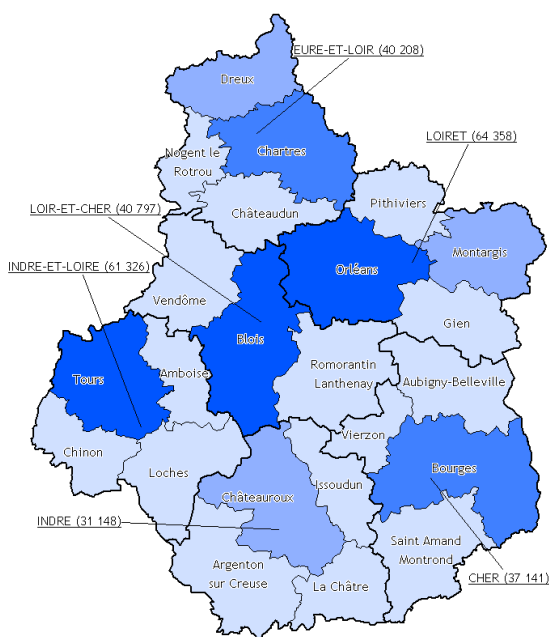
Ce volet propose un focus sur l'ensemble des dispositifs gériatriques mis en place progressivement au cours des SROS 2 et 3 dans les établissements sanitaires de la région et s'inscrit résolument dans l'approche transversale d'un parcours de soins coordonné, intégrant l'ensemble de la filière gériatrique, y compris ses composantes médico-sociales.

Ainsi, afin d'assurer une cohérence d'ensemble et tout particulièrement dans la réponse aux priorités identifiées dans le plan stratégique, les objectifs déclinés dans ce chapitre sont repris au sein du volet « Personnes Agées » du Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS).

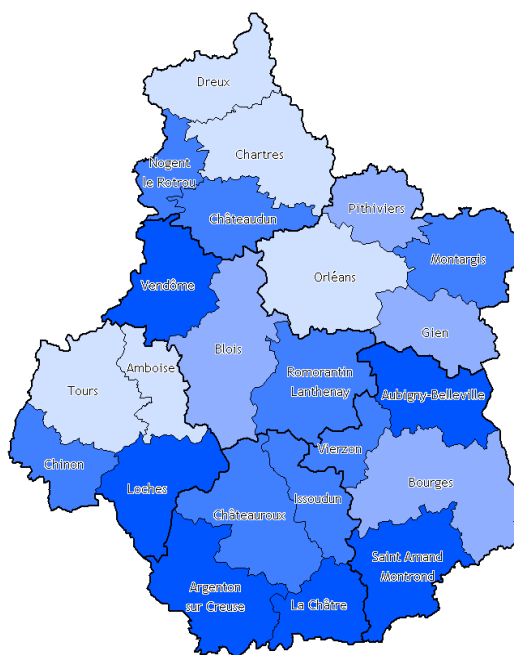
3.1.1 LE CONTEXTE

La région centre se caractérise par un vieillissement significatif de sa population, supérieur à la moyenne nationale, mais contrasté selon les territoires.

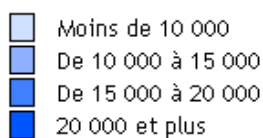
Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en région Centre en 2015



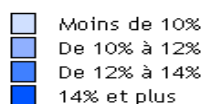
Taux de personnes âgées de 75 ans et plus par rapport à la population totale en région Centre en 2015



Nombre de personnes de plus de 75 ans



Taux de population de plus de 75 ans



- une population âgée importante en nombre près des agglomérations : Tours, Orléans, Blois ainsi que Bourges, Chartres, Montargis, Châteauroux et Dreux
- un vieillissement significatif en particulier au sud de la région, très marqué sur les zones de Loches, Argenton/Creuse, la Châtre, Saint Amand ainsi que Vendôme et Aubigny.

Une offre de soins gériatriques structurée répartie sur les six territoires

L'offre de soins gériatriques s'est fortement développée et structurée au cours des dernières années, conformément aux préconisations du SROS3 « volet personnes âgées » et en application des plans gouvernementaux (Plan Solidarité grand Age, plan Alzheimer).

Cela s'est traduit par la création et le renforcement des différents dispositifs gériatriques⁸, en particulier :

- les courts séjours gériatriques : le ratio de 1 lit pour 1000 habitants de + de 75 ans est globalement atteint. Complémentairement, l'organisation des consultations médico-psycho-sociales dans les ex-hôpitaux locaux a permis d'optimiser la prise en charge de proximité en articulation avec les courts séjours
- les équipes mobiles gériatriques : 1 équipe dans chaque établissement de référence siège d'une structure d'urgence et disposant d'un court séjour gériatrique
- les structures de diagnostic de la maladie d'Alzheimer : 1 CMRR (centre mémoire de ressource et de recherche) et 12 consultations mémoire labellisées, des antennes de proximité réparties sur le territoire permettent d'atteindre le ratio de 1 consultation pour 15 000 habitants de plus de 75 ans.

Au sein de chaque territoire de santé, la reconnaissance d'au moins une filière gériatrique regroupant l'ensemble des dispositifs prévus par la circulaire DHOS du 28 mars 2007, a été actée (voir fiche « Répartition des dispositifs »).

Ces évolutions ont eu lieu notamment, grâce à la prise de conscience progressive dans les établissements hospitaliers, de l'impact favorable d'une structuration de la prise en charge gériatrique sur le fonctionnement des autres services.

Cependant, l'articulation, la coordination et la lisibilité des dispositifs au sein de chaque territoire doivent encore être améliorés pour concourir au décloisonnement sanitaire et médico-social afin que le parcours de soins du patient âgé soit appréhendé dans sa globalité.

Les axes de développement concernent l'amélioration des actions de prévention comme le repérage précoce de la perte d'autonomie physique et psychologique quelque soit le lieu où se trouve la personne âgée (domicile, EHPAD, services hospitaliers...), la poursuite de l'identification et du renforcement des dispositifs gériatriques au sein des établissements, et également le déploiement des mesures du plan Alzheimer notamment en ce qui concerne la prise en compte des troubles du comportement, avec une meilleure connaissance par les familles et les professionnels de l'offre existante.

⁸ *Les dispositifs de prise en charge mis en place au sein des structures sanitaires (consultations médico-psycho-sociales, courts séjours gériatriques, pôles d'évaluation, équipes mobiles gériatriques intervenant aux urgences et dans les services, ne sont pas soumis à autorisation mais sont reconnus sur la base des annexes à la circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.*

Les consultations mémoire peuvent faire l'objet d'une labellisation sous réserve du respect du cahier des charges rattaché à la circulaire du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer.

Les soins de suite avec mention de spécialité gériatrique traités dans le cadre du volet SSR de ce schéma font en revanche l'objet d'une autorisation.

3.1.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

L'organisation de l'offre de soins en direction des personnes âgées doit s'appuyer sur les constats suivants :

- une progression de l'espérance de vie à la naissance (77,5 ans pour les hommes et 84,6 ans pour les femmes)
- le souhait pour une forte majorité des personnes âgées de rester vivre le plus longtemps possible à domicile et donc une entrée de plus en plus tardive en institution, le plus souvent motivée par l'apparition de troubles cognitifs et troubles du comportement
- un afflux croissant de personnes âgées aux urgences provenant du domicile (ou EHPAD) avec dans certains cas, l'identification de facteurs évitables
- une difficulté d'orientation des patients à l'issue de la phase aiguë de la prise en charge

3.1.2.1 Favoriser le dépistage précoce des facteurs de fragilité pour prévenir la perte d'autonomie

Le concept de fragilité est multidimensionnel et regroupe des facteurs liés à l'âge, à l'état de santé, à l'environnement familial et social.

Ces facteurs concernent tout particulièrement les troubles de la marche et les chutes, la dénutrition, l'incontinence, une mauvaise observance thérapeutique ou une complication iatrogénique, mais également l'arthrose et l'ostéoporose, les pertes sensorielles (vision, audition), la dépression, l'isolement social.

Le temps d'évaluation nécessaire et le recours à une équipe pluridisciplinaire ne permet pas -ou difficilement- aux médecins libéraux de réaliser ces consultations spécifiques et le recours aux dispositifs hospitaliers devient alors nécessaire, notamment les consultations médico-psycho-sociales, les pôles d'évaluation (réalisation de bilans), les consultations mémoire ...

Pour cela, l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants doit être améliorée et le maillage territorial doit être renforcé afin de limiter les délais de rendez-vous et améliorer l'accès aux soins.

Actions :

- Informer et mettre à disposition des médecins généralistes un numéro d'appel pour avis gériatrique auprès des médecins gériatres hospitaliers
- Elaborer un guide des ressources régional et par territoire, à destination des professionnels et des usagers, regroupant : un annuaire des différents types d'offre (champs sanitaire, médico-social, social) et des fiches techniques descriptives par type de dispositif reprenant les missions, le profil de public accueilli, le plateau technique, les prises en charge (limites ou exclusions), les complémentarités.
- Mettre en place une équipe mobile extra hospitalière par territoire sur la base d'un cahier des charges régional en tenant compte des particularités de chaque territoire. Cette équipe aura vocation à venir en appui des médecins généralistes en complémentarité des dispositifs existants sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

3.1.2.2 Poursuivre le développement des dispositifs de la filière gériatrique

La reconnaissance de filières gériatriques dans tous les territoires de la région centre constitue une évolution significative dans la prise en charge graduée des patients âgés. Cependant, un renforcement du maillage doit être réalisé pour permettre l'organisation d'une offre adaptée aux besoins de proximité.

En effet, le développement de l'offre régionale reste inégal selon les territoires voire insuffisante dans certaines zones, en lien avec le difficile recrutement de gériatres mais aussi parfois du fait de la prise de conscience tardive de certaines équipes médicales de l'utilité du développement de l'offre gériatrique en dépit d'une population âgée.

Rappel des définitions de chaque dispositif en référence à la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, au Plan Solidarité grand Age et aux fiches établies par le comité régional d'experts en gériatrie (CREG)

La filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité, mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.

L'établissement « support » de la filière gériatrique comporte : une structure d'urgence, un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de consultations et d'hospitalisation gériatrique de jour, un SSR Gériatrique, une USLD.

Ses missions recouvrent :

- les **hospitalisations non programmables** prises en charge par les urgences associées aux équipes mobiles de gériatrie et les courts séjours gériatriques,
- les **hospitalisations programmables** prises en charge selon le cas par les services de court séjour gériatrique, médecine des HL, SSR avec un relais possible par SLD, HAD, EHPAD,
- les **bilans réalisés à froid**, relevant de l'hospitalisation de jour ou de la consultation gériatrique (possibilité bilan en court séjour si isolement)

La **consultation médico-psycho-sociale** est réalisée par un gériatre au sein d'un établissement (CH, établissement de proximité, SSR...). Elle a pour mission de dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant et proposer une prise en charge adaptée.

A ce titre, elle constitue une interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville.

Le **pôle d'évaluation gériatrique** réalise grâce à une équipe pluridisciplinaire des bilans spécifiques sur la base d'une évaluation gériatrique standardisée à partir d'outils validés, dans le cadre d'une hospitalisation de jour au sein d'une structure disposant d'un plateau technique minimum.

Le **court séjour gériatrique** assure la prise en charge en hospitalisation complète de patients âgés atteints de polyopathologies, avec dépendance ou risque de dépendance physique et/ou psychique, voire problèmes sociaux surajoutés dans le cadre d'une approche globale par une équipe pluridisciplinaire formée à la médecine gériatrique.

L'hospitalisation intervient en admission directe de préférence, pouvant être programmée, après contact préalable entre le médecin traitant et le praticien hospitalier

L'**équipe mobile gériatrique intra-hospitalière** fonctionne au sein d'une structure hospitalière siège d'un service d'accueil des urgences et disposant d'un court séjour gériatrique. Elle intervient auprès des patients âgés en étroite collaboration avec les équipes hospitalières. Elle apporte un avis spécialisé dans la prise en charge et l'orientation des PA

Les soins de suite gériatriques accueillent en hospitalisation complète ou partielle (hospitalisation de jour) des patients âgés, avec risques de décompensation, relevant d'une ou plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique difficilement réversible.

Les patients sont pris en charge à l'issue d'une hospitalisation en court séjour afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle garantissant le retour dans le milieu de vie (en cours de séjour dans une structure médico-sociale, au domicile).

Actions :

Améliorer l'accès aux soins

- impulser une véritable politique gériatrique au sein des établissements afin de mettre en place et développer les consultations, les pôles d'évaluations, les courts séjours gériatriques en particulier sur les zones « fragiles » et /ou déficitaires : Châteaudun, Issoudun, le Blanc, Romorantin, Nogent le Rotrou, La châtre
- renforcer les capacités d'accueil en court séjour gériatrique (CHU...)
- renforcer les partenariats entre CH de référence et CH de proximité afin, le cas échéant de mutualiser les équipes, organiser des consultations avancées de gériatrie...

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- anticiper les sorties de court séjour en prévoyant la mise en œuvre de solutions adaptées et éviter ainsi les ré-hospitalisations
- formaliser les liens avec les services de soins de suite gériatriques pour développer les filières de soins et favoriser la cohérence du parcours de soins du patient
- assurer en interne une articulation avec les équipes de soins palliatifs pour rendre accessible une offre de soins homogène et harmonieuse aux patients hospitalisés requérant des soins palliatifs en hospitalisation complète
- développer les partenariats entre les structures sanitaires et médico-sociales : modalités d'admission directe en court séjour gériatrique, protocoles d'intervention des équipes psychiatriques...et limiter ainsi les hospitalisations en urgence

Améliorer l'efficacité

- développer les coopérations et les complémentarités entre les acteurs et améliorer la transmission de l'information entre eux
- identifier et faire connaître par territoire, les actions de formation et d'information.

3.1.2.3 Déployer les dispositifs préconisés dans le Plan Alzheimer 2008-2012

La maladie d'Alzheimer se caractérise par la perte progressive de la mémoire, des fonctions cognitives, et s'accompagne de troubles du comportement. Elle aboutit à une dépendance totale. Les troubles liés à la maladie évoluent et s'aggravent progressivement au cours du temps.

La maladie touche aussi des sujets jeunes. L'amélioration du repérage rapide des personnes atteintes constitue un enjeu essentiel pour réduire l'errance diagnostique et limiter l'évolution de la maladie et ses conséquences sur la vie sociale des malades et des aidants. L'accès le plus rapide aux techniques innovantes, la mise en place de structures spécifiques de réhabilitation cognitivo-comportementale et d'unités d'accueil et de répit constituent des priorités essentielles pour l'amélioration de la prise en charge des ces malades.

La circulaire DHOS/01/02/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008, relative au volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012, a précisé les actions à mettre en œuvre.

Une structuration des lieux de diagnostic de la Maladie d'Alzheimer et des maladies dites apparentées a été réalisée :

- les consultations mémoire qui permettent l'amélioration de l'accès au diagnostic
- les Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) qui doivent assurer une triple mission : clinique, enseignement, recherche. Leur fonctionnement repose sur l'étroit partenariat entre les disciplines médicales de Neurologie, Gériatrie et Psychiatrie.

Chacune de ces deux structures a des missions bien définies :

Les consultations mémoire ont pour missions d'affirmer un trouble mnésique, de diagnostiquer un syndrome démentiel et le type de démence, de rassurer les personnes exprimant une plainte mnésique n'ayant pas de syndrome démentiel et leur proposer un suivi. Elles doivent aussi identifier les situations complexes justifiant le recours au CMRR, mettre en place un projet de soins personnalisé, participer au suivi des personnes malades, en partenariat avec les médecins de ville (généralistes, neurologues, psychiatres...)

Le CMRR (centre mémoire de ressources et de recherche) est une structure de recours pour les consultations mémoire et les spécialistes, pour les cas difficiles. Il doit aussi développer les travaux de recherche, assurer les formations universitaires, participer à la formation des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles démentiels, assurer l'information au grand public, structurer et animer un dispositif régional et/ou interrégional en partenariat avec les consultations mémoire, aborder et traiter les questions à caractère éthique.

En région centre, les consultations mémoire se sont peu à peu développées permettant ainsi de répondre au plus près aux besoins de la population (1 consultation mémoire / 15 000 habitants de plus de 75 ans). Douze consultations mémoire sont actuellement labellisées, réparties sur l'ensemble de la région Centre.

Le CMRR est localisé au CHRU de Tours, qui assure aussi la mission de Consultation Mémoire de proximité pour l'Indre et Loire. CMRR et Consultations mémoire fonctionnent en partenariat.

Les unités cognitivo-comportementales (UCC) :

Le plan national "Alzheimer et maladies apparentées" 2008-2012 prévoit également la création d'unités spécialisées au sein des services de soins de suite et réadaptation (SSR), dans le cadre de la mesure n° 17.

Ces unités « cognitivo-comportementales » sont destinées à accueillir des sujets atteints de maladie d'Alzheimer, en situation de « crise » à l'occasion d'un problème médical ayant conduit à la décompensation de la pathologie. Situées au sein même des SSR, elles ont pour objet la prise en charge spécifique des patients en termes de réhabilitation, afin de pouvoir envisager un retour à domicile dans les meilleures conditions.

Pour la région Centre, 5 unités en 5 ans ont été programmées et 3 sont déjà opérationnelles.

Les Unités d'hébergement renforcées (UHR) :

Les unités d'hébergement renforcées (UHR) sont des unités spécifiques pouvant être mises en place dans les Etablissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les unités de soins de longue durée (USLD) en référence à la mesure 16 du plan Alzheimer et la circulaire d'application du 6 juillet 2009.

Ces unités peuvent accueillir jusqu'à 20 patients dans les USLD se caractérisent par :

- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères
- la présence d'un personnel qualifié, formé et soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades
- l'élaboration d'un projet adapté de soin et d'un projet de vie personnalisé
- la participation de la famille et des proches

L'UHR fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères. L'UHR est un lieu d'hébergement séquentiel pour ces personnes qui sortiront de cette unité en cas d'amélioration notable des troubles.

En région centre, l'objectif est de 14 à 15 UHR dont 9 au sein des USLD (3 par an) entre 2010 et 2012.

Action :

Poursuite de la mise en place des dispositifs en région centre.

IMPLANTATIONS des dispositifs par territoire

Les Pathologies du vieillissement dont la maladie d'Alzheimer

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- ⇒ Favoriser le dépistage précoce des facteurs de fragilité pour prévenir la perte d'autonomie et éviter les hospitalisations en urgence
- ⇒ Poursuivre le développement des dispositifs de la filière gériatrique
- ⇒ Développer les coopérations et les complémentarités entre les différents acteurs de la prise en charge afin de fluidifier la filière de prise en charge et éviter notamment les séjours prolongés en hospitalisation et les ré-hospitalisations
- ⇒ Mettre en œuvre en région centre, les différents dispositifs prévus par le plan Alzheimer : renforcer les consultations mémoire, créer les unités cognitivo-comportementales dans les SSR et développer les unités d'hébergement renforcé au sein des USLD
- ⇒ Organiser l'intervention des équipes de soins palliatifs dans les services pour les soignants intervenants auprès des patients en fin de vie

REPARTITION DES DISPOSITIFS GERIATRIQUES

18 - CHER Secteurs infra-territoriaux	Consultation	Pôle d'évaluation	Court séjour G	EMG	SSR	USLD
BOURGES	X	X	X	X	X	X
VIERZON	X	X	X	X*	X	X
St AMAND	X	X	X		X	X
AUBIGNY (Sancerre)	X				X	X
* équipe mobile gériatrique fonctionnant avec une IDE + équipe d'appui Soins palliatifs (EADSP)						
Le CHER est le territoire dont le maillage gériatrique est le plus abouti (3 filières gériatriques)						

28 – EURE et LOIR Secteurs infra-territoriaux	Consultation	Pôle d'évaluation	Court séjour Gériatrique	EMG	SSR	USLD
CHARTRES	X	X	X	X	X	X
DREUX	X	X	X	X	X	X
CHATEAUDUN	X		X			X La Loupe
NOGENT/BONNEVAL						X
+ équipe d'appui Soins palliatifs (EADSP)						
L'EURE et LOIR dispose de 2 filières gériatriques. L'organisation de la prise en charge gériatrique doit être impulsée sur Chateaudun et Nogent le Rotrou						

36 - INDRE Secteurs infra-territoriaux	Consultation	Pôle d'évaluation	Court séjour Gériatrique	EMG	SSR polyvalent	USLD
CHATEAUROUX	X	X	X	X	X	X
ISSOUDUN	X	X	X		X	X
LE BLANC	X		X		X	X
LA CHATRE	X				X	
+ équipe d'appui Soins palliatifs (EADSP)						
1 seule filière gériatrique sur CHATEAUROUX dans l'INDRE ; les autres zones sont confrontées aux difficultés de recrutement de gériatres.						

37 – INDRE et LOIRE Secteurs infra-territoriaux	Consultation	Pôle d'évaluation	Court séjour Gériatrique	EMG	SSR	USLD
TOURS	X	X	X	X	X	X
AMBOISE/ CHATEAURENAULT	X	X	X sur chaque site		X	
CHINON	X		X		X	X
LOCHES	X	X	X		X	
+ équipe d'appui Soins palliatifs (EADSP)						
1 deuxième filière gériatrique sera reconnue en 2012 sur le territoire de l'INDRE et LOIRE – Le court séjour est à renforcer sur Tours et l'offre à identifier et développer sur Loches.						

41 – LOIR et CHER Secteurs infra-territoriaux	Consultation	Pôle d'évaluation	Court séjour Gériatrique	EMG	SSR	USLD
BLOIS	X	X	X	X	X	X
VENDOME	X		X		X	
ROMORANTIN	X				X	X
+ équipe d'appui Soins palliatifs (EADSP)						
Le LOIR et CHER dispose de 2 filières gériatriques qui restent à conforter notamment au niveau des pôles d'évaluation. L'offre est à construire sur Romorantin.						

45 - LOIRET Secteurs infra-territoriaux	Consultation	Pôle d'évaluation	Court séjour Gériatrique	EMG	SSR	USLD
ORLEANS	X	X	X	X	X	X
MONTARGIS	X	X	X	X	X	X
GIEN/SULLY/ BRIARE	X				X	X
PITHIVIERS	X				X	X
+ équipe d'appui Soins palliatifs (EADSP)						
Le LOIRET dispose de 2 filières gériatriques. L'offre doit être développée sur Pithiviers et confirmée sur l'est du département.						

REPARTITION DES DISPOSITIFS SPECIFIQUES ALZHEIMER « volet sanitaire »

Territoires	CMRR	Consultations mémoire	Unités cognitivo- comportementales	Unités d'hébergement renforcé / USLD
18 - CHER		3 labellisées + 1	1	2
28 – EURE et LOIR		2 labellisées + 1	1	1 à 2
36 - INDRE		1 labellisée + 1		1
37 – INDRE et LOIRE	X (Tours)	3 labellisées + 1	1	1
41 – LOIR et CHER		2 labellisées	1	2
45 - LOIRET		2 labellisées dont 1 mutualisée à l'est du territoire	1	2
Objectif régional		1 pour 15 000 Hab de 75 ans et +	5	9

3.2 LES TRAUMATISMES CRANIO CEREBRAUX

3.2.1 LE CONTEXTE

La population des traumatisés crânio-cérébraux recouvre **trois grandes catégories** de blessés, légers, modérés graves, chacune d'entre elles nécessitant une prise en charge adaptée. La classification en « légers, modérés graves », repose sur des critères cliniques bien établis, et sur l'imagerie.

Les traumatisés crânio-cérébraux légers représentent 70 à 80 % de l'ensemble des traumatisés crânio-cérébraux. C'est une population jeune 15 30 ans, très mal connue sur le plan épidémiologique, dont la prise en charge est difficile car ils échappent rapidement au système de soin. Ces blessés ont un suivi très insuffisant alors que les séquelles à moyen long terme peuvent être réelles : la « légèreté » initiale ne préjuge pas de l'évolution ultérieure du patient :

- 80 % des traumatisés crânio-cérébraux légers récupèrent spontanément, entre trois et six mois.
- 20 % d'entre eux, garderont des séquelles de leur traumatisme dont le syndrome postcommotionnel (céphalées, vertiges, fatigabilité intellectuelle).

Il est possible dans le cadre d'un suivi précoce d'identifier les patients qui auront plus de difficultés à récupérer, de façon à prévenir, par une prise en charge adaptée, l'aggravation progressive de leur état.

Les traumatisés crânio-cérébraux modérés représentent 8 % de l'ensemble des traumatisés crâniens. Ils doivent être distingués des traumatisés crânio-cérébraux légers: leurs troubles cognitifs récupèrent plus lentement, habituellement entre 3 à 12 mois. Certains d'entre eux gardent des séquelles cognitives à terme.

Les traumatismes crânio-cérébraux graves s'accompagnent de coma d'emblée et entraînent généralement la mort dans plus de 50% des cas. Parmi les survivants, 30% ont des chances de récupération moyennes voire bonnes après 6 mois.

▪ Séquelles variables des traumatismes crânio cérébraux : parfois « invisibles »

Les formes les plus évidentes vont du coma persistant à l'état végétatif chronique ou l'état pauci-relationnel. Les séquelles physiques comme par exemple troubles moteurs, amputation du champ visuel... Le plus souvent, ces séquelles visibles disparaissent ou régressent fortement et rapidement. Le blessé peut avoir alors une apparence qui, à tort, laisse penser à une absence de séquelles

L'atteinte cognitive ou intellectuelle est souvent très conséquente. Elle associe, à des degrés divers, des difficultés mnésiques, des troubles de l'attention et de la concentration, des difficultés de planification et d'organisation, des troubles du raisonnement. Le diagnostic n'est pas toujours aisé et nécessite parfois une analyse fine, voire une mise en situation notamment professionnelle.

Les troubles du comportement vont d'une apathie extrême à des troubles des conduites sociales par désinhibition qui peuvent cohabiter chez le même patient.

Les séquelles intellectuelles et comportementales constituent un frein considérable à la réinsertion familiale, professionnelle et sociale de la personne. Elles génèrent un handicap « invisible », difficile à appréhender pour l'entourage et souvent nié par la personne.

▪ Estimations population concernée région Centre

L'application à la région Centre des données nationales conduit à une estimation de 6 500 hospitalisations pour traumatismes crânio-cérébraux légers ou modérés, plus rarement graves (environ 350 patients).

▪ **Les dispositifs du secteur sanitaire**

- Chaque territoire de santé dispose d'au moins un établissement permettant l'accueil à la phase initiale des patients traumatisés crâniens quel que soit le degré de gravité.
- 2 services de neurochirurgie sont autorisés en Région Centre. Lorsque l'avis est nécessaire, les établissements se tournent vers les 2 services régionaux (Tours et Orléans) mais également vers Rouen, notamment pour le CH de Dreux dans le cadre d'une collaboration sur le transfert d'images.
- Les médecins rééducateurs des SSR se déplacent au sein des réanimations et en neurochirurgie, dès lors qu'ils sont peu éloignés géographiquement.
- 6 unités Etats Végétatifs Chroniques/Etat Pauci-Relationnel (EVC/EPR) autorisées et installées avec secteur d'éveil, soit une unité dans chaque territoire de santé (au sein de 11 SSR disposant de l'autorisation d'activité de SSR avec mention prise en charge spécialisée affections du système nerveux et affections de l'appareil locomoteur, à l'exception du SSR de l'Hospitalet dans le Loir et Cher qui ne dispose pas de cette autorisation spécifique appareil locomoteur, mais qui reste le SSR de la région pouvant accueillir les cérébrolésés et traumatismes médullaires pouvant nécessiter une suppléance des fonctions vitales)

▪ **Les dispositifs du secteur médico-social**

Plusieurs établissements ou services médico sociaux (ESMS) ou sociaux, en lien avec l'offre développée par les Conseils Généraux, accueillent des patients traumatisés crâniens

Au 31 février 2010, on dénombrait **690 places dont 483 en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), 150 en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et 57 en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) sont « labellisées » pour une prise en charge spécifique d'adultes polyhandicapés et d'adultes atteints d'un traumatisme crânien.** La répartition par territoire est la suivante :

Nbre de places	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre
MAS	58	62	0	151	60	152	483
FAM	0	70	40	40	0	0	150
SAMSAH	0	0	0	38	0	19	57
TOTAL	58	132	40	229	60	171	690

Cet équipement est complété par une équipe mobile pour cérébro lésés qui intervient sur trois départements de la région : Indre, Indre-et-Loire et Loir-et-Cher.

Au 31 décembre 2009, la file active s'élevait à 91 personnes suivies : 68.9 % personnes domiciliées en Indre-et-Loire, 20.3 % personnes domiciliées dans le Loir-et-Cher, et 10,6 % personnes dans l'Indre. Les personnes traumatisées crâniennes restent majoritaires 72.8 % dans le suivi, les autres présentant des séquelles d'accident vasculaire.

L'équipe mobile est constituée d'un temps

- De médecin assurant la coordination
- De neuropsychologue
- D ergothérapeute
- D'assistante sociale
- De secrétaire médicale (
- D'éducatrice spécialisée

En revanche, Il n'existe pas encore d'unité expérimentale d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) en région Centre ; un projet est en attente de financement.

Le public des traumatisés crâniens représentent un peu plus de 10% des personnes accueillis en CRP

Enfin un grand nombre des traumatisés crâniens vit à domicile, certains bénéficient de SAVS

Synthèse des points forts de la prise en charge :

- Le développement de l'offre ces 5 dernières années avec notamment la mise en place de 6 unités EVC EPR, soit une unité dans chaque territoire de la région, et l'existence d'un réseau informel entre ces structures.
- Des structures médico sociales ayant développé des prises en charge spécifiques.

Synthèse des points faibles de la prise en charge

- Le recensement réel du nombre de patients traumatisés crâniens et de leurs besoins en l'absence de système d'information partagé et ou de registre. Ce point n'est pas spécifique à la région Centre
- Une filière de prise en charge et dispositifs existants mal connus des professionnels et usagers. Plusieurs dispositifs intégrant la filière de prise en charge de ces patients sont déjà mis en œuvre en région Centre mais ni les acteurs de terrain, ni les usagers, disposent à ce jour d'une visibilité de l'offre existante
- La persistance de zones de rupture tout au long du parcours de ces publics :
 - La consultation de suivi précoce des traumatisés crâniens légers n'est pas mise en place
 - Les traumatisés crâniens légers ne bénéficient pas d'un suivi organisé et programmé, il est donc difficile de repérer et prendre en charge les 20% de ces patients qui sont à risque de présenter des séquelles qui vont retentir sur leur qualité de vie sociale et professionnelle.
- L'UEROS non encore financée ce qui ne facilite pas le développement de projets réinsertion professionnelle de ce public
- Trois départements non couverts par l'offre multidisciplinaire d'une équipe mobile
- L'avis précoce en réanimation d'un médecin de rééducation fonctionnel complexe dans le Loiret du fait de l'éloignement géographique des structures entre elles et des problèmes démographiques
- Des coordinations entre les différents secteurs sanitaires et médicosociaux à renforcer

3.2.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

Les objectifs de ce volet du SROS doivent permettre d'apporter des réponses au diagnostic posé précédemment. En outre, ils s'inscrivent dans les priorités arrêtées dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), et notamment celles définies pour le domaine Autonomie : **Améliorer les réponses aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap et Promouvoir une prise en charge de qualité et sécurisée**

Le contenu de ce volet transversal du SROS PRS a été élaboré à partir

- Des constats issus du bilan du SROS 3
- Des données issues de l'enquête IGAS de juillet 2010 « traumatisés crâniens »
- Des constats réalisés par l'étude du CREAL en 2007
- Des constats issus des différents groupes de travail ayant contribué aux travaux du plan stratégique régional de santé : aux travaux du SROS PRS notamment les volets réanimation, soins intensifs surveillance continue, Imagerie, SSR, et du SROMS au sein des groupes régionaux et départementaux,
- Des constats effectués par les représentants des usagers
- Des constats et préconisations des associations de traumatisés.

3.2.2.1 L'identification d'une filière graduée de prise en charge

La prise en charge doit être coordonnée et s'inscrit dans la durée. Elle doit être assurée par une équipe multidisciplinaire, formée aux spécificités de cette pathologie. Le dépistage des séquelles éventuelles est une priorité.

La prise en charge des traumatismes crânio-cérébraux en région Centre s'appuie sur les préconisations du SROS 3 qui restent d'actualité, les différents dispositifs du champ sanitaire, médicosocial et social existants.

Sur le versant hospitalier de la prise en charge, le SROS 3 préconisait d'identifier une filière pour les traumatisés crâniens avec graduation de la prise en charge selon le degré de gravité du traumatisme et ce dès la phase pré-hospitalière.

► **PHASE PRÉ-HOSPITALIÈRE: PHASE D'ÉVALUATION ORIENTATION**

Après appel du centre 15 la régulation du SAMU organise les transports et veille à l'orientation du patient vers l'établissement le plus adapté à sa prise en charge en fonction des éléments recueillis.

Lors de la prise en charge initiale pré-hospitalière le patient traumatisé crânien bénéficie d'une évaluation clinique globale basée sur les recommandations de l'HAS

Les traumatisés crâniens légers sont orientés vers le service hospitalier le plus proche autorisé pour l'accueil des urgences, et permettant vingt-quatre heures sur vingt-quatre la réalisation d'un scanner cérébral et l'interprétation des images par un radiologue formé à la neuro-traumatologie.

Les traumatisés crâniens modérés et graves sont orientés vers le service d'un établissement disposant d'un service des urgences autorisé, d'une réanimation et d'un accès au plateau technique d'imagerie identique à celui décrit ci-dessus.

► **EN PHASE HOSPITALIÈRE: BILAN DES LÉSIONS**

Les traumatisés crânio-cérébraux légers (70 à 80% des traumatisés crâniens):

Le bilan effectué aux urgences déterminera s'il y a lieu ou non de réaliser un scanner et d'hospitaliser le patient.

Dans un deuxième temps, une consultation auprès d'un médecin formé à la prise en charge des traumatisés crânio-cérébraux secondé par un neuropsychologue est indispensable pour évaluer les capacités neuropsychologiques et de rechercher les facteurs de risques d'une évolution défavorable.

Les traumatisés crânio-cérébraux modérés (5% des traumatisés crânio-cérébraux) :

Ils bénéficient d'un accès rapide à l'imagerie. En cas de lésions visibles au scanner l'avis neurochirurgical est nécessaire en vue d'un éventuel transfert en neurochirurgie.

Les traumatisés crâniens graves :

Ils sont pris en charge par l'équipe responsable du déchoquage chargée d'assurer le maintien des fonctions vitales et d'évaluer les éventuelles lésions associées en lien avec l'équipe de réanimation. L'accès au scanner sans délai permet le bilan des lésions cérébrales et rachidiennes. L'avis neurochirurgical est nécessaire.

Pour les traumatisés crânio-cérébraux modérés et graves, si l'établissement ayant accueilli le patient ne dispose pas de neurochirurgien, l'avis téléphonique s'appuie sur la transmission des images. Si le transfert du patient est indiqué le délai doit être le plus court possible.

Tous les patients traumatisés crâniens modérés ou graves bénéficient d'un avis précoce par l'équipe de rééducation fonctionnelle permettant la mise en place de soins spécifiques et organisant l'orientation secondaire en SSR spécialisé loconeuromoteur.

L'accompagnement des familles est organisé dès la phase aiguë dans le respect de la « charte d'accueil » pour les familles des traumatisés crâniens.

► PHASE DE RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FONCTIONNELLES EN SERVICE DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION (SSR mention neuro locomoteur)

Elle concerne principalement les traumatisés crânio-cérébraux modérés et graves.

Les traumatisés crânio-cérébraux modérés présentent souvent des troubles cognitifs dont la récupération est lente, habituellement 3 à 12 mois, et certains d'entre eux gardent des séquelles.

Les traumatisés crânio-cérébraux graves sont orientés à la sortie du court séjour vers un service de SSR physique et de réadaptation non spécialisé ou vers une unité d'éveil en fonction de l'état de conscience.

Deux types d'unités spécifiques destinées aux patients présentant les séquelles les plus lourdes seront individualisés:

- le secteur d'éveil,
- les unités pour patients en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC/EPR).

Le secteur d'éveil

Il accueille les traumatisés crânio-cérébraux non dépendants d'une technique de ventilation artificielle, en phase végétative ou présentant des troubles de la conscience. Le secteur d'éveil a des caractéristiques spécifiques : il est installé au sein d'un service de SSR avec mention neurologique disposant d'une unité d'état végétatif chronique ou d'état pauci-relationnel rattachée.

il est situé à proximité d'un service de réanimation ou à défaut, une convention organise la coopération avec un service de réanimation. L'accès à des avis multidisciplinaires (réanimateur, neurologue, psychiatre, neurochirurgien, pneumologue...) est formalisé.

Il est individualisé sur le plan fonctionnel car il nécessite une organisation spécifique et un encadrement renforcé en personnel. Toutefois l'individualisation physique de lits n'est pas indispensable. il dispose de matériel de surveillance respiratoire, hémodynamique, thermique et nutritionnelle, du matériel pour les gestes d'urgence et d'un appareil de ventilation.

L'évolution des traumatisés crânio-cérébraux graves au sein de la structure d'éveil peut se faire:

- vers l'aggravation, avec retour si nécessaire en service de réanimation,
- vers une amélioration : la rééducation est alors poursuivie en SSR spécialisé et la sortie est organisée vers le domicile ou une structure médico-sociale,
- vers la chronicité : la sortie du patient de SSR spécialisé peut se faire en fonction du souhait de la famille et de l'état du patient vers le domicile ou une unité pour état végétatif chronique ou état pauci relationnel.

L'unité pour patients en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC/EPR)

L'unité accueille des patients en état végétatif chronique ou état pauci-relationnel. La chronicité est définie par le maintien de cet état au bout de 12 à 18 mois. Ces patients ne peuvent pas s'exprimer, sont totalement dépendants et ne peuvent pas assumer seuls la toilette, l'alimentation, l'habillage, le déshabillage, les transferts, les déplacements...

L'objectif de prise en charge somatique est triple: suppléer les dépendances, prévenir les complications d'immobilisation, de dénutrition et respiratoires, maintenir les acquis ou les développer pour les patients pauci-relationnels.

L'unité d'état végétatif chronique/état pauci-relationnel a des caractéristiques techniques spécifiques. D'une capacité de 6 à 8 lits elle est adossée à un service de soins de suite et réadaptation spécialisé (mentions neuro-locomoteur). Un lit dédié au répit est installé dans chaque unité d'état végétatif chronique ou d'état paucirelationnel. Il répond aux besoins des familles accueillant des patients en état végétatif chronique ou pauci-relationnel. Ce lit permet une prise en charge temporaire anticipée et programmée d'une durée d'environ 30 jours contractualisée avec la famille.

► EN PHASE POST HOSPITALIÈRE

Le suivi des soins est assuré par la mise en place d'équipes mobiles

L'équipe mobile

L'équipe mobile prend en charge des patients victimes de traumatismes crânio-encéphaliques présentant des séquelles importantes et exceptionnellement des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux dont le tableau clinique est proche de celui des traumatisés (sujets jeunes avec séquelles cognitives majeures).

L'équipe mobile intervient au sein des structures médico-sociales ou au domicile du patient, à la demande de la structure médico-sociale ou du médecin traitant en partenariat avec la famille.

L'équipe mobile a quatre missions :

- évaluer l'état global du patient par une approche pluridisciplinaire,
- réadapter le projet de soins si besoin, en partenariat avec les différents intervenants dont le médecin traitant,
- accompagner la famille ou la structure d'aval,
- soutenir les professionnels.

La composition de l'équipe mobile est pluridisciplinaire. Elle doit pouvoir disposer d'un temps : de médecins de rééducation fonctionnelle de préférence, ou possédant un diplôme universitaire relatif aux traumatismes crânio-cérébraux, de rééducateurs paramédicaux (kinésithérapeute ou ergothérapeute ou psychomotricien, orthophoniste ou neuropsychologue), d'infirmiers, de secrétariat et d'assistante sociale.

L'équipe mobile est rattachée à un établissement disposant d'une autorisation d'activité de SSR avec mention prise en charge spécialisée neuro- locomoteur et possédant une unité d'état végétatif chronique ou d'état pauci-relationnel.

Le réseau des patients cérébrolésés

Le SROS 3 préconisait la mise en place d'un réseau ayant vocation à coordonner tous les acteurs sanitaires, médico-sociaux, et sociaux afin de permettre au patient sortant d'établissement et à sa famille, d'être guidés vers les aides nécessaires et garantissant la continuité de la prise en charge.

La faiblesse des effectifs de médecins rééducateurs, mais aussi des professionnels de rééducation en région Centre n'a pas encore permis de structurer un réseau. En revanche, une réflexion commune et des rencontres entre SSR disposant d'unités EVC EPR se sont mises en place.

3.2.2.2 Améliorer l'information et la connaissance des besoins des personnes atteintes de handicap

Le recensement du public traumatisé crânien suivi par les MDPH ou accompagné par les établissements sociaux et médico-sociaux sera facilité par la mise en place du système d'information partagé envisagé en région Centre (objectifs du schéma régional d'organisation médico-social).

Les SSR seront concernés par l'alimentation de ce système d'information transversal.

Une meilleure connaissance des besoins permettra d'améliorer l'accompagnement et d'identifier les zones de rupture voire les manques.

3.2.2.3 Organiser le suivi systématique des patients traumatisés crânio cérébraux légers présentant des facteurs de risque de complications

- Former les professionnels et l'entourage des patients au repérage de ces facteurs de risques
- Informer les patients
- Mettre en place au sein des SSR spécialisés (mention affections neurologiques), une consultation pluridisciplinaire qui aura pour but d'évaluer les capacités neuro-psychologiques et de rechercher les facteurs de risques d'une évolution défavorable.

Objectif à 5 ans : au moins 3 consultations au niveau régional

3.2.2.4 Développer les contacts systématiques en réanimation avec un médecin de SSR autorisé avec la mention affection neurologiques dans les unités qui ne l'ont pas encore organisé

Faute de temps disponible de médecin rééducateur, et compte tenu de l'éloignement géographique, ce contact peut être organisé selon différentes modalités :

- Evaluation par équipe mobile,
- Utilisation de la télémédecine (staff pluridisciplinaire).

3.2.2.5 Mettre en place un suivi des besoins en lits d'éveil avec les unités de réanimation

3.2.2.6 Identifier les différents dispositifs de la filière traumatisés crâniens pour chaque territoire en renforçant les complémentarités et les coordinations

- Clarifier et faire connaître les missions de chaque dispositif et les intégrer au sein du guide régional de ressources
- Développer les conventions entre les structures médico-sociales et les structures de SSR spécialisées, définissant les modalités de suivi, d'admission et de transfert des patients
- Développer les partenariats dans le cadre de la formation continue des professionnels, du recrutement de professionnels
- Améliorer la transmission d'information entre les structures entre elles et entre structure et MDPH

3.2.2.7 Renforcer et développer la continuité des prises en charge et de l'accompagnement au sein de tous les territoires

- **Mettre en place une seconde équipe mobile à échéance du schéma (2016)** pour couvrir l'ensemble de la région en complémentarité de l'équipe déjà existante. Cette seconde équipe aura les mêmes missions à savoir :
 - évaluer l'état global du patient par une approche pluridisciplinaire,
 - réadapter le projet de soins si besoin, en partenariat avec les différents intervenants dont le médecin traitant,
 - accompagner la famille ou la structure d'aval,
 - soutenir les professionnels.
- **Mettre en place au moins une UEROS** : Les Unités expérimentales d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) contribuent à garantir la continuité de l'accompagnement de ces personnes en assurant les passages, au besoin itératifs, entre le secteur sanitaire, notamment en soins de suite et réadaptation, le secteur médico-social et social, le secteur éducatif et le secteur du travail.

Les UEROS ont pour mission :

- d'accueillir,
 - d'informer ou de conseiller les personnes cérébrolésées L'accueil, l'information et le conseil peuvent être assurés de manière individuelle ou collective. .
 - de réaliser des évaluations préliminaires médico-psychologiques de courte durée afin de déterminer si l'intéressé peut bénéficier d'un programme de réentraînement ;
 - d'aider l'intéressé à élaborer son projet de vie ;
 - d'informer les professionnels.
 - d'apporter, lorsqu'elles en font la demande, leur concours aux équipes pluridisciplinaires de la MDPH notamment dans le cadre de conventions
- **Mettre en place une réflexion au sein des ESAT** afin de proposer un accompagnement adapté prenant en compte les spécificités des troubles aux problématiques posées (instabilité, troubles du comportement etc...)

3.3 L'ADDICTOLOGIE

3.3.1 LE CONTEXTE

En matière d'addiction, l'offre de soins hospitalière complète d'autres offres de santé (prévention, offre médico-sociale, offre de soins ambulatoire) et doit tenir compte de politiques menées par divers partenaires : Cohésion sociale, Education Nationale, Sécurité routière, lutte contre la délinquance. Par ailleurs, le dispositif « Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie » (MILDT) est géré au plan local par les Préfets de département, avec une articulation régionale assurée par le Préfet de région.

La filière hospitalière de soins en addictologie doit permettre à toute personne présentant une addiction d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Elle couvre l'ensemble des conduites addictives : addiction avec produit (tabac, alcool, médicament, substance illicite,...) ou addiction sans produit (trouble de la conduite alimentaire, jeu pathologique,...). Elle répond à l'ensemble des besoins du malade selon la nature et la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées (somatiques, psychologiques, psychiatriques). Elle prépare le projet thérapeutique individualisé du patient avec les intervenants des secteurs médico-social et ambulatoire. Elle comporte une consultation d'addictologie, une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), une possibilité de prise en charge en hôpital de jour, en hospitalisation complète pour la réalisation de sevrages simples et sevrages résidentiels complexes, ainsi qu'un accès à un service de soins de suite et de réadaptation spécialisé en addictologie. Le dispositif sanitaire est articulé avec le secteur médico-social spécialisé ainsi qu'avec le dispositif de prévention

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, ainsi que les circulaires DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 et DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 ont défini, pour la filière hospitalière de soins en addictologie, trois niveaux de prise en charge des patients :

- Les structures de **niveau 1** (niveau de proximité) disposent d'une consultation hospitalière en addictologie et d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Elles permettent de réaliser des sevrages simples en hospitalisation complète.
- Les structures de **niveau 2** (niveau de recours) disposent en sus de missions de niveau 1, de la possibilité de réaliser des sevrages et des soins résidentiels complexes en hospitalisation complète et des prises en charge en hospitalisation de jour. Cette activité de court séjour peut être assurée par un établissement de santé ayant une activité en psychiatrie, dès lors qu'il a développé une structure addictologique spécifique. Les soins de suite et de réadaptation participent à la prise en charge de niveau 2, dès lors qu'ils permettent de poursuivre les soins résidentiels au-delà des soins aigus pour les patients qui le nécessitent.
- Les structures de **niveau 3** (niveau de recours régional) assurent, en plus des missions de niveau 1 et 2, des missions d'enseignement, de formation, de recherche et de coordination régionale. Elles se situent au niveau des Centres hospitaliers universitaires.

Il convient de noter que :

- L'hospitalisation complète ou partielle des patients relevant d'une prise en charge en addictologie ne fait pas l'objet d'une autorisation spécifique au regard de la réglementation, mais émerge selon les cas sur l'autorisation de **Médecine**, de **Psychiatrie** ou de **Soins de suite et de réadaptation**.
- Par ailleurs, **les lits installés ne sont pas forcément individualisés**, notamment dans les services de médecine, les patients pouvant être pris en charge dans différents services de spécialités.
- En revanche, les **équipes hospitalières de liaison en addictologie** et les **consultations hospitalières d'addictologie** sont identifiées et financées au titre des missions d'intérêt général.

La structuration des filières hospitalières en addictologie sur chaque territoire de santé de la région, telle que prévue au SROS 3, est inachevée :

1. La prise en charge de proximité (niveau 1) :

- Chaque territoire de santé dispose d'au moins une ELSA, située au sein du centre hospitalier de référence ou du centre hospitalier spécialisé. La couverture géographique du territoire de santé par une ELSA pour tout établissement disposant d'une structure des urgences, est assurée, en propre ou par convention entre établissements dans le Cher, l'Indre et le Loiret ; mais elle ne l'est pas en totalité dans l'Eure-et-Loir (Châteaudun et Nogent le Rotrou), l'Indre-et-Loire (Amboise/Château-Renault) et le Loir-et-Cher (Vendôme et Romorantin).
- La répartition géographique des consultations en addictologie est satisfaisante dans chaque territoire de santé, notamment pour ce qui concerne la tabacologie. Cependant toutes les addictions ne sont pas forcément prises en charge. Une carence est notée notamment pour ce qui concerne les drogues illicites qui, le plus souvent, ne sont prises en charge que sur un seul site par département. Une articulation doit être systématiquement réalisée avec les structures médico-sociales relatives à ces prises en charge.
- Les consultations d'addictologie sont rendues obligatoires au sein des établissements pénitentiaires. Il appartient à chaque UCSA de les organiser soit directement soit en recourant aux services d'un CSAPA.. La mise en œuvre de ces consultations a débuté. Et doit être achevée dans les meilleurs délais
- Les établissements de médecine et de psychiatrie réalisent des sevrages simples en hospitalisation complète.

2. La prise en charge spécialisée (niveau 2) :

- Le SROS 3 a prévu l'implantation de 5 unités d'hospitalisation de niveau 2 dans la région. Trois établissements réalisent des sevrages complexes en hospitalisation complète en court séjour : CH George Sand dans le Cher, CHRU de Tours, CH Georges Daumezon dans le Loiret. Aucun établissement ne fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle pour cette activité. Le cahier des charges régional préalable à la reconnaissance des unités de court séjour de niveau 2 n'est pas élaboré.
- Un seul établissement dispose d'une hospitalisation de jour dédiée à la prise en charge addictologique : le CH George Daumezon.
- 4 établissements SSR sont aujourd'hui autorisés comme structures spécialisées en addictologie, mais en fait principalement orientés vers l'alcoologie : 1 en Eure-et-Loir et 3 en Indre-et-Loire. Le SROS préconise que chaque court séjour addictologique de niveau 2 passe convention avec l'un de ces 4 SSR afin d'assurer une réadaptation de qualité. Il n'y a pas d'offre d'hospitalisation de jour en SSR.

3. La structure de recours régionale (niveau 3) :

Le niveau 3 régional, tel que prévu par le SROS 3 au CHRU de Tours, n'est pas mis en œuvre.

Les évolutions qualitatives à envisager sur l'ensemble de la région portent sur le renforcement du dispositif et la formalisation des partenariats avec l'ensemble des acteurs ambulatoires, hospitaliers, médico-sociaux, et de prévention.

3.3.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

Le volet « addiction » du schéma PRS s'inscrit de manière volontariste dans une démarche de transversalité entre les différents acteurs issus des secteurs sanitaires, médico-sociaux et de la prévention. Cette démarche correspond exactement au parcours de soins et de prises en charge dont bénéficient les patients.

Les orientations retenues en ce qui concerne le volet hospitalier addictologie s'inscrivent dans la priorité « **Réduire les conséquences des conduites à risques** » :

3.3.2.1 Dépister précocement les conduites à risques

- **Dépister aux urgences** : Les structures d'urgences procèdent au repérage précoce, opportuniste ou systématique, des patients présentant une problématique addictive, en association avec l'équipe de liaison et de soins en addictologie.
- **Transmettre les informations au médecin traitant** : Tout problème d'addiction identifié lors du passage d'un patient au service des urgences, lors d'une consultation hospitalière d'addictologie ou lors d'une intervention de l'équipe hospitalière de liaison et de soins en addictologie fera l'objet d'une information systématique au médecin traitant et d'une information au patient concernant les lieux ressources.
- **Informers la médecine ambulatoire** sur les outils de dépistage à utiliser : Les médecins traitants sont informés des outils de repérage scientifiquement validés.

3.3.2.2 Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité

⇒ **Poursuivre le développement de la filière addictologique** en région Centre en achevant la mise en place de l'offre de niveau 1 (proximité) d'addictologie dans chaque établissement de santé doté d'une structure d'urgence autorisée :

- **Définir l'organisation de la prise en charge de niveau 1** dans chaque territoire : les projets territoriaux de santé prévoient les modalités opérationnelles de déclinaison de la prise en charge de proximité, en prenant en compte la nécessaire articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social et la médecine de ville.
- **Renforcer les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) existantes** : compte-tenu de la nécessité de ne pas disperser les moyens pour permettre à ces équipes d'atteindre une masse critique suffisante pour faire face à leurs missions, les équipes de liaison et de soins en addictologie en fonctionnement dans les hôpitaux de référence seront renforcées pour répondre aux besoins du territoire de santé, en privilégiant une approche globale des addictions (toutes addictions avec ou sans substances) ; à cette fin, des conventions seront passées entre les établissements dotés d'une ELSA et chaque établissement doté d'une structure des urgences.
- **Permettre à toutes les personnes détenues ayant un problème d'addiction de bénéficier d'une prise en charge** : les ELSA seront renforcées pour intervenir, via les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) dans les établissements pénitentiaires, lorsque les consultations en addictologie ou le relais de prise en charge spécialisée ne peuvent être assurés par un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).
- **Renforcer l'accès à une consultation d'addictologie de proximité** : l'accès à une consultation d'addictologie devra être renforcé dans tous les établissements dotés d'une structure des urgences. Cet accès pourra, en fonction de l'existant, être mis en œuvre, soit directement, soit par convention avec un établissement de référence qui organisera des consultations avancées ou avec une structure médico-sociale.

- **Identifier une unité fonctionnelle d'addictologie dans les établissements de santé** : afin de favoriser la coordination et de permettre une mutualisation des moyens au sein d'un même établissement, les activités de consultations et de liaisons en addictologie devront être regroupées dans une unité fonctionnelle d'addictologie clairement identifiée.

⇒ **Poursuivre le développement de la filière addictologique en région Centre avec la mise en place de l'offre de niveau 2 (recours) et 3 sur l'ensemble de la région :**

- **Reconnaître cinq structures d'hospitalisation de court séjour de niveau 2, dont une de niveau 3** : Compte-tenu de la population de la région Centre, cinq structures de court séjour addictologique de recours dont une structure de recours régional, sont nécessaires pour faire face aux besoins de la population. Il convient de veiller à ce que ces unités aient une masse critique d'activité suffisante, avec un nombre minimal de lits et places, pour pouvoir disposer des moyens de fonctionnement nécessaires. Afin que ces unités qui seront reconnues en niveau 2 ou 3 dans la région répondent effectivement aux missions dont elles relèvent, un cahier des charges régional sera élaboré sous l'égide de l'ARS en partenariat avec les acteurs de prise en charge. Il précisera notamment les conditions selon lesquelles l'hospitalisation de niveau 2 s'intégrera dans la filière hospitalière en optimisant les ressources existantes. La reconnaissance de ces unités devra intervenir au plus tard fin 2012.
- **Mettre en œuvre le niveau 3 régional** : Le développement de l'offre existante en matière d'enseignement et de recherche dans le domaine de l'addictologie est préconisé.
- **La valence universitaire de la structure d'addictologie de niveau 3 sera développée** ; pour sortir d'un enseignement uniquement centré sur les conséquences somatiques ou psychiques de l'addictologie, il appartiendra aux professionnels de cette unité d'élaborer, avec la faculté, des modules spécifiques d'enseignement en addictologie, qui devront être dispensés dès la première année d'études. Il conviendra par ailleurs, à partir d'une analyse des besoins de développer l'offre de formation pour les internes, dans les services qualifiants en concertation avec le Doyen de la faculté de médecine.
- **Les modalités de la création d'un Diplôme Inter-Universitaire (DIU)** devront être arrêtées en lien avec le recteur de l'Académie Orléans-Tours et l'Université afin de permettre à la région Centre de se doter des professionnels nécessaires en addictologie.

En lien avec le volet Soins de suite et de réadaptation, les orientations régionales relatives à la prise en charge en **soins de suite spécialisés en addictologie** visent à :

- **Poursuivre l'élargissement des compétences des quatre établissements autorisés pour la mention « prise en charge spécialisée en addictologie » au-delà de l'alcoologie**, vers toute l'addictologie, afin qu'une prise en charge de tous les types d'addiction soit réalisée sur la région. A défaut, l'établissement passera convention avec au moins un SSR d'addictologie assurant l'ensemble des missions de ces structures.
- **Identifier, d'ici 5 ans, au sein d'au moins une implantation autorisée au titre des soins de suite en addictologie, une unité spécifique pour patients présentant des troubles des fonctions cognitives.**
- **Mettre en œuvre des coopérations** entre les structures sanitaires et médico-sociales traitant de l'addictologie.

3.3.2.3 Articulation avec les autres schémas PRS

Le groupe de travail du PRS du domaine addiction a souhaité que chaque schéma (prévention, médico-social, hospitalier, ambulatoire) reprenne à son compte les orientations transversales suivantes :

- **Faciliter l'accès aux consultations d'addictologie sur les différents points du territoire** selon les profils des patients en lien avec la filière médico-sociale. Il appartiendra à l'Instance Régionale d'Addictologie de définir les modalités de mise en œuvre de cette orientation.

- **Poursuivre le développement de la filière addictologique en région Centre en sensibilisant les professionnels de santé des établissements sanitaires.** Tout professionnel de santé intervenant au sein des établissements sanitaires doit pouvoir bénéficier d'une information ou d'une formation en addictologie. Elle sera plus ou moins approfondie, selon le type de service au sein duquel il exerce.
- **Mieux impliquer les professionnels libéraux dans la prise en charge des addictions pour l'ensemble de la population**

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

Cadre législatif et plans nationaux

Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011

Plan national de lutte contre le cancer 2009-2013

Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice

Etudes nationales

Les Equipes de Liaison en Addictologie en 2005. OFDT, 2007

Evaluation du plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 : filières hospitalières. DHOS, 2009

Priorité du Plan stratégique : Réduire les conséquences des conduites à risques

Objectif 2.1 : Dépister précocement les conduites à risques

Objectif opérationnel : Favoriser le repérage précoce et les interventions brèves destinées à modifier les comportements

Actions à mener	Population cible de l'action ?	Territoire concerné de l'action ?	Acteurs concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
Encourager l'information des médecins traitants suite au passage de leur patient au service des urgences et/ou à une consultation par l'ELSA	Médecins traitants	Région Centre	Médecins urgentistes et ELSA DIM	Nb d'établissements dotés d'un outil informatique permettant de transmettre l'information au médecin traitant
Promouvoir l'utilisation d'outils de repérage scientifiquement validés dans le cadre de consultations ambulatoires des médecins traitants	Médecins traitants	Région Centre	Opérateurs en addictologie	Nombre d'outils validés par l'instance régionale

Priorité du Plan stratégique : Réduire les conséquences des conduites à risques
Objectif 2.2 : Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité

Objectif opérationnel : Poursuivre le développement de la filière addictologique en région Centre en achevant la mise en place de l'offre de niveau 1 (proximité) d'addictologie dans chaque établissement de santé doté d'une structure d'urgence autorisée

Actions à mener	Population cible de l'action ?	Territoire concerné de l'action ?	Acteurs concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
Optimiser l'offre existante au sein du secteur sanitaire, en lien avec le secteur médico-social, en privilégiant une approche globale des addictions (toutes addictions avec ou sans substances)	Population générale	Région Centre	Etablissements de santé publics ou privés dotés d'un service d'urgence en lien avec les CSAPA et CAARUD	Nombre d'établissement proposant directement ou par convention une prise en charge de niveau 1 toutes addiction avec ou sans substance
Renforcer les activités de consultation et de liaisons au sein d'une même unité fonctionnelle d'addictologie dès 2012	Population générale	Région Centre	Etablissements de santé publics ou privés dotés d'un service d'urgence Organisation des soins: procédure d'appel d'une ELSA	Nombre d'établissements bénéficiant d'une UF d'addictologie
Développer les consultations d'addictologie en milieu pénitentiaire pour un meilleur accès à une prise en charge des personnes détenues ayant un problème d'addictions	Personnes détenues	Région Centre	ELSA, UCSA en articulation avec les CSAPA auprès des détenus	Nombre d'établissements pénitentiaires disposant d'une consultation d'addictologie

Priorité 2 : Réduire les conséquences des conduites à risques
Objectif 2.2 : Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité

Objectif opérationnel : Poursuivre le développement de la filière addictologique en région Centre avec la mise en place de l'offre de niveau 2 (recours) et 3 (recours régional) sur l'ensemble de la région

Actions à mener	Population cible de l'action ?	Territoire concerné de l'action ?	Acteurs concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
Reconnaître 4 unités de court séjour addictologique de niveau 2 dans la région et une unité de court séjour addictologique de niveau 3 au sein du centre hospitalier universitaire	Patients ayant des conduites addictives et des comorbidités associées dont l'état de santé ne relève pas de l'ambulatoire ni d'un établissement de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA)	Couverture territoriale de 500 000 habitants pour chaque structure de niveau 2 ou 3	Etablissements de santé publics ou privés pour le niveau 2. Centre Hospitalier Universitaire pour le niveau 3	Rédaction du cahier des charges régional précisant les conditions d'hospitalisation en niveau 2 et celle spécifique de niveau 3 en insistant sur la formation des jeunes professionnels et sur la recherche. Service MCO ou CHS à proximité immédiate d'un plateau technique MCO Echéance : 31/12/2012
Développer les prises en charge multi addiction dans les 4 SSR spécialisés en addictologie (SSRA) en interne ou par convention	Professionnels de santé Usagers	Région Centre	SSR Addictologique,	Existence d'au moins un lieu ressource de SSRA en région Centre pour chaque type d'addiction
Développer au sein d'un SSRA une unité spécifique pour patients présentant des troubles des fonctions cognitives d'ici 5 ans	Patients présentant des troubles des fonctions cognitives sévères (2 niveaux de population avec ou sans récupération présumée)	Région Centre	SSR Addictologique Centres ressources mémoire Maisons d'Accueil Spécialisées Equipes neuro psychologiques et orthophonistes	Création de l'unité

Priorité 2 : Réduire les conséquences des conduites à risques
Objectif 2.2 : Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité

Objectif opérationnel : Poursuivre le développement de la filière addictologique en région Centre en sensibilisant les professionnels de santé des établissements sanitaires

Actions à mener	Population cible de l'action ?	Territoire concerné de l'action ?	Acteurs concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
Poursuivre l'information et/ou la formation des personnels des établissements de santé de tous les services potentiellement concernés	Personnels de santé Gouvernance des établissements	Région Centre	ARS ELSA Directeurs d'établissements Opérateurs qualifiés en addictologie du territoire	Rapport d'activité de l'établissement Bilan des Ressources Humaines et plan de formation de l'établissement
Poursuivre la formation des personnels des établissements spécialisés en addictologie	Personnels de santé en addictologie	Région Centre	Opérateurs qualifiés en addictologie	Nb d'actions de formation mutualisées entre plusieurs établissements

► **Articulation entre les différents schémas hospitaliers, ambulatoire, médico-social et prévention**

Priorité du Plan Stratégique : Prévenir les conduites à risques

Objectif 1.3 : Améliorer la connaissance en matière de conduites à risques

Objectif opérationnel : Renforcer l'observation, la formation des professionnels et la recherche

Actions à mener	Population cible de l'action ?	Territoire concerné de l'action ?	Acteurs concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
Au sein du Centre hospitalier universitaire :				
Développer la valence universitaire de l'unité d'addictologie et articuler avec la faculté l'élaboration de modules spécifiques en addictologie dès la première année d'études pour sortir d'un enseignement centré sur les conséquences somatiques ou psychiques uniquement	Tout intervenant	Région Centre	CHU	Nb de personnes formées
Etudier les modalités de création d'un DIU d'addictologie	Tout professionnel	DIU en inter région	Faculté	Mise en place effective du DIU
Auprès des autres acteurs concernés par l'addictologie :				
Développer l'enseignement, la formation et l'information en addictologie pour les professions médicales, para-médicales et les travailleurs sociaux et l'ensemble des personnels au contact des usagers			Formations réalisées par les acteurs de terrain sur la base de référentiels retenus par l'instance régionale d'addictologie	Nb de personnes formées
S'aider de référentiels de formation actualisés et validés au niveau régional : - sensibiliser les professionnels à l'addictologie - devenir acteurs de 1ère ligne en addictologie			Instance régionale d'addictologie (ex CRA)	Adoption d'un référentiel validé par l'instance régionale d'addictologie
Intégrer les compétences addictologiques dans la formation médicale continue (en particulier pour les médecins généralistes, les médecins scolaires et les médecins du travail)				Nb de formations
Intégrer les compétences addictologiques dans les plans de formation continue des professionnels non médicaux			Organismes et centres de formation et d'enseignement reconnus et autorisés	Nombre de plans de formation continue des professionnels non médicaux intégrant les compétences addictologiques
Promouvoir auprès des centres de formation (faculté de médecine, de psychologie et de pharmacologie, IFSI, école de sage femmes...) des possibilités de stage dans les structures d'addictologie hospitalière (ELSA, Unité d'Addictologie, SSR Addictologique), médico sociales (CSAPA, CAARUD) et associatives			CHU Résidents Structures d'addictologie	Nombre de structures ayant formé au moins un stagiaire dans chacun des trois champs
Organiser une journée annuelle sur les échanges de pratiques inter professionnels			Instance régionale d'addictologie	Réalisation de la journée annuelle

Priorité du Plan stratégique : Prévenir les conduites à risques
Objectif 1.3 : Améliorer la connaissance en matière de conduites à risques

Objectif opérationnel : Sensibiliser les professionnels aux risques des addictions sans produit ou comportementales

Actions à mener	Population cible de l'action ?	Territoire concerné de l'action ?	Acteurs concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
Promouvoir des journées de formation pour les professionnels du champ de l'addictologie sur les addictions sans produit	Tout professionnel de l'addictologie	Région Centre		Nb de journées de formation
Promouvoir des journées de formation pour les professionnels du champ de l'addictologie sur la prévention des troubles du comportement alimentaire				Nb de journées de formation

Priorité 1 : Prévenir les conduites à risques**Objectif 1.3 : Améliorer la connaissance en matière de conduites à risques****Objectif opérationnel : Organiser la veille et le suivi de l'activité régionale en addictologie**

Actions à mener	Population cible de l'action ?	Territoire concerné de l'action ?	Acteurs concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
Créer une instance régionale en addictologie (IRA)	Tout professionnel de l'addictologie	Région Centre	ARS du Centre	Création de l'instance Echéance : 30/06/2012
Définir et/ou harmoniser les recueils de données et des bilans d'activités des filières hospitalières et médico sociales	Tout professionnel de l'addictologie	Région Centre	Instance régionale d'addictologie	Rédaction de la charte d'harmonisation des recueils de données Echéance : 31/12/2012
Définir quelques indicateurs communs au niveau régional à partir des rapports existants	Tout professionnel de l'addictologie	Région Centre	Instance régionale d'addictologie	Définition effective d'indicateurs de suivi Echéance : 30/06/2012
Promouvoir la mise en place d'un dispositif d'observation des usages et des produits en préservant le respect des règles de déontologie, au sein de l'IRA	Tout professionnel de l'addictologie	Région Centre	Instance régionale d'addictologie en lien avec le Dispositif d'appui régional MILDT	Disposer des données recueillies par le dispositif d'appui régional MILDT Echéance : 31/12/2012
Déterminer la typologie des personnes impliquées dans des accidents mortels de la circulation, avec usage de substances psychoactives licites et illicites, addictions sans substance, risques de dopage afin d'optimiser la portée des mesures de prévention, en réalisant une étude conjointement avec les services de sécurité routière.		A déterminer à partir de la cartographie des accidents	services de sécurité routière	Disposer des données de l'étude réalisée par les services sécurité routière

Priorité 2 : Réduire les conséquences des conduites à risques**Objectif 2.2 : Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité****Objectif opérationnel : Faciliter l'accès aux consultations d'addictologie sur les différents points du territoire selon les profils des patients**

Actions à mener	Population cible de l'action ?	Territoire concerné de l'action ?	Acteurs concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
Favoriser l'identification par la population et les professionnels de santé des consultations d'addictologie au sein de la filière hospitalière, en lien avec la filière médico-sociale	Populations prioritaires: Jeunes, personnes sous main de justice, précaires, femmes enceintes	Bassin de soins	Professionnels de l'addictologie	Réalisation d'un annuaire des consultations d'addictologie par territoire de santé

Objectif opérationnel : Inscrire l'organisation de la filière complète dans les territoires

Actions à mener	Population cible de l'action ?	Territoire concerné de l'action ?	Acteurs concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
Décliner dans chaque territoire les modalités opérationnelles de la filière, en prenant en compte l'articulation entre la médecine ambulatoire, les structures médico-sociales et sociales et les établissements de santé et les associations oeuvrant dans le champ de l'addiction et les représentants des usagers	professionnels du territoire usagers et leur famille	Bassins de soins ou d'emplois	Professionnels hospitaliers: publics et privés, associatifs spécialisés et non spécialisés mais complémentaires, collectivités territoriales , groupe d'auto-supports....	Nb de conventions interpartenariales

Objectif opérationnel : Mieux impliquer les professionnels libéraux dans la prise en charge des addictions pour l'ensemble de la population

Actions à mener	Population cible de l'action ?	Territoire concerné de l'action ?	Acteurs concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
Améliorer les pratiques professionnelles et le travail en réseau par l'élaboration de protocoles de soins et la diffusion de référentiels de prise en charge	professionnels de santé, usagers et familles	région Centre	validation par ARS des protocoles de soins, structures de formations des médecins libéraux, mais aussi des IDEs libérales	nbre de praticiens formés au RPIB
Créer un outil de recensement des ressources au sein d'une plateforme régionale de télésanté à destination des praticiens et de la population générale	professionnels de santé, usagers et familles	région Centre	Dispositif d'appui régional en addictologie MILDT,	création de l'outil
Mobiliser les pharmaciens d'officine sur la question de la réduction des risques	Pharmaciens d'officine	région Centre	Ordre régional des pharmaciens, pharmaciens. CAARUD	nbre de pharmacies d'officine participant au dispositif de réduction des risques
Mobiliser les infirmières libérales sur la question de la réduction des risques	Infirmières libérales	Tous territoires et attention particulière en zones rurales	ordres départementaux des infirmiers, infirmiers CSAPA, CAARUD	Nombre d'infirmiers libéraux participant au dispositif de réduction des risques

Priorité 2 : Réduire les conséquences des conduites à risques**Objectif 2.2 : Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité****Objectif opérationnel : Favoriser la sensibilisation en milieu carcéral**

Actions à mener	Population cible de l'action ?	Territoire concerné de l'action ?	Acteurs concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
Mobiliser les établissements pénitentiaires, les UCSA, et les services pénitentiaires d'insertion et de probation, sur la réduction des risques	les personnes détenues et les professionnels des maisons d'arrêt et des centres de détention	régional	professionnels intervenants en maison d'arrêt, et professionnels de l'addictologie, CSAPA	nombre d'établissement pénitentiaires participant à la réduction des risques
Elaborer un protocole "conduite à tenir" pour les personnes détenues concernées par l'une quelconque des addictions afin de faciliter la coordination des acteurs en détention et préparer la sortie des détenus pour la continuité des soins et de l'accompagnement	Etablissements pénitentiaires	régional	Direction OSMS de l'ARS, UCSA, SPIP, PJJ, CSAPA	Protocole finalisé en 2012

Priorité 2 : Réduire les conséquences des conduites à risques

Objectif 2.2 : Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité

Objectif opérationnel : Développer l'articulation entre les champs ambulatoire, sanitaire, médico-social et associatif

Actions à mener	Population cible de l'action ?	Territoire concerné de l'action ?	Acteurs concernés par l'action ?	Indicateur(s) permettant de mesurer la réalisation de l'action
Inscrire l'organisation de la filière complète au niveau de chaque territoire et décliner les modalités opérationnelles de la filière, en prenant en compte l'articulation entre la médecine ambulatoire, les structures médico-sociales et sociales, les établissements de santé, les associations qui œuvrent dans le champ de l'addiction et les représentants des usagers	Professionnels du territoire, usagers et leurs familles	Bassins de soins ou d'emploi	Professionnels hospitaliers: publics et privés, professionnels médico-sociaux spécialisés et non spécialisés, collectivités territoriales, groupes d'auto-supports...	Nombre de conventions inter-partenariales « trajectoires de santé »
Elaborer et diffuser un annuaire régional des acteurs et structures ressources en addictologie au sein de "instance régionale en addictologie"	Population générale et professionnels de 1ère ligne	Région Centre	Ensemble des intervenants sur l'addictologie et représentants des usagers Associations de malades et bénévoles UCSA, CSAPA, CAARUD, dispositif d'appui régional MILDT	Réalisation de l'annuaire régional
Renforcer et pérenniser la place des associations de malades et de bénévoles œuvrant sur l'ensemble des addictions	Associations de malades et bénévoles	Région Centre	Associations de malades et bénévoles	Nombre d'associations de malades et bénévoles financées
Améliorer la coordination de la prise en charge des addictions de personnes détenues (en détention ou en sortant de détention)	Personnes détenues	Région Centre	UCSA, CSAPA, ELSA, associations de bénévoles	

Développer des interventions coordonnées en milieu festif en s'appuyant sur des compétences existantes associatives et médico-sociales	En priorité : public jeune	Région Centre	CAARUD Associations	CSAPA	Nbre d'interventions coordonnées Nombre de protocoles formalisés pour les orientations d'urgence dans les services hospitaliers lors d'évènements festifs.
--	----------------------------	---------------	------------------------	-------	---

3.4 LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (International Association for the Study of Pain).

Le syndrome douloureux chronique est un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient (Haute Autorité de Santé 2008).

3.4.1 LE CONTEXTE

Considérant les enjeux nationaux et à l'issue d'un consensus régional en date du 19 juin 2009, l'effectif minimum de fonctionnement d'une structure de consultation douleur en région Centre a été défini comme suit:

- 1 ETP médical, 1 ETP infirmier, 1 ETP de psychologue, 1 ETP de secrétaire,
- avec un objectif minimum de 1000 consultations médicales externes par an.

L'équipe doit, par ailleurs, pouvoir faire appel à une assistante sociale, un masseur kinésithérapeute, et autres personnels et techniques de soins non médicamenteux.

En région Centre, il existe actuellement 7 structures complètes de consultation douleur pluri professionnelle réparties sur les 6 territoires, auxquelles s'ajoutent quelques équipes incomplètes :

territoire	Implantations en 2011	Ressources humaines en 2011	Nombre de consultations médicales en 2010
Cher 18	- CH de Bourges - 2 consultations avancées : ▪ Saint Amand Montrond ▪ Vierzon	1,2 ETP médecin + 1 ETP psychologue + 1 ETP IDE + 0,4 ETP secrétaire	1287 en 2010
Eure et Loir 28	CH de Chartres	1,3 ETP médecin + 0,95 ETP psychologue + 1 ETP IDE + 1 ETP secrétaire	1361 en 2010
	CH de Dreux	1,6 ETP médecin + 2 ETP IDE + 1 ETP psychologue + 1 ETP secrétaire	538 en 2010
Indre 36	CH Châteauroux	1 ETP médecin + 1 ETP psychologue + 1 ETP infirmière + 1 ETP secrétaire	866 en 2010
Indre et Loire 37	CHRU de Tours	2 ETP médecin + 1 ETP IDE + 0,6 ETP psychologue + 1 ETP secrétaire	1097 en 2010
Loir et Cher 41	CH de Blois	1 ETP médecin + 1 ETP psychologue + 1 ETP infirmière + 1 ETP secrétaire + 0,5 ETP kiné + 0,5 ETP assistante sociale	1646 en 2010
Loiret 45	CHRO	1,8 ETP médecin + 2 ETP IDE + 0,8 ETP secrétaire + 0,25 psychologue + 0,25 assistante sociale	2278 en 2010

Les acteurs des structures identifiées douleur travaillent pour 97% en consultations et pour 80% avec la médecine de ville. Les professionnels de santé libéraux sont sensibilisés à la prise en charge de la douleur chronique.

La coordination de la prise en charge de la douleur chronique est assurée par une structure fédératrice de correspondants régionaux de la SFETD.

Interlocuteur privilégié et dynamique de l'ARS, cette structure assure le déploiement régional de la politique nationale de la SFETD notamment en termes d'appropriation du cahier des charges

Ses missions essentielles sont :

- L'Information des acteurs locaux (rencontres semestrielles / News letters)
- Formation et Identification des acteurs locaux (création d'un annuaire)
- Elaboration d'outils de gestion et de suivi d'activité.

Chaque territoire de santé est pourvu d'au moins une structure complète de consultation. **Toutefois, l'accessibilité des patients à une structure de consultation douleur est perfectible :**

- **en termes de délais** : l'obtention d'un premier rendez-vous requière 2 à 3 mois, avec un maximum de 6 à 8 mois pour Blois ou Orléans. Les délais de suivi peuvent atteindre 4 mois avec un médecin et un mois avec un infirmier ou un psychologue ;
- **en termes de distance géographique** : la région Centre est très étendue, les distances à parcourir pour accéder à une consultation sont importantes.

Il n'existe pas d'offre de prise en charge pluri professionnelle de la douleur chronique rebelle en dehors des 7 structures hospitalières publiques sus nommées : 2 en Eure et Loir et 1 pour les 5 autres territoires de santé.

Un démarrage de consultations « avancées » comportant un médecin, un psychologue et autres professionnels, est en cours en Eure et Loir.

Il n'y a pas de centre d'étude et de traitement de la douleur chronique en région (unité d'hospitalisation)

Les médecins généralistes formés interviennent souvent au sein des structures douleur mais la culture de la prise en charge de la douleur chez les professionnels de santé reste insuffisante.

Les professionnels de santé des établissements participent insuffisamment aux formations, notamment à celles proposées par les structures territoriales, souvent par manque de temps. Les ressources locales, professionnels formés, dans les établissements sont insuffisamment exploitées par manque de temps libéré (beaucoup de personnel sensibilisé sans possibilité de réinvestissement).

3.4.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

L'objectif prioritaire de ce volet du SROS est d'**améliorer l'accessibilité à une structure de consultation pour tous les patients souffrant de douleur chronique.**

Ceci passera par la mise en œuvre des trois objectifs suivants :

- Structurer l'organisation régionale par la graduation des soins et le renforcement de l'offre régionale
- Repérer les situations à risque en ambulatoire, médico-social et sanitaire
- Intégrer la démarche de prise en charge de la douleur dans la pratique soignante de l'ensemble des services de soins notamment les pathologies du vieillissement, maladies chroniques, neurologie, oncologie, soins de support, soins palliatifs

3.4.2.1 Les objectifs qualitatifs d'organisation territoriale

a) Structurer l'organisation régionale par la graduation des soins

La graduation des soins doit permettre de :

- Mieux cibler l'orientation des patients douloureux chroniques vers la structure adéquate.
- Offrir une répartition territoriale homogène en limitant les délais de prise en charge
- Améliorer le parcours de soins du patient présentant un syndrome douloureux chronique, depuis la douleur aiguë jusqu'à la guérison ou le décès.
- Anticiper les hospitalisations pour éviter le passage aux urgences ou éviter le recours intempestif aux urgences qui aboutit souvent à une hospitalisation.

- Mettre en place une politique d'information et de communication à décliner depuis le niveau régional jusqu'au local. Utiliser les outils disponibles de la plate forme régionale santé. Collaborer avec l'ordre des médecins des départements.

Les acteurs concernés sont l'ensemble des professionnels de santé, structures et établissements : professionnels libéraux, d'hébergement et hospitaliers (médecins et IDE).

Niveau 1. Développer la démarche de prise en charge de la douleur au domicile

L'intérêt de cette démarche est de rendre accessible la prise en charge des symptômes douloureux chroniques des patients à domicile ou en structure d'hébergement (EHPAD).

Les acteurs concernés sont les soignants, médecin, infirmier, kinésithérapeute, du domicile, des structures d'hébergement, ou institutionnels (HAD, SSIAD), des établissements SSR, MCO et psychiatrie.

A ce premier niveau de prise en charge, leur rôle est de :

- Identifier et évaluer une douleur chronique en première intention
- Connaître les filières de prise en charge

Niveau 2. Conforter l'accès à la consultation d'étude et de traitement de la douleur chronique

Ce deuxième niveau de prise en charge permet de rendre accessible une offre de soins homogène et harmonieuse aux patients douloureux chroniques.

Les acteurs composant ce deuxième niveau sont les équipes des consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique. Dans ce cadre, leurs missions sont les suivantes :

- Organiser l'accueil en consultation du patient adressé à la structure
- Réaliser une évaluation bio-psycho-sociale du syndrome douloureux chronique
- Définir un projet thérapeutique personnalisé sur la base de l'évaluation pratiquée, le proposer au patient et le diffuser aux professionnels impliqués dans la prise en charge
- Mettre en œuvre en son sein une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée après réunion de synthèse, si la situation du patient le nécessite
- Etablir des liens avec son environnement médical et associatif pour assurer un parcours de soins de qualité
- Informer les autres professionnels de santé, informer les usagers

Niveau 3. Identifier une structure de recours ou centre d'étude et de traitement de la douleur chronique

Ce troisième niveau doit rendre accessible les prises en charge complexes des symptômes douloureux chroniques en région Centre, notamment en hospitalisation ainsi que les traitements spécifiques dans les domaines d'expertise.

Les acteurs concernés sont les équipes des consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique.

Pour mettre en place ce niveau, une des structures actuelles de second niveau en place sera identifiée afin d'assurer les missions suivantes :

- Assurer toutes les missions d'une structure de base
- Collaborer avec les consultations pour les situations les plus complexes : évaluation, prise en charge, réunion de concertation pluridisciplinaire
- Etre en mesure d'organiser une prise en charge en hospitalisation
- Formaliser des relations avec les associations de patients et communiquer envers le grand public
- Promouvoir et/ou participer à la recherche clinique et/ou fondamentale
- Contribuer à l'enseignement universitaire (formation initiale et continue)
- Participer au recueil de données épidémiologique

La région Centre se dotera d'au moins un centre d'étude et de traitement de la douleur chronique polyvalent (niveau 2 de gradation des soins). Il n'y aura pas de prise en charge spécifique notamment pédiatrique. Une convention sera signée avec un centre spécifique de la douleur pédiatrique inter régional.

Les missions du centre d'étude et de traitement de la douleur chronique (niveau de recours, communication, information, recherche, éthique, enseignement, évaluation, épidémiologie) nécessitent des moyens humains et techniques supérieurs à ceux d'une consultation de niveau 2.

b) Repérer les situations à risque en ambulatoire, médico-social et sanitaire

Cet objectif vise à identifier rapidement, au domicile et en hospitalisation, les syndromes douloureux chroniques ou susceptibles de le devenir.

Il faut pour cela améliorer la connaissance et la mise en application des bonnes pratiques médicales de prise en charge de la douleur aiguë méconnue, dans les domaines de la prévention, du dépistage et des soins bénéficiant à tous les patients, y compris dans les populations vulnérables.

Les acteurs concernés sont l'ensemble des professionnels de santé, structures et établissements, professionnels libéraux, d'hébergement et hospitaliers (médecins et IDE).

Une meilleure connaissance des bonnes pratiques en matière de prise en charge de la douleur doit permettre :

- d'identifier, diagnostiquer et graduer rapidement les syndromes douloureux chroniques ou susceptibles de le devenir.
- créer, mettre en œuvre et diffuser les outils (échelle de graduation de la douleur, fiche d'évaluation de la douleur)
- de fixer des objectifs réalistes avec le patient avant d'entreprendre la prise en charge, maintenir le lien entre le médecin traitant et la structure douleur, réorienter le patient vers le médecin demandeur dès que possible
- de tendre vers un délai raisonnable de prise du premier rendez-vous, variable selon le type de douleur :
 - Les douleurs liées au cancer, douleurs aiguës du zona, névralgies faciales : dans la semaine
 - Les douleurs évoluant depuis moins de 6 mois : 1 mois
 - toutes les douleurs datant de plus de 6 mois ou ayant résistées aux traitements conventionnels : 4 mois

Les actions suivantes devront être mises en œuvre pour atteindre l'objectif :

- Construire une grille comportant des indicateurs de repérage, identification, graduation, inclusion, priorisation, traçabilité des syndromes douloureux chroniques
- Participer à la prévention de la douleur des soignants par des formations des gestes à risque de douleur notamment au domicile et en hébergement, en partenariat avec la médecine du travail
- Intégrer la prise en charge théorique et pratique de la douleur dans la formation des internes en médecine générale et dans les IFSI.
- Intégrer la prise en charge de la douleur aux formations continues des médecins et IDE
- Motiver les professionnels de santé à participer aux formations et à adhérer à la culture de prise en charge de la douleur.

Deux structures ont mis en place des sessions de formation/information courtes (12h30 à 14 heures), ouvertes aux hospitaliers et aux libéraux du territoire. Ces actions très suivies semblent répondre à une demande et pourraient être étendues à d'autres zones infra départementales. .

En termes de ressources humaines, il faudra veiller à :

- identifier des professionnels chargés de la formation initiale en médecine générale, dans les différents instituts de formation, y compris de formation continue,
- évaluer le coût de la création, mise en œuvre et diffusion des outils (échelle de graduation de la douleur, fiche d'évaluation de la douleur) et des moyens de communication appropriés.

Les besoins d'articulation et de coordination entre les acteurs des différents secteurs hospitaliers, ambulatoires, médico-sociaux et de prévention a été identifiée comme suit :

- Améliorer la prise en charge de la douleur aiguë méconnue notamment en ambulatoire, en urgence, en gynécologie afin de prévenir le passage à la douleur chronique.
- Favoriser la participation des professionnels de santé libéraux au parcours de soins des patients douloureux chroniques. Améliorer le lien et les échanges entre la ville et l'hôpital
- Favoriser l'accès à la prise en charge de la douleur aux personnes âgées et handicapées, aux enfants, à la santé mentale et aux détenus.
- Valoriser les approches en groupe (éducation thérapeutique, thérapie cognitivo-comportementale, gestion du stress, affirmation de soi, réhabilitation physique, relaxation...)

c) Intégrer la démarche de prise en charge de la douleur dans la pratique soignante de l'ensemble des services de soins « à risque »

Cet objectif participe à l'amélioration de l'efficacité des soins par :

- L'identification rapide du patient douloureux chronique dans les services de soins notamment traitant les pathologies du vieillissement, maladies chroniques, neurologie, oncologie, soins de support, soins palliatifs (même grille d'inclusion évaluation que précédemment)
- la définition et la structuration de la prise en charge des patients douloureux hospitalisés dans tous les établissements privés et publics de chaque territoire.
- l'utilisation de toutes les ressources en professionnels formés à la prise en charge de la douleur.
- l'identification dans chaque établissement une personne « ressource douleur » chargée de la coordination du parcours de soins du patient douloureux

Les acteurs concernés sont l'ensemble des professionnels de santé des établissements privés et publics.

Pour atteindre ces objectifs, les actions devront être mises en place :

- Coordonner le parcours de soins en identifiant des **Infirmiers Ressources Douleur (IRD)** dans les établissements de santé : IDE transversal à l'établissement, identifié, avec un temps de travail spécifiquement dédié et différent de celui de l'IDE de la structure douleur, membre actif du CLUD ou de l'instance chargée de la douleur. Ces IRD sont titulaires d'un DU douleur (ou équivalent) ou en cours de formation. Leur profil de poste s'inspire de celui présenté par la commission infirmière de la SFETD et intègre l'information, la formation, le soutien logistique et la mise en application des procédures, protocoles et bonnes pratiques aux équipes. Les IRD peuvent être infirmiers des structures douleur lorsqu'elles existent, ils disposent alors d'un temps spécifiquement dédié aux tâches institutionnelles (CLUD, formations internes, élaboration de protocoles, audit...). Il faudra veiller à la reconnaissance institutionnelle de l'activité de l'IRD (CPOM) et bien individualiser ses missions de celles de l'IDE des équipes de consultations. Il faudra valoriser le travail supplémentaire pour augmenter la capacité de prise en charge des structures en place selon la solution préconisée (cf. zones blanches)

L'IRD travaille en interface avec l'ensemble des services, au sein desquels sont identifiés des « **correspondants douleur** ». Ils sont formés par l'IRD et forment le lien ascendant et descendant au sein de chaque unité de soin, médico-social, de rééducation, ou médico-technique avec le CLUD (ou son équivalent). Ces correspondants douleur peuvent être IDE mais aussi AS, kiné, Manipulateur en électroradiologie, sage-femme, auxiliaire puéricultrice....

- Organiser le déploiement extra hospitalier territorial des structures de consultation intra hospitalières en identifiant le personnel formé à la prise en charge de la douleur chronique dans chaque établissement ou institution.
- Mettre en place de **réunions thématiques territoriales** afin de diffuser la culture de prise en charge de la douleur et ses bonnes pratiques, de mettre en commun les expériences et d'analyser les situations à risque et événements indésirables. Les acteurs de l'ambulatoire et du médico-social doivent pouvoir s'intégrer s'ils le souhaitent aux réunions territoriales soit en assistant au programme, soit en communiquant leurs propres expériences. Ces réunions participent à la prévention de la souffrance des équipes de prise en charge.

- Mettre en place des réunions pluri-professionnelles territoriales douleur institutionnalisées afin de décloisonner la prise en charge de la douleur chronique. (exemple réunions inter CLUD, information, échanges sur les pratiques et mutualisation d'outils (protocoles, formations, outils d'audits...). L'utilisation de la télémédecine favorisera cette organisation.

Pour atteindre ces objectifs, les établissements formaliseront dans les projets d'établissements et les CPOM leur projet de prise en charge de la douleur chronique.

3.4.2.2 Les objectifs quantitatifs : le renforcement de l'offre

Le renforcement de l'offre en matière de prise en charge de la douleur nécessite de consolider les équipes des centres de consultation et d'étude de la douleur chronique.

Pour cela, il est recommandé de développer la formation initiale et continue à la prise en charge théorique et pratique de la douleur en particulier dans la formation des internes en médecine générale et des étudiants infirmiers (IFSI). Des professionnels de structures douleurs seront identifiés pour assurer ces formations.

Le SROS-PRS ne prévoit pas la création de nouvelle structure de consultation. Le renforcement de l'offre est envisagé par le déploiement extrahospitalier des structures de consultation douleur existantes selon 3 formules :

- Solution 1 : Augmenter les ressources d'une structure existante de consultation douleur intra hospitalière afin d'opérer un déploiement extrahospitalier et territorial
- Solution 2 : Mettre en place des consultations médicales avancées : le médecin d'une structure hospitalière de consultation douleur installée se déplacerait dans un établissement dépourvu, celui-ci fournirait, par convention les locaux, l'appui administratif et le personnel soignant non médical
- Solution 3 : Certains établissements ont mis en place une consultation médicale « douleur » proposée par un praticien formé. Ce n'est pas une structure de consultation douleur conforme aux critères requis, l'offre n'étant pas pluridisciplinaire. Une affiliation avec une structure hospitalière en place fournirait le complément de ressources (mobiles). Un partenariat devra être formalisé entre l'établissement hôte de la structure de consultation douleur et l'établissement dépourvu demandeur.

Un modèle de convention, unique et standardisée sera proposé aux établissements, intégrable dans le projet médical d'établissement. La convention définira la solution adoptée, les intervenants de chaque établissement, les modalités et moyens d'accueil nécessaires. Elle devra préciser les missions et les temps de travail des personnels des équipes référentes et locales à intégrer dans les fiches de poste afin d'officialiser les temps dédiés à la prise en charge de la douleur.

La mise en place d'un centre d'étude et de traitement de la douleur chronique polyvalente à partir d'une structure existante nécessitera un renforcement de l'équipe pour prendre en charge les missions de recours.

Le développement des Nouvelles Technologies de l'Information et de Communication (NTIC), notamment la télémédecine, favorisera les collaborations.

Les objectifs d'implantation et d'évolution de l'offre par territoire sont présentés dans la fiche de synthèse à la fin du présent volet. La couverture territoriale souhaitée est présentée sur la carte ci-dessous :

3.4.3 EVALUATION ET SUIVI

Il y a nécessité à construire un outil unique, commun à tous les territoires servant de recueil annuel des données de fonctionnement des structures.

Le bilan national standardisé d'activité (DGOS) peut servir de base mais il manque des indicateurs et il n'est pas modifiable. Il faut éviter au maximum les doubles saisies.

Grille de recueil des indicateurs de suivi pour chaque structure (outil à construire)

- Nombre de nouveaux patients
- File active
- Origines des patients (médecine de ville, établissements médico-social, sanitaire, SSR,...)
- Nombre de consultations par structure d'évaluation et de traitement de la douleur
- Nombre de consultations médicales de suivi
- Nombre de consultations de psychologue
- Nombre de consultations IDE
- Nombre de déplacements dans les services par le médecin et par l'IDE
- Proportion de consultations réalisées en dehors de l'établissement de rattachement
- Délai d'attente pour une première consultation : indicateur le plus pertinent (objectif : tendre vers un délai raisonnable en dehors de l'urgence de 6 à 8 semaines)
- Nombre d'ETP d'infirmiers ressources douleur
- Nombre de réunions territoriales
- Nombre de correspondants « douleur » formés
- Nombres de réunions pluri-professionnelles

Au niveau régional les indicateurs suivants seront recueillis :

- Actions de communication et formation
- Nombre de réunions de « RCP » régionale

Des enquêtes de satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur chronique en consultation ne peuvent pas être systématisées. Elles pourront faire l'objet d'enquêtes ponctuelles sur un temps donné dans un établissement ou être intégrée à l'enquête de satisfaction pour la prise en charge de toutes les consultations dans chaque établissement.

IMPLANTATIONS par territoire

Prise en charge de la douleur

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- ⇨ Réduire les délais d'accès à une structure de consultation douleur
- ⇨ Structurer l'offre régionale par une graduation des soins
- ⇨ Repérer les situations à risque en ambulatoire, médico-social et sanitaire
- ⇨ Intégrer la démarche de prise en charge de la douleur dans la pratique soignante
- ⇨ Pas de création de consultation douleurs supplémentaires mais organisation de consultations avancées

REPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES / Secteurs infra-territoriaux	NOMBRE d'implan- tations de consultations	RECOMMANDATIONS
CHER (18)	1	
Bourges	1	Prendre en compte la situation de la bordure ligérienne de l'est du département qui attire la population du nivernais par absence totale de consultation douleur. Mise en place de 2 consultations avancées à Vierzon et St Amand
Vierzon		
Saint Amand		
EURE et LOIR (28)	2	
Dreux	1	Le territoire de Nogent le Rotrou reste à investiguer Mise en place de 1 consultation avancée à Châteaudun Développement de la télémédecine à partir des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.
Chartres	1	
Châteaudun		
Nogent le Rotrou		
INDRE (36)	1	
Châteauroux	1	Mise en place de consultations avancées à Issoudun, le Blanc et La Châtre. Priorité au territoire du Blanc
Issoudun		
Le Blanc		
La châtre		
INDRE et LOIRE (37)	1	
Tours	1	Renforcement de la structure du CHRU de Tours et de consultations avancées pour intervention sur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Loches ▪ Chinon ▪ Amboise – Château Renault
Amboise		
Chinon		
Loches		
LOIR et CHER (41)	1	
Blois	1	Création d'une équipe mobile destinée à intervenir sur l'ensemble du territoire en expérimentation et évaluation
Vendôme		
Romorantin		
LOIRET (45)	1	
Orléans	1	Priorité au territoire de Montargis pour mis en place d'une consultation avancée.
Montargis		
Gien		
Pithiviers		

3.5 LES SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale.

L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution.

La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un phénomène naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche à ce que ces principes puissent être appliqués.

3.5.1 LE CONTEXTE

La région Centre offre les prises en charge palliatives suivantes :

- **1 Unité de soins palliatifs (USP)**, d'une capacité de 10 lits, implantée à Luynes, et gérée par le CHRU de Tours. L'USP accueille les patients en situation palliative complexe (symptômes difficiles, souffrance globale, délibération éthique). Elle propose également des hospitalisations de répit pour les familles ou les soignants. L'équipe pluridisciplinaire, affectée à l'unité, met en œuvre des actions de diffusion de pratiques de soins, de formation et de recherche.

- **288 Lits Identifiés en Soins Palliatifs (LISP)**, répartis dans 35 établissements MCO et SSR, privés et publics, soit un taux d'équipement moyen en région de 11.68 LISP /100 000 habitants (objectif national 5/100 000).

Les lits identifiés en soins palliatifs constituent l'application d'une démarche palliative spécifique au sein des services non totalement dédiés aux soins palliatifs, confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents. Les lits identifiés contribuent, avec les équipes mobiles, au développement transversal des soins palliatifs dans les établissements de santé.

territoire	population	Nombre de lits identifiés	Taux d'équipement pour 100 000 habitants
Cher 18	312 277	51	16,33
Eure et Loire 28	412 094	49	11.89
Indre 36	230 954.	35	15.15
Indre et Loire 37	563 062	40	7.10
Loir et Cher 41	318 853	50	15.68
Loiret 45	629 377	75	11.92
Région Centre	2 466 617	300	12.16

- **18 Equipes mobiles de soins palliatifs** : Les équipes pluridisciplinaires de soins palliatifs interviennent en appui des professionnels qui effectuent ces prises en charge dans les services de l'établissement de référence ainsi que dans les structures et établissement sanitaires et médico-sociaux de tout le territoire.

Parmi ces 18 équipes, la région Centre a individualisé 2 types d'équipes de prise en charge palliative :

- **12 équipes mobiles intra hospitalières (EMSP) :** Les équipes mobiles de soins palliatifs interviennent strictement dans leur centre hospitalier de référence, la composition des EMSP est différente selon la structure de rattachement.
 - **6 équipes mobiles extra hospitalières (EADSP) :** Les équipes d'appui départemental en soins palliatifs interviennent au domicile, dans les structures médico-sociales, EHPAD et accueil des personnes handicapées, ainsi que dans tous les établissements sanitaires publics ou privés sans EMSP. On compte une EADSP, de même composition, dans chaque territoire de santé.
- **une équipe de coordination régionale (ECR) :** elle composée d'une infirmière coordinatrice et d'une secrétaire. L'ECR est rattachée administrativement au CHRU de TOURS. Elle a pour mission générale l'animation des pratiques de soins palliatifs notamment :
- La coordination des différents professionnels médecin, infirmier, kinésithérapeute, psychologue, pharmacien, prestataire de service, etc. ayant une compétence en soins palliatifs,
 - L'harmonisation et l'homogénéisation des interventions des équipes mobiles dans chaque territoire de santé de la région,
 - L'évaluation de l'offre de soins palliatifs dans une démarche de qualité.

L'analyse de l'offre actuelle a mis en évidence les points forts et les points faibles suivants :

Les points forts :

- L'Accès aux soins palliatifs existe dans chaque territoire.
- Les équipes mobiles interviennent au domicile et en institutions médico-sociales (EHPAD, personnes handicapées) ainsi que dans les services des établissements sanitaires, notamment en lien avec les SAMU et équipes des services d'accueil d'urgence.
- Chaque territoire dispose d'une offre de soins globale en LISP et équipes mobiles.
- Les équipes de soins palliatifs participent à la diffusion de la culture palliative en région par la formation initiale et continue des professionnels médicaux et paramédicaux.

Les points faibles :

- La région Centre dispose d'une seule USP malgré son étendue et sa densité de population élevée même si les démographies médicale et paramédicale sont en baisse.
- La coordination et l'harmonisation des pratiques professionnelles des équipes pluridisciplinaires de soins palliatifs (USP, EMSP, LISP) sont insuffisantes.
- Les pratiques professionnelles des équipes mobiles intra et extrahospitalières de soins palliatifs (EADSP, EMSP) restent segmentées
- Les missions de la coordination régionale doivent être renforcées.

3.5.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

3.5.2.1 Renforcer la graduation de l'offre

▪ Niveau 1 : Développer la démarche palliative au domicile

L'objectif est de rendre accessible une offre de soins palliatifs aux patients et à leur famille à domicile ou en structure d'hébergement (EHPAD).

Les acteurs concernés sont les soignants habituels du domicile, des structures d'hébergement, ou institutionnels (HAD, SSIAD), médecin, infirmier, kinésithérapeute, etc., auxquels les équipes de soins palliatifs apportent leur conseil et leur expertise.

Pour ce faire, le partenariat entre les équipes de soins palliatifs et l'HAD ou le SSIAD sera formalisé par une convention établissant les domaines d'intervention respectifs en cas d'intervention conjointe auprès d'un patient. Les conventions établies devront être reprises dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements.

Indicateurs de suivi

Nombre de personnes à domicile ou en hébergement ayant fait l'objet d'une intervention d'une équipe de soins palliatifs (nombre de demande d'inclusion).

▪ Niveau 2 : Conforter l'accès aux soins palliatifs en hospitalisation

L'objectif est de rendre accessible une offre de soins homogène et harmonieuse aux patients hospitalisés requérant des soins palliatifs en hospitalisation complète.

Les acteurs concernés sont les équipes de soins palliatifs (LISP, EMSP) apportent leurs conseils et leurs expertises aux professionnels de santé des établissements privés et publics, MCO et SSR.

La coordination des actions des équipes mobiles intra et extrahospitalières et des LISP est le moyen d'atteindre l'objectif souhaité.

Indicateurs de suivi:

Nombre de séjours Z515

Nombre de personnes hospitalisées ayant fait l'objet d'une intervention d'une équipe de soins palliatifs (nombre de demande d'inclusion).

▪ Niveau 3 : Renforcer le recours en unité de soins palliatifs

L'objectif est de rendre accessible les soins palliatifs complexes et la prise en charge d'une souffrance de fin de vie compliquée dans chaque territoire de santé.

Les acteurs concernés par cet objectif sont les professionnels des USP qui ont une activité spécifique et exclusive en soins palliatifs. Les USP sont des structures de référence et de recours pour les établissements disposant d'équipes de soins palliatifs et de lits identifiés de soins palliatifs.

Elles assurent également l'accueil des stagiaires, la recherche, les actions régionales et nationales pour la diffusion des soins palliatifs en fidélité aux repères.

Les objectifs nationaux recommandent une USP par territoire de santé.

Indicateurs de suivi :

Nombre de séjours en USP,

Heures d'enseignement et formation,

Lieux d'enseignement et formation.

▪ LES EVOLUTIONS D'IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE

Les lits identifiés en soins palliatifs

L'objectif est l'harmonisation du taux d'équipement sur chaque territoire.

La reconnaissance en LISP sera limitée pour les 5 ans à venir, le taux de prise en charge régional étant satisfaisant par rapport à la moyenne régionale.

L'attribution de LISP sera limitée aux services dont le taux de décès est élevé et à 6 lits par service.

La reconnaissance par l'ARS des lits identifiés en soins palliatifs répond au cahier des charges formalisé spécifique et s'établira selon une procédure définissant les critères réglementaires et de qualité de prise en charge arrêtés en lien avec la coordination régionale. L'ARS réalisera des contrôles de fonctionnement des lits identifiés en soins palliatifs autorisés avec possibilité de suppression d'agrément.

Les équipes mobiles en soins palliatifs

Les équipes de soins palliatifs devront offrir une offre de soins territoriale et homogène en supprimant la segmentation entre équipes intra et extra hospitalières et en adéquation avec la demande et les critères d'inclusion.

Il n'y aura pas de création de nouvelle équipe.

L'équipe de coordination régionale veillera à cette organisation harmonieuse. L'ARS réalisera des contrôles de conformité et qualité de l'offre de soins palliatifs.

Les unités de soins palliatifs

Le contexte régional défavorable en termes de démographies médicale et paramédicale ne permet pas d'atteindre les objectifs nationaux (1 USP par territoire) dans les cinq ans.

Afin de favoriser l'accessibilité aux patients requérant ce type de soins palliatifs, la région Centre peut disposer de 3 implantations d'USP, soit 2 USP supplémentaires par rapport à l'offre existante aujourd'hui. Au terme du schéma, l'offre en USP se décomposera donc comme suit (cf. carte ci-contre) :

- 1 USP dans le sud de la région
- 1 USP dans le centre de la région
- 1 USP dans le Nord de la région

L'attribution de nouvelles USP dépendra de critères de qualité stricts notamment :

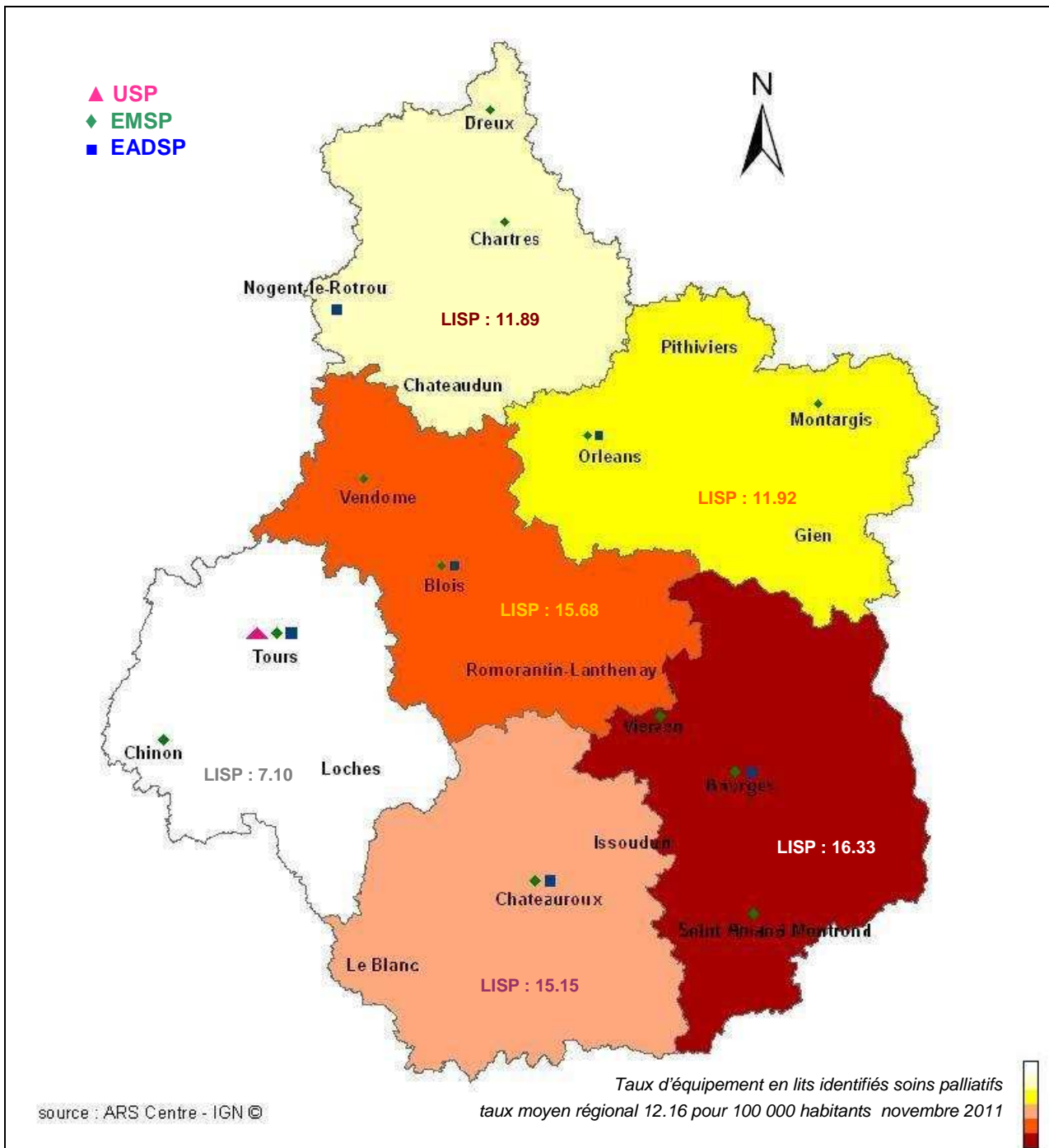
- la qualité des soins palliatifs proposés,
- le respect de la prise en charge de recours,
- l'adéquation géographique avec la demande régionale.

La reconnaissance de l'USP par l'ARS s'établira selon la procédure de reconnaissance de mission de service public, prenant en compte les critères réglementaires et de qualité de prise en charge arrêtés en lien avec la coordination régionale.

Elle réalisera des contrôles de fonctionnement.

L'équipe de coordination régionale en soins palliatifs sera sollicitée pour un avis préalable à l'attribution.

Carte des territoires et des zones d'emploi de la région Centre :
 Equipes mobiles : EADSP, EMSP, USP et LISP



3.5.2.2 Les objectifs d'amélioration qualitative de l'offre

- Améliorer l'accès aux soins palliatifs à tous les patients le requérant

L'objectif global est de :

- pouvoir et savoir proposer une prise en charge palliative à tous les patients, au domicile, en structure d'hébergement et en hospitalisation.
- Favoriser l'accès aux soins palliatifs des populations les plus vulnérables, notamment les détenus et les patients atteints de pathologie mentale.

Les acteurs concernés sont :

- L'ensemble des professionnels de santé, structures et établissements de chaque territoire.
- L'équipe de coordination régionale.

Les objectifs opérationnels associés sont les suivants :

- Améliorer la formalisation du partenariat entre les équipes de soins palliatifs et les professionnels de santé des territoires pour renforcer la culture palliative commune.
- Développer les collaborations avec les EHPAD, les HAD et les SSIAD ainsi que les établissements pour enfants et adultes handicapés dans chaque territoire et les formaliser par la signature de convention intégrant des objectifs partagés.
- Faciliter la mise en place de réunions pluridisciplinaires territoriales.
- Prévenir la souffrance des soignants, notamment dans le domaine de la prévention des complications du deuil.

Actions à mettre en œuvre :

- Rédiger une grille définissant les patients relevant de soins palliatifs selon les 3 niveaux de prise charge.
- Elaborer une fiche de recueil et de traçabilité du projet thérapeutique.
- Elaborer une convention type « prise en charge palliative » entre les acteurs de soins palliatifs et les structures et établissements médico-sociaux et sanitaires n'ayant pas d'équipe sur place (HAD, SSIAD, EHPAD, etc.)
- Organiser la participation et la traçabilité aux réunions pluridisciplinaires territoriales.

Indicateurs :

- Nombre de demande d'inclusion dans les services,
- Nombre de réunions pluridisciplinaires dans les services,
- Nombre de formation/information auprès des équipes de soins palliatifs intervenant auprès des populations vulnérables (UCSA, précarité, gériatrie, psychiatrie).

- Améliorer la qualité de la prise en charge palliative

L'objectif global est de décroïsonner, développer et formaliser la coopération entre les équipes de soins palliatifs dans les territoires de santé pour offrir une prise en charge homogène et exhaustive.

Les acteurs concernés sont les professionnels formés aux soins palliatifs, notamment ceux des USP, LISP, EADSP et EMSP.

Les objectifs opérationnels associés sont les suivants :

- Optimiser la continuité du parcours du patient en soins palliatifs selon la graduation des soins.
- Assurer aux professionnels prenant en charge des malades en soins palliatifs une permanence de prise en charge palliative par des acteurs formés.

Actions à mettre en œuvre :

- Identifier tous les professionnels de santé formés aux soins palliatifs dans chaque territoire. Formaliser un annuaire des professionnels du soin palliatif accessible à tous.
- Mettre en place une astreinte médicale téléphonique territoriale en soins palliatifs pour les professionnels de santé ville et hôpital.
- Collaborer avec les professionnels de prise en charge des situations d'urgence.

Indicateurs :

- Nombre de formations ou déplacements effectuées par les équipes de soins palliatifs.
- Nombre de permanence des soins mises en place.

- Améliorer l'efficacité des moyens de prise en charge palliative

L'**objectif global** est d'améliorer la qualité du parcours de soins palliatifs des patients.

Les acteurs concernés sont tous les professionnels des équipes de soins palliatifs.

Les objectifs opérationnels sont les suivants :

- Mettre en place une offre de prise en charge palliative territoriale graduée homogène et harmonieuse pour chaque territoire.
- Harmoniser le taux d'équipement en LISP de MCO privés et publics et SSR.
- Augmenter l'offre de soins palliatifs de recours (USP).
- Accompagner la montée en charge de l'équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques : PALLIANCE.
- Faciliter le décloisonnement du parcours de soins des patients polyopathologiques.

Actions à mettre en œuvre

- Favoriser l'implication des différentes équipes ou structures d'un même territoire (USP, EMSP, EADSP, LISP) dans un projet commun en vue de constituer un dispositif territorial de soins palliatifs homogène sur chaque territoire de santé.
- Dans un établissement de rattachement, favoriser l'appartenance à un même pôle (même responsable de pôle, cadre de santé) des équipes de soins palliatifs.
- Dans un territoire, contractualiser la collaboration des équipes de soins palliatifs.
- Concevoir et formaliser pour chaque territoire les modes de collaboration et de complémentarité avec les professionnels d'autres thématiques de soins, notamment les acteurs du cancer et de la douleur chronique.
- Créer 2 implantations supplémentaires d'USP, l'une dans le Centre de région, l'autre dans le Nord de la région. L'USP de Tours déjà en place apportant l'offre dans le sud de la région.
- Formaliser l'évaluation de la prise en charge palliative territoriale (USP, LISP, EMSP).
- Mettre en place des indicateurs de contrôle de qualité de l'offre de soins palliatifs à tous les niveaux, notamment en ce qui concerne l'activité en USP et en LISP.

Indicateurs

- Nombre de collaborations formalisées entre les équipes de soins palliatifs,
- Nombre de professionnels ayant réalisés des stages au sein des différents dispositifs territoriaux,
- Nombre de services avec LISP contrôlés
- Nombre d'USP installées
- Nombre et localisation des interventions de PALLIANCE,

- **Renforcer la diffusion de la culture palliative**

L'**objectif global** est de diffuser les bonnes pratiques pluridisciplinaires en soins palliatifs.

Les acteurs concernés sont l'équipe régionale de coordination et l'Agence régionale de santé.

Les objectifs opérationnels associés sont :

- Diffuser la culture palliative aux soignants, toutes thématiques confondues, aux bénévoles et au grand public.
- Développer les liens entre les acteurs de soins palliatifs, notamment à travers des formations communes et des rencontres sur des thématiques cliniques.
- Améliorer la compétence et la participation des acteurs des équipes de soins palliatifs dans les domaines de la formation, notamment en pédagogie ainsi que de la recherche.

Actions à mettre en œuvre

- Organiser et formaliser l'information, la formation et le soutien professionnel aux professionnels du soin.
- Permettre la réalisation de stages longue durée, d'échanges croisés de compétences, entre les différentes équipes territoriales.
- Ouvrir des postes pour les internes en médecine générale dans les différents dispositifs de soins palliatifs des établissements.
- Développer l'offre des structures de soins palliatifs comme terrain de stage pour les étudiants en formation initiale (élèves IDE, étudiants en médecine) mais aussi pour les professionnels (DIU de soins palliatifs...).
- Poursuivre les actions de communications telles que la Journée Régionale de Soins Palliatifs, la Journée Mondiale de Soins Palliatifs, les Journées mono disciplinaires et pluridisciplinaires (inter-équipes, inter-EADSP).
- Améliorer la communication auprès de tous les professionnels de santé des territoires, y compris les équipes soignantes intervenant auprès des populations vulnérables (détenus, santé mentale), notamment par le biais du site internet actualisé régulièrement (référentiels de bonnes pratiques en soins palliatifs, grille d'inclusion, fiches de traçabilité, conventions et autres documents produits, élaborés et validés par les équipes)

L'Agence Régionale de Santé effectuera des missions de contrôle de qualité.

Indicateurs

- Nombre de participants aux journées de communication et de formation,
- Nombre d'étudiants accueillis en stage dans les différentes composantes du dispositif régional de soins palliatifs,
- Nombre de postes d'interne proposés et pourvus.

- **Renforcer les missions de l'équipe de coordination régionale de soins palliatifs**

Composition de l'équipe de coordination régionale

- Coordination : 0,20 ETP de directeur ;
- 1 ETP de chargé qualité et développement ;
- 1 ETP cadre de santé ;
- 1 ETP de secrétaire.

Objectif global

- Coordination du parcours de soins palliatifs des patients
- Réactiver une dynamique régionale par la redéfinition des missions du réseau et de la recomposition de l'ECR
- Impulsion de la diffusion de la culture palliative

Missions

- Mettre en place un plan d'amélioration de la qualité et impulser une dynamique régionale qualité, permettant une harmonisation et une diffusion des pratiques auprès des équipes du réseau (inclusion des patients, procédures de bonnes pratiques, évaluations des pratiques professionnelles = EPP, fiches de traçabilité cahier des charges LISP et USP...)
- Inscrire le réseau dans une démarche continue d'évaluation interne et participe aussi aux évaluations externes demandées dans une visée d'évolution du réseau
- Assurer le lien avec les instances régionales du réseau pour mettre en place les politiques régionales définies en lien avec les directives
- Interlocuteur privilégié de l'ARS sur les problématiques de soins palliatifs

Objectifs opérationnels

- Mettre en œuvre les missions de la coordination régionale
 - Favoriser le décloisonnement et le rapprochement des équipes intra et extra hospitalière par une contractualisation des rapports entre les équipes (EADSP/EMSP) permettant d'assurer la continuité d'intervention la complémentarité et l'accès aux soins sur le territoire
 - Apporter son appui et son expertise aux équipes dans l'harmonisation des modes de fonctionnement territoriaux
 - Assurer une aide aux équipes et s'impliquer dans les échanges avec le responsable de l'équipe et le cadre de santé de l'établissement d'appartenance (jurys de recrutement, soutien des demandes de formation, évaluations annuelles...)
- Organiser des actions de communication
 - Contribuer au développement du partenariat avec les autres réseaux régionaux en favorisant la mutualisation de moyens logistiques et la collaboration entre les acteurs des différentes équipes
 - Mettre en place des dispositifs permettant d'organiser les échanges entre les équipes des réseaux (commissions, distanciels, lettres de diffusion...)
 - Assurer une communication régulière auprès des partenaires et du public sur le réseau, l'activité des équipes et les projets en cours (sensibilisation, formation, publication, site internet, annuaire des professionnels...)
- Animer et développer le site web
- Proposer un plan de formation professionnelle pluriannuel des équipes

L'avis de l'équipe de coordination régionale sera requis pour l'attribution de la répartition territoriale de l'offre de soins palliatifs

Indicateurs

- Nombre de formation
- Plan de formation
- Nombre de connexion au site web
- Rapport d'activité annuel
- Actions de communication, participation et évaluation
- Annuaire des professionnels.

IMPLANTATIONS par territoire

SOINS PALLIATIFS

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- ⇨ Renforcer la graduation de l'offre
- ⇨ Améliorer la qualité de la prise en charge palliative
- ⇨ Améliorer l'efficacité des moyens de prise en charge palliative
- ⇨ Renforcer la diffusion de la culture palliative

REPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES / Secteurs infra-territoriaux	Lits identifiés de soins palliatifs	Equipe mobile de soins palliatifs	Unité de soins palliatifs
CHER (18)	51	4	1 à 3
EURE et LOIR (28)	49	3	
INDRE (36)	35	2	
INDRE et LOIRE (37)	37	3	
LOIR et CHER (41)	50	3	
LOIRET (45)	75	3	
Total	297	18	

3.6 LES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

3.6.1 LE CONTEXTE

Un accident vasculaire cérébral se manifeste par des signes et symptômes neurologiques dus à l'atteinte du cerveau par un défaut de circulation sanguine. Il s'agit le plus souvent d'une occlusion artérielle pouvant aboutir à un infarctus cérébral, parfois d'une rupture vasculaire provoquant une hémorragie. Les accidents vasculaires cérébraux surviennent généralement chez des patients âgés, néanmoins 25 % des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux ont moins de 65 ans.

Le diagnostic de l'état de santé de la région Centre établi en février 2011 préalablement au Plan Stratégique Régional de Santé se fait l'écho du Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 » en rappelant qu'en France, les AVC représentent la première cause de handicap moteur de l'adulte, la deuxième cause de démence, la troisième cause de mortalité et l'une des causes d'hospitalisation en urgence qui mobilisent le plus de ressources.

En région Centre, près de 1 600 décès sont observés annuellement pour les maladies neuro-vasculaires et environ 6 200 hospitalisations en court séjour par an sont directement liées à cette pathologie. Le vieillissement de la population laisse augurer un nombre croissant de patients atteints dans les prochaines années.

Au terme du premier mois suivant un AVC, environ 15 à 20 % des patients seront décédés, tandis que 75 % des survivants garderont des séquelles définitives avec un retentissement social voire professionnel important. Or, **les progrès récents en matière de traitement et de maîtrise des facteurs de risque vasculaires des AVC, représentent une opportunité majeure pour agir sur l'épidémiologie et sur les répercussions fonctionnelles des accidents cardio-neuro-vasculaires. La mise en œuvre du Plan national AVC est donc une priorité régionale pour permettre à tout patient de la région d'avoir accès aux modalités de traitement adaptées, en particulier la thrombolyse.**

Par ailleurs, le Plan Stratégique Régional de santé constate le poids important des maladies chroniques en région Centre. Les affections de longue durée cardio-neuro-vasculaires⁹ y sont au premier rang avec 34.8 % des admissions en ALD sur la période 2006 à 2008 (régime général) devant les tumeurs malignes (20.2 %) et le diabète de type 1 ou 2 (17.9%).

Partant de ce constat, le plan stratégique se donne comme priorité dans ce domaine des maladies chroniques de réduire l'incidence et la prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaire (objectif 2.2). En terme de prévention primaire, les principaux facteurs de risque que sont l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie et le diabète, mais également les déterminants de santé que sont le tabagisme, la consommation d'alcool, la nutrition et l'activité physique et sportive devront donc être abordés dans les programmes d'éducation pour la santé et dans les actions de prévention.

L'exigence de traitement précoce des AVC passe par une meilleure information des professionnels de santé et du public ainsi que par une optimisation des filières dès l'alerte. Si 1% des patients victime d'AVC bénéficient actuellement d'une thrombolyse, on admet qu'ils pourraient être au moins de 15%¹⁰. Cette insuffisance s'explique principalement par le dépassement des délais en raison d'une mauvaise information des patients et d'une mauvaise organisation de la filière. Ainsi, le présent volet AVC du schéma d'organisation des soins définit les différentes étapes de la prise en charge et les modalités d'organisation des filières en région Centre.

Enfin, ce volet du schéma n'oublie pas que, l'AVC étant la **première cause de handicap moteur de l'adulte**, la prévention tertiaire des incapacités nécessite une intervention dès la prise en charge en cours séjour par les professionnels de la rééducation.

⁹ ALD n°1 : accident vasculaire cérébral invalidant, ALD n° 3 : artériopathie chronique, ALD n° 5 : insuffisance cardiaque grave, ALD n° 12 : hypertension sévère, ALD n° 13 : maladie coronaire.

¹⁰ Synthèse du rapport *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France* présenté par la Docteure Elisabeth Fery-Lemonnier en juin 2009 : selon la SFNV, 1352 thrombolyse ont été recensées pour l'année 2007.

3.6.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

3.6.2.1 Identifier une filière accidents vasculaires cérébraux (AVC)

En région Centre, la démographie médicale globalement déficitaire et répartie de façon peu homogène au sein de la région rend l'accès aux soins spécialisés en établissement très inégal. L'identification des filières AVC revêt donc une importance particulière. Les préconisations qui suivent s'appuient sur :

- les circulaires du 3 novembre 2003 et du 22 mars 2007 relatives à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux qui introduisent la notion **d'unité neurovasculaire** (UNV)
- les Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge précoce des AVC publiée en mai 2009 par la Haute Autorité de Santé.
- le Rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC de juin 2009 remis par le Dr E. Fery Lemonnier.
- le Plan d'actions national AVC 2010-2014.

► A) EN PHASE PRE HOSPITALIERE : RAPIDITE ET APPEL SYSTEMATIQUE DU CENTRE 15

La situation actuelle, peu satisfaisante, doit être améliorée. En effet, les accidents vasculaires cérébraux représentent une urgence médicale diagnostique et thérapeutique au même titre que l'infarctus du myocarde. De la rapidité de la prise en charge dépendent le pronostic vital et l'importance des séquelles.

L'alerte doit être rapide et nécessite un appel systématique au centre 15. Les patients et tout spécialement les patients déjà traités pour facteurs de risques (HTA, diabète, Hyperlipidémie, etc...) et particulièrement s'ils fréquentent une structure de prévention ou d'éducation thérapeutique ainsi que leur entourage, les professionnels de santé et les transporteurs sont formés à l'identification des premiers symptômes, à l'acquisition du réflexe centre 15 et à la notion d'urgence. Les messages doivent porter sur les AVC et les accidents ischémiques transitoires (AIT)¹¹. Les critères d'éligibilité à la thrombolyse (désobstruction médicale d'un vaisseau) font l'objet d'une large diffusion auprès des médecins traitants pour que ces patients accèdent au site de thrombolyse dans les délais compatibles avec sa réalisation.

Les régulateurs du centre 15 sont formés aux signes et aux protocoles des AVC et des AIT. Ils veillent à l'orientation du patient vers l'unité neuro vasculaire la plus adaptée à sa prise en charge. Ils identifient les patients potentiellement thrombolysables et décident d'une éventuelle médicalisation du transport¹². Les patients éligibles à la thrombolyse sont transférés directement vers un établissement disposant d'une UNV.

► B) EN PHASE HOSPITALIERE DE COURT SEJOUR : LES UNITES NEUROVASCULAIRES

Prise en charge initiale

Après régulation du SAMU, dès l'arrivée à l'hôpital, la prise en charge des patients est organisée directement par l'équipe médicale de l'unité neuro-vasculaire en lien avec les urgentistes et les radiologues. Cette prise en charge et sa coordination font l'objet d'une procédure écrite. L'accès au scanner est assuré en urgence vingt quatre heures sur vingt quatre dans toutes les UNV. L'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) est également accessible en urgence vingt quatre heures sur vingt quatre dans ces unités du fait de la réalisation potentielle de thrombolyse. Les établissements dotés d'UNV organisent l'accès direct et prioritaire à l'IRM des patients présentant un AVC ou un AIT de moins de 48 heures. En fonction de la file active des IRM peuvent être

¹¹ Si l'on manque d'informations fines sur les AIT, il semble admis que 30% des AVC sont précédés d'AIT le plus souvent dans les heures ou les jours avant. Ainsi l'AIT apparaît comme une urgence thérapeutique car il existe des traitements d'efficacité démontrée en prévention secondaire après un AIT.

¹² « Time being brain », l'envoi d'une équipe médicale du SMUR ne doit pas retarder la prise en charge d'un patient suspect d'AVC. Il est cependant bien sur nécessaire en cas de trouble de la vigilance, de détresse respiratoire ou d'instabilité hémodynamique.(HAS mai 2009).

dédiées à l'urgence neurologique ou neuro-vasculaire. Pour assurer la continuité des soins lors de panne ou maintenance de l'IRM ou du scanner, une convention sera conclue avec un établissement pouvant assurer la réalisation des examens 24/24. Cette convention sera portée à la connaissance de la régulation du « 15 »

Dans le cas où le territoire de santé ne peut disposer d'emblée d'une UNV, il peut être mis en place temporairement une unité dédiée aux AVC, assurant l'intégralité de la prise en charge exceptée la thrombolyse. L'accès au scanner et si possible à l'IRM sont également assurés 24/24h.

Si malgré les efforts de généralisation du réflexe d'appel au centre 15, des patients se présentent directement aux urgences, une prise en charge immédiate et une orientation compatible avec la mise en œuvre d'une éventuelle thrombolyse est organisée. Cette prise en charge est protocolisée et les conventions y concourant sont passées entre les établissements recevant les urgences et les établissements disposant d'une UNV.

L'unité neuro-vasculaire

Tout patient victime d'un accident vasculaire cérébral récent, quel que soit son âge ou le traitement qui sera mis en place, est hospitalisé d'emblée en UNV.

L'unité neuro-vasculaire est située préférentiellement dans un service de neurologie au sein d'un établissement disposant d'une unité de réanimation et d'un plateau technique d'imagerie incluant le scanner et l'IRM.

Elle comporte des lits aigus et subaigus. Les lits aigus sont qualifiés de lits de soins intensifs. Ces lits aigus sont destinés à la prise en charge initiale (48 à 72 premières heures) des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux. Leur état nécessite une surveillance clinique et biologique rapprochée. Passée cette période le médecin de l'UNV décide de l'orientation du patient en fonction de son état clinique et de la prise en charge requise.

Les médecins de l'unité sont préférentiellement des neurologues ou des médecins expérimentés dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. L'unité neuro-vasculaire est sous la responsabilité d'un neurologue titulaire du diplôme inter universitaire (DIU) de pathologie neuro-vasculaire (ou reconnu compétent par le conseil pédagogique du DIU).

La permanence des soins est assurée par un neurologue, sous la forme d'une garde sur place dans au moins une UNV de niveau régional ou d'une astreinte dans les autres UNV.

Au sein de l'unité neuro-vasculaire, la stabilité et la formation des équipes concourent à la qualité des soins.

Certains patients victimes d'accidents ischémiques transitoires (AIT) bénéficient d'une prise en charge en hospitalisation partielle permettant la réalisation du bilan étiologique.

Par ailleurs, toutes les structures disposant d'une IRM quelque soit leur lieu d'implantation peuvent participer à la prise en charge de certains AIT datant de plus de 48 heures au sein d'une coordination ville hôpital. Elle permet un accès rapide à l'avis neuro-vasculaire et à une prise en charge thérapeutique conforme aux recommandations sans hospitalisation à temps complet a priori. Cette filière repose sur les praticiens adresseurs libéraux, premiers interlocuteurs du patient (médecins traitant principalement mais aussi cardiologues, ophtalmologues...).

L'unité dédiée aux AVC

La pénurie de médecins neurologues et la nécessité d'organiser la permanence des soins conduisent à mettre en place dans certains territoires une unité dédiée à la prise en charge des AVC.

L'organisation générale de l'unité est identique à celle de l'UNV. Cependant l'unité peut être sous la responsabilité d'un médecin non neurologue titulaire du DIU de pathologie neuro-vasculaire, les lits « aigus » sont qualifiés de lits de surveillance continue, la permanence des soins peut être assurée par une astreinte spécifique de médecin non neurologue expérimenté dans la prise en charge des AVC.

La reconnaissance par l'Agence Régionale de Santé des UNV et des unités dédiées s'appuient sur le cahier des charges régional validé par le comité régional de neuro-vasculaire.

Prise en charge post aigu

A l'issue de la phase aiguë, les patients sont pris en charge au sein du service de neurologie.

Une **équipe de médecine physique et réadaptation** spécialisée dans les affections du système nerveux intervient dès les premiers jours d'hospitalisation. Elle participe à la prévention des complications de l'immobilité, et concourt à l'utilisation de moyens permettant de réduire la dépendance. Elle propose une orientation de sortie qui tient compte des facteurs individuels et environnementaux et se fait en concertation étroite avec le médecin du court séjour, le patient et son entourage¹³.

A l'issue de sa prise en charge en court séjour, le patient peut, en fonction de son état clinique et de son environnement familial et social, retourner à domicile avec ou sans aide ou être orienté vers une hospitalisation à domicile, un service de soins de suite polyvalent ou spécialisé dans les affections de la personne âgée ou du système nerveux, ou un établissement médico-social.

Coopérations

Une procédure est formalisée entre le 15, l'UNV ou les UNV ou l'unité dédiée du département notamment pour l'admission directe dans l'unité, éventuellement après passage par l'imagerie.

Les établissements disposant d'un service d'urgence autorisé passent convention avec un établissement ayant une UNV. De même, un établissement doté d'une unité dédiée établit une convention le liant à une UNV. Ces conventions précisent les modalités de transferts des patients d'une structure à l'autre.

Les établissements recevant des accidents vasculaires cérébraux organisent régionalement un système d'échange par télé-médecine permettant d'accéder à un centre référent d'expertise comportant une garde de neurologie et de neurochirurgie.

Afin de favoriser la fluidité de la filière régionale des accidents vasculaires cérébraux, les établissements avec UNV peuvent passer convention, après avis du comité technique régional de neuro-vasculaire, avec certains établissements ne disposant pas d'unité neuro-vasculaire mais offrant la possibilité de poursuivre les soins conformément aux référentiels de la haute autorité de santé.

Comme il a été dit supra, toutes les structures disposant d'une IRM quelque soit leur lieu d'implantation peuvent participer à la prise en charge de certains AIT datant de plus de 48 heures au sein d'une coordination ville hôpital permettant un accès rapide à l'avis neuro vasculaire.

Enfin, au sein d'un même territoire de santé toute structure de court séjour ou de soins de suite polyvalents accueillant des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux passe convention avec une structure de médecine physique et de réadaptation spécialisée dans les affections du système nerveux. Les UNV ou UD y formalisent les modalités de la coopération prévue au paragraphe 2.4.

¹³ Le principe de cette collaboration est énoncé à l'article D6124-177-1 du code de la santé publique introduit par le décret 2008-376 du 17 avril 2008 sur les soins de suite. Cette modalité de coopération est attendue pour les SSR spécialisés dans les affections neurologiques par le SROS SSR arrêté en septembre 2009 (Cf. son paragraphe V- 6).

► **C) EN PHASE DE SOINS DE SUITE POLYVALENTS ET SPECIALISES**

Critères d'orientation en soins de suite indifférencié et en soins de suite spécialisé dans les affections de la personne âgée ou des affections du système nerveux (Ex MPR)

L'orientation vers un service de soins de suite spécialisé dans les affections de la personne âgée ou des affections du système nerveux se fait pour des patients dont l'état de santé et l'autonomie permettent une prise en charge intensive en rééducation ou réadaptation, et qui présentent un potentiel de récupération.

Les altérations cognitives empêchant toute participation active à un programme de rééducation ou une fatigabilité liée à l'existence de pathologies associées ou à un grand âge physiologique orientent suivant les cas vers un SSR indifférencié ou un SSR spécialisé dans les affections de la personne âgée, polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

La préparation de la phase post hospitalière doit être envisagée précocement. Elle est décrite dans le volet soins de suite. Elle fait intervenir des acteurs sanitaires ambulatoires, sociaux et médico-sociaux.

Coopération entre services de soins de suite indifférenciés, gériatriques et neurologiques

Dans le cadre l'article R 6123-124 du code de la santé publique¹⁴, un partenariat est formalisé entre les services de soins de suite indifférenciés, gériatriques et neurologiques afin de permettre des échanges de pratiques et de fluidifier la filière. La circulation de patients entre les différents types de structure de soins de suite doit être prévue dans les deux sens en fonction de l'état clinique et des capacités à suivre un programme de rééducation.

► **D) SUIVI DES PATIENTS APRES L'HOSPITALISATION**

Après un épisode aigu et selon les recommandations de bonne pratique, le traitement doit porter sur les facteurs de risque et sur la cause de l'accident. Le patient à sa sortie est informé des enjeux de son traitement, éventuellement par une personne spécialement formée ; ainsi que des conditions du suivi (carnet de suivi).

Le courrier destiné au médecin traitant indique de façon claire les objectifs thérapeutiques et peut apporter une information concernant l'offre en matière de réseau ou d'éducation thérapeutique.

Une consultation de suivi par le spécialiste est programmée dès la sortie du court séjour. En particulier les établissements s'organisent pour proposer systématiquement une consultation neurologique entre 2 et 6 mois¹⁵ permettant de réévaluer le patient et de le mobiliser sur les possibilités d'agir sur les facteurs de risque.

L'observance et la surveillance à long terme sont assurées par le médecin traitant. A chaque étape de sa prise en charge (court séjour, soins de suite, consultation) sont rappelés les objectifs de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire global.

L'accompagnement fonctionnel ou social, et la réévaluation du patient AVC dans son lieu de vie, (domicile et/ou structures médico-sociales associées) sont organisés et peuvent relever d'équipes mobiles pluridisciplinaires extra hospitalières. Cette réévaluation médicale et fonctionnelle doit être possible quelque soit le lieu de vie du patient.

¹⁴ Introduit par le décret 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux soins de suite et de réadaptation

¹⁵ L'action 6 du Plan d'actions national AVC 2010-2014 prévoit de « définir le contenu d'une consultation « bilan » post AVC, l'expérimenter et la mettre en œuvre ». A visée « médicale, rééducative, psychologique, neuropsychologique et sociale, elle sera au mieux pluridisciplinaire » et réalisée entre 2 et 6 mois. Elle aura pour but d'adapter le suivi de chaque personne (y compris « l'évaluation médico-psychologique les patients légers qui sortent plus que d'autre de la filière ») mais aussi de produire des indicateurs épidémiologiques de la fréquence de la gravité des séquelles. Un cahier des charges sera élaboré. Schéma régional d'organisation des soins (volet hospitalier) 2012-2016 231 Document soumis à consultation – décembre 2011

► **E) PREVENTION SECONDAIRE**

Chaque patient ayant eu un premier épisode d'accident cardio-neuro-vasculaire doit pouvoir bénéficier d'une éducation thérapeutique adaptée visant à la prévention du risque vasculaire global et des risques spécifiques éventuels (anticoagulants – prévention des chutes pour les AVC), au sein du territoire. Celle-ci est initiée en fonction de l'état du patient dès le court séjour, ou dans les services de rééducation.

Le médecin traitant sensibilisé au risque cardio-neuro-vasculaire s'assure du contrôle des facteurs de risque, de l'optimisation des traitements et oriente le patient si nécessaire.

Les structures de prévention et d'éducation thérapeutique se coordonnent entre elles et avec les spécialistes. Les professionnels proposent des programmes globaux et accessibles aux patients actifs afin d'éviter des contraintes pouvant conduire à l'abandon de la démarche.

L'information portant sur l'existant (réseaux, structures d'éducation), les annuaires doivent être aisément accessibles aux médecins et aux patients.

► **7) REPARTITION TERRITORIALE**

A échéance du schéma régional, chacun des six territoires de santé dispose au moins d'une unité neuro-vasculaire et d'au moins une implantation de soins de suite spécialisée dans les affections neurologique comportant une unité d'accueil pour état végétatif chronique. Chaque bassin d'emploi de chaque territoire dispose d'une structure de soins de suite spécialisé dans les affections de la personne âgée poly-pathologique en hospitalisation complète et en alternative à l'hospitalisation.

Au 1er septembre 2011, l'objectif d'au moins d'une UNV par territoire de santé est atteint pour les territoires du Cher, d'Eure et Loir, d'Indre et Loire et du Loiret. Le territoire de l'Indre comporte une unité dédiée. Le territoire du Loir et Cher est quant à lui dépourvu d'UNV ou d'unité dédiée

Compte tenu de la pénurie de neurologues, une coopération entre les territoires disposant ou ne disposant pas d'unité dédiée et ceux disposant d'UNV est mise en place.

La prise en charge en soins de suite polyvalents et spécialisés favorise la proximité. Il n'est pas individualisé de service de soins de suite de réadaptation exclusivement dédié à l'accueil des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux.

3.6.2.2 Comité technique régional de neuro-vasculaire et animateur de filière

▪ **LE COMITE NEURO VASCULAIRE**

Un comité technique régional de neuro-vasculaire (ou comité de coordination régional des AVC) a été créé lors du dernier schéma.

Il est chargé du suivi du schéma régional et veille à sa pluridisciplinarité. Il produit des indicateurs d'évaluation de la filière.

Il peut travailler à la mise en place d'éventuelle RCP AVC.

Il contribue à l'élaboration de critères permettant la reconnaissance des établissements pouvant recevoir les accidents vasculaires cérébraux au décours de la phase aiguë.

Il contribue à l'élaboration et à la diffusion auprès des médecins et des soignants de recommandations et protocoles validés et actualisés. Il peut superviser les audits de leur utilisation.

Enfin, Il participe à l'élaboration des actions de formation du public et des professionnels.

▪ LE ROLE D'ANIMATEUR DE FILIERE

Le plan d'actions national AVC 2010-2014 prévoit une montée en charge progressive de la structuration des filières par la création de postes d'animateurs de filières sur 2 ans à compter de 2011. Ils auront pour tâche, le cas échéant en lien avec les autres réseaux neurologiques de la région.

- d'établir la cartographie de la filière, l'analyse des circuits des patients, des séjours longs, des patients hors filières...
- la diffusion des protocoles de prise en charge des patients intégrant la télémédecine et le centre de référence régional
- l'organisation de réunions de filières
- le contrôle de l'organisation de la permanence des soins au sein de la filière (neurovasculaire, imagerie, cardiologie,...) et de la lisibilité (pour le C15 et le répertoire opérationnel des ressources)
- le suivi de certains indicateurs de la filière ou de l'UNV18
- la concertation avec les usagers, leur orientation dans la filière intégrant les soins de support, les soins à domicile et services et établissements médico sociaux ainsi que l'élaboration de documents à leur attention (fiches conseils, annuaires...)
- la participation à la formation des personnels

3.6.3 EVALUATION ET SUIVI

Cette évaluation portera sur les indicateurs prévus par l'annexe III de la circulaire du 22 mars 2007¹⁹. Ces indicateurs pourront être enrichis par les « indicateurs de pratique clinique AVC » édités en juin 2010 par la HAS, notamment ceux évaluant la filière d'amont :

Indicateurs généraux :

- population régionale par tranche d'âge
- Taux d'incidence des AVC par territoire de santé
- Taux d'AVC par tranches d'âge
- Nombre et implantation des UNV, site ou non de thrombolyse

Indicateurs par établissement

- IRM sur place ou par convention
- Nombre de patient présentant une pathologie neuro-vasculaire aiguë pris en charge dans l'établissement, dont nombre de patient pris en charge dans l'UNV (par type de pathologie)
- Nombre de thrombolyse pour AVC, dont nombre de thrombolyse pour les patients pris en charge dans l'UNV
- Durée moyenne de séjour en UNV et dans l'établissement, pour les patients présentant une pathologie neuro-vasculaire aiguë.

Indicateurs de suivi des UNV ou unités dédiés aux AVC par patient :

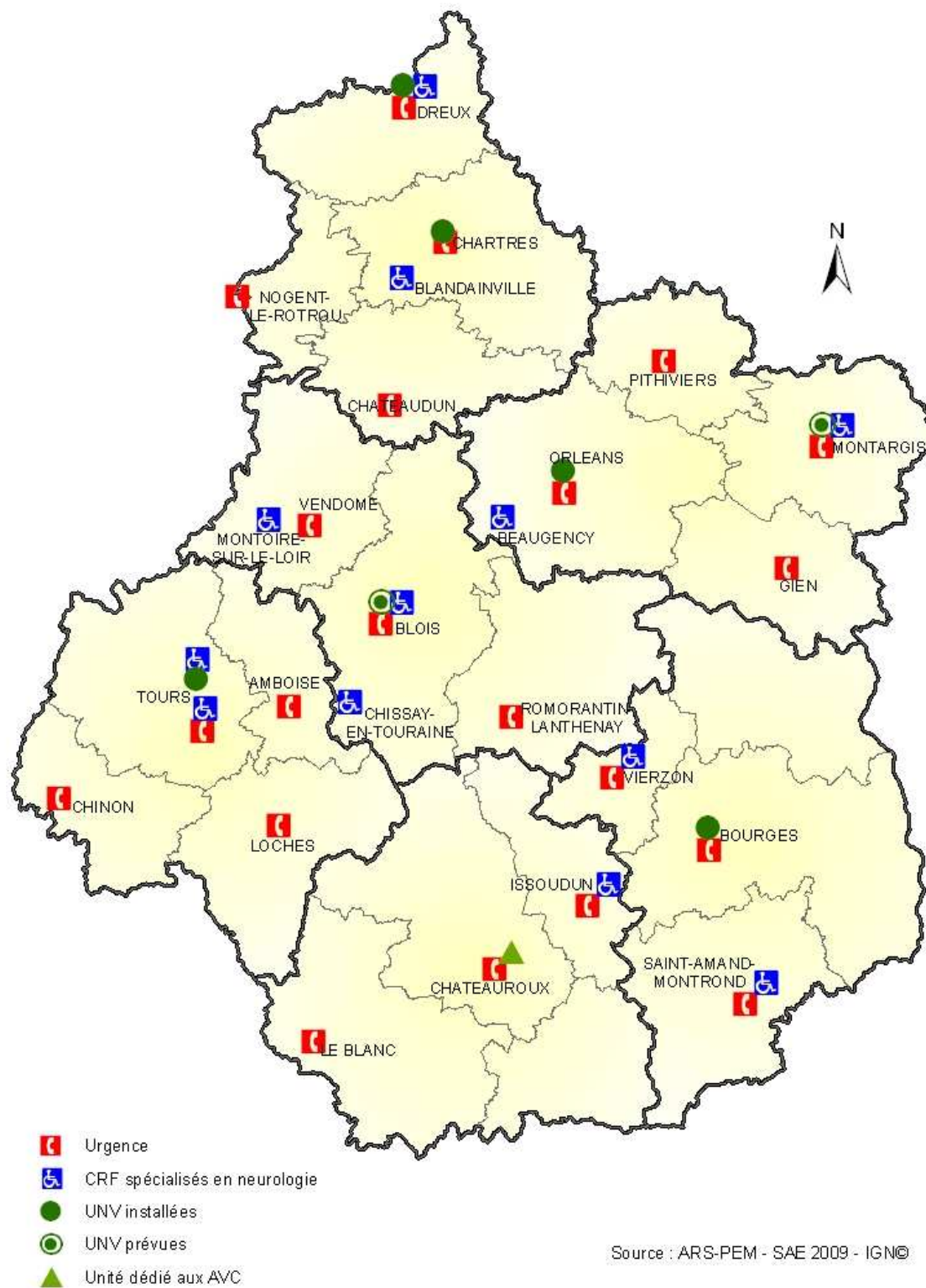
- origine géographique
- nature de la pathologie présentée
- score NIH à l'admission, après 48 heures et à la sortie
- pratique d'une IRM (oui/non) ; si oui : IRM de première intention ou non
- durée de séjour
- mode de sortie et destination

En soins de suite et de réadaptation, l'évaluation portera notamment sur la part des séjours en SSR dans les 30 jours suivants une hospitalisation pour AVC (Indicateurs CPOM)

¹⁸ Cf. Indicateurs de pratique clinique AVC de juin 2010 : Efficacité, sécurité des soins, accès aux meilleurs soins. Groupe de coopération « Ensemble, améliorons les pratiques de prise en charge de l'AVC » avec la participation de la HAS.

¹⁹ Indicateurs repris dans le cahier des charges pour la reconnaissance des UNV de la région Centre du 01/02/08.

Filière accidents vasculaires cérébraux en région Centre



IMPLANTATIONS par territoire

FILIERE « ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX »

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- ⇨ Améliorer la rapidité de la prise en charge (recours au centre 15)
- ⇨ Poursuivre la structuration de la filière de soins en fonction des différentes étapes du parcours du patient
- ⇨ Formaliser les coopérations entre les différents acteurs ou services de la prise en charge (urgences, imagerie, unité neuro-vasculaire, soins de suite et de réadaptation)
- ⇨ Organiser le suivi des patients après l'hospitalisation

REPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES / Secteurs infra-territoriaux	Nombre d'implantations	Coopérations-regroupements
CHER (18)		
Bourges	1 UNV avec USI	- coopérations entre les structures des urgences du territoire et l'UNV
EURE et LOIR (28)		
Dreux	1 UNV avec USI	- Coopération entre structures des urgences du territoire et les UNV
Chartres	1 UNV avec USI	- Coopération entre les deux établissements de référence du territoire
INDRE (36)		
Châteauroux	1 UNV avec USI	- Coopération entre les structures des urgences du territoire et l'UNV ou l'unité dédiée (<i>1 implantation éventuelle pendant la période transitoire avant reconnaissance en UNV</i>) - Coopération privilégiée avec l'Indre et Loire dans la période intermédiaire
INDRE et LOIRE (37)		
Tours	1 UNV avec USI	- Coopération entre structures d'urgence et l'UNV du territoire - Coopération privilégiée avec l'Indre et le Loir et Cher dans la période intermédiaire - Mission de recours régional
LOIR et CHER (41)		
Blois	1 UNV avec USI	- Coopération entre structures d'urgences et l'UNV ou l'unité dédiée* du territoire (<i>1 implantation éventuelle pendant la période transitoire avant reconnaissance en UNV</i>) - Coopération privilégiée avec l'Indre et Loire dans la période intermédiaire
LOIRET (45)		
Orléans	1 UNV avec USI	- Coopération entre structures des urgences / UNV / unité dédiée* du territoire (<i>1 implantation éventuelle pendant la période transitoire avant reconnaissance en UNV</i>) - Coopération entre les 2 établissements du niveau régional et de référence du territoire
Montargis	1 UNV avec USI	

*unité dédiée aux AVC avec Unité de Soins Continus (USC)

3.7 LES SOINS AUX DETENUS

Ce volet du SROS est élaboré en partenariat avec l'administration pénitentiaire²⁰. Il tient compte du plan national d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

3.7.1 LE CONTEXTE :

Les personnes placées sous main de justice sont constituées des personnes incarcérées et des personnes condamnées en milieu ouvert (travail d'intérêt général, libération conditionnelle ...) ou bénéficiant d'un aménagement de peine (placements sous surveillance électronique (PSE), placement en semi-liberté (SL), placements à l'extérieur). Le schéma régional est élaboré pour la prise en charge des personnes incarcérées qui n'ont pas accès aux soins en milieu libre.

Le public concerné présente des spécificités socio-sanitaires ; les conditions de détention ont une influence sur l'état de santé et les conditions de prise en charge sanitaire. Les travaux préparatoires au Plan Stratégique Régional de Santé ont rappelé l'étude de l'ORS du Centre de 2008 démontrant une surreprésentation de certaines pathologies au sein de la population détenue en établissement pénitentiaire : hépatites, dermatoses, lombalgies, problèmes bucco-dentaires, troubles du sommeil, consommation élevée de substances psychotropes et/ou psycho actives.

La morbidité psychiatrique de la population pénale s'accroît et s'aggrave du fait, notamment, de la responsabilité pénale accrue des délinquants malades mentaux et de la présence croissante de personnes souffrant d'addictions et d'auteurs d'infractions à caractère sexuel.

En région Centre, la population pénitentiaire (données 2010) à prendre en charge est importante :

- 3123 entrées
- Près de 2000 sorties
- Une file active de 5400 personnes.

44 % des personnes écrouées sont en établissement pour peines et 56 % en maison d'arrêt.

L'effectif moyen quotidien est de 2274 personnes présentes; il se compose de 98 % d'hommes, 1.3 % de femmes (Bourges et Orléans), 0.7 % de mineurs (Bourges, Tours, Orléans).

Cet effectif varie, selon l'établissement pénitentiaire, de 175 à Bourges et 740 à Chartres; la répartition par territoire de santé est inégale ; l'Eure et Loir compte l'effectif le plus élevé de la région (33,5 %) ; l'Eure et Loir et l'Indre cumulent à eux deux 61 % du total régional.

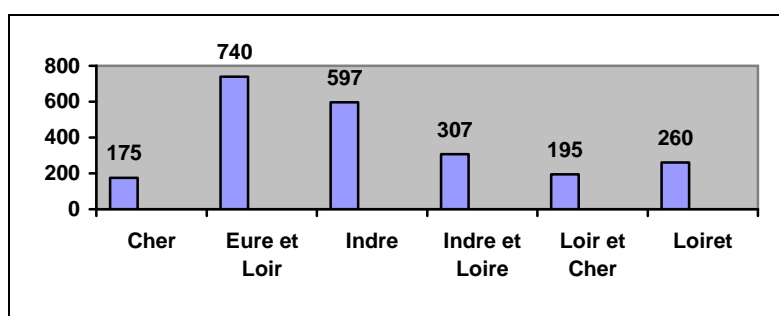


Figure 1 : répartition des personnes incarcérées par territoire de santé

Contrairement aux établissements pour peine où l'encellulement individuel est respecté, le taux d'occupation (TO) moyen des maisons d'arrêt est de 162 % et atteint 213 % à Orléans et 192 % à Tours. Ce « surpeuplement » constitue à l'évidence un facteur de risque pour la santé physique et psychique des personnes détenues ; à ce titre, la présence de plus de deux détenus dans une même cellule de 9m² est à proscrire absolument. Le nombre de personnes détenues est en constante progression : +12 % entre 2003 et 2009.

²⁰ La région Centre a changé de direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP); depuis le 01/01/2009 : elle est passée de la DISP de Paris à la DISP Centre – Est de Dijon.

Les données pénitentiaires 2010 par établissement sont retracées ci-dessous :

Etablissement pénitentiaire	Capacité théorique	Effectif moyen	Taux d'Occupation	Nombre d'entrées	Nombre de sorties
MA Bourges	117	175	149,6 %	336	212
MA Chartres	103	157	152,4 %	422	312
CD Châteaudun	601	583	97 %	388	179
CP Châteauroux	366	391	106,8 %	386	234
MC Saint Maur	260	206	79,2%	51	2
MA Tours	142	307	216,2 %	630	439
MA Blois	119	195	163,9 %	391	309
MA Orléans	112	260	232,1 %	519	258
Total	1820	2274		3123	1945

L'évolution prévue par l'administration pénitentiaire porte sur :

- une extension de 60 places du CP de Châteauroux (36)
- la création d'un CP de 770 places à Saran (45) à l'horizon 2014
- la fermeture des MA de Chartres et Orléans

⇒ **Le bilan de l'offre de soins régionale :**

10 établissements de santé sont impliqués dans les soins aux personnes détenues :

- 3 établissements assurent à la fois les soins somatiques et les soins psychiatriques,
- 4 établissements assurent uniquement les soins somatiques
- 3 établissements les seuls soins psychiatriques

Territoire de santé	Etablissement pénitentiaire	Etablissement de santé assurant les soins somatiques et psychiatriques	Etablissement de santé assurant les soins somatiques	Etablissement de santé assurant les soins psychiatriques
Cher	MA Bourges		CH Bourges	CHS Bourges
Eure et Loir	MA Chartres		CH Chartres	CHS Bonneval
	CD Châteaudun		CH Châteaudun	CHS Bonneval
Indre	CP Châteauroux	CH Châteauroux		
	MC Saint Maur	CH Châteauroux		
Indre et Loire	MA Tours	CHRU Tours		
Loir et Cher	MA Blois	CH Blois		
Loiret	MA Orléans		CHR Orléans	CHS Fleury les Aubrais

Ma : Maison d'arrêt ; CD : Centre de Détention ; MC : Maison Centrale, CP : Centre Pénitentiaire.

La prise en charge sanitaire des personnes détenues est assurée à partir de dispositifs spécifiques :

- **8 Unités de Consultation en Soins Ambulatoires (UCSA)** assurent les soins au sein des établissements pénitentiaires de la région. Ces unités se caractérisent par la faiblesse des ressources médicales voire l'absence de certaines spécialités telles l'ophtalmologie, la dermatologie, la stomatologie ;
- **10 chambres sécurisées dont la conformité reste à valider pour certaines, sont réparties dans 7 centres hospitaliers :**
 - o 1 chambre au CH de Bourges, de Chartres, de Châteaudun, de Blois et au CHR d'Orléans
 - o 2 chambres au CHRU de Tours
 - o 3 chambres au CH de Châteauroux.

- Pour les hospitalisations somatiques de plus de 48 h, la région Centre est rattachée à l'**Unité Hospitalière Sécurisées Interrégionales (UHSI)** de la Pitié Salpêtrière (Ile de France) et à l'établissement public de santé de Fresnes (EPSF) ;
- **Le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)** est actuellement implanté au CP de Châteauroux avec une antenne à la MC de Saint Maur, et ne fonctionne qu'en tant que structure alternative à l'hospitalisation;
- **L'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)**, structure de soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet, avec ou sans consentement, de 40 lits, est en cours de construction à Fleury les Aubrais, l'ouverture d'une 1ère unité de 20 lits étant prévue en septembre 2012, la seconde tranche en janvier 2013. Dans l'attente de cette ouverture et en tant que de besoin après l'ouverture, les soins de psychiatrie en hospitalisation complète sont réalisés sous la forme d'HO (hospitalisation d'office) conformément à l'article D.398 du code de procédure pénale dans les services de psychiatrie des centres hospitaliers de référence.

3.7.2 OBJECTIFS 2012-2016

Ils sont établis conformément aux **orientations nationales** axées sur

- l'amélioration de l'accès aux soins
- l'amélioration de l'efficience.

3.7.2.1 Améliorer l'accès aux soins

▪ Conforter les soins somatiques.

Les ressources en personnels pour les soins somatiques dans les UCSA de la région sont insuffisantes pour faire face à l'ensemble des missions confiées à ce dispositif spécifique, ces dernières augmentant avec les évolutions législatives de ces dernières années. De plus, selon l'étude réalisée, en février dernier, par l'observatoire des services de santé des détenus (oSSD), elles apparaissent inférieures à celles des UCSA du niveau national :

Source : oSSD	ETP moyen 8 UCSA région Centre	ETP moyen 172 UCSA niveau national	ETP moyen région versus ETP moyen national
Médecin généraliste	0,70	1,16	- 39,7 %
Médecin spécialiste	0,02	0,39	- 94,9 %
Dentiste	0,32	0,49	- 34,7 %
Cadre de santé	0,23	0,37	- 37,8 %
IDE	2,98	4,47	- 33,3 %
Aide soignant	0,00	0,11	- 100 %
Pharmacien / préparateur	0,06	0,51	- 88,2 %
Kinésithérapeute	0,02	0,11	- 81,8 %
ASH	0,03	0,18	- 83,3 %
Secrétariat	0,74	0,82	- 9,8 %

Des stratégies sont à concevoir pour palier ce déficit en ressources humaines, tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins.

Ainsi, la valorisation de l'intérêt, au plan clinique, de la médecine pénitentiaire pourrait susciter des candidatures, pour peu que l'information circule au sein des communautés hospitalières, qu'accompagnement et formation adaptée soient initiés et développés. De même, dans le cadre du développement de la télémedecine, celui de la téléconsultation est de nature à favoriser l'accès aux consultations spécialisées.

Pour autant, une attention particulière est à porter au temps de médecin généraliste qui doit être suffisant pour assurer les missions qui sont les siennes au titre de l'UCSA dont, notamment,

- examen médical systématique d'entrée avec, notamment, bilan des addictions et score dentaire,
- suivi médical si besoin,
- visite médicale en cas de placement au quartier disciplinaire ou d'isolement,
- rendu des résultats des sérologies de dépistage,
- consultation médicale de sortie.

▪ **Organiser les réponses à l'urgence.**

Compte tenu des conditions particulières d'exercice, il est recommandé de réaliser au bénéfice des personnels soignants et pénitentiaires des séances de sensibilisation – formation à l'urgence.

Les procédures d'intervention en cas d'urgences vitales (arrêt cardio-respiratoire, pendaison) et non vitales et d'urgences psychiatriques sont à formaliser et portées à la connaissance de chacun, ce dernier point devant faire l'objet d'une vérification régulière auprès des professionnels concernés.

Une procédure écrite précise le circuit du patient à l'hôpital.

L'accès aux soins dans les situations d'urgence pendant les périodes de fermeture de l'UCSA fait l'objet d'une organisation concertée avec le SAMU et les professionnels de premier recours ; cette organisation est formalisée en tenant compte à la fois des caractéristiques de l'offre de soins du territoire de santé concerné et du profil des personnes détenues au regard de la catégorie de l'établissement pénitentiaire dont elles relèvent.

▪ **Développer une offre de soins graduée et lisible en psychiatrie.**

3 niveaux de soins sont définis :

- niveau 1 : les soins de proximité (ambulatoires gradués et diversifiés)
- niveau 2 : les soins en hospitalisation de jour
- niveau 3 : les soins en hospitalisation à temps complet (HO D 398 et UHSA)

Les soins ambulatoires de proximité diversifiés :

La mise en œuvre de soins à type de CATT (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) est attendue, à terme, au sein de chaque établissement pénitentiaire.

Ceci suppose d'évaluer l'impact au niveau des locaux et des moyens humains tant sanitaires que pénitentiaires, logistiques et financiers.

A ce titre, le dimensionnement de l'équipe soignante tient notamment compte du nombre de personnes détenues pouvant être présentes au même moment au regard des règles de sécurité. Les locaux à adapter tiennent compte des possibilités locales, une salle d'activité thérapeutique ne pouvant pas être inférieure à 18 m².

Cette offre de soins est à prévoir prioritairement à la MC de Saint Maur.

Les soins en hôpital de jour au sein du SMPR :

Ce 2^{ème} niveau correspond à une prise en charge continue dans la journée nécessitant pour son optimisation des cellules d'hébergement.

Cette prise en charge, sous forme d'hôpital de jour, permettant au patient de bénéficier de soins polyvalents, individualisés, intensifs, suppose que ce dernier puisse avoir accès aux différentes activités et consultations, le soin primant de manière transitoire sur les autres aspects de la détention.

L'absence de ressources médicales suffisantes et le nouveau programme immobilier de la DAP conduisent à repositionner le SMPR actuellement localisé au CP de Châteauroux (36) au sein du futur CP de Saran (45) dont la mise en service est prévue début 2014 ; s'agissant d'une construction neuve, les questions relatives à l'implantation, l'architecture, l'équipement, la surveillance des cellules d'hébergement dédiées à ce type de prise en charge sont réputées réglées.

Ce repositionnement du SMPR est l'occasion de redéfinir le rôle spécifique de ce dernier, qui outre sa mission de recours clinique pour le niveau 2, conserve une mission de coordination régionale.

Les hospitalisations à temps complet intégrant les HO D.398 (dans les services de psychiatrie) et les hospitalisations au sein de la future UHSA de Fleury les Aubrais :

Dans l'attente de l'ouverture des UHSA, la prise en charge en hospitalisation à temps complet se poursuit à l'identique, dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie, dans le cadre de soins sans consentement régis par l'article D 398 du code de procédure pénale.

Le patient détenu doit bénéficier des mêmes conditions d'hospitalisation que tout autre patient ; à ce titre, l'utilisation de la chambre d'isolement ne peut relever, comme pour les autres patients que d'une nécessité et prescription médicales conformément aux recommandations établies par la Haute Autorité de Santé.

Il est recommandé que le patient détenu soit hospitalisé au sein de l'unité fermée que tout établissement accueillant des personnes en soins sans consentement doit disposer.

L'UHSA, aménagée au CH Georges Daumezon à Fleury les Aubrais, fait partie des 9 premières UHSA créées ; En terme de ressort territorial, elle intègre, outre les établissements pénitentiaires de la région Centre, la MA de Troyes et le CD de Villenauxe-la-Grande dans l'Aube, la MA de Nevers dans la Nièvre, la MA d'Auxerre et le CD de Joux-la Ville dans l'Yonne, soit 8 établissements pénitentiaires supplémentaires, hors région, totalisant un effectif moyen d'environ 1700 personnes.

La procédure d'admission en UHSA fait l'objet d'un protocole unique pour l'ensemble des UCSA et des SMPR de sa zone d'intervention.

▪ **Suivre le dispositif de chambres sécurisées**

L'aménagement de chambre(s) sécurisée(s) au sein des établissements de santé chargés des soins aux personnes détenues, alliant à la fois les exigences sanitaires, de sécurité, de garde statique, participe à l'évidence, à l'amélioration de l'accès aux soins.

Le travail régional de mise aux normes déjà engagé est à poursuivre.

Il tient compte à la fois des besoins en soins hospitaliers à couvrir, des restructurations hospitalières opérées, du programme immobilier pénitentiaire.

La construction du nouvel établissement pénitentiaire de 770 places à Saran (45) doit s'accompagner de l'équipement ad hoc en chambres sécurisées (5 chambres avec 1 sas unique) au CHR d'Orléans ;

Etablissement	Nbr. de chambre nécessaire	Nbr. de chambre existante	Nbr. de chambre conforme	Commentaires
CH Jacques Cœur Bourges	1	1	0	Modifications proposées par le CH en cours d'étude par la DAP
CH Louis Pasteur Chartres	1	1	0	Quelques points à modifier par CH à suivre
CH Châteaudun	2	1	0	Validation de existant / restructuration CH
CH Châteauroux	3	2 + 1	1	Aménagements à suivre
CHRU Trousseau Tours	1	2	2	Validation par la DISP de Paris
CH Blois	1	1	1	Validation par la DISP de Paris
CHR La Source Orléans s	5 a/c de 2014	1	1	Création à suivre

▪ **Organiser l'offre de services du CRIAVS.**

La prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) concerne à la fois les champs de la santé et de la justice et concentre des difficultés provenant à la fois du type d'actes commis, qui constituent des infractions pénales, et de la fréquence des troubles psychiques à l'origine de tels actes, ainsi, que d'une absence courante de demande de soins en dehors d'une obligation.

Au plan sanitaire, longtemps considérés comme incurables, les troubles graves de la personnalité sous-jacents à un grand nombre d'actes d'agressions sexuelles, font l'objet, suite aux travaux menés depuis une vingtaine d'années, d'une avancée possible thérapeutique.

La prise en charge psychiatrique des AICS nécessite une adaptation et une amélioration des soins en fonction du lieu de prise en charge, milieu libre et milieu pénitentiaire.

Les Centres de Ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences sexuelles (CRIAIVS) contribuent à l'amélioration de la prise en charge des AICS ; ils constituent une offre de recours et d'appui et réalisent un dispositif complémentaire au dispositif de soins de « droit commun » pour un public dont la clinique est particulièrement difficile et complexe, peu connu des professionnels, encore trop souvent rejeté du champ traditionnel de la psychiatrie.

La région Centre bénéficie de la création d'un CRIAIVS, géré par le CHRU de Tours et dont l'ouverture progressive s'est opérée à partir du printemps 2010 ;

Ses conditions de fonctionnement avec les 8 UCSA, le SMPR et l'UHSA sont à formaliser par voie de convention, décrivant notamment les modalités opérationnelles de sollicitation en cas de demande de soutien et d'accompagnement pour une prise en charge de cas difficiles, d'interventions de formations, de mise à disposition de documentation, et pour impulser des actions de recherche et d'évaluation des pratiques.

L'amélioration du relai de suivi entre le milieu carcéral et le milieu ouvert, période cruciale et sensible, est un axe fort.

Les chiffres communiqués, fin 2010, par la DISP, permettent d'approcher le besoin régional :

Nombre d'AICS	condamnés incarcérés	condamnés en milieu ouvert suivi socio-judiciaire	total condamnés	prévenus	total par territoire de santé
Cher	10	NC	10	7	17
Eure et Loir	83	21	104	10	114
Indre	121	29	150	14	164
Indre et Loire	22	52	74	13	87
Loir et Cher	8	136	144	11	155
Loiret	6	55	61	18	79
Région	250	293	543	73	616

AICS = auteur d'infraction à caractère sexuel

▪ **Organiser les liens entre les UCSA et l'UHSI d'une part et l'UHSA d'autre part**

L'organisation des liens entre les UCSA et l'UHSI de la Pitié Salpêtrière / EPSF passe par l'organisation de rencontres pluri disciplinaires, notamment, pour favoriser le partenariat entre les personnels, la formalisation des modalités de recours, d'admission et de retour des patients ; l'implantation de l'UHSI dans une autre région administrative et dans une autre DISP est de nature à constituer une difficulté au développement d'un partenariat de qualité.

A l'inverse, la localisation de l'UHSA au sein de la même région administrative que les UCSA constitue une aide précieuse pour l'organisation des liens.

Des actions de communications ont déjà eu lieu, notamment, au cours de la dernière journée régionale UCSA – SMPR, d'une séance de présentation spécifique UHSA.

Sont programmés, dès à présent,

- l'élaboration concertée d'une fiche d'admission standardisée,
- la réalisation d'un point d'information régulier, au moins annuel,
- l'étude de la possibilité d'échanges entre personnels de santé et personnels pénitentiaires pour sensibiliser les uns et les autres aux règles de fonctionnement respectives.

▪ **Veiller à la continuité des soins à l'issue de la détention**

La rupture des soins tant somatiques que psychiatriques a des répercussions négatives pour la santé individuelle, au plan collectif dans certains domaines (maladies transmissibles, addictions, santé mentale) pour les conditions d'insertion, pour la prévention de la récidive.

Pour toutes ces raisons et compte tenu des efforts consentis pendant la détention pour assurer les soins nécessaires au regard des besoins, la continuité des soins à la sortie justifie d'être mieux prise en compte.

Le but poursuivi est de permettre à toute personne de bénéficier, à sa sortie de prison, d'une prise en charge adaptée à ses besoins avec élaboration d'une proposition concrète.

La mise en place, dans toutes les UCSA, de la consultation de sortie des personnes condamnées, prévue depuis fin 2009, est un élément majeur.

L'organisation des relais sanitaires et sociaux nécessite de disposer des coordonnées de l'ensemble des dispositifs de soins y compris les dispositifs spécifiques pour les publics en situation de précarité et du recensement départemental voire régional des structures d'accueil et d'hébergement pouvant être mobilisées pour accueillir des personnes sortant de prison.

Le partenariat avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) est à actualiser au regard de l'évolution de ses missions et nécessite d'être formalisé.

3.7.2.2 Améliorer l'efficience

▪ **Développer les systèmes d'information et les réseaux informatiques**

L'informatisation de 100 % des UCSA est attendue à échéance de fin 2011, notamment, pour disposer du dossier médical unique informatisé.

Les aspects techniques ont fait l'objet de plusieurs séances de travail avec les différentes structures et en partenariat avec la DISP.

La diffusion d'un guide de déploiement des principales fonctionnalités à développer par le niveau national est prévue fin septembre 2011.

Cette action est à rapprocher de la suivante.

▪ **Promouvoir la télémédecine**

La télémédecine constitue un facteur d'amélioration de la politique de santé en faveur des personnes détenues. Elle facilite l'accès à certaines spécialités particulièrement difficiles à faire intervenir au sein des établissements pénitentiaires, permet une meilleure coordination, contribue à rompre l'isolement des praticiens exerçants au sein des UCSA.

Sa mise en œuvre est une priorité régionale. A ce titre, le déploiement du dispositif pour l'ensemble des structures de soins s'inscrit dans le programme régional de télémédecine.

La téléconsultation est l'acte de télémédecine à privilégier dans un 1^{er} temps et pour des consultations de spécialités; il importe que le choix de ces spécialités résulte d'une approche pluri factorielle intégrant, outre l'évaluation plus précise des besoins selon les spécificités de chaque site, le niveau de faisabilité, d'acceptabilité de tous les partenaires concernés par la démarche.

L'impact de cette nouvelle forme de pratique médicale sur le nombre d'extractions, dont la gestion pose régulièrement de sérieuses difficultés, est une donnée à suivre.

Pour mémoire, les données à recueillir relatives aux extractions figurent dans le rapport annuel d'activité standardisé ; elles détaillent le nombre d'extractions selon différents critères, que sont l'urgence et la programmation, la demande et la réalisation, la consultation et l'hospitalisation.

En 2010, le nombre régional d'extractions programmées réalisées est de 1682, contre 1607 en 2008 et 1619 en 2009.

Les consultations et examens représentent 90 % de ces extractions programmées réalisées.

En 2009, le taux régional de non réalisation des extractions programmées demandées est de 14,4 %

Le nombre d'extractions programmées réalisées par site constitue une des caractéristiques à prendre en compte pour concevoir la construction du programme régional (données 2010) :

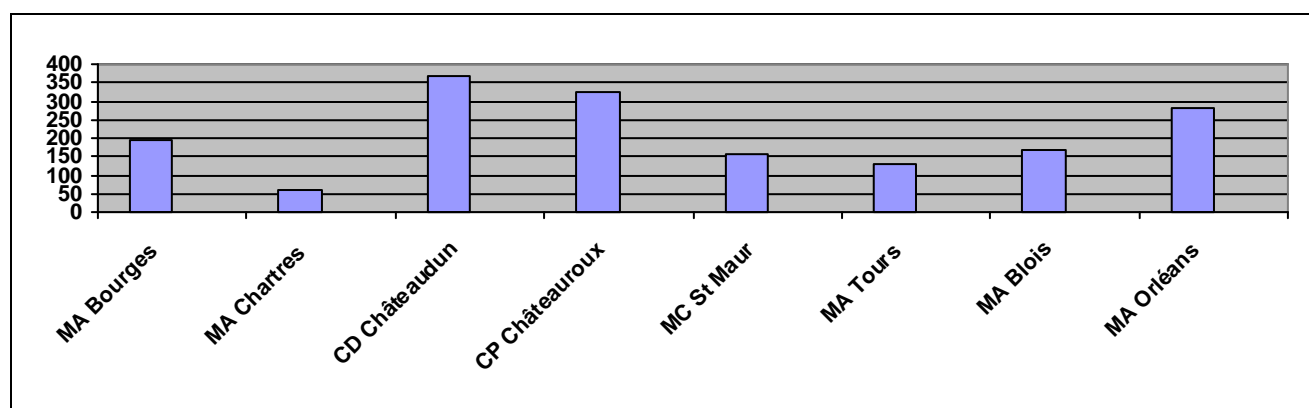


Figure : nombre d'extractions programmées par site

- **Mettre en place un plan de formation adapté pour les intervenants en milieu pénitentiaire.**

Si la « sensibilisation » des professionnels de santé au cours de leur formation initiale relève du niveau national, l'ouverture de terrains de stages au sein des UCSA peut s'appréhender au plan régional.

Dans l'attente de l'élaboration des outils nationaux pour les formations d'adaptation à l'emploi, les formations continues, l'évaluation des pratiques professionnelles, la préparation et l'information, au mieux à partir de supports écrits, de tout nouveau soignant prenant ses fonctions restent la règle ; les pratiques existantes en la matière sont à mutualiser.

Des temps de formations communs entre les personnels de santé et les personnels pénitentiaires sont à privilégier.

- **Garantir la confidentialité des échanges patients / soignants.**

La garantie de confidentialité des échanges patients / soignants concerne tout à la fois l'UCSA et l'hôpital. Elle met en cause la question de la présence de personnel pénitentiaire au cours de certaines consultations, se heurte dans certaines situations à la problématique de la sécurité dont celle des soignants. Elle nécessite que les règles existantes soient mieux connues et in fine respectées.

Garantir la sécurité de l'équipe soignante dans les UCSA et au SMPR.

L'attractivité pour exercer en milieu pénitentiaire pour les professionnels de santé implique que leur sécurité soit assurée.

Cette garantie nécessite, notamment, que

- ces personnels soient dotés, selon les cas, de système de protection du travailleur isolé (PTI)
- le personnel pénitentiaire de surveillance soit affecté en nombre suffisant pour un déroulement serein des consultations en fonction du volume de ces dernières.

3.7.2.3 En articulation avec les schémas régionaux de prévention et médico-social.

▪ Mettre en place une offre globale et coordonnée des soins en addictologie

Outre le dépistage et le diagnostic, la prise en charge globale intègre un projet de soins dans lequel sont coordonnés le suivi du sevrage, le suivi psychologique, la prescription et le suivi des traitements de substitution, la prise en charge des co-morbidités somatiques et psychiatriques ;

Un « bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac » est intégré à la visite médicale d'entrée obligatoirement proposée.

Ce bilan addictologique systématique pour chaque entrant est à réaliser à l'aide du questionnaire de repérage des conduites addictives diffusé fin 2010 ; l'utilisation d'un outil identique par l'ensemble des UCSA est de nature à favoriser la conduite de travaux régionaux.

L'amélioration du fonctionnement du dispositif passe par

- la nomination d'un personnel de l'UCSA en qualité de coordinateur,
- la rédaction d'un protocole organisationnel local
- la désignation d'un CSAPA de référence pour chaque établissement pénitentiaire, non seulement pour garantir l'adéquation des prises en charge mais aussi pour établir le lien entre les interlocuteurs potentiels d'un suivi à la sortie.

▪ Poursuivre la politique de prévention du suicide

Les mesures de prévention du suicide actuellement mises en place, notamment celles du plan d'actions 2009 de la Garde des Sceaux du fait de l'engagement très important de la DISP de Dijon, portent sur

- la formation de l'ensemble des intervenants, en priorisant les zones de détention sensibles (quartier disciplinaire, quartier arrivants, quartier d'isolement, SMPR ...)
- la détection du risque de suicide,
- la protection des personnes en crise suicidaire détectée,
- les échanges pluridisciplinaires
- l'analyse des cas de suicide.

Les professionnels de santé participent au volet « prévention du suicide » des commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) sur communication préalable de l'ordre du jour.

En dépit de la stagnation enregistrée du nombre de suicide, la sensibilisation, la formation, la mobilisation de tous les intervenants au titre de la prévention du suicide doivent rester une priorité.

▪ Développer l'éducation à la santé

Les actions d'éducation et de promotion de la santé existent en milieu pénitentiaire et les acteurs intervenants y sont multiples. Outre les personnels de l'UCSA et de l'établissement pénitentiaire, d'autres professionnels et de nombreuses associations interviennent dans ce milieu. C'est à l'UCSA que revient de coordonner cette activité.

Un comité de pilotage « présidé » par un personnel de l'UCSA composé des différents intervenants dont l'administration pénitentiaire est à constituer au sein de chaque site;
Des règles communes de fonctionnement entre UCSA / SPIP / opérateurs en promotion de la santé sont à établir.
Un référentiel d'intervention en éducation et promotion pour la santé en milieu pénitentiaire est en cours d'élaboration par le niveau national pour une mise à disposition des acteurs de proximité d'ici fin 2011.

Au sein de la région, le comité de pilotage existe dans 3 des 8 UCSA (données 2010), soit 37.5 % des sites.

▪ **Rendre accessible les programmes de dépistage organisé des cancers.**

Ces programmes se heurtent aux multiples contraintes du contexte carcéral.

Parmi les différents dépistages actuellement en cours dans la population générale, ceux du cancer colorectal et du col de l'utérus pourraient être retenus en priorité dans le cadre du plan régional de montée en charge des dépistages.

Le dépistage du cancer colorectal concerne la population de 50 à 74 ans.

En milieu pénitentiaire, il ne semble faisable qu'en établissement pour peines : cellule individuelle, durée d'incarcération plus longue, population plus âgée.

Dans cette hypothèse, ce sont de 200 à 300 hommes détenus qui seraient concernés par ce dépistage dans les 3 sites à cibler que sont :

- le CD de Châteaudun,
- le quartier centre de détention du CP de Châteauroux
- la MC de Saint Maur.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus concerne les femmes de 25 à 60 ans.

En milieu pénitentiaire, sa réalisation se heurte au manque de personnels et de locaux adaptés.

Pour autant, à partir des 2 sites de détention pour femmes (MA de Bourges et MA d'Orléans) ce sont de 20 à 30 femmes qui seraient concernées par ce dépistage.

En tout état de cause, la montée en charge des dépistages doit organiser en parallèle le soutien et l'accompagnement des personnes en cas de résultats positifs, par les personnels soignants et en lien avec les associations.

3.7.2.4 Les recommandations par établissement

- ▶ CH Jacques Cœur à Bourges : Achever la conformité de la chambre sécurisée
- ▶ CH George Sand à Bourges: Mettre en place une activité de CATTP au sein de la MA
- ▶ CH de Chartres
 - assurer l'effectivité de la présence médicale pour les soins somatiques à la MA
 - mettre en conformité la chambre sécurisée
- ▶ CH de Châteaudun
 - réaliser la liaison informatique avec l'établissement de santé mentale à l'UCSA
 - améliorer la programmation des différentes interventions au sein de l'UCSA
 - développer la téléconsultation
 - mettre en conformité la chambre sécurisée
- ▶ CH Henri Ey à Bonneval
 - mettre en place une activité de CATTP au sein au CD
 - doubler à minima la présence de psychiatre au CD
- ▶ CH de Châteauroux : Mettre en place une activité de CATTP au sein de la MC

- ▶ CHRU de Tours
 - assurer la montée en charge du CRIAVS
 - mettre en place une activité de CATTP au sein de la MA

- ▶ CH de Blois
 - augmenter le temps médical pour soins somatiques pour faire face à l'augmentation de la fréquentation de la MA
 - assurer la présence effective de psychiatre à la MA

- ▶ CHR d'Orléans
 - répondre aux besoins en ophtalmologie
 - créer les chambres sécurisées nécessaires

- ▶ CH Georges Daumezon à Fleury les Aubrais
 - constituer un véritable pôle de psychiatrie pénitentiaire avec
 - la poursuite de la mise en œuvre de l'UHSA
 - la création du SMPR.

3.7.3 EVALUATION

Indicateurs de suivi

- ▶ Taux de recours aux urgences hospitalières (nombre de passages pour 100 détenus)
- ▶ Taux de CPU avec la participation de l'UCSA
- ▶ Taux de demande de consultation de sortie de la part des condamnés
- ▶ Taux de réalisation de ces consultations de sortie
- ▶ Taux d'informatisation des UCSA
- ▶ Taux d'UCSA avec DMUI
- ▶ Nombre de programmes d'éducation à la santé et thématiques
- ▶ Taux d'extractions en urgence
- ▶ Taux d'extractions programmées
- ▶ Nombre de participants aux formations pluridisciplinaires
- ▶ Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur décision du préfet (ex HO D.398) en service de psychiatrie
- ▶ Nombre d'admissions à l'UHSA originaires des établissements pénitentiaires de la région Centre

IMPLANTATIONS par territoire

SOINS AUX PERSONNES DETENUES

ORIENTATIONS - PERSPECTIVES

- ⇨ Conforter les soins somatiques
- ⇨ Développer une offre de soins graduée et lisible en psychiatrie
- ⇨ Poursuivre la mise aux normes des chambres sécurisées
- ⇨ Développer les systèmes d'information et promouvoir la télémédecine

REPARTITION DES IMPLANTATIONS

TERRITOIRES / Secteurs infra- territoriaux	UCSA / établissement pénitentiaire	SMPR / établissement pénitentiaire	UHSA / établissement pénitentiaire	Chambres sécurisées / CH	Commentaires
CHER (18)	1			1	
Bourges	1			1	
EURE et LOIR (28)	1			3	
Chartres	0			1	Fermeture de la MA de Chartres en 2014
Châteaudun	1			2	
INDRE (36)	1	0		3	
Châteauroux	1	0		3	Transfert du SMPR sur le site de Saran
Saint Maur	1				
INDRE et LOIRE (37)	1			1	
Tours	1			1	
LOIR et CHER (41)	1			1	
Blois	1			1	
LOIRET (45)	1	1	1	3	
Orléans	1	1	1	3	Transfert de la MA d'Orléans à Saran en 2014 et transfert du SMPR

UCSA : unité de consultation en soins ambulatoire

SMPR : service médico-psychologique régional

UHSA : unité Hospitalière Spécialement Aménagée

MA : maison d'arrêt

3.8 LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

3.8.1 LE CONTEXTE

L'obésité est une affection chronique, multifactorielle, associée à une morbidité accrue. La mortalité associée à l'obésité sévère (IMC \geq 35 kg/m²) ou à l'obésité modérée avec 2 facteurs de risque est multipliée par un facteur 3 à 5. En la circonstance, l'enjeu est de maintenir la cohérence d'un traitement évolutif et durable.

La personne obèse peut recourir au système de soins dans deux circonstances :

1- Celle d'une pathologie intercurrente non spécifiquement liée à l'obésité : L'enjeu est alors de garantir à ces patients des conditions optimales d'accueil, d'hébergement, de qualité et de sécurité des soins identiques à celles offertes aux non obèses

2- Celle d'une prise en charge spécifique de l'obésité et de ses complications, en particulier pour les obésités massives qui représentent environ 1% de la population générale : L'enjeu est alors d'offrir une prise en charge spécifique, multidisciplinaire et intégrée de façon cohérente dans le parcours de soins des personnes souffrant d'obésité morbide ou multi-compiquée. Chez les adultes, selon l'Etude « ObEpi-Roche 2009 », **la région Centre présente une prévalence de l'obésité supérieure à la moyenne nationale (14,5%) avec un taux de 17,7%.**

Le Programme National Nutrition Santé 2011-2015 (PNNS) traite de la nutrition qui intègre l'alimentation et l'activité physique comme déterminant de la santé.

Le Plan Obésité 2010-2013 (PO) s'articule et complète le PNNS par l'organisation du dépistage, de la prise en charge des patients et du suivi. Il se déroule selon quatre axes :

- Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et chez l'adulte
- Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique
- Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations
- Investir dans la recherche

Le présent volet du SROS PRS s'inscrit plus particulièrement dans l'axe n°1 du plan dont l'ambition est de mettre en place une organisation des soins lisible, accessible à tous afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins et de conforter la cohérence de la gradation des soins du médecin traitant au spécialiste, à l'accueil en établissement de santé, y compris les soins de suite et de réadaptation.

Au sein de cet axe 1, quatre mesures sont à mettre en œuvre au niveau régional et relèvent de ce volet du SROS-PRS :

- Mesure 1-2 Structurer l'offre spécialisée au niveau régional et infra-régional
- Mesure 1-5 Développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité
- Mesure 1-6 Améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation (SSR)
- Mesure 1-7 Assurer le transport sanitaire bariatrique

3.8.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

3.8.2.1 Optimiser l'organisation d'une offre de soins plus accessible et plus lisible pour les patients et les professionnels

Il s'agit d'identifier des **centres spécialisés** pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation de la filière de soins. Ces centres ont pour mission de prendre en charge l'obésité sévère et de promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire d'une part, de contribuer à organiser la filière régionale, de rendre l'offre plus lisible pour les patients et de les professionnels et de faciliter la diffusion des compétences sur le territoire d'autre part. Ils doivent respecter un cahier des charges national.

Deux centres spécialisés seront identifiés en région Centre d'ici la fin de l'année 2011

3.8.2.2 Organiser la filière de soins en lien avec les acteurs des territoires (professionnels libéraux, hospitaliers et médico-sociaux).et renforcer le déploiement des réseaux « obésité »

Il s'agit d'établir un diagnostic territorial des besoins à partir d'un cahier des charges national afin de structurer la coordination territoriale de la prise en charge de l'obésité à échéance 2012-2013.

3.8.2.3 Améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation

Cet objectif renvoie au volet « soins de suite et de réadaptation » du présent SROS et plus particulièrement au paragraphe consacré à la prise en charge spécialisée des affections digestives, métaboliques et endocriniennes.

Un service de soins de suite et de réadaptation spécialisé dans l'accueil des patients obèses sévères en lien avec les centres spécialisés sera identifié en région Centre, en lien avec les centres spécialisés.

3.8.2.4 Assurer le transport sanitaire bariatrique

Cet objectif est également repris dans le volet « médecine d'urgence » du présent SROS-PRS dans sa partie consacrée aux transports terrestres.

Il devrait être mis en œuvre à échéance 2012-2013.

3.8.2.5 Articulation avec les autres schémas

La filière de soins doit s'appuyer sur les acteurs de la prévention dans le cadre du schéma régional de prévention ainsi que sur le schéma région d'organisation des soins volet ambulatoire.

Certaines mesures du plan « Obésité » :

- sont à mettre en œuvre dans les autres schémas en articulation avec ce volet du SROS :
 - mesure 1-4 (Reconnaître des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité en s'appuyant sur un référentiel de compétences intégrant la dimension psychologique, diététique et d'activité physique) est relayée dans le schéma de prévention (axe relatif à l'éducation thérapeutique). Il s'agit de développer des programmes d'éducation thérapeutique avec des équipes spécialisées dans le domaine de l'obésité avec une dimension psychologique, diététique et d'activité physique adaptée (APA) dans les deux centres spécialisés.
 - mesure 1-1 « Faciliter une prise en charge de premier recours adaptée par le médecin traitant » concerne le schéma de l'offre de soins ambulatoires.
- ou concernent des publics spécifiques faisant l'objet d'une attention particulière dans d'autres parties du PRS (schémas ou programmes).Peuvent ainsi être plus particulièrement signalées les mesures suivantes :
 - Mesure 1-3 Promouvoir le dépistage précoce chez l'enfant et en assurer l'aval
 - Mesure 3-1 Mettre en place des actions aux bénéfices des groupes en situation de vulnérabilité sociale et économique
 - Mesure 3-2 Organiser l'offre de soin pour les personnes atteintes d'obésité associée aux maladies rares et pour les personnes atteintes de handicap mental et aider les familles
 - Mesure 3-3 Lutter contre les discriminations dans le système de soins.

3.9 LES MALADIES CHRONIQUES

3.9.1 LE CONTEXTE

Les maladies chroniques sont définies par la présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive, et une ancienneté de plusieurs mois. Leur retentissement sur la vie quotidienne peut être considérable.

Le Haut Conseil de la Santé Publique définit la maladie chronique comme :

- un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- ayant une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;
- et un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - une limitation fonctionnelle des activités notamment professionnelles ou de la participation sociale ;
 - un recours indispensable à un médicament, une alimentation adaptée, une technologie médicale, un appareillage ou une assistance personnelle ;
 - ou la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Elles comprennent²¹ :

- des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardiovasculaires, le cancer, la maladie de Parkinson, l'obésité, le diabète, la sclérose en plaques, ... ;
- des maladies rares comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies, ... ;
- des maladies transmissibles persistantes comme le sida ou l'hépatite C, ... ;
- enfin, des troubles mentaux de longue durée, ou encore la douleur chronique, ou les conséquences de certains actes chirurgicaux comme les stomies.

En France, selon le Haut Conseil de la Santé Publique, 15 millions de personnes seraient atteintes de maladies chroniques et 9,4 millions de personnes disposent d'une prise en charge en Affection de Longue Durée (ALD). Ces estimations permettent de considérer que près de 500 000 malades chroniques vivent en région Centre.

Considérant le poids qu'elles représentent en région, et leurs perspectives d'évolution inhérentes au vieillissement de la population, le Plan Stratégique Régional de Santé a rappelé l'enjeu que représente la prise en charge des maladies chroniques en région Centre en l'identifiant comme un domaine d'action prioritaire pour les cinq années à venir.

Ces maladies sont souvent longues, évolutives, régulièrement associées à une invalidité, et donc à un handicap potentiel, et à la menace de complications graves. Le parcours des malades chroniques est souvent jalonné d'épisodes de sévérité ou d'intensité variable.

Considérant ces éléments, la prise en charge des maladies chroniques doit être réfléchie et organisée de manière globale et transversale entre les acteurs du soin et de l'accompagnement social et médico-social. Elle doit prendre en compte la notion de qualité de vie du malade et de son entourage.

3.9.2 LES OBJECTIFS 2012-2016

Le Plan Stratégique Régional de Santé a fixé trois objectifs généraux pour l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques :

- soutenir la personne dans son projet de vie
- limiter les complications de la maladie
- prévenir et dépister.

²¹ Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques – Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

Le présent volet du SROS s'attache à définir les grands principes guidant l'organisation d'une prise en charge satisfaisante des malades chroniques, et prenant en compte toutes les dimensions du soin et de l'accompagnement.

Partant du constat que les malades chroniques sont confrontés à des difficultés semblables, ces principes d'organisation sont ici définis de manière globale, indépendamment de la pathologie mise en cause.

3.9.2.1 Organiser l'offre de prise en charge de manière graduée

L'organisation de la prise en charge des maladies chroniques repose sur la définition de plusieurs niveaux de recours, traduisant eux-mêmes différents degrés de proximité et de spécialisation.

Ainsi, un premier niveau de prise en charge doit être organisé en proximité. Cette **offre de proximité** repose principalement sur l'organisation des soins de premiers recours définis par le schéma ambulatoire du présent SROS. En référence aux dispositions de la Loi HPST du 21 juillet 2009, cet accès de premiers recours et la prise en charge continue des malades *« sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. »*

Les soins visés par l'offre de premier recours sont :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- la dispensation et d'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- l'éducation pour la santé.

Le développement de l'éducation thérapeutique au bénéfice du patient ou de son entourage fait partie intégrante de ce niveau de proximité. Inscrite dans une démarche de prévention tertiaire, l'éducation thérapeutique participe à l'amélioration de la qualité de vie du malade et à la prévention des complications. Il revient au schéma régional de prévention de définir les modalités de son développement dans l'objectif d'offrir un maillage territorial satisfaisant.

De nombreux acteurs, médicaux et non médicaux, acteurs du champ sanitaire, social ou médico-social, composent ce premier niveau de prise en charge et de suivi : professionnels libéraux, réseaux de santé, établissements et services médico-sociaux, hôpitaux de proximité (ex hôpitaux locaux), services d'hospitalisation à domicile, etc.

Parmi ces acteurs, le médecin traitant (médecin généraliste) joue en rôle central en termes de suivi organisé et de repérage/dépistage de possibles complications ou évolutions de la maladie. L'article L4130-1 du code de la santé publique définit le rôle du médecin généraliste de premier recours :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Le second niveau de prise en charge se concentre sur les soins hospitaliers et les différents plateaux techniques, davantage spécialisés, et susceptibles de répondre aux différents épisodes de la maladie : une crise aiguë, nécessité d'un bilan, de soins spécialisés, ou de rééducation/réadaptation.

Les établissements de santé, publics ou privés, sont aussi concernés par la mise en œuvre de plusieurs missions de service public dont « *des actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination, la lutte contre l'exclusion sociale, la formation des professionnels ou des actions de santé publique* »²².

Au sein de l'offre hospitalière, les services de soins de suite et de réadaptation jouent un rôle particulier dans la prévention ou la réduction des conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Les différentes spécialisations existantes et implantées dans les territoires de santé de la région permettent d'apporter une réponse ciblée en fonction du public et de l'affection correspondante.

Le troisième niveau de prise en charge représente le degré le plus élevé de spécialisation et donc de référence. Il est souvent organisé à un niveau régional, voire interrégional ou national selon la fréquence de la maladie concernée (exemple : maladies rares).

3.9.2.2 Améliorer la coordination des acteurs de la prise en charge

La coordination des professionnels impliqués dans la prise en charge d'un malade chronique est un facteur de réussite du parcours de soins et du maintien à domicile du patient. Elle garantit une bonne orientation dans le système de soins ou médico-social, et peut souvent permettre d'éviter un recours inadéquat aux urgences.

Cet objectif passe tout d'abord par une bonne connaissance et lisibilité de l'offre existante, portant notamment sur la répartition territoriale des ressources, ainsi que sur le rôle et les responsabilités réciproques des acteurs de la prise en charge.

Afin d'améliorer cette lisibilité, **le portail internet Santé Région Centre sera élargi à tout le champ des maladies chroniques**, et permettra de recenser par territoire de santé les offres de prise en charge et d'accompagnement existantes.

La coordination des acteurs est aussi le gage d'une approche pluridisciplinaire permettant à un ensemble de professionnels de partager l'analyse d'une situation individuelle.

Plusieurs modalités d'intervention ou d'exercice peuvent faciliter la coordination entre les acteurs :

- **les réseaux ville/hôpital** : le volet ambulatoire du présent schéma encourage le regroupement de réseaux monothématiques vers des réseaux plurithématiques de proximité ; la forme de « maison des réseaux » sera initié à cet effet ;
- **les équipes mobiles spécialisées** (gériatrie, psychiatrie, soins palliatifs, etc) destinées à améliorer l'accès à des soins spécialisés ;
- **les regroupements de professionnels** de proximité sous la forme de maison de santé pluridisciplinaire, pôles de santé ou centres de santé ;
- **le développement et l'utilisation des systèmes d'information en santé** comme le Dossier Médical Partagé (DMP), les outils de télémédecine (télésurveillance, téléconsultation, télé-expertise, téléassistance médicale), ou encore les messageries sécurisées.

²² Article L6112-1 et suivants du code de la santé publique

3.9.2.3 Reconnaître la place des associations de malades et d'usagers

Les associations de malades et d'usagers jouent un rôle important auprès des patients et de leur entourage.

Qu'elles soient à thématique générale ou spécialisée, les associations interviennent pour l'information et le soutien des patients et de leur entourage, de même dans la prévention et le dépistage.

Plus particulièrement, un décret du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient a reconnu le rôle des associations de patients dans les activités d'éducation thérapeutique : « *Les programmes d'éducation thérapeutique du patient mentionnés aux articles L. 1161-2 à L. 1161-4 sont coordonnés par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1.* »

Les établissements et les réseaux territoriaux mettent à la disposition des patients les coordonnées de ces associations, favorisent leur permanence dans leurs locaux et les sollicitent chaque fois que nécessaire pour améliorer la prise en charge des patients.

3.9.3 LA TRANSVERSALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

Les dispositions prévues au sein de l'offre de soins hospitalière

Les principes généraux de l'organisation de l'offre ont vocation à s'appliquer aux différentes filières et réseaux de soins spécialisés. Ainsi, les autres volets du présent SROS consacrés à la prise en charge d'une maladie chronique spécifique (insuffisance rénale chronique, cancers, douleur, pathologie du vieillissement, accidents vasculaires cérébraux, etc) reprennent ces principes.

L'organisation prévue par les différents volets relatifs aux activités de médecine, d'hospitalisation à domicile, de soins de suite et de réadaptation, des unités de soins de longue durée, décrite dans le présent schéma, est essentielle à une prise en charge de qualité des malades chroniques.

Des organisations plus spécifiques ont été mises en place pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, des personnes âgées et de la filière Alzheimer, de la douleur ainsi que pour le traitement du cancer, la prise en charge des soins palliatifs, les accidents vasculaires cérébraux, l'addictologie, le surpoids et l'obésité.

Les dispositions prévues au sein de l'offre ambulatoire

Sur ce champ, particulièrement exposé au déficit d'accès aux soins pour les malades chroniques sur certains territoires (démographie médicale, isolement géographique et social des populations), les préconisations portent prioritairement sur une structuration rigoureuse de la coordination des soins, notamment via les réseaux de soins.

C'est pourquoi doit être mise en place, dans chaque territoire de santé, une maison des réseaux chargée d'organiser et de coordonner l'activité de l'ensemble des réseaux du territoire. Par ailleurs, chaque malade chronique devra disposer d'un plan personnalisé de soins. Enfin, il est préconisé de maintenir l'accès à des soins de qualité dans les zones géographiques les plus fragiles par la reconnaissance et la qualification de professionnels de santé paramédicaux (réalisation d'explorations fonctionnelles respiratoires par des kinésithérapeutes pour les bronchitiques chroniques, amélioration de la couverture géographique par des podologues agréés par l'Assurance Maladie pour les diabétiques, développement de la télé-expertise à domicile via les infirmières libérales dans le cadre de la prise en charge des plaies chroniques).

Les dispositions prévues au sein du schéma de l'organisation médico-sociale

Les actions portées par le schéma d'organisation médico-sociale contribuent à l'amélioration des prises en charge du malade chronique dans le cadre d'une compensation d'un potentiel handicap ou perte d'autonomie.

L'offre visée par ce schéma régional participe au maintien du malade chronique dans son lieu de vie habituel et dans son environnement social.

Par ailleurs, il vise à améliorer la délivrance d'informations relatives au maintien dans l'emploi (en lien avec le plan régional d'insertion des travailleurs handicapés), le soutien des aidants proches (recherche de solutions de répit), le renforcement des coordinations territoriales et des coopérations avec les acteurs de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière (développement de la télé-expertise dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes au bénéfice des résidents des EHPAD mais aussi, au bénéfice des populations locales et des professionnels de santé de premier recours).

Les dispositions prévues au sein du schéma de prévention

La prévention vise à empêcher la survenue ou l'aggravation d'une maladie par son action sur les déterminants de santé (activité physique, nutrition, lutte contre les facteurs de risque tels que le tabac et l'alcool,...), la réalisation de dépistages (maladies infectieuses, maladies métaboliques, cancers,...), le développement de l'éducation thérapeutique du patient.

Plusieurs actions sont inscrites dans le schéma de prévention telles que l'amélioration de l'information des patients, le développement de l'éducation pour la santé (mise en œuvre des préconisations du plan national nutrition santé et intensification de la lutte contre les addictions avec ou sans substance), le renforcement des dépistages (troubles nutritionnels, diabète, cancers et maladies cardio-neuro-vasculaires) notamment en direction des populations les plus isolées ou de populations à risque (jeunes, femmes enceintes, population carcérale,...), le développement d'une éducation thérapeutique du patient contribuant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, le renforcement des coordinations régionales permettant de structurer la politique de santé (nutrition, environnement, éducation thérapeutique,...).

4. LES MISSIONS DE SERVICE

PUBLIC

L'article L1434-9 du code de la santé publique prévoit que **le SROS fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé, les missions de service public** définies à l'article L.6112-1 du CSP, et pouvant être assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L. 6112-2.

Tout établissement de santé ou autres personnes prévues par le Code de santé publique peuvent exercer une ou plusieurs missions de service public.

Il est nécessaire de distinguer deux catégories de missions de service public :

- les missions de service public faisant l'objet d'une autorisation d'activité de soins ou d'une procédure d'attribution par ailleurs :
 - o la recherche
 - o le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers
 - o la formation initiale et le développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences
 - o les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination
 - o les actions de santé publique
 - o les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaire de sûreté
 - o l'aide médicale urgente
 - o l'enseignement universitaire et post-universitaire

- les missions de service public devant faire l'objet d'une procédure de reconnaissance spécifique par l'ARS dans le cadre du présent schéma:
 - o la permanence des soins en établissements de santé
 - o les soins palliatifs
 - o la lutte contre l'exclusion sociale
 - o la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement
 - o les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, et si nécessaire en milieu hospitalier
 - o les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres de rétention administrative.

Cette reconnaissance se formalise par l'inscription au CPOM passé entre l'ARS et l'établissement ou la personne concernée.

Cette inscription peut s'envisager à l'issue de deux scénarii :

- soit le SROS constate une couverture satisfaisante des besoins en implantations par territoire de santé : la reconnaissance intervient alors par inscription au CPOM de l'établissement concerné, postérieurement à la publication du SROS;
- soit le SROS fait état d'insuffisance dans la couverture territoriale du besoin, auquel cas l'ARS effectue un appel à candidature (procédure de publicité). Si celui-ci s'avère infructueux, l'ARS peut décider d'autorité de confier une mission à un établissement sur un territoire déficitaire.

Le présent SROS dresse donc l'inventaire des établissements assurant les différentes missions de service public définie par le code de la santé publique. La couverture du besoin s'analyse quantitativement, en implantation, soit au niveau régional soit par territoire de santé.

Les conditions de fonctionnement et de mise en œuvre, ainsi que le contrôle des obligations inhérentes à la mission de service public (article L6112-3 du CSP), sont inscrites et vérifiées à l'occasion de la négociation et de l'évaluation du CPOM liant l'ARS et l'établissement concerné. La couverture territoriale du besoin peut donc être reconsidérée au cours du présent schéma dans l'hypothèse où un opérateur, détenteur d'une mission de service public, ne l'assurerait pas de manière satisfaisante.

La reconnaissance d'une mission de service public ne fait pas l'objet d'une compensation financière systématique. Lorsque c'est le cas, le CPOM passé entre l'ARS et l'établissement précise les modalités de cette potentielle compensation, ainsi que les obligations auxquelles sont assujetties toutes personnes assurant ou contribuant à la mission.

4.1 LES MISSIONS FAISANT L'OBJET D'UNE PROCEDURE D'ATTRIBUTION OU D'AUTORISATION PAR AILLEURS

4.1.1 LA RECHERCHE

La mission de recherche consiste, dans le respect notamment des dispositions des articles L.1121-1 et suivants du code de la santé publique, pour un établissement de santé en la réalisation, d'un ou plusieurs programmes de recherche ayant pour but de faire avancer le progrès médical dans ses deux composantes :

- l'amélioration de la qualité du soin et du diagnostic
- l'amélioration du cout de la prise en charge des patients

La définition des besoins de recherche est réalisée au niveau national voire européen et international. Les articles L.6142-1 et suivants du code de la santé publique définissent à cet égard la mission et le rôle spécifiques des centres hospitaliers et universitaires. **En région Centre, cette mission est donc assurée par le CHRU de TOURS (territoire d'INDRE ET LOIRE).**

Dans le cadre de la coopération des Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (HUGO) et du cancérpôle Grand Ouest, le CHR d'ORLEANS assure également des missions de recherche par convention de coopération.

Le CHR d'ORLEANS et le CHRU de TOURS sont également membres du pôle de recherche et d'enseignement supérieur (PRES Centre Val de Loire Université) qui regroupe également deux universités et quatre écoles d'enseignement supérieur.

4.1.2 LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC) DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET NON HOSPITALIERS

La mission de développement professionnel continu pour les personnels médicaux consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, dans le cadre de la mise en œuvre du développement professionnel continu, à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville.

Tous les établissements de santé, publics ou privés, ont l'obligation de mettre en place le DPC. Le besoin peut donc être considéré comme potentiellement couvert. Toutefois, il faut noter que l'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 mois après la publication prochaine de décrets à paraître.

4.1.3 LA FORMATION INITIALE ET LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES SAGES-FEMMES ET DU PERSONNEL PARAMEDICAL ET LA RECHERCHE DANS LEURS DOMAINES DE COMPETENCE

▪ La formation initiale des sages femmes et personnel paramédical

La formation initiale du personnel paramédical comprend toute formation qui vise l'acquisition de compétences par une personne qui n'a jamais exercé la profession pour laquelle elle désire se préparer. Cette formation est toujours sanctionnée par un diplôme.

Les sages femmes font partie des professions médicales. L'Ecole Régionale de sages femmes est rattachée d'une part à l'UFR de Médecine, qui délivre le diplôme d'Etat et d'autre part à l'Institut de formation des professions de santé du CHRU de TOURS .Le numerus clausus est de 30 étudiants et 2 étudiants à titre étranger (+ 8%).

La PACES – Première Année Commune aux études de Santé ou première année d'études des filières conduisant aux 4 professions médicales (Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie) permet d'établir des passerelles entre ces 4 professions

En région Centre, 45 Instituts de formation et 3 lycées professionnels accueillent sur 20 sites, 2549 étudiants en première année des formations sanitaires. Les contingents les plus importants concernent les IDE (1137 étudiants répartis dans 13 instituts), les aides soignantes (877 élèves répartis dans 16 instituts et 3 lycées).

Les quotas d'étudiants sont réexaminés chaque année. Ils seront revus en concertation avec le Conseil régional, à l'occasion du renouvellement des autorisations des instituts de formation. Il en sera de même pour la capacité des écoles.

L'ouverture d'une formation en ergothérapie pour la rentrée 2012 sera vraisemblablement actée. En ce qui concerne les psychomotriciens, où les besoins ne sont pas couverts (il n'existe que 6 instituts de formation en France) et qui sont amplifiés par la mise en place du Plan Alzheimer, un appel à projet sera lancé.

Enfin, le développement des formations initiales s'inscrit dans le Contrat de Plan Régional des Formations établi entre l'Etat et la Région.

▪ **Le développement professionnel continu**

La mission de développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, à destination de professionnels hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé.

L'offre en DPC est égale aux programmes de DPC qui sont définis au regard des axes prioritaires inscrits par arrêté, et potentiellement, au regard des orientations régionales particulières en lien avec le PRS.

Tous les établissements de santé, publics ou privés, ont l'obligation de mettre en place le DPC. Le besoin peut donc être considéré comme potentiellement couvert. Toutefois, il faut noter que l'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 mois après la publication de décrets à paraître.

4.1.4 LES ACTIONS D'EDUCATION ET DE PREVENTION POUR LA SANTE ET LEUR COORDINATION

Cette mission a vocation à être assumée par l'ensemble des établissements de santé et constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1 du Code de santé publique.

Les actions mises en œuvre par les établissements de santé dans ce cadre devront s'inscrire en cohérence avec le schéma régional de prévention 2012-2016 qui demeure le document de référence pour la définition et la mise en œuvre des objectifs prioritaires dans ce domaine.

4.1.5 LES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE

Cette mission, qui constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1, fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé.

Les actions mises en œuvre par les établissements de santé dans ce cadre devront s'inscrire en cohérence avec le schéma régional de prévention 2012-2016 qui demeure le document de référence pour la définition et la mise en œuvre des objectifs prioritaires dans ce domaine..

4.1.6 LES SOINS DISPENSES AUX PERSONNES RETENUES DANS LES CENTRES SOCIO-MEDICO-JUDICIAIRES DE SURETE, ASSURES PAR DES ETABLISSEMENTS DESIGNES DIRECTEMENT PAR LE GOUVERNEMENT

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté est exercée dans le respect des dispositions des articles L.706-53-13 et suivants du code de procédure pénale.

Dans les faits, il n'existe actuellement qu'un seul centre expérimental situé à Fresnes, dont l'évaluation est prévue après 5 ans de fonctionnement. **Cette mission de service public ne peut donc pas faire l'objet d'une attribution dans le cadre du présent SROS-PRS.**

4.1.7 L'AIDE MEDICALE URGENTE, CONJOINTEMENT AVEC LES PRATICIENS ET LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE, PERSONNES ET SERVICES CONCERNES

La mission d'aide médicale urgente est exercée dans le respect de l'article L.6311-2 et des articles R.6311 et suivants du CSP. Cette mission fait l'objet d'une procédure d'autorisation d'activité de soins, et est donc développée dans le volet « médecine d'urgence » correspondant du présent SROS.

Le ressort géographique de cette mission est le territoire de santé.

Compte tenu de la présence d'un service d'aide médicale urgente sur chaque territoire de santé de la région, **le besoin est considéré comme couvert.**

4.1.8 L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE ET POST-UNIVERSITAIRE

La mission d'enseignement universitaire et post universitaire consiste en la contribution à l'offre de stages ou de « postes qualifiants » dans le cadre de la formation de deuxième ou de troisième cycle des professions médicales, des odontologues et des pharmaciens.

Sur le fondement de la Loi du 21 juillet 2009, une réforme de l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales a été menée afin d'adapter au besoin les capacités de formation régionales.

Ainsi, l'agrément des terrains de stage des internes fait l'objet d'une procédure prévue par arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales.

L'ARS procède à l'agrément des terrains de stage pour la formation pratique des étudiants de 3^{ème} cycle des études médicales. Les décisions de l'ARS doivent prendre en compte l'avis de deux commissions prévues par arrêté du 4 février 2011 :

- la commission d'évaluation des besoins de formation : elle doit permettre de vérifier l'adéquation du nombre et de la nature des terrains de stage avec les pré-choix et choix des spécialités effectués par les internes
- la commission de subdivision : elle procède à la répartition des postes par discipline au sein des terrains de stage.

Dans le cadre de la présente mission de service public, il appartient donc à la commission de subdivision d'examiner les demandes d'agrément présentées selon la procédure prévue par arrêté ministériel.

Les critères suivants doivent être notamment pris en compte pour l'agrément :

- Le nombre d'internes inscrit dans chaque Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) conditionne le nombre de terrains de stages à ouvrir dans les services universitaires et non universitaires. Ainsi, la capacité

d'accueil des services universitaires en nombre et en encadrement est déterminante pour la capacité de formation.

- Le respect des maquettes de formation appliquées à chaque DES ou Diplômes D'études Spécialisées Complémentaires (DESC) est également déterminant pour définir le nombre de stage à effectuer pour la formation, dont le nombre de stages en service hospitalo-universitaire.

C'est à partir de cette offre de stage agréée que le directeur général de l'ARS procède à la répartition des postes offerts au choix semestriels des internes de chaque discipline.

La dernière estimation des besoins de formation en région Centre a été réalisée par la commission d'évaluation des besoins de formation réunie le 24 juin 2011. L'offre de stages disponible actuellement représente 617 services agréés, dont :

- 359 services agréés pour les diplômes d'études spécialisées (DES) dont 129 services universitaires et 230 non universitaires,
- 143 services agréés pour les diplômes d'études spécialisés complémentaires (DESC) dont 77 services universitaires et 66 non universitaires,
- 115 services agréés pour la médecine générale (21 universitaires et 94 non universitaires)

Le dernier état des lieux de l'offre de stage par discipline est présenté en annexe. Cette offre permet actuellement de satisfaire globalement aux besoins de formation. Toutefois, ce bilan est par définition évolutif puisque tous établissements de santé, public ou privé, ainsi que les terrains de stage ambulatoires peuvent désormais accueillir des internes en médecine, sous réserve de satisfaire aux exigences du dossier de candidature prévu par l'arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales.

Référence :

- Loi n°68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, d'orientation de l'enseignement supérieur,
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009
- Décret n° 89-697 du 1er septembre 1989 relatif à l'agrément des services formateurs et à la répartition des postes d'internes au titre du troisième cycle de biologie médicale,
- Décret n°2010-700 du 25 juin 2010 modifiant le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

4.2 LES MISSIONS DEVANT FAIRE L'OBJET D'UNE PROCEDURE DE RECONNAISSANCE AD HOC

4.2.1 LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE (PDSSES)

4.2.1.1 Le périmètre de la PDSSES

La **permanence des soins en établissement de santé (PDSSES)** se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé **en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence**, la nuit (à partir de 20h du soir le plus souvent, et jusqu'à 8h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La PDSSES concerne le seul champ MCO et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la **permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-OQN** (Cf ci-dessous liste des établissements potentiellement concernés).

Par conséquent, les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie ne peuvent donc pas relever du dispositif de PDSSES. Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe (forfait) et les structures d'hospitalisation à domicile (activité) font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Les plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) appartiennent au réseau des urgences et relèvent à ce titre automatiquement du schéma cible de PDSSES : cela concerne notamment les activités des deux établissements régionaux qui conservent leur propre organisation destinée à répondre à leur vocation régionale.

Pour les spécialités qui ne relèvent pas des PTHS, notamment les spécialités de médecine ou encore d'autres plateaux techniques moins spécialisés, il appartient à l'ARS d'identifier à la lumière du diagnostic régional partagé, les lignes de gardes et d'astreintes des structures qui devront s'engager dans un partenariat renforcé avec le réseau des urgences pour les prises en charge la nuit, les weekends et jours fériés.

L'indemnisation allouée au titre de la participation à la mission de service public 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. Les praticiens libéraux (y compris de ville) pourront également être impliqués dans le dispositif et indemnisés à ce titre.

Cela n'exclut pas la possibilité pour les structures de médecine d'urgence de recourir en cas de besoin, de manière ponctuelle, à d'autres services ou structures non financées.

Toute ligne de garde ou d'astreinte en établissement de santé ne relève pas de la permanence des soins. En effet, une autorisation d'activité de soins nécessite une organisation de prise en charge continue des soins 24 heures sur 24. Cela définit la continuité des soins dont le financement est lié à l'activité par la rémunération des séjours d'hospitalisation.

La permanence des soins inclut des activités médicales réglementées, non réglementées et médico-techniques.

- **Les activités réglementées** : certaines activités de soins autorisées sont assorties d'obligation de permanence des soins. Ce sont principalement
 - les activités de périnatalité, de gynécologie obstétrique,
 - les réanimations adulte et pédiatrique, unités de surveillance continue et soins intensifs cardiologiques,
 - les unités neurovasculaires,
 - la cardiologie interventionnelle,

- la chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, ces activités relèvent pour leur organisation du schéma inter-régional d'organisation des soins et ne sont par conséquent pas traités dans le présent schéma. Elles sont en revanche indemnisées au titre de l'enveloppe de financement de la PDES (MIG ou futur FIR).
 - l'hémodialyse, les greffes d'organe et de cellules hématopoïétiques : la greffe relève d'un financement spécifique hors schéma, l'hémodialyse relève de la continuité des soins.
- **Les activités non réglementées** : il s'agit de spécialités médicales et chirurgicales nécessitant potentiellement une prise en charge aiguë spécialisée au sein des urgences ou directement dans un service de spécialité :
- Spécialités médicales : neurologie, gastroentérologie, cardiologie, pneumologie, hématologie clinique,
 - Spécialités chirurgicales : chirurgie vasculaire et thoracique, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie de la main, chirurgie infantile, ophtalmologie, urologie.
- **Les activités médicotechniques** : Ce sont l'imagerie médicale et radiologie, la biologie, la pharmacie. Elles sont nécessaires à la continuité des soins mais participent aussi à la permanence des soins. Elles sont inscrites dans le schéma cible.
- **Les spécialités suivantes ne sont pas concernées par le schéma de permanence des soins** :
- traitement du cancer,
 - soins de suite et de réadaptation, de la rééducation et réadaptation fonctionnelle,
 - activités de biologie d'assistance médicale à la procréation, de diagnostic prénatal,
 - examen de caractéristiques génétiques,
 - psychiatrie,
 - urgences.

En région Centre, **43 établissements** sont potentiellement concernés (23 publics et 19 privés et 1 PSPH), répartis comme suit :

Cher	Eure et Loir	Indre	Indre et loire	Loir et Cher	Loiret
Centre hospitalier de Bourges	Centre hospitalier de Chartres	Centre hospitalier de Châteauroux	Centre hospitalier et universitaire de Tours	Centre hospitalier de Blois	Centre hospitalier régional d'Orléans
Centre hospitalier de Vierzon	Centre hospitalier de Dreux	Centre hospitalier de la Châtre	Centre hospitalier de Chinon	Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay	Centre hospitalier de Montargis
Centre hospitalier de Saint Amand Montrond	Centre hospitalier de Châteaudun	Centre hospitalier du Blanc	Centre hospitalier de Loches	Centre hospitalier de Vendôme	Centre hospitalier de Gien
Clinique Guillaume de Varye	Centre hospitalier de Nogent le Rotrou	Centre hospitalier d'Issoudun	Centre hospitalier d'Amboise – Château-Renault	Clinique du Saint Cœur	Centre hospitalier de Pithiviers
Clinique des Grainetière	Clinique Saint François	Clinique Saint François	Clinique Jeanne d'Arc	Polyclinique de Blois	Clinique des longues allées
	Clinique Notre dame du bon secours		Clinique de l'Alliance		Clinique de la Reine Blanche
	Clinique Maison Blanche		Clinique Pôle santé Léonard de Vinci		Clinique de l'Archette
					Clinique de Montargis

			Clinique Saint Gatien		Clinique Jeanne d'Arc
			Centre hospitalier de Luynes		Clinique de la présentation
					Clinique des Murlins
					Hôpital Saint Jean de Briare

Sur les 19 établissements privés, 2 ont une autorisation de médecine d'urgence (clinique de l'Alliance à Tours et clinique Saint François de Mainvilliers), 3 sont des ex-POSU (clinique Saint Gatien à Tours, clinique de la Reine Blanche et des longues allées à Orléans) et 5 sont concessionnaires de missions de service public (clinique Jeanne d'Arc à Chinon pour la chirurgie, clinique du Saint Cœur à Vendôme pour l'activité d'obstétrique et la chirurgie, clinique Jeanne d'Arc à Gien pour la chirurgie, clinique de Grainetières à Saint Amand Montrond pour la chirurgie, PSLV pour l'obstétrique).

4.2.1.2 Les objectifs

➤ **Améliorer l'accès aux soins :**

- Optimiser l'organisation de la PDES pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent permettant de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional, ou régional selon les disciplines concernées (principe de gradation des soins) en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés
- Améliorer l'accès financier aux soins dans les plages horaires concernées. La PDES relevant des missions de service public, les tarifs opposables pour les prises en charge réalisées dans ce cadre sont ceux du secteur 1.

➤ **Améliorer la qualité de prise en charge :**

- Réduire les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences.
- Sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge ou d'orientation.

➤ **Améliorer l'efficacité :** Elaborer un schéma cible de PDES en :

- optimisant l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leurs statuts, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux dans le dispositif ;
- éliminant les doublons entre établissements sur une même activité, pour éviter les dépenses inutiles et rémunérer uniquement les établissements assurant la mission de service public de PDES ;
- répartissant de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé.

4.2.1.3 L'état des lieux

L'état des lieux a été réalisé à partir de l'enquête nationale lancée en février 2011.

Cet état des lieux, consultable sur le site de l'Agence, a été soumis à concertation.

Il fait ressortir 81.5 gardes et 307 astreintes réparties comme suit :

	Cher	Eure et Loir	Indre	Indre et Loire	Loir et Cher	Loiret	total
Gardes	3	18	6	22	9	23.5	81.5
astreintes	40	43	26	92	38	69	307

NB : les astreintes des établissements privés ont été décomptées au titre d'astreintes opérationnelles

Les documents déclaratifs ne permettent pas toujours de distinguer les activités relevant de la permanence des soins de celles relevant de la continuité des soins.

4.2.1.4 Les principes d'organisation de la PDSES en région Centre -

- Une permanence territoriale des soins : il ne pourra y avoir d'approche systématique sur l'ensemble des territoires, des adaptations locales pourront être nécessaires selon des critères d'éloignement géographique ou de niveau d'activité. Elles seront déclinées localement sur la base du cahier des charges régional qui devra être rédigé et qui précisera les attentes qui pèseront sur les sites reconnus comme attributaires de la mission de service public
- des mutualisations public/public ; public/privé ; privé/privé
- une organisation et des implantations lisibles pour la population : le principe est acté qu'entre deux implantations il ne peut y avoir d'organisation alternée pour une même spécialité, c'est pourquoi le site d'implantation sera préférentiellement le site d'accueil des urgences disposant d'une réanimation.
- pour les spécialités, plateaux techniques hautement spécialisés : organisations inter-territoriales ou régionale.

Le schéma préconise une organisation basée sur la totalité des plages de permanence des soins (nuit, samedi après-midi, dimanche et jours fériés) ; la mise en œuvre de demi-astreinte ou demi-permanence sur place pourra être envisagée, rémunérées dans la limite de l'enveloppe régionale disponible.

Par spécialité, l'application de ces principes conduit à mettre en place l'organisation suivante :

ACTIVITES REGLEMENTEES :

L'activité de gynécologie-obstétrique : pour tout site autorisé pour l'obstétrique, adossé à un service d'urgence ou concessionnaire d'une mission de service public, et selon le niveau d'activité :

Les maternités :

- < à 1 500 naissances,

- Le gynécologue est d'astreinte dédiée. Un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale.
- L'anesthésiste et le pédiatre sont d'astreinte (possibilité de mutualisation)

- > à 1 500 naissances

- Le gynécologue est de garde. Un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale.
- L'anesthésiste est de garde sur site (possibilité de mutualisation)
- Le pédiatre est d'astreinte (possibilité de mutualisation)

- > à 2000 naissances

- Le gynécologue est de garde. Un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale.
- L'anesthésiste est de garde dédiée
- Le pédiatre est de garde.

La réanimation : hors établissements à vocation régionale, 1 garde dans chaque établissement de référence, soit un total de 6 pour la région.

Les unités de soins intensifs cardiologiques : hors établissements à vocation régionale, 1 garde de cardiologue par unité, soit 8 pour la région

Les unités de soins intensifs : en chirurgie cardiaque, hors établissements à vocation régionale, 1 garde

Les unités neurovasculaires : hors établissements à vocation régionale, une astreinte de neurologue par UNV : soit à terme du schéma un objectif de 6 pour la région à échéance du PRS.

La cardiologie interventionnelle : hors établissements à vocation régionale : une astreinte de cardiologue interventionnel dans chaque site autorisé, soit 5.

A terme du schéma, une astreinte de cardiologue interventionnel par ville siège d'une activité de cardiologie interventionnelle est rémunérée. Les établissements organisent une mutualisation de la PDS sur un site avec participation des médecins de l'ensemble des sites.

ACTIVITES NON REGLEMENTEES :

L'activité de chirurgie et d'anesthésie réanimation.

- **viscérale et digestive** : 1 permanence départementale mutualisée, soit sur place, soit en astreinte opérationnelle, selon le niveau d'activité ; de préférence sur un site autorisé à la médecine d'urgence avec réanimation et 1 permanence d'anesthésie réanimation soit sur place, soit en astreinte opérationnelle, selon le niveau d'activité. Pour l'anesthésie-réanimation, toujours sous cette dernière réserve, possibilité de mutualisation avec les autres spécialités chirurgicales et avec l'activité d'obstétrique jusqu'à 2 000 naissances.
- **orthopédique et traumatologique** : 1 permanence départementale mutualisée, soit sur place, soit en astreinte opérationnelle, selon le niveau d'activité ; de préférence sur un site autorisé à la médecine d'urgence avec réanimation et 1 permanence d'anesthésie réanimation soit sur place, soit en astreinte opérationnelle, selon le niveau d'activité. Pour l'anesthésie-réanimation, toujours sous cette dernière réserve, possibilité de mutualisation avec les autres spécialités chirurgicales et avec l'activité d'obstétrique jusqu'à 2 000 naissances.
- **pour les spécialités chirurgicales** : urologie, vasculaire et thoracique, ORL, ophtalmologie : 1 permanence départementale mutualisée, soit sur place, soit en astreinte opérationnelle, selon le niveau d'activité ; de préférence sur un site autorisé à la médecine d'urgence avec réanimation et 1 permanence d'anesthésie réanimation soit sur place, soit en astreinte opérationnelle, selon le niveau d'activité. Pour l'anesthésie-réanimation, toujours sous cette dernière réserve, possibilité de mutualisation avec les autres spécialités chirurgicales et avec l'activité d'obstétrique jusqu'à 2 000 naissances. Possibilité d'envisager une organisation inter-territoriale

L'activité de médecine :

- **médecine polyvalente : hors établissements à vocation régionale : adossée à tout site d'urgence (hors services d'accueil des urgences non concernés par le présent dispositif)** : une astreinte opérationnelle, soit 21 astreintes et 2 permanences sur place pour les sites d'accueil des urgences des établissements privés autorisés à la médecine d'urgence, avec 1 objectif de 3 à 4 à échéance du PRS.

- gastro-entérologie : pour les endoscopies digestives : 1 astreinte opérationnelle par territoire

- pneumologie : 1 astreinte opérationnelle par territoire

Les autres sous spécialités médicales relèvent de la continuité des soins.

La pédiatrie : selon le niveau d'activité 1 astreinte ou 1 garde de pédiatrie, potentiellement mutualisable avec l'activité d'obstétrique, dans chaque établissement de référence, notamment pour accueillir les urgences pédiatriques.

ACTIVITES MEDICO-TECHNIQUES :

L'imagerie : mutualisation des permanences d'imagerie selon les préconisations du volet correspondant du SROS-PRS:

Selon classification SROS 3 volet médecine	Echographie	Scanner	IRM	Type de PDS	Commentaire
Etablissement de niveau régional	Nuit samedi après midi dimanche et fériés	Nuit samedi après midi dimanche et fériés	Nuit samedi après midi dimanche et fériés	Astreintes	Etablissement autonome pour l'organisation de sa PDS. <u>Rx</u> : Interprétation initiale par les cliniciens avant relecture par le radiologue <u>Scanner et IRM</u> : télétransmission possible au radiologue d'astreinte
Etablissement de référence avec UNV	Nuit --> 0h samedi après midi dimanche et fériés	Nuit --> 0h samedi après midi dimanche et fériés	Nuit --> 0h samedi après midi dimanche et fériés	Astreinte	<u>Rx</u> : Interprétation initiale par les cliniciens avant relecture par le radiologue <u>Echographie</u> : de 0h--> 8h, réalisation par autre acteur (gynéco-obst,...) <u>Scanner et IRM</u> : - 18h30 ---> 0h : télétransmission possible au radiologue d'astreinte (domicile ou autre site) - après 0h ---> 8h30 : télétransmission à une garde régionale
Etablissement de référence	Nuit --> 0h samedi après midi dimanche et fériés	Nuit --> 0h samedi après midi dimanche et fériés		Astreinte	<u>Rx</u> : Interprétation initiale par les cliniciens avant relecture par le radiologue <u>Echographie</u> : de 0h--> 8h, réalisation par autre acteur (gynéco-obst,...) <u>Scanner</u> : - 18h30 ---> 0h : télétransmission possible au radiologue d'astreinte (domicile ou autre site) - après 0h ---> 8h30 : télétransmission à une garde régionale
Etablissement de proximité avec accueil des urgences	samedi après midi dimanche et fériés	samedi après midi dimanche et fériés		Astreinte	<u>Rx</u> : Interprétation initiale par les cliniciens avant relecture par le radiologue <u>Echographie</u> , si présence de radiologue insuffisante sur site et indication incontournable : - transfert vers le plateau technique supérieur pour la prise en charge globale <u>Scanner</u> : - 18h30 ---> 0h : télétransmission - 0h ---> 8h30 : télétransmission à une garde régionale

1 permanence à vocation régionale devra donc être organisée pour la nuit profonde : au-delà de 0h, les établissements de référence et de proximité pourront contacter un médecin radiologue de la région assurant une garde de téléradiologie afin de mettre en œuvre à distance les examens d'imagerie en coupe nécessaires et d'en assurer l'interprétation. Ce radiologue, de statut privé ou publique, pourra exercer dans un établissement, une structure d'imagerie ou tout autre lieu en respectant les conditions décrites dans le volet imagerie du schéma et le programme de télémedecine.

La biologie médicale et la pharmacie :

- les appels exceptionnels pour la pharmacie dans chaque site d'accueil des urgences. A titre exceptionnel et au vu de l'activité, possibilité d'une astreinte de sécurité, soit à terme du schéma 24 à 25 sites.

- 1 astreinte de sécurité pour la biologie pour chaque site d'accueil des urgences et maternité, soit en interne, soit par convention avec un autre établissement ou laboratoire de biologie privé.

La présentation suivante décline par territoire l'application de ces principes :

POUR LA REGION :

- Une permanence en imagerie pour la période 0h00-8h00.

TERRITOIRE DU CHER

- 5 établissements :
 - 3 publics (1 établissements de référence et 2 de proximité), 2 privés dont 1 concessionnaire de mission de service public (CPP en anesthésie réanimation, chirurgie générale et orthopédique)
 - 3 sites d'accueil des urgences
 - 4 maternités

Proposition d'organisation de la PDES :

Pour les sites d'accueil des urgences : 3 sites géographiques avec chacun 1 astreinte de médecine polyvalente

Pour les maternités : 4 sites géographiques : CH de Bourges : 1 garde gynécologie –obstétrique, d'anesthésie réanimation, une astreinte opérationnelle de pédiatrie ; pour les autres sites : une astreinte de gynécologie – obstétrique, d'anesthésie réanimation et de pédiatrie

Pour la chirurgie : 1 seule implantation géographique sur l'agglomération de Bourges, préférentiellement adossée au site d'urgence : 1 astreinte en chirurgie viscérale, 1 en orthopédie, 1 astreintes par spécialités chirurgicales (urologie, vasculaire, ORL et ophtalmo), avec une garde ou une astreinte en anesthésie.

Pour l'imagerie : ½ astreinte pour les nuits, astreinte le samedi après-midi, dimanche et JF sur le site de Bourges (établissement de référence, avec UNV)

Auprès du centre hospitalier de référence : 1 garde pour la réanimation, 1 pour les soins intensifs de cardiologie, 1 astreinte pour la cardiologie interventionnelle, et la neurologie. 1 garde ou 1 astreinte pour la pédiatrie.

Pour les spécialités médicales : une astreinte départementale pour la gastro-entérologie et 1 pour la pneumologie

Pour les plateaux techniques :

Système d'appel exceptionnel pour la pharmacie pour chaque site d'accueil des urgences

Une astreinte de sécurité pour chaque site d'accueil des urgences et maternités pour la biologie lorsque cette activité n'est pas déjà externalisée.

TERRITOIRE DE L'EURE ET LOIR

- 7 établissements :
 - 4 publics (2 établissements de référence, 2 établissements de proximité), 3 privés
 - 5 sites d'accueil des urgences dont 1 établissement privé (avec des CPP pour la chirurgie générale, orthopédique, digestive et l'anesthésie réanimation).
 - 3 maternités

Proposition d'organisation de la PDES :

Pour les sites d'accueil des urgences : 5 sites géographiques avec chacun 1 astreinte de médecine polyvalente- 1 ligne de garde à ajouter pour la nouvelle clinique Saint François.

Pour les maternités :

Chartres : 1 garde de gynécologie –obstétrique et anesthésie réanimation, une garde de pédiatrie

Dreux : 1 garde de gynécologie –obstétrique et anesthésie réanimation, une astreinte de pédiatrie

sur le site de Châteaudun : 1 astreinte de gynécologie –obstétrique, 1 d'anesthésie réanimation et 1 de pédiatrie.

Pour la chirurgie : 1 à 2 implantation(s) géographique(s) : 1 à 2 astreinte(s) en chirurgie viscérale, 1 à 2 en chirurgie orthopédique, 4 astreintes pour les spécialités chirurgicales (urologie, vasculaire, ORL et ophtalmo) avec 1 astreinte ou 1 garde, selon le niveau d'activité, en anesthésie

Pour les spécialités médicales : une astreinte départementale pour la gastro-entérologie et 1 pour la pneumologie

Pour l'imagerie : ½ astreinte pour les nuits, astreinte le samedi après-midi, dimanche et JF sur les sites de Chartres et Dreux (établissements de référence)

Auprès des centres hospitaliers de référence : chacun 1 garde pour la réanimation, 1 garde pour l'USIC, 1 astreinte pour la cardiologie interventionnelle et 1 pour la neurologie. Chacun 1 astreinte ou 1 garde pour la pédiatrie.

Pour les plateaux techniques :

Système d'appel exceptionnel pour la pharmacie pour chaque site d'accueil des urgences

Une astreinte de sécurité pour chaque site d'accueil des urgences et maternités pour la biologie lorsque cette activité n'est pas déjà externalisée.

TERRITOIRE DE L'INDRE

- 5 établissements :
 - 4 publics (1 établissement de référence, 3 établissements de proximité), 1 privé
 - 3 sites d'accueil des urgences
 - 2 maternités

Proposition d'organisation de la PDES :

Pour les sites d'accueil des urgences : 3 sites géographiques avec chacun 1 astreinte de médecine polyvalente

Pour les maternités : CH de Châteauroux : 1 garde de gynécologie –obstétrique, anesthésie réanimation, et 1 astreinte de pédiatrie ; pour le site du Blanc : 1 astreinte en gynécologie –obstétrique, anesthésie réanimation, et pédiatrie

Pour la chirurgie : 1 implantation territoriale pour la chirurgie viscérale, 1 pour la chirurgie orthopédique et traumatologique, 4 astreintes de spécialités chirurgicales (urologie, vasculaire, ORL et ophtalmo) avec 1 astreinte ou 1 garde, selon le niveau d'activité, en anesthésie

Pour les spécialités médicales : une astreinte départementale pour la gastro-entérologie et 1 pour la pneumologie

Pour l'imagerie : ½ astreinte pour les nuits, astreinte le samedi après-midi, dimanche et JF sur le site de Châteauroux

Auprès du centre hospitalier de référence : 1 garde pour la réanimation, 1 garde pour les soins intensifs de cardiologie, une astreinte pour la neurologie, 1 garde ou 1 astreinte pour la pédiatrie

Pour les plateaux techniques :

Système d'appel exceptionnel pour la pharmacie pour chaque site d'accueil des urgences

Une astreinte de sécurité pour chaque site d'accueil des urgences et maternités pour la biologie lorsque cette activité n'est pas déjà externalisée.

TERRITOIRE DE L'INDRE ET LOIRE

- 9 établissements :
 - 4 publics (1 CHRU et 3 établissements de proximité), 5 privés dont 2 avec concession de service public, pour la chirurgie à Chinon (CPP en anesthésie réanimation, chirurgie générale, orthopédique, viscérale et digestive) et 1 pour l'obstétrique (cf ci-dessous).
 - 5 sites (juridiques) d'accueil des urgences (dont 1 privé avec CPP en anesthésie-réanimation, chirurgie générale, gynécologique, urologique et orthopédique, thoracique et cardiologie vasculaire, viscérale et digestive) + 1 ex-POSU avec CPP(anesthésie-réanimation, cardiologie, chirurgie orthopédique, thoracique et cardio-vasculaire)
 - 3 maternités dont 1 privée avec concession de service public (CPP en anesthésie réanimation, gynécologie-obstétrique)

Proposition d'organisation de la PDES:

Pour les sites d'accueil des urgences (hors CHRU) : 4 sites géographiques avec chacun 1 astreinte de médecine polyvalente - 1 à 2 ligne de garde à ajouter pour les établissements privés de l'agglomération pour l'activité d'urgence et une astreinte pour le site de Château-Renault.

Pour les maternités (hors CHRU) : PSLV : 1 garde de gynécologie –obstétrique, anesthésie réanimation, de pédiatrie ; pour le CH de Chinon : 1 astreinte de gynécologie –obstétrique, anesthésie réanimation, et pédiatrie.

Pour la chirurgie : 1 à 2 implantation(s) géographique(s) sur l'agglomération de Tours, avec 1 astreinte ou 1 garde, selon le niveau d'activité, en anesthésie

Pour l'ex- POSU cardiologique : 1 garde la réanimation chirurgicale, 1 garde pour les soins intensifs, 1 astreinte pour la cardiologie interventionnelle.

Pour les plateaux techniques (hors CHRU) :

Système d'appel exceptionnel pour la pharmacie pour chaque site d'accueil des urgences

Une astreinte de sécurité pour chaque site d'accueil des urgences et maternités pour la biologie lorsque cette activité n'est pas déjà externalisée.

NB : le CHRU conserve sa propre organisation afin de répondre à sa vocation régionale

TERRITOIRE DE DU LOIR ET CHER

- 5 établissements :
 - 3 publics (1 établissement de référence et 2 établissements de proximité), 2 privés dont 1 avec concession de service public pour la maternité et la chirurgie (CPP en anesthésie réanimation, chirurgie générale, urologique et orthopédique)
 - 3 sites d'accueil des urgences
 - 4 maternités dont 2 privées et 1 concessionnaire de service public (cf ci-dessus)

Proposition d'organisation de la PDES :

Pour les sites d'accueil des urgences : 3 sites géographiques avec chacun 1 astreinte de médecine polyvalente

Pour les maternités : CH de Blois 1 garde de gynécologie –obstétrique, anesthésie réanimation, astreinte opérationnelle de pédiatrie ; pour les 3 autres sites : une astreinte de gynécologie –obstétrique, d'anesthésie réanimation et de pédiatrie

Pour la chirurgie : 1 implantation géographique sur l'agglomération de Blois, préférentiellement adossée au site d'urgence : 1 astreinte en chirurgie viscérale, 1 en orthopédique, 4 astreintes de spécialités chirurgicales (urologie, vasculaire, ORL et ophtalmo), avec 1 astreinte ou 1 garde, selon le niveau d'activité, en anesthésie 1 implantation pour la chirurgie viscérale et 1 en chirurgie orthopédique sur l'agglomération de Vendôme pour la clinique du Saint Cœur qui assure une concession de service public en chirurgie et gynécologie-obstétrique, qui dispose d'une convention de repli avec le centre hospitalier de Vendôme et une autre avec le centre hospitalier de Châteaudun.

Pour l'imagerie : ½ astreinte pour les nuits, astreinte le samedi après-midi, dimanche et JF sur le site de Blois (établissement de référence)

Après du centre hospitalier de référence : 1 garde pour la réanimation, et 1 pour les soins intensifs de cardiologie. 1 garde ou 1 astreinte pour la pédiatrie

Pour les spécialités médicales : une astreinte départementale pour la gastro-entérologie et 1 pour la pneumologie

Pour les plateaux techniques :

Système d'appel exceptionnel pour la pharmacie pour chaque site d'accueil des urgences

Une astreinte de sécurité pour chaque site d'accueil des urgences et maternités pour la biologie lorsque cette activité n'est pas déjà externalisée.

TERRITOIRE DU LOIRET

- 12 établissements :
 - 4 publics (1 CHR, 1 établissement de référence et 2 établissements de proximité), 7 privés, dont 1 concessionnaire de mission de service public pour la chirurgie (CPP en anesthésie-réanimation, chirurgie générale et orthopédique), 1 PSPH
 - 4 sites (juridiques) d'accueil des urgences + 2 ex-POSU avec CPP (l'un pour la cardiologie : anesthésie et cardiologie, l'autre pour les urgences mains : anesthésie et chirurgie orthopédique)
 - 5 maternités

Proposition d'organisation de la PDES :

Pour les sites d'accueil des urgences (hors CHRO) : 3 sites géographiques avec chacun 1 astreinte de médecine polyvalente, 1 ligne de garde à prévoir pour la clinique Oréliance au nord de l'agglomération Orléanaise.

Pour les maternités (hors CHRO) : 4 sites avec chacun : 1 astreinte de gynécologie –obstétrique, d'anesthésie réanimation et de pédiatrie.

Pour la chirurgie : 2 à 3 implantation(s) géographique(s), dont 1 à 2 sur l'agglomération d'Orléans avec 1 astreinte ou 1 garde, selon le niveau d'activité, en anesthésie

Pour les ex POSU : maintien d'une astreinte pour la chirurgie orthopédique et 1 astreinte pour l'anesthésie réanimation (urgences mains), 1 garde pour les soins intensifs en cardiologie, 1 astreinte pour la cardiologie interventionnelle.

Pour le centre hospitalier de référence de Montargis : 1 garde pour les soins intensifs de cardiologie et 1 pour la réanimation. 1 garde ou 1 astreinte de pédiatrie

Pour les plateaux techniques (hors CHRO) :

Système d'appel exceptionnel pour la pharmacie pour chaque site d'accueil des urgences

Une astreinte de sécurité pour chaque site d'accueil des urgences et maternités pour la biologie lorsque cette activité n'est pas déjà externalisée.

NB : le CHRO conserve sa propre organisation afin de répondre à sa vocation régionale.

4.2.1.5 V – PLAN D’ACTION ET INDICATEURS

Plan d’action :

Le schéma cible projette une organisation à 5 ans. Une montée en charge progressive sera par conséquent nécessaire, ne serait-ce que pour anticiper l’information des usagers et des SAMU, organiser les transports, les logiques de mutualisation (convention de coopération, mise en place de groupement de coopération sanitaire....) et les systèmes d’avis à distance, notamment pour la téléradiologie.

Dans ce cadre, il reviendra à chaque conférence de territoire de décliner le présent schéma cible, ainsi que son calendrier de mise en œuvre, sur la base du cahier des charges régional qui sera rédigé dans le courant de l’année 2012. Ce cahier des charges sera validé par le groupe de concertation mis en place à l’occasion de la rédaction du présent schéma.

Un suivi régional sera organisé annuellement, il permettra le cas échéant de proposer des amendements.

Indicateurs :

- Taux de réalisation du schéma cible : c’est l’écart annuel entre le nombre de lignes de gardes et d’astreintes identifiées par spécialité et par établissement dans le diagnostic initial et le schéma cible visé.
- Nombre de coopérations formalisées entre établissements d’un même territoire de santé pour la PDSES
- Activité relative au nombre de nouveaux patients accueillis pendant les périodes de permanence des soins.

4.2.2 LA PRISE EN CHARGE DES SOINS PALLIATIFS

La mission de prise en charge des soins palliatifs consiste pour un établissement de santé à disposer d'une ou plusieurs unités identifiées (équipe mobile ou unités de soins palliatifs) ainsi que des personnels en capacité de dispenser des formations relatives aux soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé.

La reconnaissance de la mission de service public n'englobe donc pas les lits identifiés de soins palliatifs et le fonctionnement de l'équipe de coordination régionale.

Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé.

Le volet du présent SROS dédié aux soins palliatifs (chapitre « Filières ») fait le point sur l'offre actuellement disponible et les évolutions souhaitées à cinq ans en fonction des besoins repérés.

L'inventaire réalisé au sein du volet Soins Palliatifs du présent schéma (chapitre Filières) permet de dresser les conclusions suivantes:

- **le besoin en équipes de soins palliatifs est considéré comme couvert** pour tous les territoires de santé. Il n'y aura donc pas de création d'équipes supplémentaires.
- **le besoin en unité de soins palliatifs n'est couvert que partiellement** (une seule unité sur le territoire régional): l'objectif est de créer deux unités de soins palliatifs supplémentaires au terme du SROS (2016). Un appel à candidature sera donc diffusé par l'ARS pour atteindre cet objectif.

4.2.3 LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION, EN RELATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS ET INSTITUTIONS COMPETENTES EN CE DOMAINE, AINSI QUE LES ASSOCIATIONS QUI ŒUVRENT DANS LE DOMAINE DE L'INSERTION ET DE LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION ET LA DISCRIMINATION

La mission de lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante :

- une permanence d'accès aux soins de santé établie au sein de l'établissement de santé (PASS) ;
- une équipe mobile assurant le suivi et les soins de personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie.

Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé. L'offre actuelle est la suivante :

Territoires	PASS	PASS PSY	Equipe mobile (psy)
Cher	CH BOURGES CH VIERZON		
Eure et Loir	CH CHARTRES CH DREUX*	CH BONNEVAL	CH BONNEVAL
Indre	CH CHATEAUROUX		CH CHATEAUROUX
Indre et Loire	CHRU TOURS CHIC AMBOISE	CHRU TOURS	CH CHINON
Loir et Cher	CH BLOIS CH VENDOME		CH BLOIS
Loiret	CHR ORLEANS CH GIEN CH MONTARGIS		

**dont PASS Périnatalité*

Par ailleurs, il faut rappeler que certains établissements accueillant un volume de personnes en situation de précarité ouvrent droit à la perception de la MIG « Précarité ». Ce volume est déterminé « annuellement » par les services du Ministère de la santé à partir des données transmises par la CNAM (volume de taux de séjours CMU, CMUC, AME, AMEU).

Il reviendra au Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), composante à part entière du Projet Régional de Santé, d'apporter des éléments d'appréciation et d'objectivation du besoin en matière de lutte contre l'exclusion dans le cadre de cette mission de service public. En fonction des conclusions apportées par ce programme, ce volet du schéma pourra faire l'objet d'une actualisation.

4.2.4 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HOSPITALISEES SANS LEUR CONSENTEMENT

La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement a fait l'objet d'une réforme majeure par la promulgation de la Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Les modalités de cette prise en charge sont donc encadrées par de nouvelles dispositions législatives et réglementaires rappelées ci-après. L'article L3222-1 du Code de la santé publique dispose désormais que :

« Pour chaque territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'Etat dans le département, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission de service public définie au 11° de l'article L. 6112-1.

Les établissements ainsi désignés assurent, par leurs propres moyens ou par voie de convention, la prise en charge à temps complet, à temps partiel et sous forme de consultations des patients atteints de troubles mentaux, dans le respect des conditions mentionnées à l'article L. 6112-3. »

La zone géographique dans laquelle l'établissement de santé exerce cette mission de service public est précisée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 signé avec l'agence régionale de santé. Son projet d'établissement détaille les moyens mis en œuvre pour l'accomplissement de ladite mission et les modalités de coordination avec la sectorisation psychiatrique dans les conditions définies à l'article L. 3221-4. »

Par ailleurs, l'article L.3211-2-3 du même code prévoit que « lorsqu'une personne remplissant les conditions pour être admise en soins psychiatriques prévues aux chapitres II et III du présent titre est prise en charge en urgence par un établissement de santé qui n'exerce pas la mission de service public mentionnée au 11° de l'article L. 6112-1, son transfert vers un établissement exerçant cette mission est organisé, selon des modalités prévues par convention, dans des délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous quarante-huit heures. La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 prend effet dès le début de la prise en charge. »

Au 1^{er} août 2011, date d'entrée en vigueur de la Loi du 5 juillet 2011, **12 établissements de santé publics sont autorisés en psychiatrie pour la mise en œuvre des dispositions de la Loi :**

Territoires	Etablissements Publics
Cher	1 : Centre hospitalier (CH) Georges Sand à Bourges
Eure-et-Loir	2 : CH de Dreux et Bonneval (<i>dont 1 antenne sur Chartres</i>)
Indre	1 : CH de Châteauroux
Indre-et-Loire	3 : CHRU de Tours, CH de Chinon, CH intercommunal d'Amboise Château-Renault
Loir-et-Cher	3 : CH de Blois, Romorantin, Vendôme
Loiret	2 : CH Georges Daumazon de Fleury les Aubrais, CH Agglomération Montargoise,
Région	12

Comme rappelé en préambule du présent chapitre consacré aux missions de service public, les conditions de fonctionnement inhérentes à l'exercice de cette mission sont appréciées et formalisées au sein du CPOM liant l'établissement et l'ARS, en référence aux obligations définies par la Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Compte tenu de la récente entrée en vigueur de la Loi 5 juillet 2011, ses conséquences sur le fonctionnement et les garanties devant être apportées par les établissements concernés par cette mission de service public restent encore à préciser et approfondir. Aussi, l'attribution de cette mission de service public par territoire est susceptible d'une révision.

4.2.5 LES SOINS DISPENSES AUX DETENUS EN MILIEU PENITENTIAIRE ET, SI NECESSAIRE, EN MILIEU HOSPITALIER

La mission de soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier s'exerce dans le respect des dispositions des articles L.6141-5 et suivants.

Dans ce cadre, pour chaque établissement pénitentiaire, le DG d'ARS désigne un établissement de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins adaptés en matière de soins somatiques comme de soins psychiatriques. Les hospitalisations sont réalisées, conformément à la réglementation, soit dans des établissements de proximité soit dans des unités spécialement affectées à cette mission.

La couverture du besoin de cette mission de service public s'apprécie quantitativement par territoire de santé. Les conditions d'organisation et les recommandations relatives à la mise en œuvre de cette activité par les établissements concernés sont détaillées dans le volet « Soins aux détenus » du présent schéma (Chapitre Filières).

10 établissements de santé sont impliqués dans les soins aux personnes détenues :

- 3 établissements assurent à la fois les soins somatiques et les soins psychiatriques,
- 4 établissements assurent uniquement les soins somatiques
- 3 établissements les seuls soins psychiatriques.

Territoire de santé	Etablissement pénitentiaire	Etablissement de santé assurant les soins somatiques et psychiatriques	Etablissement de santé assurant les soins somatiques	Etablissement de santé assurant les soins psychiatriques
Cher	MA Bourges		CH Bourges	CHS Bourges
Eure et Loir	MA Chartres		CH Chartres	CHS Bonneval
	CD Châteaudun		CH Châteaudun	CHS Bonneval
Indre	CP Châteauroux	CH Châteauroux		
	MC Saint Maur	CH Châteauroux		
Indre et Loire	MA Tours	CHRU Tours		
Loir et Cher	MA Blois	CH Blois		
Loiret	MA Orléans		CHR Orléans	CHS Fleury les Aubrais

MA : Maison d'arrêt ; CD : Centre de Détention ; MC : Maison Centrale, CP : Centre Pénitentiaire ; CHS : centre hospitalier spécialisé

Tout établissement pénitentiaire bénéficie donc de l'intervention d'un établissement de santé de rattachement sur son territoire.

La prise en charge sanitaire des personnes détenues est assurée à partir de dispositifs spécifiques :

- **Unités de Consultation en Soins Ambulatoires (UCSA)** gérées par 7 établissements de santé : CH de Bourges, CH de Chartres, CH de Châteaudun, CH de Châteauroux, CHRU de Tours, CH de Blois, CHR d'Orléans ;
- **10 chambres sécurisées réparties dans 7 centres hospitaliers :**
 - 1 chambre au CH de Bourges, de Chartres, de Châteaudun, de Blois et au CHR d'Orléans
 - 2 chambres au CHRU de Tours
 - 3 chambres au CH de Châteauroux.
- Pour les hospitalisations somatiques de plus de 48 h, la région Centre est rattachée à l'**Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI)** de la Pitié Salpêtrière (Ile de France) et à l'établissement public de santé de Fresnes (EPSF) ;
- **Le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)** est actuellement implanté au CP de Châteauroux avec une antenne à la MC de Saint Maur, et ne fonctionne qu'en tant que structure alternative à l'hospitalisation;
- **L'Unité Hospitalière Spécialement Aménagé (UHSA)**, structure de soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet, avec ou sans consentement, de 40 lits, est en cours de construction à Fleury les Aubrais (Loiret). L'ouverture d'une 1^{ère} unité de 20 lits est prévue en septembre 2012, la seconde tranche en janvier 2013. Dans l'attente de cette ouverture et en tant que de besoin après l'ouverture, les soins de psychiatrie en hospitalisation complète sont réalisés sous la forme d'hospitalisation sans consentement conformément à l'article D.398 du code de procédure pénale dans les services de psychiatrie des centres hospitaliers de référence. Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Considérant ces éléments, la couverture du besoin est considérée comme satisfaisante en implantations et équipements.

4.2.6 LA MISSION DE SOINS AUX PERSONNES RETENUES DANS LES CENTRES DE RETENTION EST EXERCEE DANS LE RESPECT DES DISPOSITIONS DES ARTICLES L.551-1 ET SUIVANTS DU CODE DE L'ENTREE ET DU SEJOUR DES ETRANGERS ET DU DROIT D'ASILE.

L'article L551-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile dispose que l'étranger faisant l'objet d'une mesure de rétention administrative est informé « dans une langue qu'il comprend et dans les meilleurs délais que, pendant toute la période de rétention, il peut demander l'assistance d'un interprète, d'un conseil ainsi que d'un médecin. »

En outre, l'article R553-8 du même code précise :

« Dans les conditions prévues aux articles R. 553-3 et R. 553-6, des locaux et des moyens matériels adaptés doivent permettre au personnel de santé de donner des consultations et de dispenser des soins dans les centres et locaux de rétention.

Les conditions dans lesquelles le service public hospitalier intervient au bénéfice des personnes retenues, en application des articles L. 6112-1 et L. 6112-8 du code de la santé publique, sont précisées par voie de convention passée entre le préfet territorialement compétent et un établissement public hospitalier selon des modalités définies par arrêté conjoint du ministre chargé de l'immigration, du ministre chargé des affaires sociales et du ministre chargé de la santé. Pour les centres de rétention administrative, cet arrêté précise notamment les conditions de présence et de qualification des personnels de santé ainsi que les dispositions sanitaires applicables en dehors de leurs heures de présence au centre. »

L'inventaire des locaux de rétention administrative a été réalisé par enquête auprès de chaque préfecture de département :

Territoire	Local de rétention administrative existant	Convention existante avec un établissement public de santé* Oui/Non
<i>Cher (18)</i>	<i>Pas de local de rétention administrative</i>	<i>Néant</i>
Eure et Loir (28)	Locaux du commissariat de DREUX (4, place d'EVESHAM) (arrêté préfectoral du 21/12/2009)	Oui CH DREUX
Indre (36)	Locaux du commissariat de CHATEAUROUX (Boulevard Georges SAND) (arrêté préfectoral du 16/04/2009)	Non
Indre et Loire (37)	Locaux du commissariat central de TOURS (70-72 rue Marceau) (arrêté préfectoral du 19/03/2004)	Non
<i>Loir et Cher (41)</i>	<i>Pas de local de rétention administrative</i>	<i>Néant</i>
<i>Loiret (45)</i>	<i>Pas de local de rétention administrative</i>	<i>Néant</i>

* en vertu de l'article R553-8 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Sur les trois départements concernés par un local de rétention administrative, seul celui de l'Eure et Loir satisfait aux obligations légales et réglementaires encadrant le recours aux soins des personnes retenues. En conséquence, un appel à candidature devra être publié sur les deux autres territoires (Indre et Loire, Indre) conformément à la procédure de reconnaissance de mission de service public.

ETAT DES LIEUX DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

Mission: Recherche			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Indre et Loire	CHRU TOURS	le besoin s'apprécie au niveau national voire européen et international	
Loiret	CHR ORLEANS		

Mission:Enseignement Universitaire			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Cher	CH BOURGES, CH VIERZON, CH SAINT AMAND MONTROND	L'offre de stage actuelle est composée de 617 services agréés.	L'ARS procède à l'agrément des terrains de stage après avis de la commission subdivision prévue par arrêté du 4 février 2011.
Eure et Loir	CH CHARTRES, CH DREUX		
Indre	CH CHATEAUROUX		
Indre et Loire	CHRU TOURS, CH CHINON, CHIC AMBOISE CHATEAURENAULT, CH LOCHES, SSR BOIS GIBERT, SSR BEL AIR		
Loir et Cher	CH BLOIS, CH VENDOME		
Loiret	CHR ORLEANS, CH AGGLOMERATION MONTARGOISE		

Mission: Développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Cher	tous les établissements de santé sont soumis à l'obligation de mettre en œuvre de le DPC	besoin couvert	L'obligation faite aux établissements sera effective 18 mois après la parution de décrets spécifiques à paraître.
Eure et Loir			
Indre			
Indre et Loire			
Loir et Cher			
Loiret			

Mission : Formation initiale et développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Cher	CH BOURGES, CH VIERZON, CH SAINT AMAND + CRF BOURGES	Le développement des formations initiales s'inscrit dans le Contrat de Plan Régional des Formations	
Eure et Loir	CH CHARTRES, CH DREUX		
	CH CHATEAUDUN		
Indre	CH CHATEAUROUX, CH LE BLANC		
	CH ISSOUDUN; LP CHATEAUROUX		
Indre et Loire	CHRU TOURS, CHIC AMBOISE ;		
	CRF TOURS		
Loir et Cher	CH BLOIS, CH ROMORANTIN ;		
	LP BLOIS		
Loiret	CHR ORLEANS, CH AGGLOMERATION MONTARGOISE LP ORLEANS		

DPC			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Cher	tous les établissements de santé sont soumis à l'obligation de mettre en œuvre de le DPC	besoin couvert	L'obligation faite aux établissements sera effective 18 mois après la parution de décrets spécifiques à paraître.
Eure et Loir			
Indre			
Indre et Loire			
Loir et Cher			
Loiret			

Mission: Actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Cher	tous les établissements de santé sont potentiellement concernés par la mise en œuvre de ces actions	besoin couvert	le schéma de prévention définit les actions et objectifs prioritaires en région
Eure et Loir			
Indre			
Indre et Loire			
Loir et Cher			
Loiret			

Mission: Actions de santé publique			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Cher	tous les établissements de santé sont potentiellement concernés par la mise en œuvre de ces actions	besoin couvert	le schéma de prévention définit les actions et objectifs prioritaires en région
Eure et Loir			
Indre			
Indre et Loire			
Loir et Cher			
Loiret			

Mission: Soins dispensés aux personnes retenues en centre socio-médico-judiciaire			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Cher	il n'existe actuellement qu'un établissement expérimental situé à FRESNES.		l'attribution de cette mission ne peut donc être réalisée dans le cadre du présent schéma.
Eure et Loir			
Indre			
Indre et Loire			
Loir et Cher			
Loiret			

Mission: Aide Médicale Urgente			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Cher	CH BOURGES	besoin couvert	
Eure et Loir	CH DREUX	besoin couvert	
Indre	CH CHATEAUROUX	besoin couvert	
Indre et Loire	CHRU TOURS	besoin couvert	
Loir et Cher	CH BLOIS	besoin couvert	
Loiret	CHR ORLEANS	besoin couvert	

Mission: Lutte contre l'exclusion			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Cher	CH BOURGES, CH VIERZON	besoin couvert	il appartiendra au PRAPS d'analyser et objectiver plus précisément le besoin en matière de lutte contre l'exclusion dans le cadre de cette mission.
Eure et Loir	CH CHARTRES, CH DREUX, CH BONNEVAL	besoin couvert	
Indre	CH CHATEAUROUX	besoin couvert	
Indre et Loire	CHRU TOURS, CHIC AMBOISE, CH CHINON	besoin couvert	
Loir et Cher	CH BLOIS, CH VENDOME	besoin couvert	
Loiret	CHR ORLEANS, CH GIEN, CH AGGLOMERATION MONTARGOISE	besoin couvert	

Mission: Soins Palliatifs			
Les unités de soins palliatifs			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Cher		besoin non couvert	Le SROS fixe comme objectif de créer deux USP supplémentaires sur le territoire régional d'ici 2016.
Eure et Loir		besoin non couvert	
Indre		besoin non couvert	
Indre et Loire	CHRU TOURS (site de Luynes)	besoin couvert	
Loir et Cher		besoin non couvert	
Loiret		besoin non couvert	
Les équipes de soins palliatifs			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Cher	CH BOURGES, VIERZON, SAINT AMAND MONTROND	besoin couvert	
Eure et loir	CH CHARTRES et DREUX	besoin couvert	
Indre	CH CHATEAUROUX	besoin couvert	
Indre et loire	CHRU TOURS, CH CHINON	besoin couvert	
loir et cher	CH BLOIS et VENDOME	besoin couvert	
Loiret	CHR ORLEANS et CH AGGLOMERATION MONTARGOISE	besoin couvert	

Mission: Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Cher	CH GEORGES SAND BOURGES	besoin couvert	
Eure et Loir	CH CHARTRES, DREUX et BONNEVAL	besoin couvert	
Indre	CH CHATEAUROUX, LA CHATRE	besoin couvert	
Indre et Loire	CHRU TOURS, CH CHINON, LOCHES, CHIC AMBOISE CHATEAURENAULT	besoin couvert	
Loir et Cher	CH BLOIS, ROMORANTIN, VENDOME	besoin couvert	
Loiret	CH FLEURY LES AUBRAIS, CH AGGLOMERATION MONTARGOISE	besoin couvert	

Mission: Soins dispensés aux détenus			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Cher	CH BOURGES, CHS BOURGES	besoin couvert	
Eure et Loir	CH CHARTRES, CHATEAUDUN, CHS BONNEVAL	besoin couvert	
Indre	CH CHATEAUROUX	besoin couvert	
Indre et Loire	CHRU TOURS	besoin couvert	
Loir et Cher	CH BLOIS	besoin couvert	
Loiret	CHR ORLEANS, CHS FLEURY LES AUBRAIS	besoin couvert	

Mission: Soins dispensés aux personnes retenues (art.L551-1 du code l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile)			
territoire	établissement(s)	besoin	commentaires
Cher	pas de besoin recensé		
Eure et Loir	CH DREUX	besoin couvert	convention effective
Indre	pas d'établissement désigné à ce jour	besoin non couvert	un appel à candidature sera nécessaire
Indre et Loire	pas d'établissement désigné à ce jour	besoin non couvert	un appel à candidature sera nécessaire
Loir et Cher	pas de besoin recensé		
Loiret	pas de besoin recensé		

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES

Sigle	Intitulé
AAP	Autorisation d'Appel à Projet
AC	Accompagnement à la Contractualisation
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AJ/HT	Accueil de Jour – Hébergement Temporaire
AM	Assurance Maladie
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
AMU	Aide Médicale Urgente
ANESMS	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-Sociaux
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASV	Ateliers Santé Ville
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAQCS	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins
CAQS	Contrat d'Amélioration de la Qualité des Soins
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CASP	Cellule Ambulatoire et Soins de Proximité
CBUM	Contrat de Bon Usage du Médicament
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDC	Comité Départemental Canicule
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CDSAE	Centre Départemental de Soins d'Accompagnement et d'Education
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CG	Conseil Général
CH	Centre Hospitalier
CHIC	Centre Hospitalier Inter Communal
CHRO	Centre Hospitalier Régional d'Orléans
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDDIST	Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CIRE	Cellule Institut de veille sanitaire en REgion(ancienne dénomination : Cellule InterRégionale d'Epidémiologie)
CLAT	Centre de Lutte AntiTuberculeux
CLIN	Centre de Lutte des Infections Nosocomiales
CLS	Contrats Locaux de Santé
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODAMUPS	COmité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins et des transports sanitaires
CODES	COmité Départemental d'Education pour la Santé
CORRUS	Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPER	Contrat de Projet Etat-Région

CPGC	Cellule de Préparation à la Gestion de Crise
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRDS	Cellule Régionale de Défense et de Sécurité
CRIRC	Comité Régional de l'Insuffisance Rénale Chronique
CRONDPS	Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
CRRS	Centre de Réception et de Régulation des Signaux
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
CT	Convention Tripartite
CTP	Convention Tripartite Pluri-annuelle
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
CVGAS	Cellule de Veille et Gestion d'Alertes Sanitaires
DCC	Dossier Communiquant de Cancérologie (dans le DMP Dossier Médical Personnel)
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DDI	Directions Départementales Interministérielles
DDT	Directions Départementales des Territoires
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMP	Dossier Médical Personnel
DO	Déclaration Obligatoire
DP	Dialyse Péritonéale
DRAAF	Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
DREAL	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
DT / DT-ARS	Délégation Territoriale de l'ARS
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPS	Etablissements Publics de Santé
ESAT	Etablissements et Services d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissements (et services) Sociaux et Médico-Sociaux
EVC-EPC	Etat Végétatif Chronique - Etat Pauci Relationnel
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire
FRAPS	Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé du Centre
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
GDR	Gestion Du Risque
GIR/PATHOS	Groupes Iso Ressources /Système d'information qui permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des Personnes Agées
GMPS	Gir Moyen Pondéré Soins
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HDAD	HémoDialyse A Domicile
HDJ	Hospitalisation De Jour

HL	Hôpital Local
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IFMK	Institut de Formation de Masso-Kinésithérapie
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IMC	Indice de Masse Corporelle
IME	Institut Médico-Educatif
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
INVS	INstitut de Veille Sanitaire
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
IRCT	Insuffisance Rénale Chronique Terminale
IRESDA	Institut Régional pour Sourd et Déficiants Auditifs
ISEMA	Internat Socio-Educatif Médicalisé pour Adolescents
IST	Infection Sexuellement Transmissible
ITEP	Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
LMD	Licence Master Doctorat
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDA	Maison Départementale des Adolescents
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MERRI	Mission d'Enseignement, Recherche, Référence, Innovation
MIG	Missions d'Intérêt Général
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MMG	Maisons Médicales de Garde
MNASM	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
NRBC	Nucléaire – Radiologique – Bactériologique - Chimique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
OQOS	Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
ORS	Observatoire Régional de la Santé
OSCARS	Outil d'observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
PA	Personnes Agées
PAI	Plan d'Aide à l'Investissement
PAIS	Plateforme Alternative d'Innovation en Santé
PASA	Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
PATHOS	Système d'information qui permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des Personnes Agées
PDS(A)	Permanence Des Soins (Ambulatoire)
PH	Personnes Handicapées
PH	Praticiens Hospitaliers
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNNS	Plan National Nutrition Santé
PNSE	Plan National Santé Environnement
POSU	POle Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences
PPS	Programme Personnalisé de Soins

PPS	Prévention et Promotion de la Santé
PRAGSUS	Plan Régional d'Alerte et de Gestion des Situations d'Urgence Sanitaire
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention
PR GDR	Programme pluriannuel Régional de Gestion Du Risque
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRISME	Prévention des Risques - Inspection - Signalement de la Maltraitance en Etablissement social et médico-social
PRS	Projet Régional de Santé
PRSE	Plan Régional Santé Environnement
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PUI	Pharmacies à Usage Intérieur
RCP	Réunions de Concertation Pluridisciplinaire
REIN	Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie
ROR	Rougeole, Oreillons, Rubéole
ROR	Répertoire Opérationnel Ressources
RPU	Résumés de Passage aux Urgences
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements de santé
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SESSAD	Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SIOS	Schéma Interrégional d'Organisation des Soins
SMPR	Service Médicopsychologique régional
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SRR	Service de Rééducation et de Réadaptation
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Rééducation
T2A ou TAA	Tarifification A l'Activité
TED	Trouble Envahissant du Développement
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UDM	Unité de Dialyse Médicalisée
UHR	Unités d'Hébergement Renforcées
UNV	Unité Neuro Vasculaire
UEROS	Unité expérimentale d'évaluation de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
URPS	Unions Régionales des Professionnels de Santé
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
VAGUSAN	Veille, Alerte et Gestion des Urgences SANitaires