PREFET DE L'AUDE

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS

PUBLIE LE 28 MARS 2012

SPECIAL N ° 13 - MARS 2012

SOMMAIRE

ARS LR

ARRETE N° 2012-213 Portant adoption du Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS du LANGUEDOC-ROUSSILLON

ARRETE N° 2012-213

Portant adoption du Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS du LANGUEDOC-ROUSSILLON

Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon

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

Vu le Code de la santé publique, notamment les articles L. 1434-1 à L 1434-6 et R 1434-1 à R1434 – 7,

Vu le Code de l'action sociale et des familles,

Vu le code de la Sécurité Sociale,

Vu le décret n ° 2010-336 du 31 mars 2010, portant création des agences régionales de santé,

Vu le décret du 1er avril 2010 portant nomination de Madame Martine AOUSTIN en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 11 Octobre 2010 du DGARS de Languedoc-Roussillon portant constitution des territoires de santé de la région Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 16 Décembre 2011 du DGARS de Languedoc-Roussillon portant adoption du Plan Stratégique régional de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'avis de consultation du Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS du Languedoc-Roussillon avant son adoption, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Languedoc-Roussillon, le 14 Décembre 2011,

VU les avis émis et les délibérations prises en application des dispositions de l'article L1434-3, listés en annexe 1,

Vu l'avis de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Languedoc-Roussillon du 26 janvier 2012,

A R R E T E

Article 1 : Le Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS de Languedoc-Roussillon, annexé au présent arrêté, est adopté pour une durée de 5 ans.

Article 2 : le Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS de Languedoc-Roussillon peut être consulté sur le site internet de l'ARS de Languedoc-Roussillon ainsi qu'aux secrétariats de direction de l'ARS et de ses délégations territoriales.

Article 3 : Dans les deux mois de sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet, d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon ou d'un recours hiérarchique auprès du ministre en charge de la santé.
Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de MONTPELLIER.

Article 4 : Le directeur général adjoint, les directeurs et les délégués territoriaux de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Languedoc-Roussillon, ainsi qu'à ceux des départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de la Lozère, des Pyrénées Orientales.

Montpellier, le 9 mars 2012

Le directeur général
de l'Agence régionale de santé
du Languedoc-Roussillon,

signé

Docteur Martine AOUSTIN

ARS du Languedoc-Roussillon
26-28 Parc club du Millénaire – 1025, rue Henri Becquerel – CS30001 – 34067 Montpellier Cedex 2
Tél. : 04.67.07.20.07 – Fax : 04.67.07.20.08 – www.ars.languedocroussillon.sante.fr

AVIS SUR LES SCHEMAS REGIONAUX

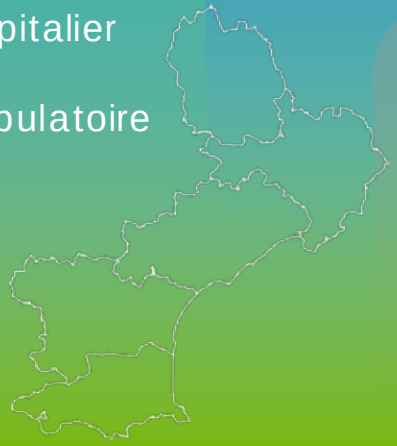
Dates de la délibération	Dates de réception	Institutions	Avis favorable /défavorable	Observations
		Collectivités territoriales		
		Communes		
		11 - Aude		
25/01/2012	02/02/2012	11 - Lézignan-Corbières		Nécessité d'implanter un centre de soins d'urgence à l'hôpital de lézignan-Corbières
30/01/2012	13/02/2012	11 - Peyrac de mer		
26/01/2012	13/02/2012	11 - Lasbordes	favorable	
23/01/2012	09/02/2012	11 - Pezens	favorable	
09/02/2012	13/02/2012	11 - Fleury d'aude	favorable	Le conseil municipal a approuvé les schémas régionaux mais a émis des réserves sur le volet médico-social et a fait le vœu que soit inscrit au PRIAC un début de financement de l'EHPAD de Fleury d'Aude.
		30 - Gard		
06/02/2012	14/02/2012	30 - St Paul les Fonts	favorable	
		34 - Hérault		
02/02/2012	06/02/2012	34 - Argelliers	Favorable	
26/01/2012	09/02/2012	34 - Vendres	Favorable	
07/02/2012	10/02/2012	34 - Marseillan	Défavorable	
27/01/2012	13/02/2012	34 - Joncels	Défavorable	demande à l'ARS de tenir compte des spécificités du territoire et de maintenir les unités d'hospitalisation,
13/02/2012	14/02/2012	34 - St Jean de la Blaquière	Favorable	
30/01/2012	09/02/2012	34 - Lieuran-les-Béziers	Favorable	
17/01/2012	10/02/2012	34 - Montouliers	Défavorable	
02/02/2012	14/02/2012	34 - Puisserguier	Défavorable	
27/01/2012	10/02/2012	34 - Margon	Défavorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Riols	Défavorable	
06/02/2012	10/02/2012	34 - Thezan les béziers	Défavorable	
23/01/2012	03/02/2012	34 - Lamalou les bains	Favorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Liviniere	Favorable	
06/02/2012	08/02/2012	34 - St Gervais sur mare	Défavorable	
31/01/2012	08/02/2012	34 - Bédarieux	Défavorable	
30/01/2012	31/01/2012	34 - St Pons de Thomieres	Défavorable	
06/02/2012	16/12/2012	34 - Premian	Défavorable	
30/01/2012	06/02/2012	34 - Conseil Général de l'Herault	Défavorable	
		48 - Lozère		
21/01/2012	01/02/2012	48- Pompidou	Favorable	Prise en compte du problème de l'accès aux soins en milieu rural.
		66 - Pyrénées-Orientales		
23/01/2012	24/01/2012	66- Llupia	Favorable	
08/02/2012	13/02/2012	66 - Maureillas Las Illas	Favorable	
08/02/2012	14/02/2012	66 - Pezilla la riviere		le conseil municipal estime qu'il lui est difficile d'émettre un avis averti sur les documents très techniques qui lui sont soumis. Il se contentera de présenter des observations sur des éléments factuels de ces différents schémas.
25/01/2012	02/02/2012	66 - Formigueres	Favorable	

Schéma régional

Organisation Médico-Sociale

Organisation des soins

- Hospitalier
- ambulatoire



Prévention

Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon

Organisation des soins

- Hospitalier

- Ambulatoire

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS) Hospitalier - Ambulatoire

Le premier schéma régional de l'organisation des soins, issu de la loi HPST (SROS-PRS), participe à la mise en œuvre d'un projet régional de santé sur l'ensemble du territoire. Il concerne désormais, non seulement l'ensemble des volets que recouvre l'offre de soins en établissements de santé, mais également l'offre de soins ambulatoire.

Construit avec les professionnels dans le cadre de nombreux groupes de travail, le SROS-PRS a fait l'objet d'une large concertation avec les usagers et les élus locaux, que ce soit dans les instances de démocratie sanitaire voulues par le législateur, ou auprès des acteurs de terrain, par le canal de leurs représentations respectives (fédérations, URPS, syndicats professionnels…).

A l'issue d'une première étape visant à établir un diagnostic des besoins de santé de chaque territoire, l'ARS a pu identifier les points de fragilité sur lesquels les priorités d'action doivent porter. Les objectifs qui guident l'organisation des parcours de soins, consistent à promouvoir, pour chaque patient, sans perte de chance et où qu'il se trouve, une prise en charge adaptée par la structure la plus adéquate à son état.

Ce sont des objectifs ambitieux au service de la population du Languedoc Roussillon parfois confrontée à des réponses insuffisantes en termes de proximité, de délais ou d'adéquation dans leur prise en charge. C'est aussi une nécessité pour les professionnels au regard des difficultés de la démographie médicale en recul sur notre territoire.

En effet, la région se caractérise par une forte croissance démographique de sa population mais aussi par un fort indice de vieillissement, qui doivent conduire à des réflexions innovantes en matière de prise en charge de la dépendance notamment. Même si il existe des écarts infra-régionaux, la consommation et l'offre de soins se situent au dessus de la moyenne nationale. Ce constat, qui se vérifie aussi bien pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers, appelle une optimisation de l'organisation de la santé sur la région.

Il importe de noter que parallèlement, les résultats et l'état de santé de la population restent dans la moyenne (notamment en matière d'espérance de vie), voire se dégradent sur certains indicateurs (mortalité prématurée évitable de la femme).

Dans un contexte de contrainte financière, et au regard de l'importance de l'offre comme de l'activité, la région doit pouvoir trouver dans les ressources déjà existantes, les modalités de réponse aux besoins et l'amélioration de son efficience.

Pour autant, même quand l'offre est abondante, il convient de s'assurer qu'elle est accessible à tous.

En effet, la situation de précarité et de vulnérabilité de la population régionale est un facteur déterminant pour l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement et un facteur aggravant de problématiques sanitaires et sociales déjà présentes.

L'accessibilité financière constitue une préoccupation majeure du schéma de l'organisation des soins au même titre que l'accessibilité géographique. Elle aura des traductions opérationnelles dans les programmes (PRIAC, PRAPS) et les contrats locaux de santé.

Les soins de premier recours

L'offre libérale est inégalement répartie entre une zone littorale globalement bien pourvue, et un arrière pays où une politique volontariste s'impose pour maintenir la continuité des soins.

Cette politique peut s'appuyer sur l'important pouvoir attractif que conserve le Languedoc-Roussillon pour les professionnels, renforcé par un soutien fort de l'agence, des collectivités locales et de l'Etat, à la mise en œuvre de projets d'exercice collectif et par des aides à l'installation, dans les zones définies par le schéma comme prioritaires.

L'évolution des besoins de santé, des maladies chroniques, impliquent d'adapter l'accompagnement et la prise en charge des populations, en développant un exercice coordonné pluri-professionnel, en favorisant le soutien à domicile, et en repérant au plus tôt les situations de fragilité. Une réponse peut être apportée dans de bonnes conditions grâce à une démarche pro-active des professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, biologistes…).

Les formules de partage des tâches entre professionnels de santé doivent être recherchées afin de répondre à la raréfaction des ressources médicales et de promouvoir de nouvelles modalités de l'exercice libéral. Dans ce but, la constitution de structures d'exercice collectif, autour d'un projet de santé porté par des équipes pluri-professionnelles sera encouragée par tout moyen, notamment pour les territoires vulnérables.

L'agence souhaite également promouvoir le contrat d'engagement de service public auprès des étudiants et internes et développer les terrains de stage, en particulier chez les médecins généralistes, en zone rurale défavorisée ou zone urbaine sensible.

L'articulation ville-hôpital

Les hôpitaux développent une offre de soins de premier recours. Elle n'a pas vocation à se substituer à l'offre libérale, néanmoins sur certains territoires et pour certaines spécialités, l'offre hospitalière peut être le seul recours accessible à tous.

Une complémentarité entre la ville et l'hôpital est également nécessaire pour assurer la permanence des soins ambulatoires, notamment en nuit profonde, sur une partie du territoire.

Le SROS promeut ainsi l'articulation entre offre de soins hospitalière et ambulatoire par exemple pour la mise en œuvre de plateaux intégrés de biologie médicale.

Une bonne collaboration entre la médecine libérale ambulatoire et la médecine hospitalière, constitue une condition à l'évolution de l'offre de soins vers des prises en charge substitutives à l'hospitalisation complète. Ainsi, les projets d'hospitalisation à domicile ne pourront se développer qu'avec une pleine adhésion des professionnels de santé libéraux, médecins, infirmières, kinésithérapeutes et autres auxiliaires de santé.

Le raccourcissement des durées de séjour, voire chaque fois que possible l'absence d'hébergement au sens de l'hospitalisation classique, par le choix prioritaire et donc le développement des modalités de prises en charge de jour (chirurgie ambulatoire en particulier, mais aussi Hospitalisation de jour ou soins externes) est amené à s'amplifier.

Le suivi de ces patients doit ensuite pouvoir s'appuyer sur le tissu des professionnels de santé libéraux, en lien avec l'hôpital, réservant l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation, aux malades dont l'état de santé le justifie et pour lesquels le retour à domicile n'est médicalement pas possible.

Inversement, les professionnels de santé libéraux doivent pouvoir trouver une réponse immédiate et totalement adaptée aux besoins d'hospitalisation des malades dont ils ont la charge, y compris par admission directe en soins de suite ou en HAD le cas échéant, sans avoir à recourir systématiquement aux services d'urgences.

La mise en place de plateformes d'orientation à destination de la médecine libérale, dans cet objectif, doit pouvoir être expérimentée et évaluée.

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS) Hospitalier - Ambulatoire

Offre hospitalière et gradation des soins

L'importante offre hospitalière de la région répond globalement aux besoins de la population et permet d'anticiper les évolutions démographiques. Elle est par ailleurs tout à fait atypique, avec une forte représentation du secteur libéral (dans lequel les grands groupes régionaux sont dominants) qui effectue 70 % des actes de chirurgie, 50 % des accouchements (situation nationale à 27 %) et 50 % des hospitalisations de psychiatrie.

En dépit de la grande proximité géographique des deux CHU, le secteur public qui maille correctement le territoire dans le domaine des soins voit son activité augmenter ces dernières années, parfois plus vite que le secteur libéral.
Le principe de gradation des soins, préconisé par les instructions ministérielles, est d'ores et déjà mis en œuvre en région Languedoc-Roussillon, chaque niveau de plateau technique devant répondre dans son cadre d'intervention aux besoins spécifiques des populations.

Le schéma est ainsi construit, suivant le principe d'une gradation des activités de soins et équipements matériels lourds, qui comporte désormais 4 niveaux (dont 3 de recours) :

1/ Le niveau des activités de soins exercées hors permanence des soins en établissement de santé, se structure autour d'une offre ville-hôpital de proximité
2/ Le niveau des plateaux techniques de « recours infrarégional » se distingue du niveau précédent, par une activité à la fois programmée et en urgence avec une obligation de PDS. Il concerne des établissements pivots avec un accès 24h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, aux plateaux techniques d'imagerie (scanner et IRM) et de biologie.
3/ Le niveau des plateaux techniques de « recours régional » assure l'ensemble de l'offre des activités hautement spécialisées à l'exception de certains segments de ces activités dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifient une concentration et une organisation de l'offre au niveau interrégional, voire national.
4/ Le niveau des plateaux techniques de « recours interrégional », voire de référence nationale correspondant à des activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifient la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle interrégionale, laquelle permet ainsi d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée.

La partie relative aux objectifs de l'offre de soins hospitalière comporte la mention des villes, à cet égard, pour ce qui concerne les agglomérations de + de 50 000 habitants, la dénomination de la ville s'entend aux communes limitrophes.

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS) Hospitalier - Ambulatoire

L'offre de soins de proximité : les établissements isolés ou de faible capacité

Une attention particulière est portée aux établissements (ex-hôpitaux locaux, cliniques et CH isolés, établissements de SSR spécialisés, ayant moins de 30 lits de SSR et moins de 20 lits de médecine).

Une analyse détaillée de l'activité a été réalisée dans ces structures, à la veille de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), dans un esprit de transversalité du parcours de santé et d'approche territoriale.

Cette étude s'est appuyée sur l'analyse du positionnement de chaque établissement en réponse aux besoins de proximité en prenant en compte :

- La viabilité économique en système de financement T2A, l'activité en volume, le type de pathologies prises en charge, le taux d'attractivité, le taux de fuite ;
- La place de l'établissement dans l'offre du soin du territoire ;
- La nature du service rendu ;
- Les temps d'accès aux établissements de santé les plus proches.

Les diagnostics posés pour chaque établissement ont conduit à certaines préconisations de créations ou de regroupements d'implantations.

Le positionnement des établissements universitaires de recours dans l'offre de soins

La région Languedoc-Roussillon offre la particularité, unique en France, d'abriter deux CHU pour une seule faculté de médecine. Il importe d'en faire un atout.

Les CHU, avec le CLCC dans le domaine de la cancérologie, ont vocation à répondre à leur triple mission de soin, d'enseignement et de recherche. Ils ont un rôle d'établissement de recours qui doit rester très largement prépondérant. Ils ont également une activité de proximité qui doit perdurer. Ils sont confrontés à une concurrence forte d'un secteur libéral, incontournable en région, avec lequel ils doivent développer de nouvelles coopérations (notamment sur certaines activités de recours).

Les CHU développeront de meilleures synergies notamment en matière de recherche, dans le cadre d'une structure commune qui a vocation à se développer.

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS) Hospitalier - Ambulatoire

Les difficultés de déplacement des populations et les exigences en matière de transport

La mobilité des professionnels de santé ne peut plus être la seule réponse à l'accès aux soins dans les territoires isolés et défavorisés ou dans les situations sociales et familiales difficiles. La mise en œuvre d'une politique des transports sanitaires cohérente est une priorité pour permettre l'accessibilité aux soins, notamment de premier recours quelle que soit la situation géographique et personnelle des patients sur le territoire et à tout moment (horaires d'ouverture des cabinets médicaux ou de la permanence des soins (PDS).

La pression de la démographie médicale, la restructuration de la permanence des soins, la croissance de la demande, la concentration des plateaux techniques imposent d'améliorer l'efficience du dispositif et d'innover en matière de transports sanitaires dans le respect des contraintes économiques actuelles en matière de santé.

Cette politique sera mise en œuvre en lien avec le programme régional de la gestion du risque.

Les schémas de l'offre ambulatoire, de la permanence des soins ambulatoire et en établissements hospitaliers, veillent à la cohérence entre les zones de desserte des SMUR, l'existence de médecins correspondants SAMU, l'articulation avec les SDIS, les transports héliportés, les maisons médicales de garde….

NB : Le décret n.20105809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins (PDS) précise que le dispositif de la PDS doit être défini dans le cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'ARS. Il ne relève donc pas de la partie ambulatoire du SROS.

Organisation des soins

- Hospitalier

Le schéma régional de l'organisation des soins hospitaliers

Les activités faisant l'objet d'un focus dans le PSRS :

- Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique par épuration extrarénale — Page 12 — è *Diagnostic*
- Psychiatrie — Page 26 — è *Diagnostic*
- Traitement du cancer — Page 42 — è *Diagnostic*

Les activités structurantes pour le parcours de santé :

- Médecine — Page 58 — è *Diagnostic*
- Soins de Suite et de Réadaptation — Page 74 — è *Diagnostic*
- Soins de Longue Durée — Page 89 — è *Diagnostic*
- Soins palliatifs — Page 103 — è *Diagnostic*
- Soins aux personnes détenues — Page 117 — è *Diagnostic*

Les activités H24 et techniques :

- Chirurgie — Page 126 — è *Diagnostic*
- Périnatalité — Page 140 — è *Diagnostic*
- Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie — Page 155 — è *Diagnostic*
- Médecine d'urgence — Page 169 — è *Diagnostic*
- Réanimation, soins intensifs, surveillance continue — Page 183 — è *Diagnostic*
- Imagerie médicale — Page 198 — è *Diagnostic*
- Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales — Page 212 — è *Diagnostic*

Les missions de service public — Page 229

Glossaire — Page 247

Traitement de l’insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

Retour au sommaire

Insuffisance Rénale Chronique

L'insuffisance rénale chronique est une pathologie sévère aboutissant à l'insuffisance rénale terminale nécessitant un traitement à vie qui peut être la dialyse ou la greffe rénale.

Ces traitements sont lourds et contraignants. Ils nécessitent des structures organisées selon le type de dialyse, le degré d'autonomie des patients, la lourdeur des pathologies associées, l'accessibilité à la greffe rénale.

Ce schéma propose une organisation régionale graduée. Il a été élaboré en collaboration avec les professionnels de santé de la région et les associations d'usagers.

La prévalence de cette pathologie est importante dans la région. Il s'agit donc à la fois :

- De mieux prévenir l'apparition de la maladie, de retarder le stade de l'Insuffisance Rénale Chronique terminale (dépistage, éducation thérapeutique des hypertendus et des diabétiques).
- De traiter au mieux les patients, une fois atteint le stade de l'IRTC :
  - Par la greffe rénale qui est le traitement le plus « coût-efficace » de l'IRCT, en alliant le plus grand confort pour le malade
  - En permettant l'accès facile à tous les modes de traitement (Hémodialyse, Dialyse péritonéale…) selon les indications médicales les plus appropriées.
  - A domicile chaque fois que cela sera possible, Au plus proche du domicile dans la structure adaptée sinon.
- De développer les nouvelles technologies (télémédecine) au service de cette pathologie
- De poursuivre le suivi épidémiologique par le registre REIN

Le SROS précédent a été mis en œuvre et on observe avec le suivi REIN, qu'une fois les travaux concernant l'implantation déjà autorisée sur Sète terminés, il n'y a pas de nécessité d'une structure nouvelle dans les années à venir du présent SROS PRS. En effet, si la prévalence a augmenté régulièrement, elle se stabilise et le nombre de patients incidents très âgés est significatif.

Il est préconisé que chaque structure existante puisse proposer (directement ou par convention) à ses patients les différentes modalités de traitement. A cet égard les structures n'en disposant pas, sont incitées à demander et/ou à mettre en œuvre la modalité d'entrainement par la dialyse péritonéale.

Traitement de l’insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

Orientations

Insuffisance Rénale Chronique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Le suivi organisé de la population en dépistage et prévention de l'IRC permettrait d'éviter 18% de passage en IRCT
- Le registre REIN montre que l'augmentation de la prévalence brute est égale à 18.5% en France entre 2003 et 2009, elle est supérieure à 30% en LR (32.6%) soit une augmentation >10% à la variation nationale
- Le recours à la dialyse à domicile et notamment à la DP en LR peut et doit être amélioré
- La greffe rénale est le traitement le plus « coût-efficace » de l'IRCT, et notamment en termes de qualité de vie pour les patients
- On observe une disparité dans le recours aux différentes modalités de traitement selon les territoires de LR, sans rapport avec les comorbidités et les possibles indications.

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

- **Accessibilité :** Développer la dialyse à domicile et le suivi des greffés par les équipes néphrologiques de proximité (référentiel HAS) dans le respect du choix du patient.

- **Qualité- pertinence:**

Développer l'information éclairée du patient quant aux diverses modalités de prise en charge. Cette dernière est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de chaque structure en incluant les associations de patients.
Inscrire chaque structure dans le plan stratégique national 2009-2013 des infections associées aux soins (IAS)
Maintenir la qualité des données du registre REIN

- **Performance:**

Augmenter le nombre de greffes rénales et promouvoir le don d'organes

- **Evitabilité**

Dépister précocement l'IRC débutante : harmonisation régionale des résultats et des commentaires fournis par les laboratoires

Focus issu du PSRS : infections associées aux soins.

Insuffisance Rénale Chronique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en traitement de l'insuffisance rénale chronique suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de **:**

- **prévention**

Inclure les malades diabétiques et hypertendus dans des programmes d'éducation thérapeutique

Prévenir la iatrogénie médicamenteuse notamment chez les personnes âgées

- **Inter-hospitalier et soins de premiers recours**

Développer la télémédecine et la télésurveillance

Renforcer la coopération et les formations des équipes qui prennent en charge le malade insuffisant chronique: IDEL, médecins généralistes, cardiologues, endocrinologues, rôle des réseaux

- Permettre l'accès aux diverses modalités de prise en charge, en centre et en ambulatoire, dans une grande fluidité
- **médico-social**

Développer les liens entre les structures de dialyse à domicile et les EHPAD

Liaisons principales avec d'autres volets : lits de recours en médecine – greffes – réseau REPRELAR.

Insuffisance Rénale Chronique – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
• Veiller à ce que chaque centre autorisé mette en œuvre, par lui-même ou par convention, l'entraînement à la dialyse à domicile : HDD et DP. • Pour l'hémodialyse, il n'est pas prévu de nouvelle implantation à l'exception d'un centre par territoire (Mende) et la possibilité d'envisager dans les UAD rurales de l'Hérault une évolution avec alternance cycle UDM/cycle UAD	
Un plan d'action de développement de la Dialyse à domicile et des UAD, et de la greffe rénale est à décliner dans les CPOM établissements : • Augmenter le recours à la dialyse à domicile • Augmenter le recours à l'UAD : 20% des patients incidents • Objectif de 150 greffes rénales annuelles au CHU de Montpellier+suivi partagé des greffés avec les établissements périphériques • Favoriser le suivi du patient par le néphrologue initial (choix du patient) quelque soit le mode de prise en charge tout au long de sa vie • Fluidifier le parcours du patient (coopérations)	Pourcentage annuel de patients incidents en dialyse à domicile et DPCA Pourcentage annuel de patients incidents en UAD Nombre de greffes rénales annuelles Par structure : - nombre de patients greffés en suivi partagé avec le CHU de Montpellier - nombre de patients transférés annuellement dans le cadre des conventions
Il convient de favoriser le développement de la télémédecine : • Consolidation des organisations existantes • Etude de tout nouveau dossier, y compris pour le domicile	Nombre de projets de télémédecine aboutis et rendus opérationnels
• Développer la prise en charge en EHPAD de la DP	Nombre de patients admis en EHPAD en DP

Insuffisance Rénale Chronique – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé	Implantations		Créations / suppressions
Languedoc-Roussillon	Dialyse à domicile (dont péritonéale)	1 implantation à vocation régionale	
	Centre d'hémodialyse pédiatrique régional	Montpellier (1)	
Aude	Unité d'Autodialyse	Trèbes (1) Limoux (1) Narbonne (1)	
	Unité de Dialyse Médicalisée	Carcassonne (1) Narbonne (1)	
	Dialyse en centre	Carcassonne (1) Narbonne (1)	
Gard	Unité d'Autodialyse	Bagnols s/Cèze (1) Nîmes (1) Alès (1)	
	Unité de Dialyse Médicalisée	Bagnols s/Cèze (1) Nîmes (1) Alès (1)	
	Dialyse en centre	Nîmes (2) Alès (1)	
Hérault	Unité d'Autodialyse	Lunel (1) Clermont l'Hérault (1) Grabels (1) Ganges (1) Villeneuve les Béziers (1) Bédarieux (1) Agde (1) Sète (1) Bouzigues (1)	
	Unité de Dialyse Médicalisée	Castelnau le Lez (1) Montpellier (1) Béziers (1) Ganges (1) Clermont l'Hérault (1)	+ 2 UDM par alternance avec l'UAD à Ganges et à Clermont l'Hérault
	Dialyse en centre	Montpellier (1) Castelnau le Lez (1) Béziers (1) Sète (1)	
Lozère	Unité d'Autodialyse/Unité de Dialyse Médicalisée (en alternance)	Mende (1 UDM + 1 UAD) Marvejols (1 UDM + 1 UAD)	
	Dialyse en centre	Mende (1)	+ 1 (Mende)
PO	Unité d'Autodialyse	Le Soler (1) Argelès (1) Saint Laurent de la Salanque (1) Prades (1) Font Romeu (1) Le Boulou (1) Elne (1) Perpignan (1)	
	Unité de Dialyse Médicalisée	Cabestany (1)	
	Dialyse en centre	Perpignan (1) Cabestany (1)	

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Suivi partagé des patients greffés
- Suivi des conventions inter-établissements
- Prendre en compte l'ouverture de l'hôpital transfrontalier Puigcerdá, qui prévoit une modalité de prise en charge de l'IRCT pour les patients du plateau cerdan

ANNEXE

Traitement de l’insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

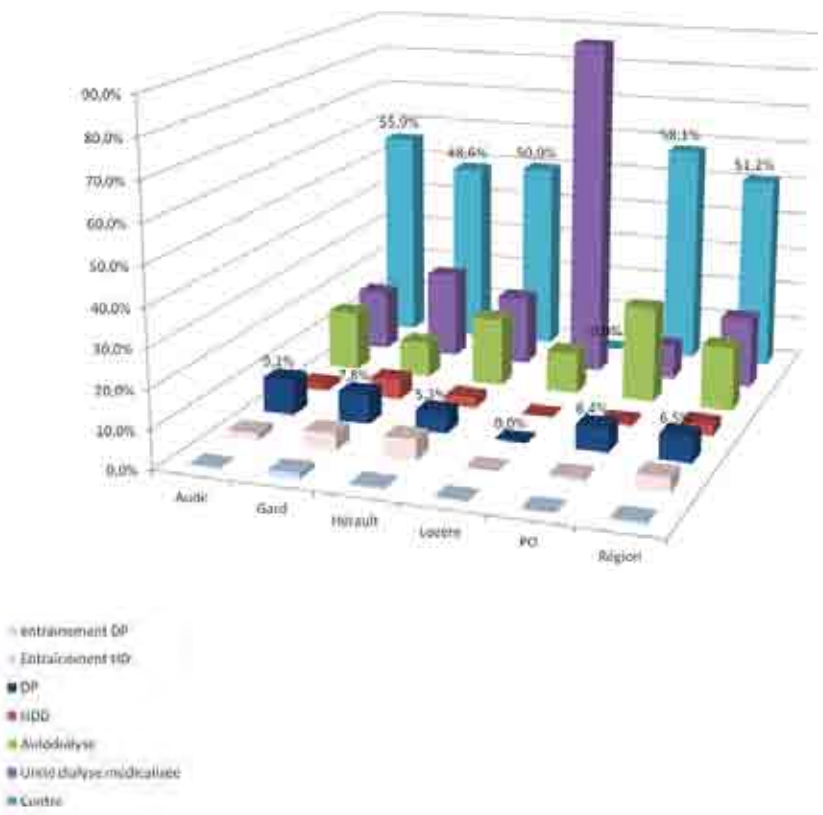
Diagnostic

Retour au sommaire

Insuffisance Rénale Chronique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Répartition des recours par modalité de traitement



Eléments de diagnostic régional

- L'Insuffisance Rénale Chronique constitue une pathologie chronique avec une prévalence qui a augmenté de 4 % par an sur les 5 dernières années.
- Bien que la région soit bien placée au niveau national, la région a la volonté d'augmenter la Dialyse Péritonéale (DP) et la greffe rénale
- Le graphique ci-contre montre une inégalité de recours aux différentes modalités de traitement

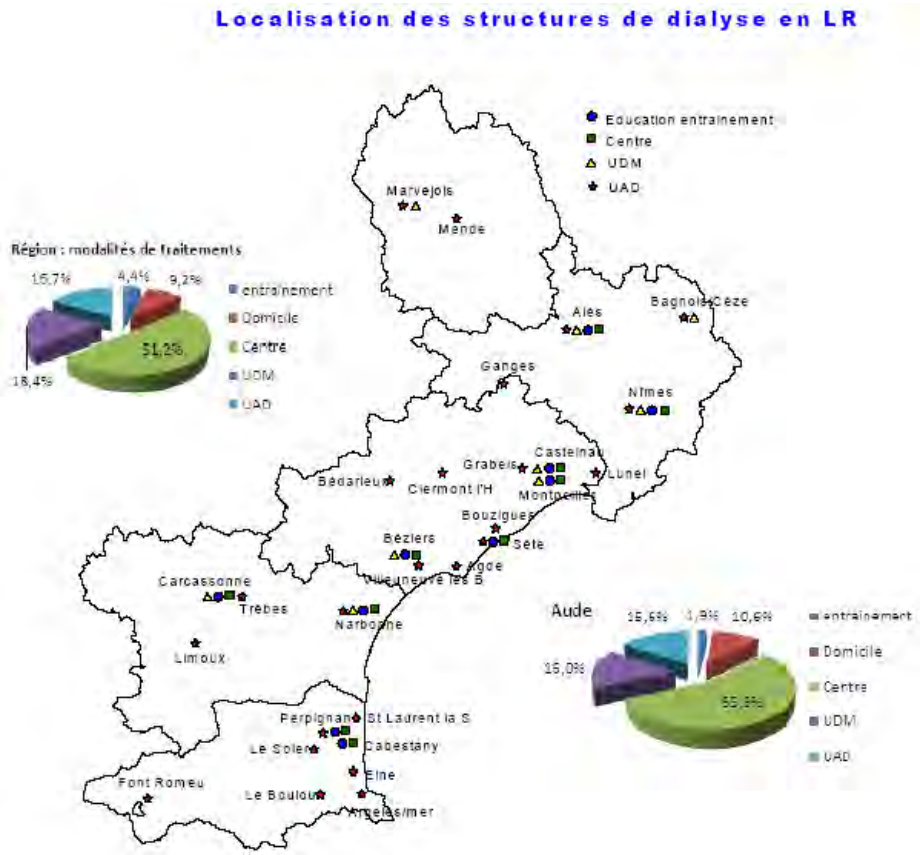
Points de vigilance

Il convient de :

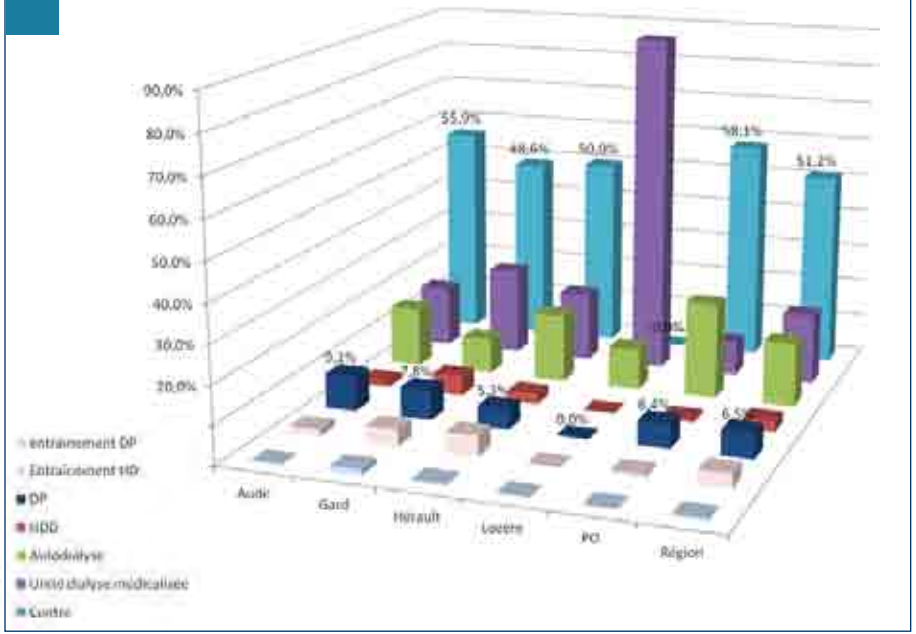
- Diminuer les freins à la mise en place de la DP
- Augmenter le nombre de greffes rénales :
  - Action sur le CHU pour l'organisation des greffes et sur l'ensemble des établissements préleveurs
  - Incitation au don d'organes

Insuffisance Rénale Chronique

AUDE



Modalités de prise en charge



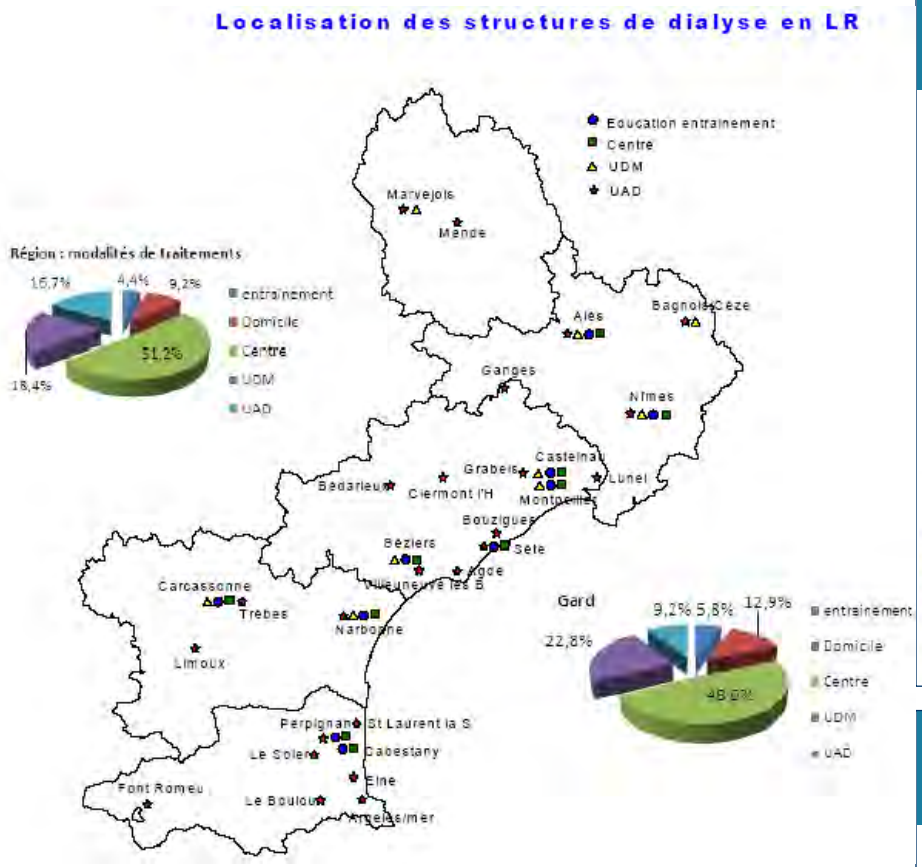
Eléments de diagnostic territorial

- Un bon développement des alternatives, avec le meilleur taux régional de DP (englobe une partie de Béziers – Sète)
- Une faible utilisation de l'UAD

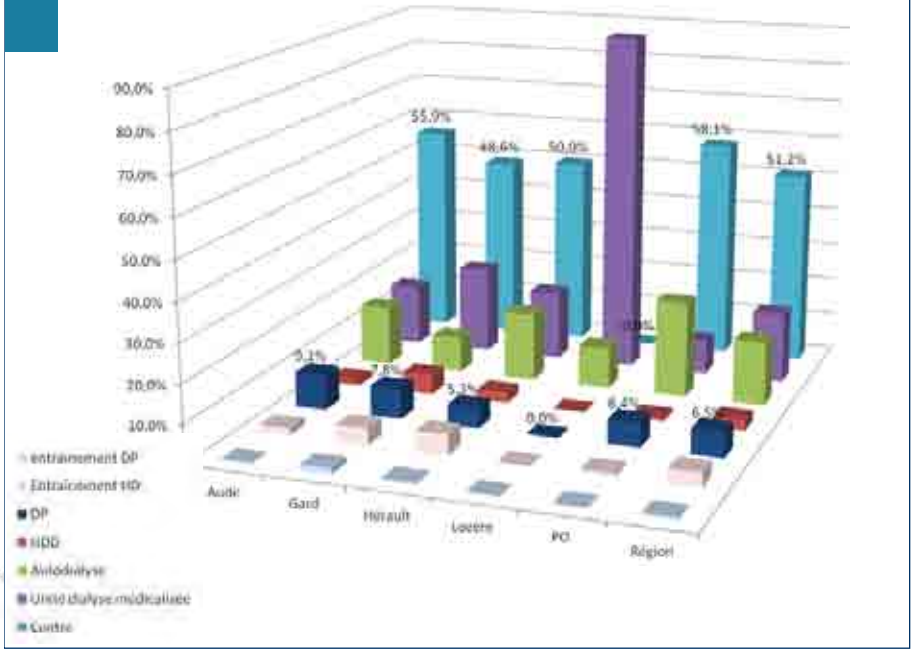
Insuffisance Rénale Chronique

GARD

Implantations



Modalités de prise en charge



Eléments de diagnostic territorial

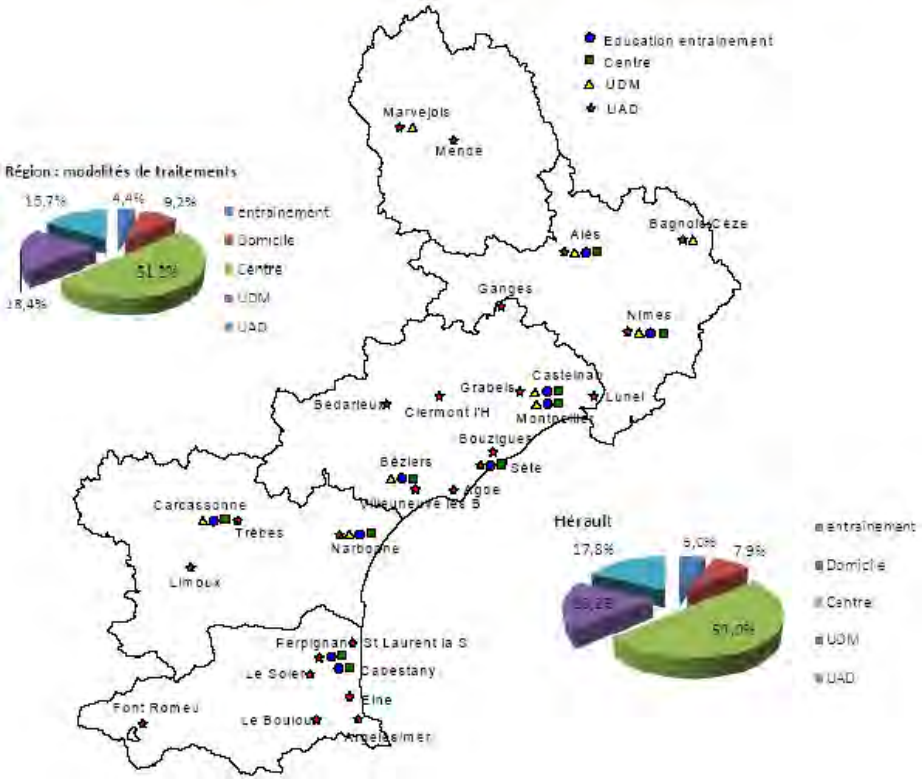
- Un bon niveau de dialyse en centre
- Un bon taux de recours aux alternatives avec 13 % de prise en charge à domicile dont 7,8 % de DP

Insuffisance Rénale Chronique

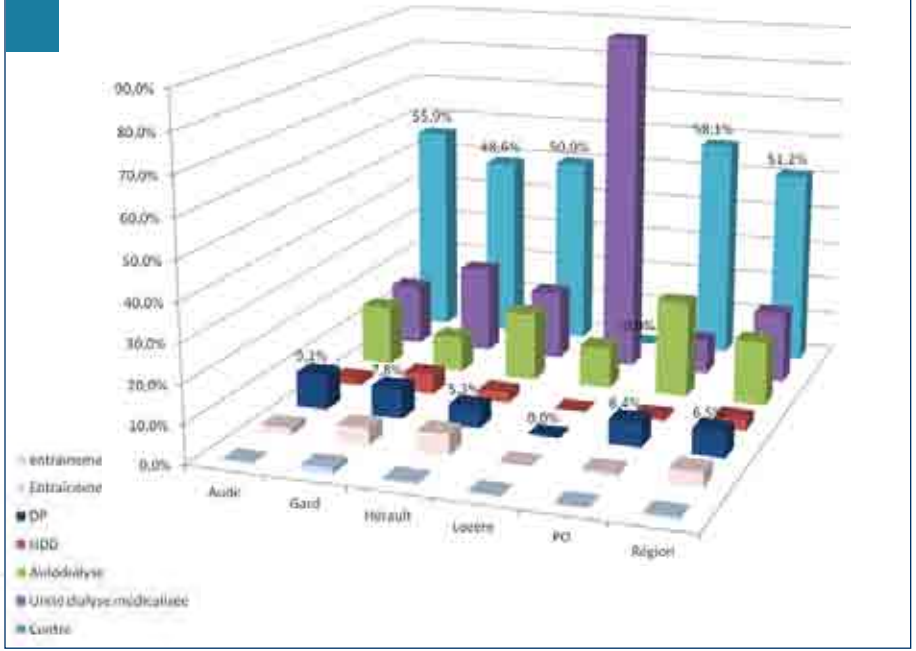
HERAULT

Implantations

Localisation des structures de dialyse en LR



Modalités de prise en charge



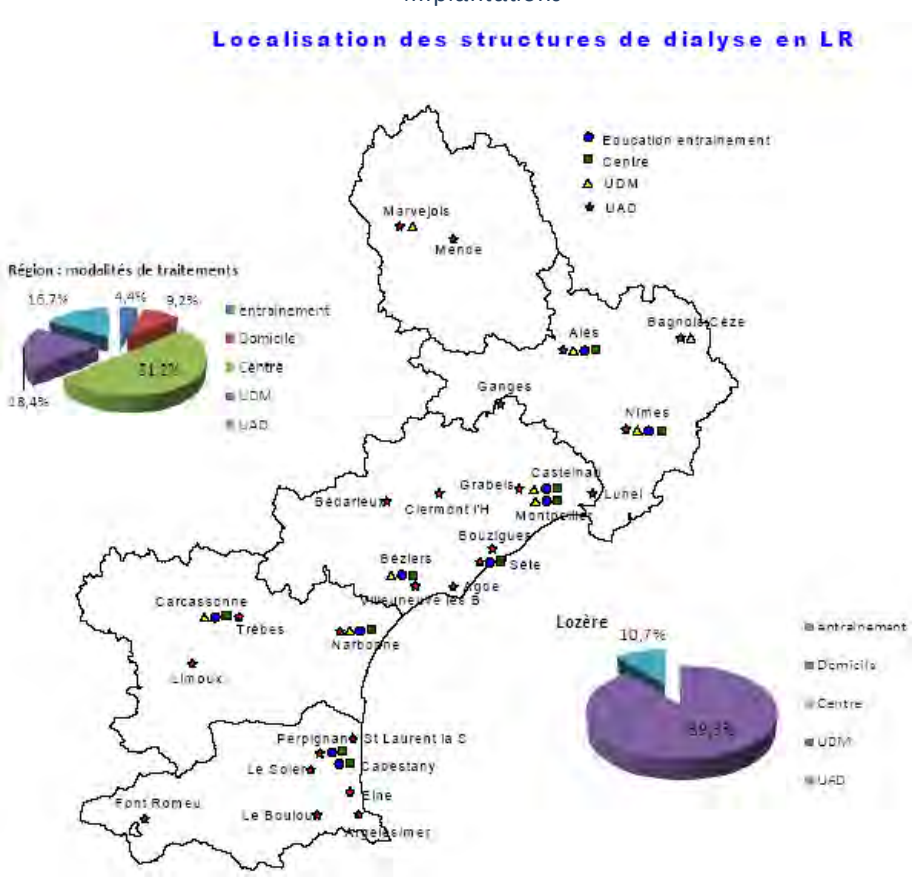
Eléments de diagnostic territorial

- Un faible développement des alternatives dont la DP inférieure à la moyenne régionale

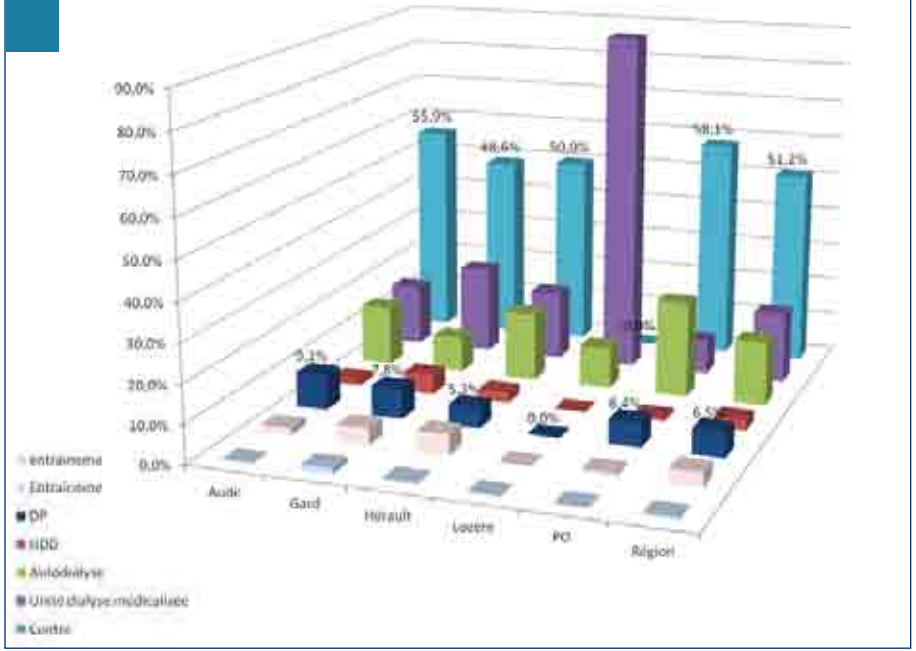
Insuffisance Rénale Chronique

LOZERE

Implantations



Modalités de prise en charge



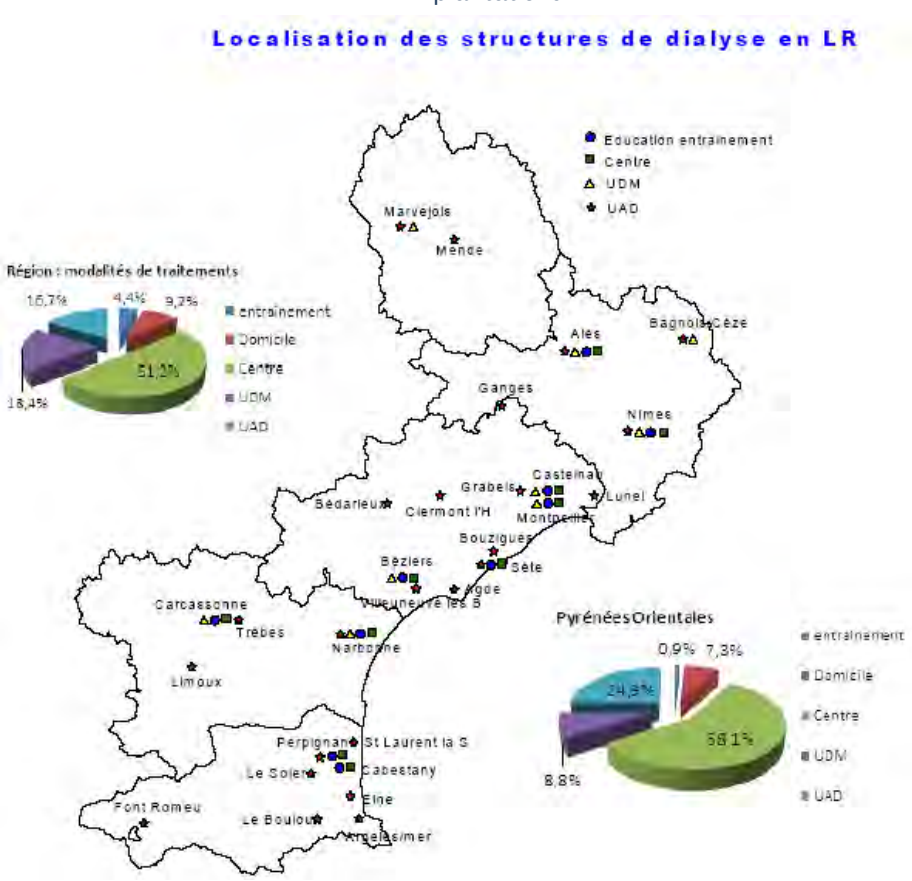
Eléments de diagnostic territorial

- Ce territoire n'est pas comparable aux autres en raison :
  - d'une faible densité de population
  - de difficultés de recrutement de néphrologue
  - des difficultés d'implantation de structure

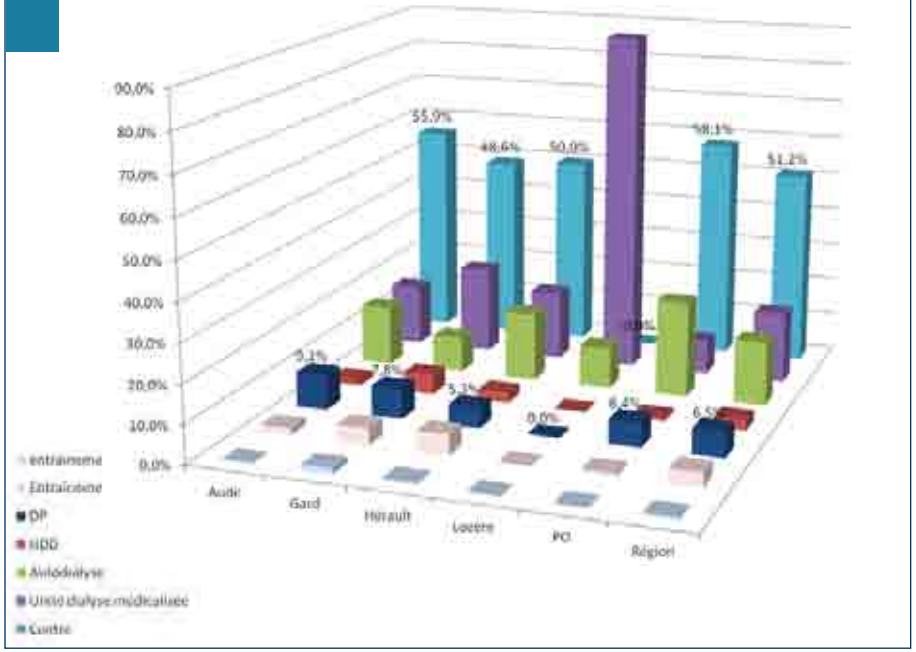
Insuffisance Rénale Chronique

PYRENEES ORIENTALES

Implantations



Modalités de prise en charge



Eléments de diagnostic territorial

- Malgré 7 implantations l'UAD apparaît insuffisamment développée
- Le taux de recours à la DP se situe dans la moyenne régionale
- Ce territoire possède le plus fort taux régional de dialyse en centre

Psychiatrie

Retour au sommaire

Psychiatrie

Le chapitre santé mentale du SROS PRS a pour objectif d'améliorer le service rendu à la population en rendant plus lisible l'offre de soins psychiatrique dans les territoires de santé et en améliorant son organisation. A ce titre, l'évolution des implantations traduit l'état de l'existant et prend en compte les besoins.

Un diagnostic partagé, préalable au SROS PRS, a permis de mettre en évidence plusieurs inégalités de répartition de l'offre de soins entre les territoires mais aussi à l'intérieur des territoires.

La situation préoccupante de certaines populations telles que les adolescents, les personnes détenues et les personnes âgées a clairement été identifiée et des actions sont déjà mises en œuvre dans la continuité du plan d'action psychiatrique de 2010.

Ce nouveau schéma insistera notamment sur :

L'amélioration de l'entrée dans le système de soins psychiatrique en y incluant le dépistage précoce des troubles mentaux et une amélioration de la réponse des centres médico-psychologiques (CMP), véritable porte d'entrée du système. L'accès aux urgences et à la post urgence devra également être amélioré.

Une fois dans le système de soins, il est impératif de s'assurer de la continuité de la prise en charge et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins psychiatriques sans oublier la prise en charge somatique des malades mentaux.

Il conviendra cependant de penser, dès l'entrée en hospitalisation psychiatrique, à une sortie la plus précoce possible de cette prise en charge pour éviter l'enlisement institutionnel toujours préjudiciable au malade. Pour ce faire, un réseau d'aval devra être mobilisé très précocement, mettant en relation le secteur sanitaire, social et médico-social.

Enfin, plusieurs populations doivent faire l'objet d'une attention particulière. S'agissant des adolescents, des solutions de repérage précoce des troubles psycho-sociaux doivent être mises en place ainsi que des structures de prise en charge légère (maison des adolescents) ou lourde (hébergement médicalisé) assurant ainsi une véritable traçabilité des parcours de santé. Les personnes âgées posent d'autres problèmes pour lesquels le schéma préconise la création d'équipes mobiles inter sectorielles de géronto-psychiatrie, particulièrement en zone urbaine. Les personnes détenues font l'objet d'un schéma particulier. Enfin, la prise en charge des personnes autistes est traitée dans le schéma médico-social : la synergie avec le schéma hospitalier est assurée par le co-financement conjoint d'antennes départementales du centre de ressources autisme .

Psychiatrie

Orientations

Psychiatrie

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

En psychiatrie générale : la région enregistre des taux de recours et d'équipement hospitaliers régionaux supérieurs aux taux moyens nationaux avec une forte présence du secteur privé. La précarité, le chômage, associé au vieillissement de la population constituent des facteurs aggravants des prises en charge.
L'amélioration de l'accessibilité au système de soin psychiatrique est un enjeu fort en liaison avec les structures d'urgence et les CMP.
Il est nécessaire de structurer le parcours de soin dans sa composante filière d'aval, vers le secteur médico-social et les établissements de réhabilitation psycho-sociale. La filière géronto-psychiatrique est à mettre en place.

En psychiatrie infanto-juvénile : les taux de recours et d'équipement hospitaliers régionaux sont inférieurs aux taux moyens nationaux et associés à une sous-occupation des lits et places. L'accessibilité aux structures ambulatoires et hôpitaux de jour (HTP de jour) est à améliorer. Afin d'éviter les ruptures de parcours de soin, la coordination entre les acteurs du soin de court séjour et ceux du médico-social et du social doit être améliorée.

PSRS : une attention particulière devra être portée sur les parcours de santé mentale des adolescents et des jeunes adultes.

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :
Organiser le circuit des urgences en psychiatrie et la prise en charge des situations de crise.
Faciliter l'accès aux structures ambulatoires (CMP) et aux hôpitaux de jour.
Organiser la continuité des prises en charge.

Performance :
Développer des pratiques médicales innovantes (télémédecine).

Qualité- pertinence : assurer une prise en charge de qualité

- En réservant l'hospitalisation aux seuls malades qui relèvent de cette prise en charge.
- En organisant le traitement des pathologies somatiques et l'accès à la prévention en hôpital psychiatrique.
- En structurant une filière d'aval.
- En favorisant les prises en charge à temps partiel et l'aide aux aidants.
- En assurant la prise en charge spécifique des soignants (unité spécifique interrégionale).
- En organisant la prise en charge des maladies psychosomatiques.

Psychiatrie

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en psychiatrie suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de **:**

1- Prévention :

- Prendre en charge en amont les adolescents en rupture
- Eviter la « psychiatrisation » en EHPAD

2- Premiers recours & Médico-social :

- L'articulation entre les structures médico-sociales et l'hôpital dans la prise en charge des adolescents et dans le cadre d'une filière d'aval.
- Le développement de la géronto-psychiatrie vers les structures médico-sociales (EHPAD).

3- Fluidité du parcours du patient (Inter-hospitalier) : développer l'accès aux soins somatiques pour les malades psychiatriques.

Liaisons principales avec d'autres volets :
Santé des détenus, addictions, périnatalité, urgences

Psychiatrie – Objectifs opérationnels

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
Développement de la filière d'aval : • Réhabilitation et réinsertion psycho-sociale : enquête dans les établissements de psychiatrie ayant une activité de réhabilitation psycho-sociale ; état des lieux et propositions de structures alternatives (appartements relais, thérapeutiques, …) ; formation des travailleurs sociaux du Conseil Général (antenne Montpellier-Cévennes) au suivi des patients psychiatriques. • Autonomisation de vie des patients : faciliter l'orientation des patients vers les groupes d'entraide mutuelle (GEM) et développer des actions conjointes en faveur de l'accès au logement et de la réinsertion professionnelle portées par les associations de familles de malades, les collectivités, les professionnels. • Coordination entre les établissements sanitaires et médico-sociaux	• Réhabilitation et réinsertion psycho-sociale : mise en conformité des établissements privés avant 2014 ou reconnaissance contractuelle . • Nombre de partenariats formalisés et suivis d'effet entre les établissements de psychiatrie et les partenaires du réseau d'aval (médico-social, Conseil Général, GEM, associations, ...). • Pourcentage de malades hospitalisés au long cours (> 292 jours) : objectif cible sur 5 ans = baisse de 10% du niveau régional.
Santé mentale des adolescents – l'amélioration de la prise en charge passe : • La mise en œuvre des recommandations de la MNASM (Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale) sur la prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique sur le territoire de l'Hérault. • Par la prise en charge des situations de crise : prévention du suicide, évaluation de la prise en charge des tentatives de suicide aux urgences et dans les services, fonctionnement des unités d'urgences psychiatriques (centre de crise ou autre). • Par une meilleure coordination des acteurs : maisons des adolescents / point accueil écoute jeunes (PAEJ) / / réseaux / établissements sanitaires et médico-sociaux / institution judiciaire pour les mineurs placés sous main de justice / professionnels libéraux , acteurs essentiels des soins de premier recours. • Par la création d'une structure expérimentale d'hébergement médicalisé (partenariat Conseil Général de l'Hérault et CHU de Montpellier) pour adolescents en grande difficulté. • Par l'inscription des établissements dans une logique de coopération publique/privée dans le cadre de filières de prise en charge.	• Bilan annuel du suivi des recommandations. •Nombre de structures de post urgence dans la région (reconnaissance contractuelle). •Date d'ouverture de la structure. •Convention signées et suivies d'effets.
Favoriser l'accès aux structures ambulatoires et aux hôpitaux de jour : •Favoriser le regroupement des structures ambulatoires de prise en charge au sein de pôles de consultation, point d'ancrage des équipes mobiles sur les villes de moyenne importance. •Réduire les délais d'attente pour une consultation dans les CMP en apportant une réponse professionnalisée aux appels téléphoniques 24h/24.	• à 5 ans = nombre de villes concernées / nombre de pôles mis en place. •Nombre de CMP et hôpitaux de jour disposant d'une réponse téléphonique 24h/24 (renvoi appel aux heures de fermeture).
Psychiatrie et vieillissement : • Le développement de la géronto-psychiatrie vers les structures médico-sociales. • Le développement des équipes mobiles géronto-psychiatriques.	•Nombre de conventions signées avec les EHPAD. •Nombre d'équipes mobiles géronto-psychiatriques en place •Activité développée
Garantir un accès aux soins somatiques pour les malades psychiatriques : • Systématiser les visites de médecine générale lors de l'admission. • Créer un accès privilégié à des plateaux techniques (chirurgie dentaire, …). • Faire en sorte que tout patient bénéficiant d'un suivi ambulatoire ait un médecin traitant.	•Nombre de conventions pour accès aux plateaux techniques.

Psychiatrie - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé	Implantations de psychiatrie générale					Centre crise *	Implantations de psychiatrie infanto-juvénile			
	HC	HdJ	HN	PFT	APT		HC	HdJ	HN	PFT
Aude	Narbonne (2) Lézignan (1) Carcassonne (1) Limoux (2) Badens (1)	Narbonne (2) Lézignan (1) Carcassonne (1) Limoux (2) Castelnaudary(1)	Narbonne (1)	Narbonne (1)	Narbonne (1)		Carcassonne (1)	Narbonne (2) Limoux (1) Carcassonne (1) Castelnaudary (1)	Carcassonne (1)	Narbonne (1)
Hérault	Béziers (2) Sète (1) Montpellier (3) Montarnaud (1) Pignan (1) St Clément de Rivière (2) Jacou (1) Vérargues (1) Clapiers (1)	Montpellier(7) Lattes (1) Lunel (2) Lodève (1) Gignac (1) Cournonterral (1) Pignan (1) Saint Clément de Rivière (1) Béziers (3) Sète (1) Agde (1) Pézenas (1) Bédarieux (1) Mèze (1) Jacou (1)	Béziers (1)	Béziers (1) Montpellier (1)	Sète (1) Montpellier (1)	Béziers (1)	Montpellier (1) Saint Clément de Rivière (1)	Béziers (1) Sète (1) Frontignan (1) Mèze (1) Montpellier (4) Lunel (1) Gignac (1)		Montpellier (1)
Gard	Alès (1) Nîmes (4) Uzès (1) Quissac (1) Remoulins (1) Villeneuve les Avignon (1) Bagnols/Cèze (1) St Hyppolyte du Fort (1)	Alès (1) Nîmes (3) Uzès (2) Bagnols/Cèze (1) Beaucaire (1) Villeneuve les Avignon (1) St Hyppolyte du Fort (1)	Alès (1) Nîmes (1)	Uzès (1) Nîmes (1) Alès (1)			Nîmes (1) Uzès (1) *Complémentarité territoriale Nîmes - Uzès*	Alès (1) Uzès (1) Bagnols/Cèze (1) Beaucaire (1) Vauvert (1) Le Vigan (1) Nîmes (6)		Uzès (1) Nîmes (1) Alès (1)
Lozère	Mende (1) Saint Alban (1) Saint Chély d'Apcher (1)	Saint Chély d'Apcher (1) Mende (1)		Saint Alban (1)			Mende (1)	Mende (1) Saint Chély d'Apcher (1)		Saint Alban (1)
Pyrénées-Orientales	Perpignan (2) Thuir (1) Théza (1) Osséja (1)	Perpignan (4) Thuir (2) Prades (1) Céret (1) Théza (1) Argelès (1) Elne (1)	Thuir (1)	Thuir (1)	Thuir (1)	Perpignan (1)	Perpignan (1)	Perpignan (4) Cabestany (1)	Perpignan (1)	Thuir (1)

**** Les établissements ne disposant pas d'un centre de crise (arrêté du 8 juin 2005) ont mis en place des organisations spécifiques pour la prise en charge des urgences psychiatriques de moins de 48 heures. A titre d'information, trois unités de crise en hospitalisation complète sont reconnues contractuellement à Nîmes, Montarnaud et Théza et feront l'objet de précisions dans les contrats d'objectifs et de moyens de chaque établissement. / La modalité de prise en charge en H.A.D. n'est pas retenue dans le SROS PRS.***

Psychiatrie - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Créations / suppressions

- Suppressions des implantations du SROS III non octroyées
- Prise en compte de la modalité de prise en charge en placement familial thérapeutique en psychiatrie générale conformément à l'article premier de l'arrêté du 8 juin 2005
- Prise en compte des nouveaux territoires de santé
- Prise en compte de l'ensemble de l'offre de soins extra-muros des établissements notamment en hospitalisation de jour

- Création d'une implantation d'hospitalisation de jour en psychiatrie infanto-juvénile à Gignac
- Création d'une implantation d'hospitalisation de nuit infanto-juvénile à Carcassonne (par redéploiement de moyens internes : suppression de lits d'hospitalisation complète)
- Création d'une implantation d'un centre de crise à Béziers
- Création d'une implantation de placement familial thérapeutique infanto-juvénile à Alès

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Délocalisation du service adolescents (HC+HDJ) et d'une unité HC adulte du CH de Thuir sur le site du CH Saint Jean à Perpignan.
- Coopération à formaliser entre les établissements de santé du territoire de l'Hérault (CHU de Montpellier, CH de Béziers, CH Hôpitaux du Bassin de Thau) et la clinique La Lironde pour son inscription dans le réseau de prise en charge des adolescents.
- GCS psychiatrie infanto-juvénile du secteur de Nîmes.
- L'axe « santé mentale » du projet médical de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Cévennes-Gard-Camargue est à conforter par l'intégration du CH du Mas Careiron dans la CHT.

ANNEXE

Psychiatrie

Diagnostic

Retour au sommaire

Psychiatrie

LANGUEDOC-ROUSSILLON

L'offre sanitaire, médico-sociale et sociale

		France	Languedoc Roussillon	Aude	Gard	Hérault	Lozère	PO
Psychiatrie générale	Taux d'équipement sanitaire (lits et places en ETS sanitaire pour 1000 habitants de plus de 16 ans)	1,21	1,71	1,22	1,8	1,73	2,75	1,74
	Places pour troubles psychiques en ETS médico-social pour 1000 adultes (20 ans et plus)		1,2	1,27	0,96	1,09	6,17	0,88
	Filière d'aval estimée (places en médico-social adulte + places en post cure + moitié des places en CHRS pour 1000 adultes)		1,69	1,66	1,36	1,65	6,42	1,48
	Taux de recours hospitalier en psychiatrie adulte (nombre de séances/séjours pour 10000 habitants)	4 820	5 089	4 213	4 578	5 474	7 422	5 276
Pédopsychiatrie	Taux d'équipement sanitaire (lits et places en ETS sanitaire pour 1000 enfants de 0 à 16 ans)	0,93	0,92	0,84	0,94	0,69	3,72	1,02
	Places pour déficience intellectuelle et troubles du comportement en ETS médico-social pour 1000 enfants (inférieur à 20 ans)		6,3	7,2	6,1	5,4	10,7	7,3
	Taux de recours hospitalier en pédopsychiatrie (nombre de séances/séjours pour 10000 habitants)	1 652	1 414	1 562	1 466	1 342	2 090	1 270
Autres données	Densité de psychiatres pour 100000 habitants	22	21,6	13	18	35,7 sur Montpellier	16,4	19,4
	Taux de prise en charge en ambulatoire (% de patients ambulatoires CMP/CATTP sur le nb total de patients distincts pris en charge à l'hôpital)	89,27	81,74	91,65	72,83	82,62	93,1	82,81
	Taux de patients en longs séjours (durée de séjour > à 292 jours)	25,16	20,55	25,52	10,22	29,64	42,02	20,37
	Taux de patients en hospitalisation sans consentement	21,05	14,64	16,79	7,49	21,26	15,8	16,76
	Taux de recours en médecine de ville (nombre de consultations et visites de psychiatrie libérale pour 10 000 habitants)		1 705,6	705,7	1 251,7	2 581,8	284,6	1 400,4

L'activité hospitalière de psychiatrie recouvre en région 34 secteurs de psychiatrie générale et 18 de pédopsychiatrie

- **31 établissements de santé ont une autorisation en psychiatrie ,** 11 publics et 20 privés.
  - Ils se partagent l'activité d'Hospitalisation Complète (HC) en psychiatrie générale,
  - mais le secteur public assure 87% de l'activité d'Hospitalisation Complète en pédopsychiatrie.
- **Activité en psychiatrie générale :**
  - HC : l'**activité 2009 est conforme au SROS 3 et aux OQOS** (1 084 843 journées déclarées soit activité supérieure de 0,15% aux OQOS de la région); cependant, des disparités sont relevées entre les territoires.
  - HTP jour : le nombre de places déclarées en 2009 est supérieur aux OQOS (+9,2%) mais conforme au SROS 3.
- **Activité en Pédopsychiatrie :**
  - **HC : 7 établissements font de l'HC en région, leur activité en 2009 est en dessous des OQOS (-28%)**
  - **HTP jour** : 20 établissements font de l'HTP jour, le nombre de places installées est supérieur au nombre autorisé. (Source : SAE 2009)

L'activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est de 347 391 actes, soins et interventions.
- 267 psychiatres libéraux sont enregistrées dans la région, ils ont réalisé 446 195 actes (consultations + visites) en 2009.
- 1576 psychologues sont en activité sur la région :
  - dont 233 en mode libéral,
  - dont 1183 salariés.
- La localisation préférentielle de ces professionnels se fait sur les grandes villes du littoral.

Psychiatrie

Offre de soins sur le territoire de santé

Points de vigilance

- La prise en charge des adolescents en crise doit constituer un axe fort du PRS.
- l'accès aux CMP, qui constituent les soins de première intention en psychiatrie, doit être fortement amélioré.
- La réinsertion psycho-sociale et l'autonomisation de vie des patients constituent deux axes forts de développement de la filière d'aval.
- Les malades psychiatriques doivent avoir un accès de qualité aux soins somatiques et à la prévention.
- Les prises en charge à temps partiel qui permettent de soulager les aidants doivent être soutenues.
- La géronto-psychiatrie devra s'ouvrir vers les structures médico-sociales.
- La psychiatrie de liaison doit s'ouvrir vers les structures médico-sociales.
- Développer une prise en charge spécifique des addictions dans les établissements psychiatriques.
- La répartition trop hétérogène de l'offre de soins devra être corrigée.
- Les projets de télémédecine en psychiatrie sont à développer.

Psychiatrie

Eléments d'activité

	SAE 2009	CH de Narbonne	Clinique Miremont	A.A.S.M.de Limoux	AUDE
Psychiatrie générale	**Hospitalisation complète** : journées réalisées	16 841	18 869	76 328	112 038
	% de l'activité du département	15,03%	16,84%	68,13%	
	%de réalisation de l'OQOS	+53,10%	+3,39%	+9,04%	+13%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	3 791		8 214	12 005
	nombre de places installées	22		38	60
	nombre de places autorisées CPOM	20		43	63
Pédopsychiatrie	**Hospitalisation complète** : journées réalisées	*967*		1 582	2 549
	% de l'activité du département	*37,94%*		62,06%	
	% de réalisation de l'OQOS			-56,66%	
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	4 076		4 370	8 446
	nombre de places installées	18		30	48
	nombre de places autorisées CPOM	18		17	35

Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est de 60 631 actes, soins et interventions.
- 17 psychiatres libéraux sont installés, ils ont réalisé 25 469 actes (consultations + visites) en 2009 soit 5,7% des actes de la région.
- Il y a 180 psychologues dont 26 en mode libéral et 144 salariés.

Activité hospitalière

- **3 établissements sont autorisés** : l'activité est essentiellement publique. L'ASM a récemment délocalisé une partie de ses activités sur Carcassonne, Castelnaudary et Lézignan-Corbières.
- L'équipement hospitalier est limité et le nombre de psychiatres libéraux très bas.
- L'accès aux structures de soins se révèle difficile dans certaines zones du territoire.
- La prise en charge en géronto-psychiatrie est à organiser.
- Les filières d'aval, réhabilitation psycho-sociale et le secteur médico-social, doivent être développées et consolidées.
- La prise en charge des adolescents doit être mieux structurée en raison d'un déficit de dispositif pour adolescents en crise et une problématique forte concernant l'addiction chez les jeunes. L'ouverture d'une maison des adolescents est programmée prochainement.
- Face à une précarité importante, une équipe mobile psy-précarité s'est ouverte à l'AASM de Limoux.

Psychiatrie

Eléments d'activité

	SAE 2009	CH Alès	CHU Nîmes	CH Mas Careiron	Centre la Valbonne	Centre de post cure du Peyron	Clinique Bellerive	Clinique les Sophoras	Clinique Mont Duplan	Clinique neuropsy de Quissac	Clinique Pont du Gard	Hôpital de jour le Bosquet	CPI Montaury	GARD
Psychiatrie générale	**Hospitalisation complète** : journées réalisées	25 727	29 603	60 595	15 080	5 207	37 055	30 899	19 665	71 837	25 446	0	0	321 114
	% de l'activité du département	8,01%	9,22%	18,87%	4,70%	1,62%	11,54%	9,62%	6,12%	22,37%	7,92%			
	% de réalisation de l'OQOS	6,17%	-6,21%	-1,47%	3,29%	4,14%	1,52%	5,82%	-1,68%	-1,59%	-0,41%			-0,01%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	2 427	3 937	13 063		3 485	6 533	3 768	2 921					36 134
	nombre de places installées	19	20	97		10	12	12	8					178
	nombre de places autorisées CPOM	15	36	87		10	12	12	8					180
Pédopsychiatrie	**Hospitalisation complète** : journées réalisées		2 405	986								*473*	*759*	4 623
	% de l'activité du département		52,02%	21,33%								*10,23%*	*16,42%*	
	% de réalisation de l'OQOS		-58,82%	-45,97%										-39,69%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	3 718	6 265	5 030								1 659	2 160	18 832
	nombre de places installées	10	28	35								8	8	89
	nombre de places autorisées CPOM	13	28	34								8	8	91

Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est 60 740 actes, soins et interventions.
- 55 psychiatres libéraux sont installés, ils ont réalisé 85 689 actes (consultations + visites) en 2009 soit 19,20% des actes de la région.
- Le département compte 400 psychologues, 57 en mode libéral et 299 sont salariés.

Activité hospitalière

- **12 établissements sont autorisés** avec une prédominance des lits privés en psychiatrie générale (60%).
- La coordination des structures ambulatoires publiques et privées est à dynamiser. Il existe un GCS en psychiatrie infanto-juvénile du secteur de Nîmes.
- L'étude des tranches d'âge montre un corps médical vieillissant, ainsi 45,5% des psychiatres du secteur d'Alès ont plus de 60 ans.
- La géronto-psychiatrie doit être organisée avec notamment la mise en place d'une équipe mobile sur Nîmes.
- La filière d'aval est à réorganiser.
- La prise en charge des adolescents doit être développée. Une maison des adolescents du Gard s'est ouverte en juin 2010.
- Le département est doté de deux équipes mobiles de psychiatrie – précarité en fonctionnement, l'une au CHU de Nîmes et l'autre au CH d'Alès.

Psychiatrie

Eléments d'activité

	SAE 2009	CHU Montpellier	Clinique la Lironde	Clinique Rech	Clinique Saint Antoine	Clinique Saint Clément	Clinique St Martin de Vignogoul	Clinique Stella	La Maison Lune	CH Béziers	CH Bassin de Thau	Clinique la Pergola	HERAULT
Psychiatrie générale	**Hospitalisation complète** : journées réalisées	124 411	35 941	66 531	23 782	19 047	30 279	49 776		40 306	10 445	22 101	422 619
	% de l'activité du département	29,44%	8,50%	15,74%	5,63%	4,51%	7,16%	11,78%		9,54%	2,47%	5,23%	
	% de réalisation de l'OQOS	3,68%	-4,16%	0,15%	1,01%	4,37%	-2,33%	-1,89%		-6,27%	4,45%	-33,82%	-2,59%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	57 607		4 136			4 811			12 441	2 312		81 307
	nombre de places installées	233		10			12			54	15		324
	nombre de places autorisées CPOM	186		10			12			49	15	*15*	287
Pédopsychiatrie	**Hospitalisation complète** : journées réalisées	5 768	2 256										8 032
	% de l'activité du département	71,81%	28,09%										-26,65%
	% de réalisation de l'OQOS	-12,21%	-48,49%										
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	16 013							1 617	2 840	3 031		23 501
	nombre de places installées	66							5	12	16		99
	nombre de places autorisées CPOM	50							5	20	16		91

Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est de 134 571 actes , soins et interventions .
- 161 psychiatres libéraux sont installés, ils ont réalisé 270 393 actes (consultations + visites) en 2009 soit 60,60% des actes de la région.
- Le département est doté de 720 psychologues, 127 exercent en libéral et 511 en salariés.

Activité hospitalière

- **11 établissements sont autorisés** : avec une majorité d'établissements privés qui prédomine surtout en psychiatrie générale (56,5%).
- La densité médicale est forte surtout sur Montpellier avec un profil d'âge jeune puisque seulement 25% des psychiatres ont plus de 60 ans.
- Les prises en charge psychiatriques sont très hospitalo-centrées .
- La géronto-psychiatrie est à développer ; une équipe mobile est en expérimentation au CHU de Montpellier ainsi que des lits spécialisés à la clinique Saint Antoine.
- La filière d'aval est à organiser.
- La prise en charge des adolescents doit être mieux organisée ; une maison des adolescents va être prochainement ouverte.
- Deux équipes mobiles de psychiatrie / précarité fonctionnent, l'une au CHU de Montpellier et l'autre au CH de Béziers ainsi qu'une structure d'évaluation et d'orientation au CHU de Montpellier.
- Une structure de post-urgence fonctionne au CHU de Montpellier en lien avec la clinique Rech (convention de coopération). Le CH de Béziers et la clinique La Pergola travaillent en coopération.

Psychiatrie

Eléments d'activité

SAE 2009		CH de Saint-Alban	LOZERE
Psychiatrie générale	**Hospitalisation complète** : journées réalisées	46 164	46 164
	% de l'activité du département	100,00%	
	%de réalisation de l'OQOS	-7,67%	-7,67%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	5 735	5 735
	nombre de places installées	38	38
	nombre de places autorisées CPOM	17	17
Pédopsychiatrie	**Hospitalisation complète** : journées réalisées	1 108	1 108
	% de l'activité du département	100,00%	
	% de réalisation de l'OQOS	-49,41%	-49,41%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	2 601	2 601
	nombre de places installées	33	33
	nombre de places autorisées CPOM	7	7

Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est 16 413 actes, soins et interventions.
- 2 psychiatres libéraux sont installés dans le département. Ils ont réalisé 2 203 actes (consultations + visites) en 2009 soit 0,49% des actes de la région.
- Le département compte 57 psychologues, un seul en mode libéral et 54 salariés.

Activité hospitalière

- **Un établissement public est autorisé.**
- Rapporté au nombre d'habitants, le taux d'équipement apparaît pléthorique (3 fois plus que la moyenne nationale en pédopsychiatrie et 2 fois plus en psychiatrie générale).
- L'offre ambulatoire est à restructurer ; le département accuse un déficit de psychiatres libéraux (2).
- La filière d'aval est à dynamiser.
- Une équipe mobile de géronto-psychiatrie est à mettre en place.
- Une équipe mobile de psychiatrie / précarité est en fonctionnement au CH de Saint-Alban.

Psychiatrie

PYRENEES ORIENTALES

Eléments d'activité

SAE 2009		CH de Thuir	Clinique du Pré	Clinique psychothérapique du Roussillon	Clinique Sensévia	PO
Psychiatrie générale	**Hospitalisation complète** : journées réalisées	104 342	36 863	21 209	20 494	182 908
	% de l'activité du département	57,00%	20,15%	11,60%	11,20%	
	% de réalisation de l'OQOS	+11%	-1,70%	-16,99%	-6,42%	+2,21%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	29 160	1 370	1 396		31 926
	nombre de places installées	142	20	8		170
	nombre de places autorisées CPOM	121	20	8		149
Pédopsychiatrie	**Hospitalisation complète** : journées réalisées	4 471				4 471
	% de l'activité du département	100,00%				
	% de réalisation de l'OQOS	+2,08%				+2,08%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	5 950		2 017		7 967
	nombre de places installées	50		15		65
	nombre de places autorisées CPOM	24		15		39

Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est de 75 036 actes, soins et interventions.
- 32 psychiatres libéraux sont installés. Ils ont réalisé 62 441 actes (consultations + visites) en 2009 soit 13,99% des actes de la région.
- Le département compte 219 psychologues, 22 exercent en mode libéral et 175 en salariés.

Activité hospitalière

- **4 établissements sont autorisés** : l'activité de psychiatrie est principalement publique, avec une forte concentration des structures autour de Perpignan.
- En matière de géronto-psychiatrie, une équipe mobile est en place au CH de Thuir ainsi que 25 lits spécialisés à la clinique du Roussillon.
- La filière d'aval est à consolider.
- Le CH de Thuir dispose d'un centre de crise «CAC 48 » de 10 places qui fonctionne sur le site du CH de Perpignan.
- La prise en charge des adolescents doit être mieux organisée en créant notamment une maison des adolescents.
- Une équipe mobile de psychiatrie / précarité fonctionne au CH de Thuir (MAO).

Traitement du cancer

Retour au sommaire

Traitement du cancer

La prise en charge du cancer est un enjeu majeur de santé publique. Le nombre des patients atteints augmente et concerne plus de 16 000 nouveaux cas régionaux par an.
Par ailleurs la mortalité diminue progressivement.

Le 2ème Plan CANCER 2009-2013 identifie plusieurs axes et y introduit des voies nouvelles :

- En matière de prévention : poursuivre la lutte contre le tabac, promouvoir la prévention en ce qui concerne les liens avec l'alimentation, renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement, les cancers d'origine infectieuse
- En matière de dépistage : augmenter la participation aux campagnes de dépistage organisé ; s'attacher à lutter contre les inégalités d'accès et de recours à ces dépistages (d'ordre socio-économique, culturel ou territorial)
- L'effort de recherche concerne l'incitation à développer les essais cliniques...
- L'axe soins propose diverses mesures :
    - L'accès aux tests de génétique moléculaire ,orientant vers les thérapies ciblées
    - La coordination du parcours de soins à la phase active (programme personnalisé de soins) puis dans l'après-cancer, avec une implication des médecins traitants dans la prise en charge (nombreux guides publiés par INCa/HAS).
    - La prise en charge sociale personnalisée (D.A, PPS, PPS de l'après-cancer)
    - Le soutien à la spécialité d'anatomopathologie
    - Le soutien à la radiothérapie
    - Généralisation des mesures transversales de qualité des prises en charge.

Les objectifs généraux du Schéma sont centrés sur :

- Une répartition équitable de l'offre, privilégiant le territoire de santé, pour la majorité des situations cliniques, reposant sur un 3C de territoire (centre de coordination en cancérologie) et des coopérations inter-établissements
- Une organisation graduée : selon les plateaux techniques ; l'offre est constituée d'établissements spécialisés détenteurs d'autorisations de traitement du cancer, d'établissements hospitalo-universitaires, de centres de radiothérapie ou de services de médecine nucléaire développant des techniques particulières et/ou innovantes, de services d'anatomopathologie avec tumorothéques... de services d'imagerie
- Un Réseau régional ONCO-LR observateur et garant de la qualité et de la gradation des soins, ayant satisfait en 2011 à la procédure de reconnaissance par INCa/ARS. Le réseau est en attente du déploiement du DCC (dossier communiquant en cancérologie) prévu par l'ASIP.

Les autorisations de traitement du cancer ont été notifiées en août 2009. Les visites de conformité ont eu lieu, pour la plupart, pendant le premier semestre 2011. Elles ont permis de constater certains manquements aux critères réglementaires pour quelques établissements (manquements relatifs aux seuils ou aux qualifications des médecins), qui font actuellement l'objet d'injonction. Ces situations conduiront à des suspensions d'autorisation puis à une redistribution de ces activités .

Traitement du cancer

Orientations

Traitement du cancer

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

• de poursuivre les efforts en matière de prévention primaire autour des trois cibles majeures que sont la lutte contre le tabac, un bon équilibre nutritionnel, un exercice physique adapté, de renforcer la participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colo rectal (en particulier pour les populations défavorisées ou isolées)
• de maintenir des équipes et des plateaux techniques de qualité sur chaque territoire de santé en veillant à une gradation des soins
• de revoir les autorisations d'activité de traitement des cancers lorsque les établissements ne valident pas les critères InCA
• d'animer les dispositifs mis en place par le plan cancer 1 et notamment de relancer les dynamiques du réseau régional, du pôle régional, des 3C de territoire
• d'améliorer l'accompagnement des malades pendant et après la maladie, au travers d'une meilleure coordination ville-hôpital .

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :
• Garantir une accessibilité financière à la chirurgie carcinologique dans tous les territoires
• Garantir plus d'égalité géographique au dépistage, au diagnostic, et à la surveillance des cancers via l'imagerie (IRM principalement : délais de rendez-vous).
• Accessibilité aux soins palliatifs

Qualité- Sécurité :
• Généraliser les mesures qualité (D.A.,RCP, PPS, soins de support ,RMM)
• Mieux accompagner les patients pendant et après les soins et coordonner le parcours de soins
• Garantir un égal accès aux traitements innovants ,aux tests moléculaires, à la chirurgie de recours, à la radiologie interventionnelle à visée curative
• Structurer les filières de prise en charge des personnes âgées, des enfants et adolescents
• Qualité de la préparation et distribution des chimiothérapies
• Démarche qualité en radiothérapie
• Coordination dans le circuit anatomo-pathologique

Evitabilité :
• Prévention, participation aux dépistages,
• Précocité des prises en charge
• Favoriser les alternatives à l'hospitalisation

Performance :
• Favoriser la gradation des soins
• Adéquation des situations aux prises en charge.
• Renforcer la fluidité des filières (retour à domicile ,HAD ,SSR)

Traitement du cancer

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le parcours de santé en traitement du cancer suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention : Développer la prévention et le dépistage

- Lutter contre le tabac adolescents et adultes (notamment chez les femmes)
- Prévenir et dépister les cancers professionnels et environnementaux
- S'attacher au repérage des facteurs environnementaux dont professionnels dans le diagnostic des cancers
- Améliorer la participation aux campagnes de dépistage organisé

2- Premiers recours & Médico-social :

- Mieux intégrer le médecin traitant et les différents professionnels de santé libéraux dans le parcours de soins par une meilleure coordination ville hôpital en phases inter-hospitalières et pour le suivi post hospitalier
- Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et coordonné
- Renforcer les liens avec les EHPAD, les SSIAD
- Faire intervenir les HAD en EHPAD
- Etre attentif au suivi social : accompagnement durant et dans l'après maladie, accès au prêt, réinsertion professionnelle,

Liaisons principales avec d'autres volets :
chirurgie, imagerie, médecine

Traitement du cancer - Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
• Animer les dispositifs mis en place par le plan cancer 1, promouvoir leur rôle respectif	Evaluation des 3 C et du réseau régional : exhaustivité des RCP. Nombre de RCP de recours.
	Part des séjours de médecine en hospitalisation de jour Part de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements associés.
• Garantir le respect des référentiels nationaux (bonnes pratiques et bon usage des molécules onéreuses • Respect des référentiels HAS-INCa et régionaux	Audits des pratiques professionnelles
• Améliorer l'accompagnement des malades pendant et après la maladie	Coordination infirmière et suivi social
• Développer l'accès aux soins innovants , aux plateformes de génétique moléculaire et à l'oncogénétique • Mettre en place une RCP de recours régional en oncogériatrie / et une RCP de recours interregional en oncopédiatrie	Taux de malades intégrés dans un essai thérapeutique. Bilan d'activité des consultations d'oncogénétique et des laboratoires de génétique moléculaire. Taux de patients bénéficiant d 'une RCP interrégionale.
Renforcer les interventions des HAD	Part des séjours en HAD pour des traitement de chimiothérapie
Renforcer la prévention primaire, les taux de participation aux dépistage organisés • Mieux articuler dépistage et prise en charge • Améliorer la reconnaissance des cancers professionnels	Taux de participation Taux de reconnaissance de cancer professionnels par la consultation régionale de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP) au CHU de Montpellier
• Intégrer le médecin traitant et les professionnels de santé libéraux dans le parcours de soin	Place du Médecin traitant lors du dispositif d'annonce : nombre de fiches de consultation d'annonce adressées au médecin traitant

Traitement du cancer - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé	Implantations			Créations / suppressions
Aude	Chirurgie	Mammaire	Carcassonne (2) Narbonne (1)	
		Digestive	Carcassonne (2) Narbonne (2)	
		Urologique	Carcassonne (1) Narbonne (1)	
		Gynéco	Carcassonne (2) Narbonne (2)	+1 (Narbonne)
		ORL	Carcassonne (1) Narbonne (1)	
		Thoracique	Carcassonne (1)	
	Chimiothérapie		Carcassonne (2) Narbonne (2)	
	Radiothérapie externe		Carcassonne (1)	
Gard	Chirurgie	Mammaire	Nîmes (3) Bagnols (1) Alès (2)	
		Digestive	Nîmes (3) Bagnols (1) Alès (2)	
		Urologique	Nîmes (3) Bagnols (1) Alès (1)	+ 1 (Bagnols). Regroupement des implantations urologique et mammaire
		Gynéco	Nîmes (3) Alès (1)	
		ORL	Nîmes (2) Alès (1)	
		Thoracique	Nîmes (2) Alès (1)	
	Chimiothérapie		Nîmes (2) Bagnols (1) Alès (2)	
	Radiothérapie externe		Nîmes (1)	
	Sources non scellées		Nîmes (1)	
Hérault	Chirurgie	Mammaire	Montpellier (4) Sète (1) Béziers (2)	- 2 (Boujan s/Libron et Ganges)
		Digestive	Montpellier (6) Castelnau (1) Ganges (1) Sète (2) Béziers(2) Boujan s/Libron (1)	
		Urologique	Montpellier (3) Castelnau (1) Ganges (1) Sète (1) Boujan s/Libron (1)	
		Gynéco	Montpellier (5) Sète (1) Béziers (2)	
		ORL	Montpellier (4) Castelnau (1) Béziers (1) Colombiers (1)	
		Thoracique	Montpellier (2) Castelnau (1) Béziers (1) Boujan s/Libron (1)	
	Chimiothérapie		Montpellier (4) Castelnau (1) Sète (1) Béziers (2) Boujan s/Libron (1)	
	Radiothérapie externe		Montpellier (2) Béziers (1) / **curiethérapie** : Montpellier (2)	
	Sources non scellées		Montpellier (2)	
Lozère	Chirurgie	Digestive	Mende (1)	
	Chimiothérapie		Mende (1)	
	Radiothérapie		0	
PO	Chirurgie	Mammaire	Perpignan (2)	- 1 (Perpignan)
		Digestive	Perpignan (3) Cabestany (1) Prades (1)	
		Urologique	Perpignan (1) Cabestany (1)	
		Gynéco	Perpignan (2)	-1 (Perpignan)
		ORL	Perpignan (2) Cabestany (1)	
		Thoracique	Perpignan (2)	
	Chimiothérapie		Perpignan (2)	
	Radiothérapie externe		Perpignan (1)	
	Sources non scellées		Perpignan (1)	

Traitement du cancer - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Coopération des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Renforcer l'animation des 3 C des territoires par le réseau régional et positionner le pôle régional dans la gradation des soins.
- Renforcer la coordination ville-hôpital (HAD, médecins, infirmiers et pharmaciens libéraux)

ANNEXE

Traitement du cancer

Diagnostic

Retour au sommaire

Traitement du cancer

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de santé sur les territoires

La région LR est dotée :

4 de dispositifs de prévention diversifiés à mieux coordonner

4 de 4 structures pour le dépistage organisé des cancers

4 de 32 établissements de santé autorisés pour la chirurgie des cancers , 21 pour la chimiothérapie .
6 établissements (ou cabinets libéraux) ont une autorisation d'activité en radiothérapie, 2 en curiethérapie et 4 pour une utilisation de radioéléments en sources non scellées

4 Le réseau régional ONCO-LR coordonne et anime les 3 C (Centres de Coordination en Cancérologie) des territoires.

4 Les 3 C existent dans chaque territoire.

Eléments de diagnostic régional

DONNEES DE CADRAGE le cancer représente depuis 2004 la 1ère cause de mortalité en France. Toutefois, grâce à une meilleure prévention, au dépistage plus précoce, à des soins plus efficaces, la mortalité baisse . La prévention reste un enjeu majeur.

4 La région Languedoc Roussillon enregistre 16 000 nouveaux cas de cancer par an, en progression constante d'une année sur l'autre . La région n'est pas particulièrement touchée comparativement aux autres régions.

ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :

- **CHIRURGIE : Le tableau ci dessous présente le nombre de séjours hospitaliers réalisés par les établissements de santé de la région entre 2007 et 2010 :** le nombre d'actes progresse de 241 séjours entre 2007 et 2009 (2,2 %)

	Chirurgie mammaire	Chirurgie digestive	Chirurgie urologique	Chirurgie gynécologique	Chirurgie ORL	Chirurgie Thoracique
2007	3140	2843	2109	837	897	816
2009	3225	2931	1910	897	964	956
	+ 85	+ 88	- 199	+ 60	+ 67	+ 140
2010	3356	3105	1824	855	1047	942

- **CHIMIOTHERAPIE :**
L'activité de chimiothérapie progresse . La recomposition des unités de reconstitution Centralisée des chimiothérapies anticancéreuses est engagée Dans les territoires de la région

	Séjours	Séances
2007	12 020	72 035
2009	11 055	83 574 (+16%)

- **RADIOTHERAPIE** : l'activité est marquée par une réorganisation des centres de Radiothérapie, regroupés en plateau technique d'au moins 2 accélérateurs.

Il existe un registre des Tumeurs de l'Hérault.

Prévention :
La région Languedoc-Roussillon est une région dynamique en matière de prévention et d'éducation à la santé.

Dépistage

Le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colo-rectal est déployé sur l'ensemble des territoires de la région. Les taux de participation régionaux pour le sein sont bons .Ils doivent être améliorés pour le cancer colo-rectal.

Traitement du cancer - Activité en LR

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Etude des séjours hospitaliers par la « consommation » entre les années 2007 et 2009 des patients domiciliés dans la région

Ä **Chirurgie carcinologique** :

• Les taux de recours standardisés en chirurgie du cancer en 2009, c'est-à-dire le nombre de séjours hospitaliers (pour 10 000 habitants, séjours chirurgicaux avec Diagnostic principal de cancer) ajusté sur l'âge sont les suivants : taux moyen régional à 68,6 (variation selon les territoires de santé de 51,7 à 75) pour un taux médian national à 65,7.

• Ci-dessous le nombre de ces séjours :

	Lozère		Gard		Hérault		Aude		PO		Progression
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Chirurgie mammaire	90	78	932	834	1206	1292	409	405	552	581	**+1**
Chirurgie digestive	71	67	772	771	992	1056	379	436	532	508	**+92**
Chirurgie urologique	68	64	597	468	746	781	273	252	466	402	**- 183**
Chirurgie gynécologique	29	21	251	276	307	347	108	141	151	132	**+ 71**
Chirurgie ORL	22	24	221	281	355	326	121	143	176	198	**+77**
Chirurgie thoracique	20	21	256	280	342	420	79	107	126	159	**+ 164**
TOTAL	300	275	3029	2910	3948	4222	1369	1484	2003	1980	
Chimiothérapie	1301 Séances	2036 Séances	18983 Séances	20255 Séances	28223 Séances	33421 Séances	12268 séances	14270 séances	12906 Séances	15450 Séances	

Pour les 6 groupes de chirurgie carcinologique, le nombre de séjours passe de 10649 en 2007 à 10871 en 2009 soit une augmentation de 2,8 %

Ä **Séances de chimiothérapie** : sur la même période, le nombre de séances passe de 73681 à 87468 soit une augmentation de 18,7%.

Traitement du cancer

AUDE

Les établissements et centres de santé autorisés pour le traitement du cancer sur le territoire

	CH Carcassonne	Clinique Montréal	CH Narbonne	Clinique Languedoc	Clinique Genêts
Radiothérapie	x				
Chimiothérapie	x	x	x	x	
Chirurgie mammaire	x	x		x	
Chirurgie digestive	x	x	x	x	
Chirurgie urologique		x		x	
Chirurgie gynécologique	x	x	x	x	
Chirurgie ORL	x			x	
Chirurgie Thoracique		x			

- Le territoire dispose de 2 centres de coordination en cancérologie communs public – privé :
  - Le 3 C de Narbonne – Lézignan
  - Le 3 C de Carcassonne

Données d'activité et points de vigilance

- Chirurgie :

- Les équipes narbonnaises doivent renforcer leur coopération

- Radiothérapie :

La couverture en radiothérapie du territoire repose sur

- le CH de Carcassonne pour l'Ouest Audois
- les centres de Béziers, Perpignan, ou le CRLC pour l'Est Audois

- Chimiothérapie :
  - Dans l'Aude, le nombre de séjours hospitaliers pour traitement par chimiothérapie a doublé entre 2006 et 2009. Le nombre de séances a augmenté de 19 %, lié à un développement important de cette activité par un établissement de Carcassonne : de 18 séjours et 2360 séances en 2006 , il passe à 475 séjours et 3479 séances en 2009.

Ø La progression est plus modérée à Narbonne, 8 %.

Traitement du cancer

GARD

Offre de soins sur le territoire

	Chu Nîmes	GCS IGOR	Franciscaines	KENVAL Kennedy	Grand Sud	CH Bagnols	CH Alès	Bonnefon	KENVAL Valdegour
Radiothérapie		x							
Chimiothérapie	x					x	x	x	x
Chirurgie mammaire	x			x	x	x	x	x	
Chirurgie digestive	x			x	x	x	x	x	
Chirurgie urologique	x			x	x			x	
Chirurgie gynécologique	x			x	x			x	
Chirurgie ORL	x				x			x	
Chirurgie Thoracique	x		x					x	

- Le territoire dispose de 3 centres de coordination en cancérologie :
  1 commun aux établissements de santé privés et au centre de radiothérapie libéral à Nîmes
  1 commun aux établissements publics et privés à Alès
  1 interne au CHU de Nîmes

Données d'activité et points de vigilance

Radiothérapie :

- Le regroupement des 2 plateaux gardois de radiothérapie s'organise sur le site du CHU : plateau de 4 accélérateurs.

Chirurgie :

- les séjours sont en légère progression sauf pour le cancer du sein
- Le territoire assure une autarcie variant de 51 % (sein) à 78 % (urologie)
- Quelques établissements vont être conduit à cesser certaines activités soit qu'ils n'atteignent pas les seuils ou ne valident pas les critères INCA. D'autres sont incités à regrouper la pratique sur 1 site.

Chimiothérapie :

- Les besoins en séances de chimiothérapie progressent de 14 % entre 2006 et 2009 avec une progression de la production des séances de chimiothérapie de 10 % sur la même période
- Le niveau d'autarcie est stationnaire à 68 %. Les fuites se font vers Montpellier (20%) ou Avignon (10%).
- L'offre de chimiothérapie doit être réorganisée à Alès.

Traitement du cancer

HERAULT

Offre de soins sur le territoire

	CHU Montpellier	CRLC	Millénaire	Clémenville	St Roch	St Jean	Beausoleil	Parc	St Louis	CHIBT	Ste Thérèse	CH Béziers	Dr Causse	Champeau	St Privat	ONCODOC
Radiothérapie		x		x												x
Chimiothérapie	x	x		x	x			x		x		x		x	x	
Chirurgie mammaire	x	x		x	x				x		x	x		x	x	
Chirurgie digestive	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x	x	
Chirurgie urologique	x		x				x	x	x	x					x	
Chirurgie gynécologique	x	x	x	x			x			x		x		x		
Chirurgie ORL	x			x		x	x	x				x	x			
Chirurgie Thoracique	x			x				x				x			x	

- Le territoire comporte 4 centres de coordination en cancérologie
  - 1 interne au CRLC
  - 1 interne au CHU de Montpellier
  - 1 privé regroupant les établissements de Montpellier et de Castelnau, la clinique Ste Thérèse de Sète et St Louis de Ganges ainsi que le centre regroupé de radiothérapie libérale de Montpellier : GCS Centre de cancérologie du Grand Montpellier.
  - 1 commun aux établissements public-privé Béziers

Données d'activité et points de vigilance

Le territoire dispose est très autarcique surtout dans sa partie orientale

Radiothérapie :

- Regroupement de la radiothérapie libérale montpelliéraine sur le site de la clinique Clémentville
- Le centre libéral de Béziers est renforcé par un oncologue de Narbonne

Chirurgie :

- Plusieurs établissements de ce territoire vont être conduit à cesser certaines activités soit qu'ils n'atteignent pas les seuils ou ne valident pas les critères INCa

Chimiothérapie :

- l'analyse de la production montre une progression des séances de 24 % de 2007 à 2009
- La consommation, étudiée à partir du nombre de séances progresse sur cette période de 18 %

Radioéléments en source non scellée :

Le CRLC est le seul site d'irathérapie

Traitement du cancer

LOZERE

Offre de soins sur le territoire

- Pas d'offre de radiothérapie
- Le CH de Mende a une autorisation de chirurgie des cancers digestifs
- Le CH a organisé un 3 C avec l'appui des praticiens du CRLC
- Le CH dispose d'une autorisation de chimiothérapie

Données d'activité et points de vigilance

Un nombre non négligeable de malades se font soigner en dehors de la région et selon leur lieu de résidence vont vers Clermont-Ferrand, Millau ou Le Puy.

Chirurgie :

- Les besoins apparaissent stables entre 2006 et 2009 pour la chirurgie mammaire et gynécologique

  sur la même période, les besoins en chirurgie des cancers urologiques progressent et les besoins de chirurgie ORL et thoracique diminuent

  Le territoire maintient son autarcie en chirurgie des cancers digestifs, seule autorisation en chirurgie carcinologique.

Chimiothérapie :

- La consommation analysée en terme de nombre de séances de chimiothérapie progresse de 61 % entre 2007 et 2009 avec des fuites plus importantes vers Montpellier ou Clermont-Ferrand,
- La productivité du CH de Mende évaluée sur le nombre de séances progresse de 9% entre 2007 et 2009.

Traitement du cancer

PYRENEES ORIENTALES

Offre de soins sur le territoire

	CH Perpignan	coradix St Pierre	Cl St Pierre	St Roch Médipôle	Mutualiste catalane	GCS ORL	St Michel
Radiothérapie		x					
Chimiothérapie	x		x				
Chirurgie mammaire	x		x		x		
Chirurgie Digestive	x		x	x	x		x
Chirurgie Urologique	x			x			
Chirurgie Gynécologique	x		x		x		
Chirurgie ORL			x	x		x	
Chirurgie Thoracique	x		x				

- Le territoire dispose d'un centre de coordination en cancérologie qui regroupe l'ensemble des acteurs de soins en cancérologie : ONCO-PO

Données d'activité et points de vigilance

Radiothérapie :

- Le centre libéral de radiothérapie à Perpignan dispose de 3 accélérateurs de particules

Chirurgie :

- On note entre 2007 et 2009 une progression des besoins en chirurgie mammaire, digestive, ORL et surtout thoracique et une baisse des besoins en chirurgie des tumeurs urologiques et gynécologiques.
- L'autarcie s'améliore sur l'ensemble des activités chirurgicales.

Chimiothérapie :

- La consommation, évaluée en nombre de séances progresse de 41 % entre 2006 et 2009, l'autarcie passant de 83 % à 87 %.
- Sur la même période, la production des établissements, exprimée en séances progresse de 48 %.

Médecine

Retour au sommaire

Médecine

Dans le cadre de cette thématique, ont été étudiées les activités de médecine générale/polyvalente et de spécialités avec un focus particulier sur la Pédiatrie, ainsi que l'hospitalisation à temps partiel et l'hospitalisation à domicile. Les autres activités médicales sont examinées dans des parties spécifiques du schéma.

Sur le principe, il paraît nécessaire de structurer l'offre en médecine polyvalente ainsi que l'accès aux soins par une gradation des plateaux techniques et l'organisation de la permanence des soins.

La région Languedoc-Roussillon est dotée d'une offre importante d'établissements. L'activité de médecine est réalisée principalement dans les établissements de santé publics (80 %). Globalement l'activité régionale est supérieure de 8 % à l'activité médiane nationale.

Par rapport au SROS III, les analyses ont démontré une progression du taux d'autarcie des territoires y compris en Lozère, ce qui est en adéquation avec les objectifs fixés à l'époque, ainsi qu'un développement de l'hospitalisation de jour.

Aujourd'hui, les principales difficultés mises en évidence lors de la phase de diagnostic et de concertation avec les professionnels portent :

- Sur la fragilité de la démographie médicale des omnipraticiens sur certaines zones géographiques (Lozère et nord du Gard notamment), sur la fragilité des spécialités en Lozère (neurologie et endocrino métabolisme notamment) et sur la fragilité régionale de certaines spécialités du fait de la part des praticiens âgés de plus de 60 ans (pathologies Neuro Vasculaires, Neurologie et Pédiatrie pour des médecins exerçant une activité mixte libérale et salariée et Pédiatrie pour des médecins exerçant sous mode libéral exclusif).
- Sur la consommation des endoscopies (techniques interventionnelles) et des séances, dont les taux de recours montrent une surconsommation par rapport aux médianes nationales,
- Sur la iatrogénie médicamenteuse, qu'il convient de limiter dans le cadre d'une coopération entre médecine hospitalière et médecine de ville,
- Sur la présence d'hospitalisations itératives, notamment par les urgences, domaine nécessitant d'importants efforts de rationalisation. A cet égard, l'une des questions fondamentales porte sur l'organisation de l'accueil direct des personnes âgées dans les services, le fait de transiter par les urgences paraissant inefficient.

Une attention particulière a été portée sur les établissements disposant de moins de 20 lits de médecine (ex-hôpitaux locaux, cliniques et Centres Hospitaliers isolés). Pour mémoire, la même étude a été menée sur les établissements de moins de 30 lits de Soins de Suite et de Réadaptation.

Les services de médecine à l'hôpital local, aujourd'hui CH de proximité, favorisent le maintien et le retour à domicile de la population d'un bassin de vie. Le médecin généraliste a notamment recours à ce service lorsque l'état du patient requiert des soins relevant d'une prise en charge hospitalière.

Ces établissements sont les lieux où s'exerce une médecine polyvalente d'orientation et de premiers recours qui permet notamment d'assurer la surveillance et la mise en route de traitements, de dispenser des soins de proximité aux personnes âgées, de réaliser des bilans notamment gériatriques et des diagnostics, de constituer des antennes de l'Hospitalisation à Domicile. Ils constituent par ailleurs le lieu de développement des consultations avancées de spécialistes avec le concours d'autres établissements de santé ou de l'offre libérale, ces consultations pouvant être ouvertes à des patients non hospitalisés dans l'établissement. Ces services, doivent donc constituer des supports de coordination, un ancrage pour la médecine libérale et un relais en amont et en aval des courts séjours gériatriques, et développer d'une manière générale une médecine plus active.

Une analyse de ces établissements a été réalisée afin de vérifier l'impact de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), dans un esprit de transversalité du parcours de santé et d'approche territoriale.

Cette étude s'est appuyée sur l'analyse du positionnement de chaque établissement en réponse aux besoins de proximité en prenant en compte :
- la viabilité économique en système de financement T2A, l'activité en volume, le type de pathologies prises en charge, le taux d'attractivité, le taux de fuite,
- La nature du service rendu,
- les parts de marchés, l'environnement concurrentiel,
- les temps d'accès aux établissements de santé les plus proches.

Suite à cette analyse qui a démontré des difficultés liées à la faiblesse de certains taux d'occupation, à des Durées Moyennes de Séjour excessives et aux inadéquations de patients qui paraissent relever plutôt de Soins de Suite, et après prise en considération des difficultés financières potentielles à venir dans le cadre du passage à la tarification à l'activité, il est apparu que l'offre de médecine serait à réorienter dans trois structures.

Ainsi, un lien particulier a été établi entre la médecine et les Soins de Suite et de Réadaptation afin de proposer une offre de soins adaptée sur les territoires avec le maintien d'une offre sanitaire dans les petites structures.

Le SROS préconise par ailleurs un renforcement des alternatives à l'hospitalisation, par substitution de l'Hospitalisation Complète. Toutefois, un certain nombre d'implantations d'Hospitalisation de jour qui n'étaient dédiées qu'à l'activité de chimiothérapie ne sont pas renouvelées dans la mesure où les établissements bénéficient désormais d'une autorisation spécifique de traitement des cancers.

Au plan général, l'amélioration de la prise en charge en médecine reposera sur la mise en place de procédures organisationnelles et de complémentarités entre les établissements (médecine et Soins de Suite et de Réadaptation) ainsi qu'avec les structures du secteur Médico Social et la médecine ambulatoire, afin de fluidifier les prises en charge.

S'agissant de ce dernier secteur, les liens devront être resserrés avec les structures de court séjour de médecine dans les domaines de la relation ville-hôpital, notamment dans le cadre de la régulation libérale (permanence des soins), de la préparation du retour à domicile, de l'Hospitalisation à Domicile, de l'inscription dans l'action des réseaux de proximité, du partage de l'éducation thérapeutique mise en œuvre lors du séjour hospitalier et de l'appui à la télémédecine.

Une telle organisation devrait concourir à l'évitabilité de l'hospitalisation et des réhospitalisations, en lien si nécessaire avec la mise en place de plates formes de services.

A cet égard, seule la prise en compte efficiente des transversalités permettra de répondre efficacement à l'enjeu de santé publique que constitue la prise en charge des personnes âgées. C'est pourquoi l'ARS a développé une politique générale à l'attention de cette population dans un document spécifique intitulé « parcours ».

Les diagnostics posés ont conduit aux décisions d'implantations inscrites dans ce schéma.

Médecine

Orientations

Médecine

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Un taux de recours régional supérieur de 8 % au taux médian national et qui concerne particulièrement les endoscopies et les séances,
- Un taux d'autarcie en amélioration dans tous les territoires,
- Une activité de médecine à 80% dans les établissements publics,
- L'étude des Affections de Longue Durée montre un positionnement régional dans le dernier quartile national pour : maladie d'Alzheimer, maladies de l'appareil génito-urinaire (dont maladies rénales), maladies de l'appareil respiratoire, maladies infectieuses et parasitaires
- Concernant la santé de l'enfant et de l'adolescent, des prises en charge à améliorer en terme d'accessibilité et de coordination.

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :	Maintenir dans chaque territoire une filière de prise en charge gériatrique Développer les consultations avancées Développer l'accès aux soins innovants Organiser l'accès à l'éducation thérapeutique, notamment en pédiatrie, en prenant en compte l'entourage de l'enfant En pédiatrie, améliorer l'accès précoce au repérage et à une prise en charge globale Rendre lisible le maillage régional en consultation et/ou une consultation ou un centre identifié en tant qu'acteur de la prise en charge de la douleur chronique
Qualité- Sécurité :	Lutter contre les infections liées aux soins Associer les patients à leur prise en charge
Evitabilité :	Prévenir la iatrogénie. Encourager la vaccination. Eviter le passage des personnes âgées par les urgences. Développer les prises en charge sous forme d'alternative à l'hospitalisation (HTP et HAD)
Performance :	Respecter la gradation des soins Favoriser les alternatives à l'hospitalisation Assurer la continuité du parcours de santé de l'enfant entre la période périnatale et la petite enfance et entre la période enfance, adolescence et adulte pour permettre un parcours de vie sans rupture Organiser la précocité des processus de diagnostic et de prise en charge

Focus issu du PSRS : Cancer, AVC, IRC, VIH, obésité, vaccinations, addictions, personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Médecine

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en médecine suppose des articulations entre le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention :

• Développer les liens avec les associations de malades.
• Assurer l'accès à l'éducation thérapeutique, y compris en pédiatrie dans un cadre spécifique aux enfants ou partagé avec les adultes.
• En pédiatrie notamment :
– Participer aux actions de prévention (nutrition / obésité / surpoids, asthme, usage de substances psycho actives, ...).
– En matière de surpoids et d'obésité, prévenir leur survenue, les complications liées aux formes graves et les complications différées rencontrées à l'âge adulte.
– Améliorer la place des parents dans les processus de prise en charge et développer le soutien à la Parentalité.
– Prévenir par la vaccination les hospitalisations des pathologies infectieuses.
– Prévenir les ruptures de scolarisation, les ruptures familiales, et les processus de désinsertion sociale précoce, en identifiant précocement les signaux d'alerte et en organisant des prises en charges pluridisciplinaires, en lien avec le médecin traitant.
– En matière de santé mentale des adolescents, participer à la prévention primaire, se coordonner avec les dispositifs d'écoute (maison des adolescents).

2- Premiers recours & Médico-social :

•Développer des soins coordonnés pour les personnes atteintes de maladies chroniques en renforçant les lien hôpital/ville et par le biais du Dossier Médical Partagé.

•Eviter le recours à l'hospitalier (pour les personnes âgées), à condition de sécuriser le domicile

•Fluidifier le parcours du patient (**Inter-hospitalier)** et notamment celui des personnes âgées par une meilleure gestion de l'amont (urgences) et l'aval de l'hospitalisation (SSR, domicile, EHPAD)

•Renforcer les liens entre les services d'Urgences et la PDSES.

• Respecter la gradation des soins

Liaisons principales avec d'autres volets :
Urgences, Périnatalité, Génétique, SSR, SLD, Réanimation, Santé mentale.

Médecine – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
• Diminuer le taux de recours régional (consommation) par : – Une identification des acteurs concernés par l'activité – Un dialogue médicalisé sur les causes – Une utilisation éventuelle de la MSAP (sur la base des référentiels HAS) – L'amélioration de la coordination entre médecine hospitalière et médecine libérale – La concrétisation de projets médicaux de territoire coordonnés	Taux de recours selon modalités DGOS
• Expérimenter la mise en place de plateformes de coordination en lien avec les « petites structures » en zone rurale, un gestionnaire de cas organisant la prise en charge de la personne âgée vers la structure la plus adaptée au regard de sa pathologie (médecins libéraux, SSIAD, HAD, EHPAD, structures sanitaires). • Développer les équipes mobiles de gériatrie.	
• Créer des places d'alternatives à l'hospitalisation, par substitution, y compris l'HAD, voire externalisation d'actes hospitaliers.	Evolution du nombre de places d'alternatives à l'hospitalisation, évolution des prises en charge dans ces places

Médecine – Objectifs opérationnels

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
En pédiatrie :	
ü Développer l'éducation thérapeutique sur nutrition / obésité / surpoids, asthme, …	• Nombre de programmes d'ETP autorisés • Nombre de patients inclus dans chaque programme d'ETP
ü Mobiliser les équipes sur les enjeux de la vaccination et du rattrapage du calendrier vaccinal chez l'adolescent ü Dans les situations cliniques complexes, améliorer la lisibilité des filières de prises en charges, développer des plates formes mutualisées d'évaluation et d'orientation, renforcer les coordinations entre les prises en charge spécialisées, organiser une prise en charge globale coordonnée avec les professionnels de santé du premier recours, les secteurs, social, médico- social et avec l'Education Nationale. Cet objectif concerne les établissements les plus importants , particulièrement le CHU de Montpellier ü Développer avec les services de pédiatrie des établissements une offre permettant de mettre en œuvre un bilan pluridisciplinaire en matière de prise en charge du surpoids et de l'obésité ü Par territoire de santé, définir un établissement en capacité de mettre en œuvre une prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité de l'enfant, conformément aux référentiels ü Identifier un centre spécialisé régional pour la prise en charge de l'obésité sévère ü optimiser le potentiel d e développement de l'enfant et Organiser la continuité du Parcours de vie Périnatalité / petite enfance / enfance : – Organiser le dépistage, le diagnostic et l'accès à une prise en charge précoce des surdités néonatales (cf lien chapitre périnatalité) – Poursuivre la mise en place du suivi des enfants susceptibles de présenter des troubles du développement suite à des situations à risque périnatal (prématurité, hypotrophie,..) (cf chapitre périnatalité). – Organiser la continuité du suivi des situations de vulnérabilité psychique identifiées lors de la période Périnatale. – Améliorer le diagnostic précoce, la prise en charge globale des enfants présentant des troubles envahissants du développement (TED/autisme) (déclinaison du plan autisme) par la mise en place d'équipes territorialisées venant en appui des dispositifs existants. – Améliorer le diagnostic précoce et la prise en charge des enfants présentant des anomalies du développement et des syndromes malformatifs complexes (cf chapitre génétique et déclinaison régionale du plan maladies rares). – Organiser le repérage, le diagnostic précoce, la prise en charge globale des enfants présentant des troubles de l'acquisition du langage oral et écrit, des dyspraxies, en améliorant l'accès aux bilans pluridisciplinaires et en inscrivant le centre de référence régional dans une fonction d'animation d'un réseau régional. ü Parcours de vie Enfance / adolescence / jeune adulte : identifier les situations à risque avec risque de rupture et organiser des prises en charges pluridisciplinaires, organiser les liens avec le médecin traitant, le secteur social, éducatif ou médico-social	

Médecine - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé		Implantations[7]	Créations / suppressions
Aude	HC	Carcassonne (2) Limoux (1) Quillan (1) Castelnaudary (1) Narbonne (2) Lézignan (1)	+ 1 Quillan[2], - 1 Narbonne[3]
	HTP[1]	Carcassonne (1) Narbonne (2) Lézignan (1)	
	HAD	Lézignan (1) Narbonne (1) Carcassonne (1 avec antenne à Limoux et Castelnaudary)	- 2 (non attribuées)
Gard[5]*	HC	Nîmes (4) Uzès (1) Bagnols s/Cèze (1) Alès (2) Ponteils (1) Le Vigan (1)	- 3 (Pont St Esprit, Beaucaire et 1 non allouée) + 1 Le Vigan [4]
	HTP[1]	Nîmes (2) Bagnols (1) Ponteils (1) Alès (1)	
	HAD	Alès (2) Nîmes (3) Bagnols s/Cèze (1)	
Hérault*	HC	Montpellier (7) Clermont l'Hérault (1) Lunel (1) Castelnau-le-Lez (2) Lodève (1) Ganges (1) Béziers (2) Pézenas (2) Boujan s/Libron (1) Agde (1) Sète (1) Bédarieux (1)	- 4 (St Pons, Bédarieux, Le Vigan[4], Palavas)
	HTP[1]	Montpellier (5) Castelnau le Lez (1) Palavas (1) Béziers (1) Agde (1) Sète (1)	
	HAD	Montpellier (3 dont 1 avec antenne à Ganges et 1 avec antenne à Lodève) Lamalou (1) Pézenas (1) Béziers (1) Sète (1)	
Lozère	HC	Mende (1) Florac (1) Langogne (1) Marvejols (2) Saint Chély d'Apcher (1)	
	HTP[1]	Marvejols (1) Mende (1)	+ 1 Mende
	HAD	Mende (1)	
PO[6]	HC	Perpignan (3) Cabestany (1) Céret (1) Prades (2) Err (1)	
	HTP[1]	Perpignan (1) Cabestany (1)	
	HAD	Perpignan (1 avec antenne à Prades) Cabestany (1 avec antenne à Céret)	

** Chaque CHU est considéré comme un seul site*

(1) Hors autorisations de traitement du cancer selon la modalité chimiothérapie(cf. partie spécifique du SROS).
(2) Prise en compte de l'antenne autorisée du CH de Limoux.
(3) Prise en compte de la fusion et du regroupement des cliniques « Le Languedoc » et « Les Genêts » à Narbonne.
(4) Prise en compte des nouveaux territoires de santé
(5) Site Beaucaire de l'hôpital « Portes de Camargue » pour mémoire
(6) Site de Puigcerdá pour mémoire. L'offre hospitalière du GECT répondra aux besoins de la population française du plateau cerdan.
(7) 2 CHU, 8 CH et 1 établissement privé (ESPIC) sont impliqués dans les prises en charge médicales de pédiatrie

Médecine - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Techniques peu invasives ou interventionnelles

Ces actes peuvent être réalisés dans des établissements de santé autorisés en médecine ou en chirurgie. La mutualisation des plateaux techniques est encouragée lorsque l'établissement est autorisé à exercer ces 2 activités de soins.

Les sites de médecine ou de chirurgie où sont réalisés des actes techniques de médecine avec anesthésie générale ou locorégionale - secteur interventionnel - **sont mentionnés ci-dessous à titre indicatif :**

Aude : Carcassonne (2), Narbonne (2), Castelnaudary (1), Lézignan (1).
Gard : Nîmes (4), Alès (2), Bagnols (2), Les Angles (1).
Hérault : Montpellier (7), Castelnau-le-Lez (1), Béziers (4), Sète (2), Ganges (1), Pézenas (1), Bédarieux (1), Lunel (1).
Lozère : Mende (1), Marvejols (1).
Pyrénées Orientales : Perpignan (4), Céret (1), Prades (1), Cabestany (1).

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

CH et Ex-Hôpitaux locaux pour la mise en œuvre de consultations avancées.

CH Lunel et clinique Via Domitia à Lunel (GCS).

Rapprochement de la clinique de Marvejols et du CH de Marvejols, à rechercher.

CH Mende et Clinique de Marvejols.

Structures de médecine et SSR pour fluidifier les filières.

ANNEXE

Médecine

Diagnostic

Retour au sommaire

Médecine

Offre de soins sur le territoire de santé

33 établissements publics

26 établissements privés

Eléments de diagnostic régional

- Le taux de recours régional est supérieur de 8% au taux médian national (soit un total d'environ 26 000 séjours)
- Il est particulièrement élevé pour les endoscopies et les séances
- 80% de l'activité de médecine est réalisée dans le public
- 85% de l'activité d'endoscopies est réalisée dans le secteur privé ex-OQN

Evolution activité 2007/2009 (HC et HTP)

Douleur chronique Soins Palliatifs : + 26,66 %

Système nerveux : + 13,67% hors cathétérismes Diagnostiques et interventionnels

Endocrinologie :+ 10,08 %

Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels : + 7,88%

Digestif : + 6,57%

Pneumologie : + 4,44%

Tissu cutané et tissu sous cutané : - 8,72%

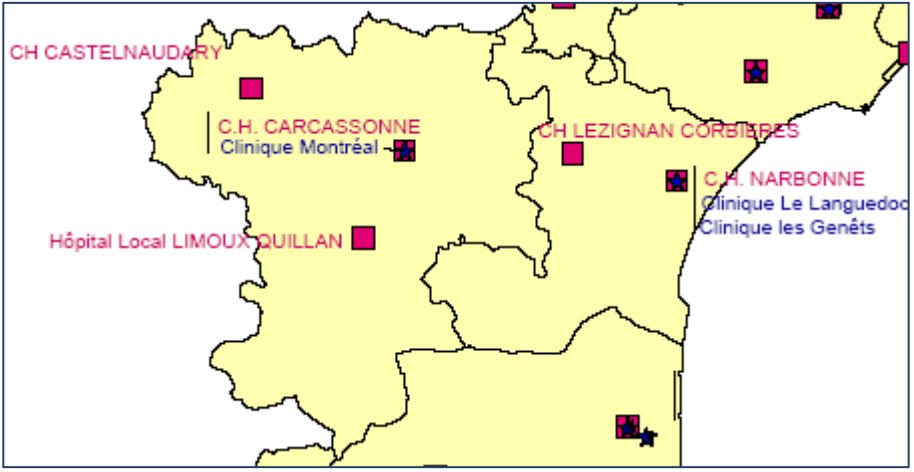
Rhumatologie : - 8,02 %

Points de vigilance

- Le taux d'autarcie tend à s'améliorer sur l'ensemble des territoires.
- Le nombre de séances de chimiothérapie pour des affections non tumorales progresse de manière marquante
- S'agissant des OQOS, sur 5 territoires analysés,
  . 2 affichent une activité équivalente aux OQOS contractualisés, il s'agit de l'Aude et de la Lozère
  . 3 affichent une activité réalisée très supérieure aux OQOS contractualisés, il s'agit du Gard, de l'Hérault et des Pyrénées Orientales
- Les établissements à petites capacités constituent un point de fragilité

Médecine

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité

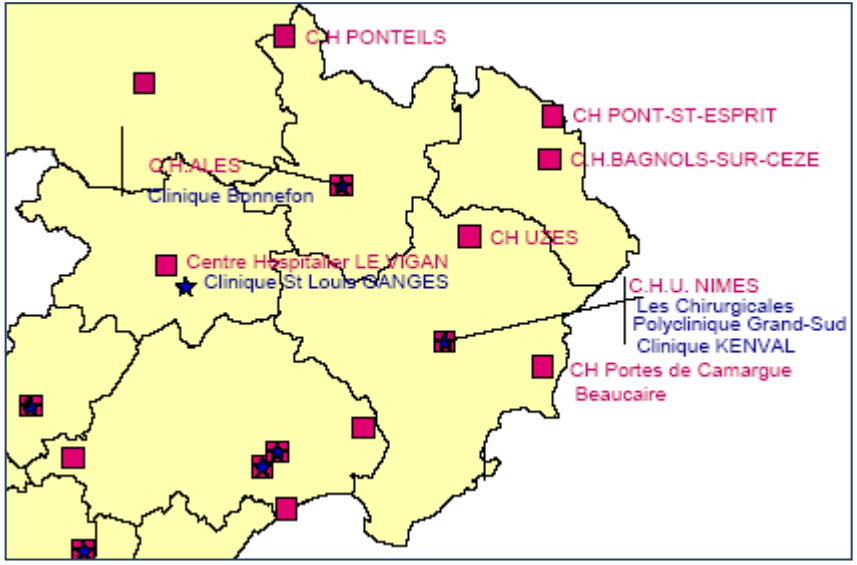
- Le département enregistre une forte progression d'activité en digestif, système nerveux, ophtalmologie, pneumologie.
- La progression de la consommation est supérieure à la progression de la population

Points de vigilance

- Il y a une surconsommation nette en endoscopies accompagnée d'une forte progression de l'activité
- Cette surconsommation touche les séjours de « une nuit et plus »
- Le taux de recours est supérieur au taux régional et national (il est de +23% sur Narbonne / Lézignan, soit + 4 500 séjours) et concerne plus particulièrement les activités suivantes :
    - à Carcassonne, l'hépato-gastroentérologie, la rhumatologie, la neurologie médicale, l'uro-néphrologie médicale.
    - à Narbonne : la rhumatologie, la cardiologie, la médecine vasculaire, la pneumologie, la diabèto- endocrinologie, l'addictologie et notamment les séances en alcoologie.
    - Le taux d'autarcie tend à s'améliorer depuis 2002
    - L'activité réalisée est équivalente à celle des OQOS contractualisés

Médecine

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité

Entre 2009 et 2007

- Le nombre d'endoscopies progresse de 10,74 %
  cette progression est particulièrement importante sur Nîmes / Bagnols alors qu'elle diminue sur le territoire d'Alès
- Le nombre des « séjours sans nuit » progresse de 19,74 %
- Le nombre des « séances » progresse de 28,82 %
- De fortes hausses d'activité sont enregistrées en digestif, système nerveux, pneumologie, toxicologie / alcool, séances.
- De fortes baisses d'activités sont enregistrées en rhumatologie, hématologie, tissus cutanés et sous-cutanés.

Points de vigilance

- Le taux de recours est supérieur au taux régional et national (+ 14 % sur Nîmes / Bagnols, soit+ 9000 séjours) et concerne plus particulièrement les activités suivantes:
  - Sur le territoire Nîmes / Bagnols, la neurologie médicale, la diabétologie, la rééducation convalescence, les endoscopies digestives, les séances.
  - Sur le territoire Alès / Cévennes, la traumatologie, la cardiologie, la pneumologie, l'ORL et la stomatologie médicale, la diabétologie, la neurologie médicale.
- Le taux d'autarcie s'est nettement amélioré par rapport à 2002.
- On note cependant des fuites importantes vers l'Hérault
- Le nombre de séances de chimiothérapie pour des affections non tumorales se développe de manière importante
- Les OQOS sont très nettement dépassés (+14,91 %) :

Médecine

Offre de soins sur le territoire

Données d'activité

Entre 2009 et 2007

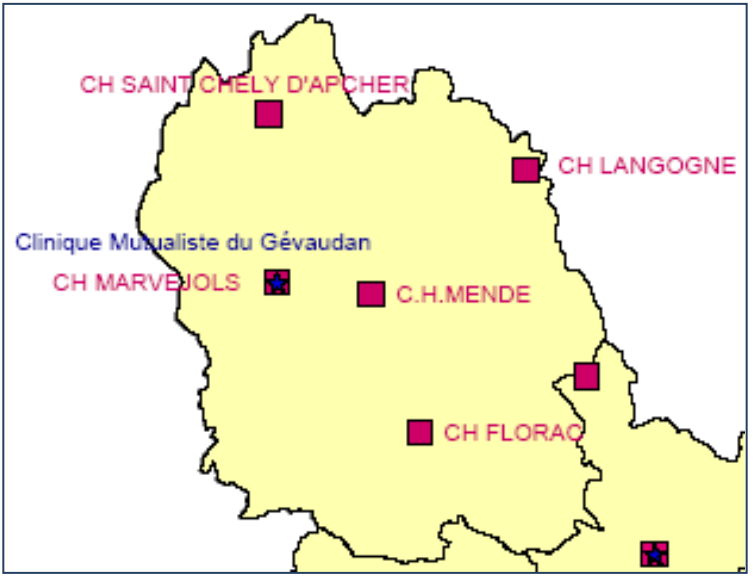
- Le nombre d'endoscopies progresse de 6,50%
- Le nombre des séjours d'alternatives à l'hospitalisation baisse fortement
- Le nombre des séjours avec nuit progresse de 2,21 %
- Le nombre de séances est en forte progression de 31 %
- la consommation globale évolue de manière modérée
- Il est relevé de fortes hausses d'activité en digestif, système nerveux, cathétérisme vasculaire, cardiologie, pneumologie, endocrinologie, séances, douleur chronique/ soins palliatifs.
- De fortes baisses d'activité sont relevées en : rhumatologie, hématologie, maladies infectieuses, activités inter-spécialités

Points de vigilance

- L'activité « d'alternatives à l'hospitalisation « diminue sans que l'on puisse indiquer de manière formelle que c'est au profit des « séances »
- Il y a sur ce territoire une surconsommation générale
- Le taux de recours est supérieur au taux régional et national et concerne plus particulièrement les activités suivantes :
  - **À Béziers – Sète,** les endoscopies digestives, la cardiologie, les endoscopies bronchiques, l'ORL et la stomatologie médical, les endoscopies ORL, …
  - **à Montpellier** : les endoscopies digestives, les cathétérismes vasculaires, la pris en charge de la douleur et les soins palliatifs
- Le taux d'autarcie est très bon
- Le nombre de séances de chimiothérapie pour des affections non tumorales se développe de manière rapide au CHUde Montpellier, dans les CH, dans les cliniques
- Les OQOS contractualisés sont en dépassement

Médecine

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité

Evolution de l'activité entre 2007 et 2009

- En endoscopie sans nuit : + 67,52 %
- En séjours en Hospitalisation Complète : + 6,24 %
- En séjours Ambulatoires : + 12,59 %
- En Séances : + 20,62 %

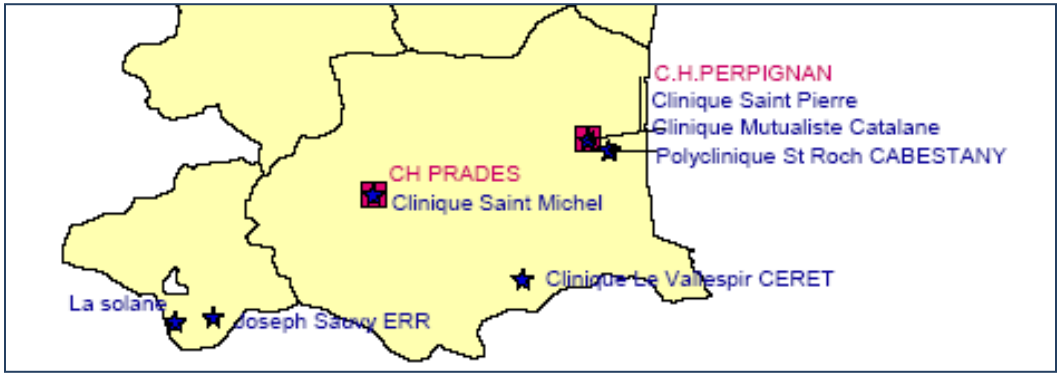
Points de vigilance

- Plusieurs activités sont en forte progression : l'endoscopie, les séjours HC et ambulatoires, les séances
- Le taux de recours est supérieur au taux régional et national et concerne plus particulièrement les activités suivantes : hépato-gastro-entérologie, cardiologie, pneumologie, ORL et stomatologie médicale, gynécologie, sénologie hors obstétrique, chimiothérapie et radiothérapie hors séances, recours pour fièvres/infection/septicémie,alcoologie.
- Le taux d'autarcie progresse bien mais de façon insuffisante.
- Les OQOS réalisés équivalent aux OQOS contractualisés

Médecine

PYRENEES ORIENTALES

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité

Evolution de l'activité entre 2007 et 2009

- en nombre de séances : + 12,63% (+903)
- Dans la C.M.D. « affections du système nerveux » : +11,51% (+446 séjours)
- dans la C.M.D. « affections du tube digestif Digestif » : +2,32% (+222 séjours)

Points de vigilance

- Il y a sur ce territoire une surconsommation au niveau des endoscopies et des séances
- Le taux de recours est supérieur au taux régional et national (+17% soit 9700 séjours) et concerne plus particulièrement les activités suivantes : les endoscopies digestives et bronchiques avec ou sans anesthésie, l'uro-néphrologie médicale (hors séances), la diabétologie, les maladies métaboliques, l'endocrinologie (hors complications), les séances.
- Les OQOS contractualisés sont en net dépassement, +11,36%.

Soins de suite et de réadaptation

Retour au sommaire

Soins de Suite et de Réadaptation

L'activité de soins de suite et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur adaptation et leur réinsertion.

La région Languedoc-Roussillon est dotée d'un nombre conséquent d'établissements et le taux d'équipement régional en lits et places de SSR est largement supérieur au taux moyen national. De plus, les établissements de SSR sont inégalement répartis sur le territoire régional, certains d'entre eux étant positionnés en dehors des grands bassins de population pour des raisons historiques.
Enfin, les patients de la région ont davantage recours aux établissements de SSR que la moyenne nationale.

Suite à la parution des décrets du 17 avril 2008, relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de SSR, les nouvelles autorisations d'activité ont été déclinées en 2010 et complétées, le cas échéant, d'une ou plusieurs mentions spécialisées.

Le champ des SSR représente un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de son positionnement entre soins de courte durée et retour à domicile, unité de soins de longue durée ou structure médico-sociale.
La tendance nationale est à la diminution des hospitalisations en SSR principalement pour les actes qui pourraient être réalisés en ville (d'où la mise sous accord préalable de certains actes) et des séjours inadéquats par manque de places d'aval notamment.

Les établissements autorisés à exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation doivent participer activement à l'animation des filières de prise en charge.

Dans le cadre des travaux de ce schéma, une attention particulière a été portée aux établissements (ex-hôpitaux locaux, cliniques et CH isolés, établissements de SSR spécialisés) ayant moins de 30 lits de SSR (pour mémoire, la même étude a été menée sur les établissements de moins de 20 lits de médecine).
Cette analyse a été réalisée à la veille de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), dans un esprit de transversalité du parcours de santé et d'approche territoriale.
Cette étude s'est appuyée sur l'analyse du positionnement de chaque établissement en réponse aux besoins de proximité en prenant en compte:

- la viabilité économique en système de financement T2A, l'activité en volume, le type de pathologies prises en charge, le taux d'attractivité, le taux de fuite ;
- la nature du service rendu ;
- les parts de marchés, l'environnement concurrentiel ;
- les temps d'accès aux établissements de santé les plus proches.

Les diagnostics posés pour chaque établissement ont conduit à certaines décisions de créations et suppressions d'implantations inscrites dans ce schéma.

Soins de suite et de réadaptation

Orientations

Soins de Suite et de Réadaptation

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- L'offre régionale est excédentaire en soins de suite et de réadaptation. De plus, cette offre est inégalement répartie sur le territoire régional.
- L'offre régionale est déficitaire en structures médico-sociales pour personnes âgées et pour personnes handicapées et excédentaire en kinésithérapeutes libéraux.
- La mise en place annoncée de la tarification à l'activité dans les établissements de soins de suite et de réadaptation risque d'avoir une incidence préjudiciable sur des établissements de faible capacité. Par ailleurs, ce système de financement impactera le parcours de santé des patients vis-à-vis de l'aval (domicile et structures médico-sociales) et de l'amont (court-séjour hospitalier).
- Le vieillissement de la population du Languedoc-Roussillon est un élément de contexte à prendre en compte pour appréhender cette thématique.

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

- Développer la télésanté notamment pour les cas complexes en lien avec le centre de référence universitaire régional en soins de suite et de réadaptation pour adultes situé au Grau du Roi.
- Garantir l'accessibilité financière en acceptant tous les patients adéquats, qu'ils soient ou non en capacité de financer le supplément pour chambre particulière.

Performance :

- Développer l'hospitalisation à temps partiel par substitution de l'hospitalisation à temps complet dans les spécialités de soins de suite et de réadaptation où cette modalité de prise en charge est la plus efficace (spécialités de SSR ciblées : locomoteur, neurologique, cardiologique, respiratoire).
- Elargir le champ d'intervention de services d'hospitalisation à domicile (HAD) existants à la prise en charge de patients en soins de suite et de réadaptation, prioritairement pour les patients ayant été victimes d'un accident vasculaire cérébral.

Qualité-pertinence & Evitabilité :

- Evaluer l'adéquation des patients aux structures de façon à limiter les hospitalisations.

Focus issu du PSRS : AVC, Personnes Agées

Soins de Suite et de Réadaptation

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en soins de suite et de réadaptation suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de **:**

1- Prévention : développer des programmes d'éducation thérapeutique comme outils de prise en charge du patient visant à améliorer sa qualité de vie.

2- Premiers recours & **Médico-social :** améliorer l'orientation des patients en aval de leur prise en charge en soins de suite et de réadaptation vers :

- le domicile du patient : en organisant l'articulation avec les médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers et les médecins spécialistes.
- l'établissement médico-social : en articulation avec les SSIAD, les EHPAD et les structures pour personnes handicapées.

3- Optimiser le parcours du patient (**Inter-hospitalier**) par :

- la mise en place de l'outil « Trajectoire » pour fluidifier le parcours du patient du court-séjour (médecine, chirurgie) vers les soins de suite et de réadaptation.
- la promotion de l'hospitalisation à domicile (HAD) en alternative aux SSR dans certain cas.

Liaisons principales avec d'autres volets :
Chirurgie, Médecine, Cardiologie interventionnelle, SLD, Médico-social.
L'activité de SSR a été ciblée dans les priorités nationales du programme régional de gestion du risque .

Soins de Suite et de Réadaptation – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schéma	Indicateurs Schéma
Développer la prise en charge en hospitalisation à temps partiel (HTP) aux dépens de celle en hospitalisation complète	Part de l'activité d'HTP sur le total de l'activité de soins de suite et de réadaptation en SSR spécialisés en cardiologie, en locomoteur, en respiratoire et en neurologie
Evaluer la pertinence des séjours et limiter les inadéquations de patients dans les établissements de soins de suite et de réadaptation	Nombre d'établissements respectant les référentiels de la Haute Autorité en Santé (HAS) / Nombre d'établissements ciblés par la MSAP
Analyser les spécificités des établissements à faible capacité et/ou isolés géographiquement	
Mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) dans les établissements	Nombre de programmes d'ETP autorisés Nombre de patients inclus dans chaque programme d'ETP
Optimiser le parcours du patient en aval des soins de suite et de réadaptation en lien avec : • les soins de longue durée (SLD) : en évaluant les protocoles de coopération passés entre soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée • **le Médico-social :** en évaluant les protocoles de coopération passés entre soins de suite et de réadaptation et établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	Nombre de patients transférés en SLD et EHPAD
Utiliser l'outil Trajectoire : tous les établissements de médecine, de chirurgie et de soins de suite et de réadaptation de la région sont concernés	Nombre d'établissements de court-séjour (médecine, chirurgie - MC) et de soins de suite et de réadaptation (SSR) utilisant l'outil Trajectoire / Nombre total d'établissements MC et SSR

Soins de Suite et de Réadaptation - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé		Implantations[1] de SSR		SSR spécialisés en									Créations / suppressions
		enfants-ado	adultes	locomoteur	neurologie	cardiologie	respiratoire	digestif, métabolique et endocrinien	onco-hématologie	brûlés	addictologie	Gériatrie	
Aude	HC		14[2]	4	2	1	1	1				5	
	HTP		3	3	2	1	1						
Gard	HC		18[3]	5	3	2	2	2			2	5	+ 2 (Le Vigan, Molières-Cavaillac) +1 cardiologique (Alès)
	HTP	1	8	5	3	2	1	1				1	+ 1gériatrique (Nîmes) + 1 cardiologique (Alès)
Hérault	HC	2	29[4]	10	6	2	2		1	1	1	11	+ 1 gériatrique (Lunel) -2 (Vigan, Molières-Cavaillac)
	HTP	2[5]	15	10	5	3	1					1	+ 1 (Castelnau)
Lozère	HC	1	8	1	1		1				2	1	- 1 (St Chély d'Apcher)
	HTP		1	1									
PO	HC	1	18[6]	4	4	2	3	1			1	6	- 4 dont 1(création du GCS pôle sanitaire cerdan) et 3 enfants-ado (dont 1 création du GCS pôle pédiatrique de Cerdagne et 2 MECS Font Romeu)
	HTP	1	5	1	2	3	2						+ 1 (création du GCS pôle santé cerdan) -1 enfants-ado(création du GCS pôle pédiatrique de Cerdagne)

Les éléments surlignés sont mentionnés à titre indicatif et seront précisés dans les contrats d'objectifs et de moyens de chaque établissement.

(1) Toute implantation de SSR permet d'assurer une prise en charge polyvalente. Cette implantation peut être complétée par une ou plusieurs mentions spécialisées.
La ventilation de l'activité entre la prise en charge polyvalente et spécialisée sera précisée dans les CPOM des établissements. Il pourra être demandé à un établissement de réaliser 100% de son activité en SSR spécialisé.

(2) dont 1 UCC et 1 EVC-EPR

(3) dont le centre de référence universitaire régional en SSR adultes et dont 1 UCC et 1 EVC-EPR (anciennement 2 unités d'EVC-EPR mais 1 unité de moins à Ponteils)

(4) dont le centre régional de référence en SSR enfants et dont 1 UCC et 2 EVC-EPR

(5) dont 1 à titre non exclusif

(6) Dont 1 EVC-EPR, 1 UCC sera reconnue sur ce territoire en 2012.
1 UCC supplémentaire devra être reconnue dans la région en 2012.

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale ; EVC-EPR : Etat végétatif chronique et Etat Pauci Relationnel

Soins de Suite et de Réadaptation - Objectifs de l'offre de soins LANGUEDOC-ROUSSILLON

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- **Territoire de l'Aude :** Centre Hospitalier de Narbonne et Centre Hospitalier de Lézignan-Corbières
  Mise en œuvre de l'autorisation de soins de suite et de réadaptation spécialisés en digestif, métabolique et endocrinien détenue par le CH de Narbonne sur le site du CH de Lézignan-Corbières.

- **Territoire du Gard :** Etablissements SSR de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Cévennes-Gard-Camargue
  Elaboration et mise en œuvre, par les 7 établissements membres de la CHT, d'un projet médical commun de structuration des filières de soins de suite et de réadaptation à partir des capacités existantes, pour une meilleure gradation des soins.

- **Territoire des Pyrénées-Orientales :**
  Le recentrage sur Perpignan des activités de soins de suite et de réadaptation est à encourager.

ANNEXE

Soins de suite et de réadaptation

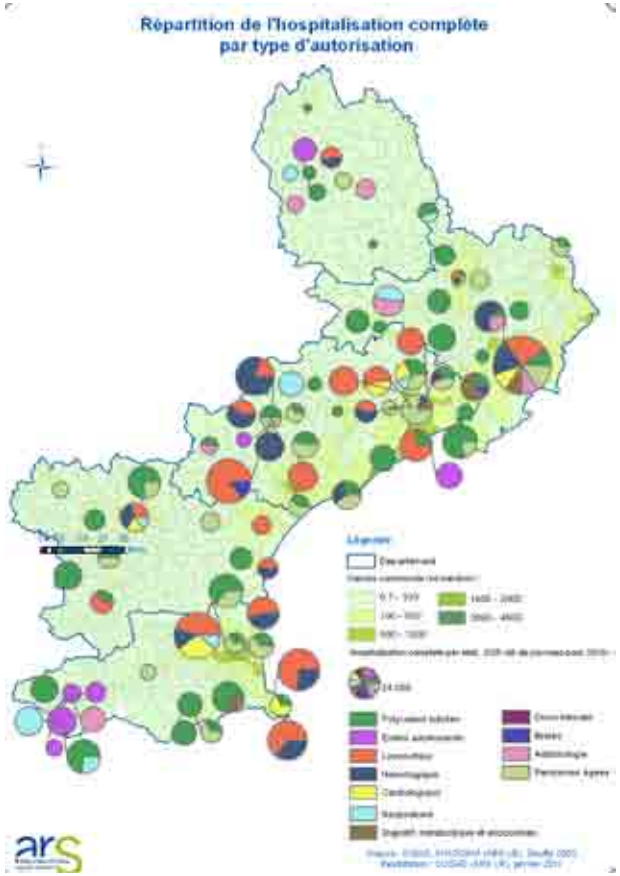
Diagnostic

Retour au sommaire

Soins de Suite et de Réadaptation

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé



Eléments de diagnostic régional

Le tableau ci-dessous présente les taux d'équipement régionaux comparés aux taux moyens nationaux :

	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits et places pour 1000 habitants)	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des habitants de la région)	5664	5278
Solde flux (Attractivité-Fuites)	8 %	
Evolution OQOS 2010/2007	+ 4 %	/

Points de vigilance

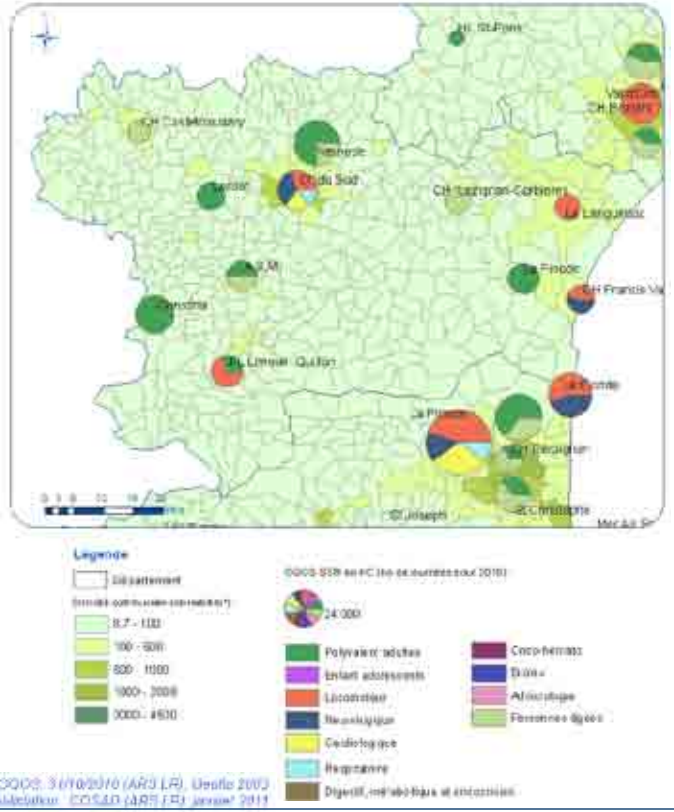
- La pertinence des séjours de SSR nécessite d'être évaluée
- La répartition des établissements sur le territoire régional est inéquitable
- Certains établissements ont une taille critique qui fragilise leur efficience
- Certains établissements de SSR rencontrent des problématiques d'aval expliquées notamment par :
  - . une moindre densité des kinésithérapeutes libéraux dans l'Aude et en Lozère
  - . un taux d'équipement régional en lits médicalisés pour personnes âgées de plus de 75 ans inférieur à la moyenne nationale notamment dans les PO
  - . un taux d'équipement régional en places pour personnes handicapées adultes insuffisant notamment pour les cérébro-lésés
- Certains établissements ont un recrutement extrarégional disproportionné

Soins de Suite et de Réadaptation

AUDE

Offre de soins sur le territoire

Les OQOS SSR par type d'autorisation, en hospitalisation complète, pour 2010



Données d'activité

	Aude	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits en places pour 1000 habitants)	1,7	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	7 Carcassonne 5 Narbonne	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des hab. de l'Aude)	5670	5664	5278
Mode d'entrée : MCO	86 %	69 %	75 %
Mode de sortie : Domicile	75 %	81 %	75 %

Points de vigilance

Problématique de l'aval du SSR expliquée notamment par :

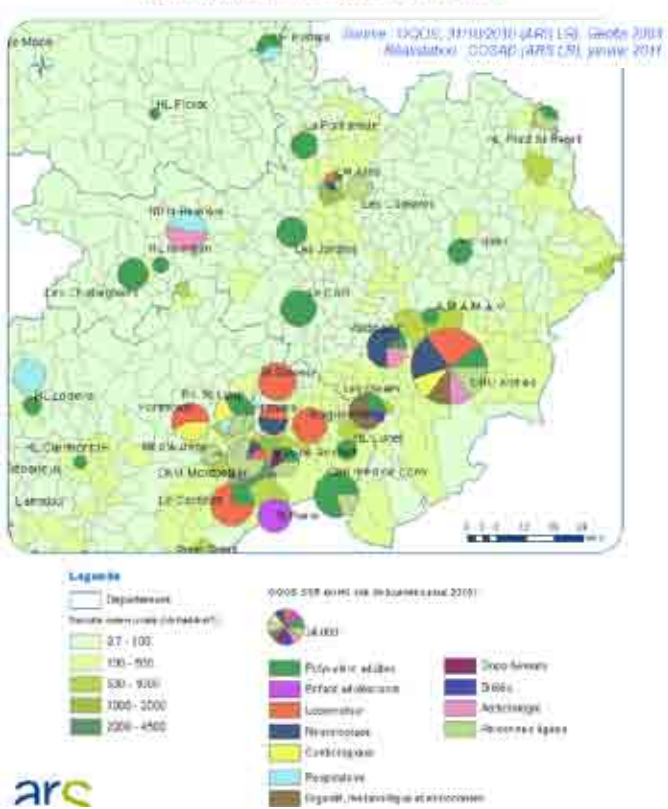
. la faible densité des kinésithérapeutes libéraux (équivalente à la moyenne nationale mais inférieure à la moyenne régionale)

. un taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées de plus de 75 ans inférieur à la moyenne régionale et nationale

Soins de Suite et de Réadaptation

GARD

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité

	Gard	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits en places pour 1000 habitants)	1,4	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	10 N-B 4 A	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des hab. du Gard)	4867	5664	5278
Mode d'entrée : MCO	61 %	69 %	75 %
Mode de sortie : Domicile	81 %	81 %	75 %

Points de vigilance

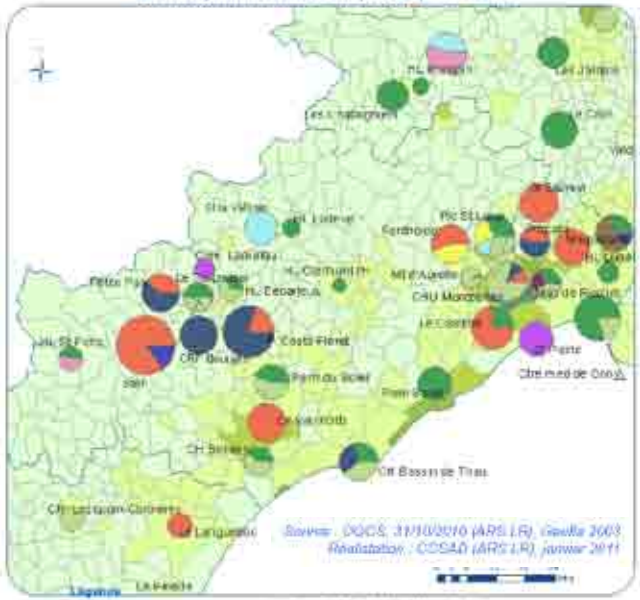
- Le secteur d'Alès est insuffisamment couvert en SSR
- Le service de SSR du CH du Vigan a une taille critique
- Problématique de l'aval du SSR expliquée notamment par :
  - . la faible densité des kinésithérapeutes libéraux (supérieure à la moyenne nationale mais inférieure à la moyenne régionale)
  - . un taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées de plus de 75 ans inférieur à la moyenne régionale et nationale

Soins de Suite et de Réadaptation

HERAULT

Offre de soins sur le territoire

Les OQOS SSR par type d'autorisation, en hospitalisation complète, pour 2010



Données d'activité

	Hérault	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits en places pour 1000 habitants)	2,3	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	12 B-S 18 Mtp	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des hab. de l'Hérault)	5498	5664	5278
Mode d'entrée : MCO	75 %	69 %	75 %
Mode de sortie : Domicile	80 %	81 %	75 %

Points de vigilance

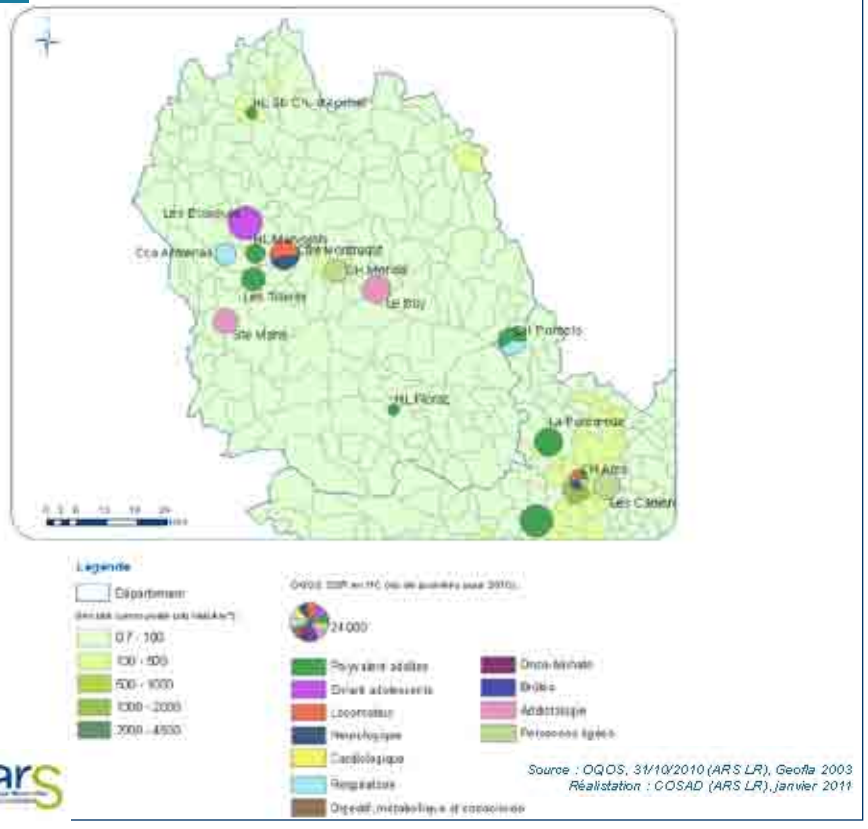
- Plusieurs établissements de ce territoire sont confrontés à une problématique de taille critique : Lamalou-le-Haut, CH Lodève, CH Clermont
- Le taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées de plus de 75 ans apparaît insuffisant, ceci peut expliquer une partie des difficultés d'aval du SSR sur ce territoire

Soins de Suite et de Réadaptation

LOZERE

Offre de soins sur le territoire

Les OQOS SSR par type d'autorisation, en hospitalisation complète, pour 2010



Données d'activité

	Lozère	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits en places pour 1000 habitants)	4	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	10	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des hab. de Lozère)	6276	5664	5278
Mode d'entrée : MCO	54 %	69 %	75 %
Mode d'entrée : Domicile	38 %	28 %	21 %
Mode de sortie : Domicile	80 %	81 %	75 %

Points de vigilance

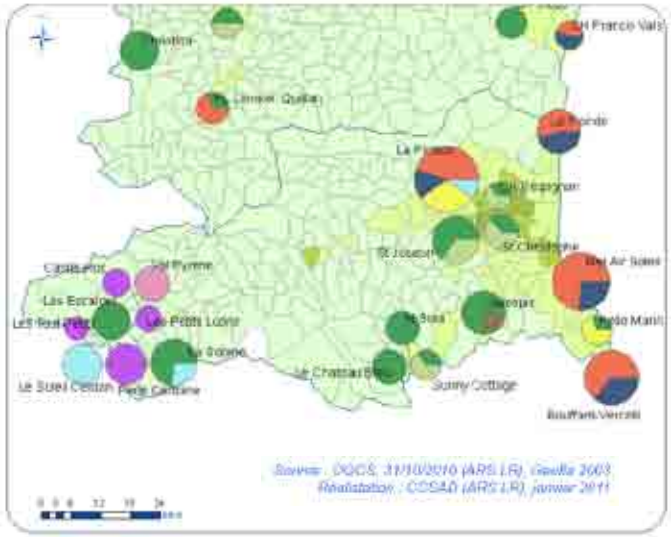
- Plusieurs établissements de ce territoire sont confrontés à une problématique de taille critique : CH de Florac, CH de St Chély, CH de Marvejols
- La faible densité des kinésithérapeutes libéraux dans le département peut expliquer une partie des difficultés d'aval du SSR
- Certains établissements du territoire ont un recrutement extrarégional disproportionné allant jusqu'à 89 %

Soins de Suite et de Réadaptation

PYRENEES ORIENTALES

Offre de soins sur le territoire

Les OQOS SSR par type d'autorisation, en hospitalisation complète, pour 2010



Données d'activité

	PO	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits en places pour 1000 habitants)	3,8	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	23	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des hab. des PO)	7198	5664	5278
Mode d'entrée : MCO	62 %	69 %	75 %
Mode de sortie : Domicile	85 %	81 %	75 %

Points de vigilance

- Spécificité du plateau cerdan qui compte un taux d'équipement important au vu de la population du bassin
- Le taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées de plus de 75 ans apparaît insuffisant, ceci peut expliquer une partie des difficultés d'aval du SSR sur ce territoire
- Certains établissements du territoire ont un recrutement extrarégional allant jusqu'à 77 % de leur patientèle : ce chiffre comprend notamment les patients de la région Midi-Pyrénées

Soins de longue durée

Retour au sommaire

Soins de longue durée

L'activité de soins de longue durée s'exerce désormais dans des structures redéfinies par la partition des capacités au sein des anciennes unités en 2010. Dans la région Languedoc-Roussillon, la séparation géographique des lits médico-sociaux et des lits sanitaires a été mise en œuvre mais n'est pas encore totalement achevée dans certains établissements.

La mission des unités de soins de longue durée (USLD) est ainsi définie par l'arrêté du 12 mai 2006 : « sont considérées comme unités de soins de longue durée les unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, 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. » Un référentiel d'organisation des soins, des recommandations de fonctionnement et des indicateurs de suivi sont proposés dans la circulaire du 10 mai 2007.

Les orientations nationales du SROS-PRS en matière de soins de longue durée montrent la volonté de ne plus considérer les USLD comme l'ultime maillon de la filière gériatrique hospitalière : en effet, les USLD sont invitées à nouer des partenariats plus étroits avec les structures sanitaires, médico-sociales et sociales pouvant le cas échéant faciliter le retour au domicile du patient.

A ce titre, les USLD, inscrites dans les filières gériatriques, seront partie intégrante du parcours de santé des personnes âgées.

En l'absence de données précises sur l'âge et les profils pathologiques des patients présents en USLD dans la région (exemple : patients de moins de 60 ans atteints de pathologies neuro-dégénératives) ainsi que sur les séjours longs en SSR et en médecine, le besoin en lits de soins de longue durée à l'horizon 2015 a été évalué sur la base du taux d'équipement recommandé de 6 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus, les personnes âgées étant majoritaires dans les USLD.

Pendant la durée du SROS-PRS, une attention particulière sera portée sur les points suivants:

- l'inscription des USLD dans les filières gériatriques territoriales;
- l'identification géographique et fonctionnelle des USLD;
- la qualité de la prise en charge en USLD au regard notamment de la règlementation;
- les prises en charge respectives en EHPAD et en USLD : les USLD devront assurer pleinement leur mission de prise en charge des patients nécessitant les soins les plus lourds : à cet effet, l'outil PATHOS constituera un indicateur privilégié.

Soins de longue durée

Orientations

Soins de longue durée

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Les USLD prennent en charge des patients en fonction de leur état polypathologique à haut niveau de dépendance ; les personnes âgées de 75 ans et plus, bien que majoritaires, ne sont pas exclusives de ces structures.
- La partition des USLD mise en œuvre en 2010 a généré un déséquilibre des territoires de santé en lits de soins de longue durée.
- Au vu des coupes PATHOS validées en EHPAD en 2010, un certain nombre de patients pris en charge en EHPAD relèveraient en fait d'USLD (excès de patients SMTI).

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

- **Accessibilité :** Optimiser la répartition des USLD en région et par territoire de santé en fonction des besoins.

  Prévoir des lieux de répit pour les aidants dans le cadre du transfert à domicile à partir de l'USLD.
- **Qualité- efficacité:**

Améliorer la qualification et la formation des personnels. Veiller à leur reconnaissance et à leur valorisation.

Harmoniser les pratiques professionnelles de la prise en charge au sein des filières gériatriques des différents territoires.

- **Sécurité :**

Eviter la iatrogénie médicamenteuse.

Veiller à l'amélioration de la sécurité des soins (vigilances) et à la gestion des événements indésirables.

- **Performance:**

S'assurer que les patients soient adéquats à la structure.

Proposer au patient le projet de vie (incluant le projet de soins) le mieux adapté.

Focus du PSRS : Maladies chroniques, prévention bien vieillir, Personnes Agées, Personnes Handicapées, politique du médicament, soutien à domicile, maladies d'Alzheimer.

Soins de longue durée

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en soins de longue durée suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

- **Prévention :** Mettre en œuvre les politiques prioritaires de prévention spécifiques (dénutrition, gestion des troubles psycho-comportementaux, chutes, escarres,...).
- **Entrée du patient en USLD :** Améliorer les conditions d'accès aux USLD à partir des structures sanitaires, médico-sociales ou du domicile.
- **Sortie du patient de l'USLD :** Prendre en compte la dimension sociale du patient et articuler les structures de soins à domicile (SSIAD, HAD) et les EHPAD avec les USLD.
- **Parcours du patient dans la filière « personnes âgées » :** Assurer une bonne fluidité de la filière de soins gériatriques.
- **Intra-hospitalier :** Favoriser en USLD le recours aux avis spécialisés :
  - médicaux, chirurgicaux, odontologiques,...
  - ou délivrés par les différentes équipes mobiles (gérontopsychiatrie, soins palliatifs).

Liaisons principales avec d'autres volets :
Médecine, SSR, psychiatrie

Soins de longue durée – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
Définir les besoins au sein des territoires de santé en tenant compte des évolutions socio-démographiques attendues.	
Obtenir l'identification géographique et fonctionnelle de l'ensemble des USLD en 2013.	Nombre d'USLD identifiées géographiquement et fonctionnellement en 2013.
Poursuivre l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et mettre en œuvre le développement professionnel continu (DPC).	
Faire évoluer la qualité de vie des patients en USLD (prise en compte de l'immobilier, projet de vie, projet de soins).	
Mettre en œuvre la démarche de bientraitance et de prévention de la maltraitance au sein de chaque USLD.	
Formation : développer les formations des personnels soignants aux politiques de prévention (dénutrition, troubles psycho-comportementaux, chutes, escarres) et aux soins palliatifs. Définir une politique de valorisation des personnels soignants en gériatrie.	
Adéquation : mettre en œuvre une évaluation régulière par l'outil PATHOS du profil de soins des patients pris en charge en USLD pour améliorer l'adéquation.	Pourcentage régional de SMTI en USLD.
Amont : s'assurer que toutes les possibilités de maintien à domicile ont été envisagées avant l'entrée du patient en USLD (y compris l'HAD en EHPAD).	
Entrée du patient : formaliser une fiche d'admission régionale commune aux EHPAD et aux USLD.	Fiche d'admission régionale.
Sortie du patient : anticiper le retour en établissement médico-social ou au domicile, lorsque celui-ci est possible, si nécessaire en lien avec les structures de soins à domicile (HAD, SSIAD) aptes à prendre en charge le patient, en prévoyant notamment la continuité de la prise en charge et la coordination des actions entre les partenaires.	
Favoriser le recours à la compétence psychiatrique : équipe mobile de gérontopsychiatrie, équipe intra-hospitalière de liaison, psychiatrie libérale, psychiatrie de secteur.	

Soins de longue durée – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Implantations

TERRITOIRE DE SANTE	IMPLANTATIONS (HC)	Créations / suppressions
AUDE	Castelnaudary (1) Limoux (1) Carcassonne (1) Narbonne (1) Lézignan (1)	
GARD	Bagnols s/Cèze (1) Nîmes (1) Uzès (1) Alès (1) Le Vigan (1)	+1 (Le Vigan) -1 (non octroyée)
HERAULT	Montpellier (2 au CHU) Castelnau le Lez (1) Lodève (1) Lunel (1) Béziers (1) Sète (1) Agde (1) Bédarieux (1)	-1 (Le Vigan)
LOZERE	Mende (1) Florac (1) Langogne (1)	-1 (non octroyée)
PYRENEES-ORIENTALES	Perpignan (1) Prades (1) Err (1 Sur le territoire (1)	

-Aude : installation prévue des lits de SLD du CH de Carcassonne
-Gard : confortation de l'offre à partir des implantations existantes par extension des capacités en lits de SLD au sein de la CHT Cévennes-Gard-Camargue
-Hérault : le besoin en lits de SLD à l'horizon 2015 sera satisfait sous réserve de la réouverture des 40 lits de SLD fermés au CHU de Montpellier
-Lozère : les capacités actuelles en lits de SLD resteront suffisantes à l'horizon 2015
-Pyrénées-Orientales : reconduction de l'implantation restée vacante au SROS III pour répondre au besoin en lits de SLD.

Coopération des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Structurer les filières gériatriques territoriales, composantes du parcours de santé des personnes âgées.

- Une filière gériatrique intégrant des lits de soins de longue durée devrait être constituée au sein d'un pôle régional de gérontologie

- Inciter les EHPAD et les USLD à coopérer pour une meilleure adéquation de leurs prises en charge respectives.

- Coopération au sein de la CHT Cévennes-Gard-Camargue pour la prise en charge des patients relevant de soins de longue durée.

- Coopération entre les USLD et les structures de soins à domicile (HAD, SSIAD).

ANNEXE

Soins de longue durée

Diagnostic

Retour au sommaire

Soins de longue durée

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé

- La partition des capacités (4 septembre 2009) est entrée en vigueur en 2010. Elle aboutit à 23 implantations géographiques d'USLD redéfinies (dont 2 pour le CHU de Montpellier).
- L'annexe du SROS III (16 juillet 2009) prévoyait 27 implantations géographiques (dont 2 pour le CHU de Montpellier) en tenant compte d'un indice de besoin de 6 lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus (sauf 9 pour 1000 en Lozère).
- À ce jour (novembre 2011): 23 implantations géographiques d'USLD (dont 2 pour le CHU de Montpellier).

Eléments de diagnostic régional

Taux d'équipement en 2010 (Nb de lits/1000 personnes de 75 ans et +)

Préconisation nationale en 2006	6
Région LR	5,6
Hérault	6,2
Gard	5,8
Lozère	10
Aude	4,4
PO	4,6

Sauf pour le département de l'Hérault et excepté la Lozère (taux initial retenu de 9 lits/1000 habitants de 75 ans et plus), le taux d'équipement est partout inférieur à la préconisation nationale.

Points de vigilance

- A l'horizon 2015, si les capacités en lits de SLD restent inchangées, le taux d'équipement régional ne sera que de 5,35 lits/1000 personnes de 75 ans et plus, faisant apparaître l'existence d'un besoin.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans, les patients au long cours en médecine et SSR doivent également être pris en compte dans l'évaluation des besoins.
- Certains résidents pris en charge en EHPAD relèveraient d'une USLD. A l'inverse, il existe des inadéquations en USLD (patients qui relèveraient d'une EHPAD) qui seront évaluées par les coupes PATHOS.
- Nécessité de définir les conditions d'admission en USLD et les conditions de transfert des structures médico-sociales vers les USLD pour une meilleure adéquation de leurs prises en charge respectives.
- L'objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge en USLD devra être fixé dans les conventions tripartites de deuxième génération.
- La planification dans le champ des SLD doit utiliser comme unité géographique non seulement les territoires de santé mais également les bassins gériatriques sièges de la filière.
- Le maintien à domicile des patients relevant d'une USLD ne peut s'envisager que si les conditions de prise en charge sont équivalentes.

Soins de longue durée

Offre de soins sur le territoire

- Partition : 4 implantations
- SROS III : 5 implantations
- Installé : 4 implantations
- 1 implantation autorisée mais non installée pour le CH de Carcassonne en 2010

Données d'activité

- La partition induit en 2010 un déficit de 70 lits (taux d'équipement de 4,35 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et + au lieu de 6/1000).
- Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement sera de 4,25 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et + en 2015 (compte non tenu de l'autorisation délivrée au CH de Carcassonne).

Points de vigilance

- Il y a un excès de patients SMTI dans les EHPAD qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès dans l'Aude était de 1,48 % en 2009.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.
- Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.

Soins de longue durée

Offre de soins sur le territoire

Y compris CH du Vigan

Partition : 5 implantations

SROS III : 6 implantations

Installé : 5 implantations

Données d'activité

• La partition induit en 2010 un besoin de 14 lits (taux d'équipement : 5,79 lits/1000 personnes âgées de 75 ans et + au lieu de 6/1000).

• Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement sera de 5,2 lits / 1000 personnes âgées de 75 ans et + en 2015, soit un déficit d'environ 60 lits.

Points de vigilance

• Il y a un excès de patients SMTI en EHPAD, qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès dans le Gard était de 1,19% en 2009.

• Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.

• Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.

Soins de longue durée

Offre de soins sur le territoire

Sauf CH du Vigan

- Partition : 9 implantations (dont 2 pour le CHU)
- SROS III : 9 implantations (dont 2 pour le CHU)
- Installé : 9 implantations (dont 2 pour le CHU)

Données d'activité

- La partition induit en 2010 un excédent de 19 lits (taux d'équipement : 6,19 lits/1000 personnes âgées de 75 ans et + au lieu de 6/1000).
- Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement restera satisfaisant en 2015 (6,06/1000 personnes âgées de 75 ans et +).

Points de vigilance

- Il y a un excès de patients SMTI dans les EHPAD qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès dans l'Hérault était de 1,08 % en 2009.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.
- Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.
- Un pôle régional de gérontologie intégrant des lits de SLD est en projet.

Soins de longue durée

Offre de soins sur le territoire

Partition : 3 implantations

SROS III : 4 implantations

Installé : 3 implantations

Données d'activité

- Le taux d'équipement en Lozère retenu en 2006 est de 9 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et +.
- La partition induit en 2010 un excédent de 9 lits (taux d'équipement : 10,06 lits/1000 personnes âgées de 75 ans et + au lieu de 9/1000).
- Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement sera de 9,52 lits / 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2015.

Points de vigilance

- Il y a un excès de patients SMTI dans les EHPAD qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès en Lozère était de 10,79 % en 2009.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.
- Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.

Soins de longue durée

PYRENEES ORIENTALES

Offre de soins sur le territoire

- Partition : 2 implantations
- SROS III : 4 implantations
- Installé : 2 implantations

Données d'activité

- La partition induit en 2010 un déficit de 76 lits (taux d'équipement de 4,57 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus).
- Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement sera de 4,42 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2015.

Points de vigilance

- Il y a un excès de patients SMTI dans les EHPAD qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès dans les P.O. était de 1,02 % en 2009.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.
- Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.

Soins palliatifs

Retour au sommaire

Soins palliatifs

Bien que le modèle français intègre la démarche palliative dans la pratique de tout acteur de santé, il est nécessaire de poursuivre son développement à l'intérieur et à l'extérieur des établissements de santé.

Le programme de développement 2008-2012 comprenait des mesures concernant le domicile et les établissements médico-sociaux et notamment l'action des EMSP dans les EHPAD. Ces orientations seront privilégiées dans le SROS au-delà de 2012.

La coordination et la coopération doivent s'organiser entre les différentes modalités de prise en charge.

Les unités sont les lieux de prise en charge des situations complexes. L'objectif est de disposer d'une telle offre par territoire.

Les EMSP et les réseaux territoriaux de Soins Palliatifs concentrent les ressources expertales de soutien, de formation, d'appui.

Les lits identifiés sont un maillon nécessaire, au même titre que l'HAD.

Les soins palliatifs à domicile bénéficient aussi de l'intervention d'auxiliaires de vie, d'aide-ménagères, de système de téléalarme... Les aidants doivent pouvoir être soutenus.

Soins Palliatifs

Orientations

Soins palliatifs

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Un taux d'équipement en lits identifiés de soins palliatifs Court Séjour et soins de suite qui reste au niveau de la moyenne nationale : 10 lits pour 100 000 habitants
- Une forte sollicitation des Equipes Mobiles en Soins Palliatifs et des Réseaux, experts des territoires
- Certaines zones restent non couvertes car éloignées des EMSP et des réseaux, sur l'arrière-pays ou sur le littoral
- Un secteur médicosocial (EHPAD) demandeur de formation et de conseils
- Une coordination ville –hôpital à développer : HAD, ou maintien à domicile avec les professionnels libéraux
- Une juxtaposition de modalités de prise en charge sans coordination organisée.

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

• Assurer la gradation de l'offre de soins pour permettre l'accès à des prises en charge spécialisées pour des situations complexes. Sur chaque territoire, il conviendra d'identifier une unité de SP et de développer la coopération entre l'ensemble des acteurs : EHPAD, médecins généralistes, USLD, HAD avec les structures expertes (partenariat réseau/EMSP et liens avec l'unité de soins palliatifs).

• Identifier les zones non couvertes car éloignées des EMSP et des réseaux

Performance - Evitabilité :

Améliorer l'efficience des moyens de prise en charge en favorisant l'accès aux compétences de soins palliatif à domicile, et en établissements médicosociaux, maintenant les patients dans leur cadre de vie, évitant ainsi des hospitalisations en urgence non justifiées et psychologiquement difficiles.

Qualité- pertinence :

• Intégrer la démarche palliative à toute pratique soignante

• Renforcer l'évaluation qualitative

• Favoriser une coordination par territoire voire régionale

Soins palliatifs

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en soins palliatifs suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de **:**

1- Prévention : anticiper les conditions psychologiques et matérielles de la prise en charge, en amont, par la parole des professionnels et l'information aux familles.

2- Premiers recours & Médico-social : personnes âgées,

- EHPAD :
- Soutenir la coordination en EHPAD qui s'articule autour du médecin coordonnateur et des médecins généralistes
- Accroitre l'intervention des EMSP et des réseaux dans les EHPAD afin de favoriser le maintien en ESMS des résidents

- À domicile : organiser des réseaux de soins palliatifs avec la participation des professionnels de santé libéraux dans les parcours de soins de patients. Soutenir les familles ,en intégrant le suivi psychologique

- Réaliser systématiquement pour tout malade pris en soins palliatifs un bilan de l'environnement psycho socio familial et intégrer le suivi psycho-social dans la démarche de soins et de soutien.

- Soutenir les associations de bénévoles

Liaisons principales avec d'autres volets :
Personnes Agées, SLD

Soins palliatifs- Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
Positionner les EMSP et les réseaux de SP en experts des territoires de santé Favoriser l'activité des équipes mobiles en dehors de leur établissement	Ratio patients internes / patients externes Nombre de patients suivis par EMSP et par réseaux de soins palliatifs.
Créer une unité de Soins Palliatifs dans les territoires qui en sont dépourvus	Nombre d'unités
Garantir une répartition équitable des lits identifiés	Nombre de lits identifiés en soins palliatifs pour 100 000 habitants par bassin
Intégrer les associations de bénévoles dans la prise en charge	
Limiter les hospitalisations en urgence non justifiées de patients en soins palliatifs	Nombre d'hospitalisations en urgence non justifiées
Développer la place de l'HAD	Nombre de journées SP en HAD
Premiers recours : Mieux intégrer tous les professionnels de santé libéraux (MG, IDE, kinés, pharmaciens, orthophonistes…) dans le parcours de soins palliatifs, en adhérant aux réseaux de soins palliatifs et aux HAD	Evolution du nombre de patients pris en charge à domicile
Médico-social : améliorer les prises en charge des patients palliatifs au sein des établissements	Conventions EMSP-EHPAD
Organiser des formations en EHPAD de prise en charge des patients palliatifs	Nombre de formations dispensées par EMSP et/ou réseaux de soins palliatifs Nombre de professionnels formés

Soins Palliatifs – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé		Implantations *	Créations / suppressions
Aude	LISP	Narbonne (2) Carcassonne (1) Castelnaudary (1) Limoux (1)	
	USP	Carcassonne (1)	
	EMSP	Narbonne (2) Carcassonne (1)	
Gard	LISP	Nîmes (3) Bagnols s/ Cèze (1) Pont Saint Esprit (1) Uzès (1) Anduze (1) Alès (2) Ponteils (1) Saint Privat des Vieux (1) Le Vigan (1)	
	USP	Nîmes (1)	
	EMSP	Nîmes (1) Bagnols s/ Cèze (1) Alès (1)	
Hérault	LISP	Montpellier (4) Castelnau le Lez (1) Palavas (1) La Grande Motte (1) Saint Clément de Rivière (1) Lunel (1) Clermont l'Hérault (1) Béziers (2) Bédarieux (1) Pézenas (1) Boujan s/Libron (2) Sète (1)	
	USP	Montpellier (1 unité régionale) Castelnau le Lez (1)	
	EMSP	Montpellier (2) Castelnau le Lez (1) Béziers (1) Sète (1)	
Lozère	LISP	Mende (1) Florac (1)	
	USP	1	+1
	EMSP	Mende (1)	
PO	LISP	Perpignan (2) Cabestany (1) Prades (1)Le Boulou (1) Err (1) Montbolo (1) Saint Estève (1) Cerbère (1)	
	USP	Perpignan (1)	+1 (Perpignan)
	EMSP	Perpignan (2)	

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Coordination de toutes les modalités de prise en charge en soins palliatifs
- Coordination avec les acteurs libéraux avec ou sans HAD

*Les implantations sont mentionnées à titre indicatif, ces éléments seront précisés dans les contrats d'objectifs et de moyens de chaque établissement.

La création d'Unités de soins palliatifs doit se faire par conversion de lits identifiés.

ANNEXE

Soins Palliatifs

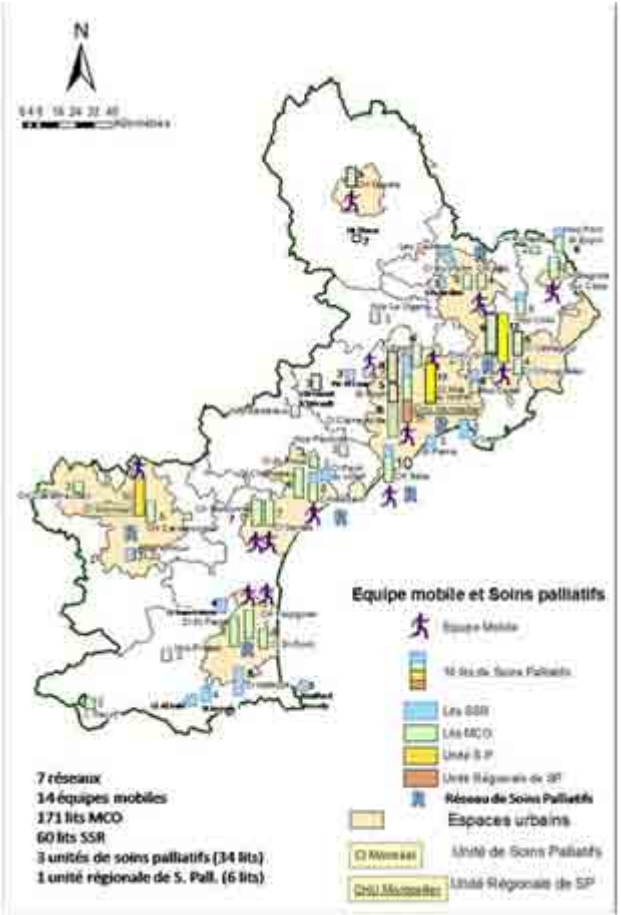
Diagnostic

Retour au sommaire

Soins palliatifs

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé



Eléments de diagnostic régional

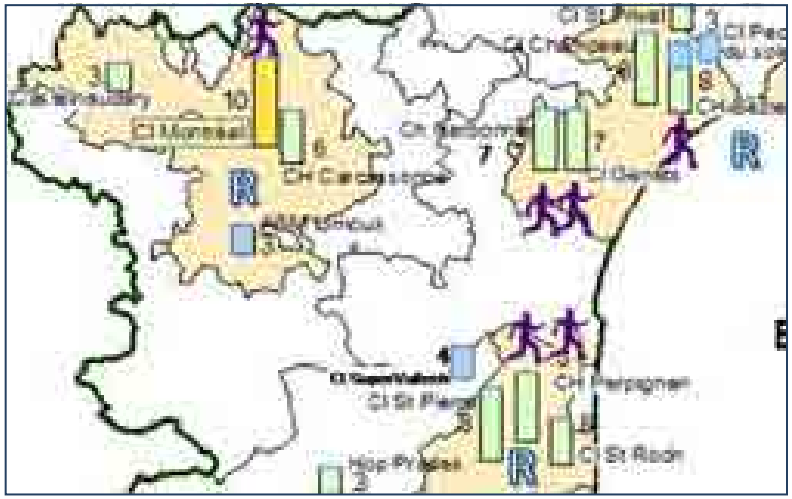
- Le taux d'équipement en lits et places est légèrement inférieur à la moyenne nationale pour le court séjour et supérieur à la moyenne nationale pour le SSR (sur la base de 10 lits pour 100 000 habitants)
- **PRODUCTION :** l'activité hospitalière régionale en 2009 s'élève à :
  - court séjour : 4203 séjours, 63 402 journées dont 3,7 % HTP(DMS15,1)
  51,7% des journées ont été réalisées en établissements publics
  51,7 % des journées ont été produites par les établissements de l'Hérault (attractivité de ces derniers)
  - SSR : 33 601 journées.
  - HAD : 5000 journées.
- **La population régionale a bénéficié :**
  - En court séjour de : 4243 séjours et 64557 journées (DMS15,2)
  - En soins de suite : 33 601 journées

Points de vigilance

- Les EMSP et les réseaux de SP enregistrent de fortes sollicitations, leur activité est en augmentation, ils sont confrontés à des difficultés pour assurer cette augmentation de la demande.
- Les EMSP et les réseaux sont à positionner en qualité d'experts au sein des territoires de santé.
- Favoriser l'activité des EMSP en dehors de leur établissement.
- Certaines zones sont non couvertes car éloignées des EMSP et des réseaux : Ouest Alès (Quissac, Sommières…), Lamalou-Bédarieux-Ganges, le Vigan et St Pons de Thomières, littoral Gardois… zones limitrophes de notre région, moyenne montagne dans les PO.
- Le dispositif actuellement en place devra être évalué afin de mieux déterminer ses besoins d'évolution et d'adaptation, dans le cadre de la Commission technique Régionale en SP, les problématiques suivantes seront à travailler ; SP en EHPAD, SP en USLD, problématique du grand âge, place des médecins généralistes, problème de la permanence des soins.
- Au sein du secteur médico-social, une attente de formation est formulée par les EHPAD.
- au sein des EHPAD le rôle du médecin coordonnateur et le rôle des médecins généralistes sont à développer dans la coordination des soins de malades en SP

Soins palliatifs

Offre de soins sur le territoire



7 réseaux
14 équipes mobiles
171 lits MCO
60 lits SSR
3 unités de soins palliatifs (34 lits)
1 unité régionale de S. Pall. (6 lits)

Espaces urbains

Unité de Soins Palliatifs

Unité Régionale de SP

Equipe mobile et Soins palliatifs

Equipe Mobile

Lits SSR

Lits MCO

Unité S.P.

Unité Régionale de SP

Réseau de Soins Palliatifs

Données d'activité (2010 pour équipes mobiles ; PMSI MCO et SSR 2009)

- **Equipes Mobiles de Soins Palliatifs :**
  - GCS Ouest Audois (Depuis 1999 - CH de Carcassonne, Polyclinique Montréal, Réseau ROADS, ASM, CH de Castelnaudary) : 407 patients suivis.
  - CH de Narbonne (Depuis) : 172 patients suivis
  - Clinique les Genêts (Depuis) : 359 patients suivis
- **Réseau de soins palliatifs :**
  - Réseau ROADS intégré au GCS Ouest Audois
  - Pas de réseau à Narbonne
- **Unité de soins palliatifs :** Polyclinique Montréal (10 lits)
- **L'activité hospitalière en court séjour** est de 11 120 journées et 733 séjours (DMS15,1) et de 4627 journées en soins de suite.
- **Des HAD** participent à cette offre.

La population a bénéficié de 12 093 journées court séjour et de 4627 journées en SSR.

Ce taux de recours territorial est en court-séjour supérieur de 40% au taux régional et inférieur de 10% en soins de suite

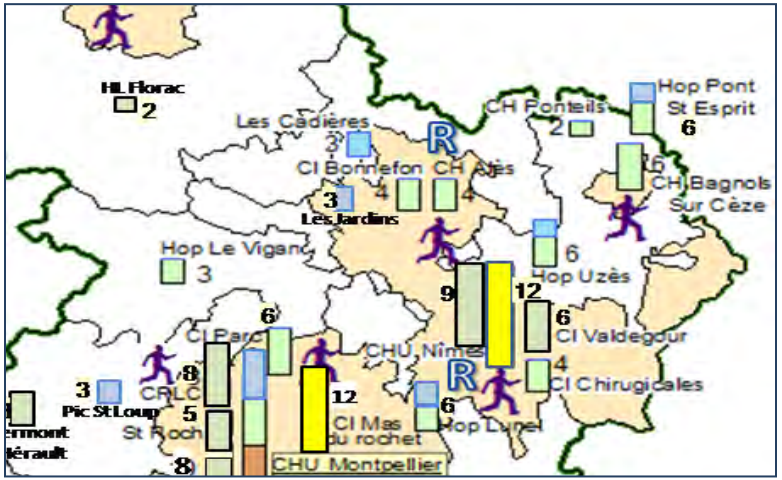
Points de vigilance

- Coordination et coopération des diverses modalités de prise en charge : USP, LISP, EMSP, réseaux de soins palliatifs et HAD.
- Il y a une attente de formation manifestée par les EHPAD. La dynamique de rencontres pluridisciplinaires mise en place au niveau de la Délégation Territoriale de l'Aude facilite le développement de la démarche palliative dans le champ social et médicosocial.
- Les EMSP et les réseaux de soins palliatifs doivent être positionnés en qualité d'experts

Soins palliatifs

GARD

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité (2010 pour équipes mobiles ; PMSI MCO et SSR 2009)

- **Equipes Mobiles de Soins Palliatifs**
  - CHU de Nîmes (depuis 2001) : 340 patients suivis
  - CH Bagnols (depuis 1997) : 185 patients suivis
  - CH d'Alès (depuis 2000) : 319 patients suivis
- **Réseaux de soins palliatifs :**
  - Le réseau Garrigues Costières de Nîmes : 159 patients
  - Le réseau Ensemble à Alès : 80 patients
- **Unité de Soins Palliatifs :**
  - La reconnaissance donnée au CHU Nîmes en Juillet 2009 n'est actuellement pas mise en place
- **L'activité hospitalière en court séjour est de11 964 journées et 891 séjours (DMS 13,4) et de 6389 journées en soins de suite**
- **Des HAD** participent à cette offre.

La population a bénéficié de 15 360 journées et 1062 séjours en court séjour. 2000 journées ont eu lieu sur le territoire de Montpellier et 1200 sur le territoire d'Avignon.

- **Ce taux de recours territorial est en court-séjour supérieur de 15% au taux régional et inférieur de 40% en soins de suite**

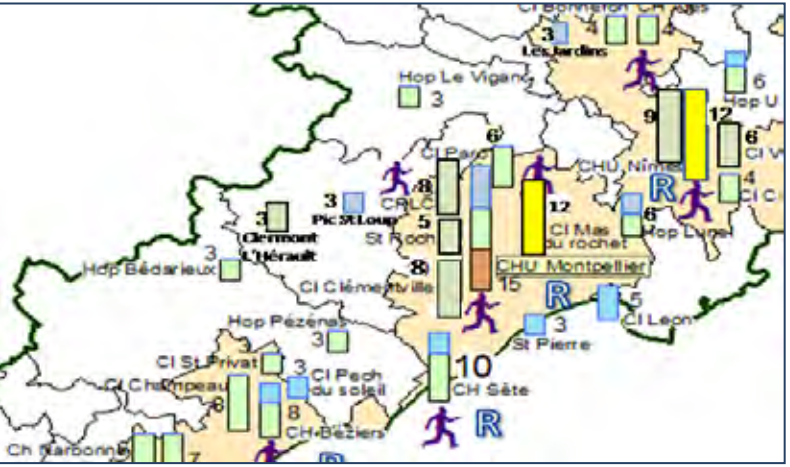
Points de vigilance

- Coordination et coopération des diverses modalités de prise en charge USP, LISP, EMSP, réseaux de soins palliatifs et HAD
- Il y a une attente de formation manifestée par les EHPAD.
- les EMSP et les réseaux de soins palliatifs doivent être positionnés en qualité d'expert.

Soins palliatifs

HERAULT

Offre de soins sur le territoire



7 réseaux
14 équipes mobiles
171 lits MCO
60 lits SSR
3 unités de soins palliatifs (34 lits)
1 unité régionale de S. Pall. (6 lits)

Espaces urbains

Unité de Soins Palliatifs

Unité Régionale de SP

Equipe mobile et Soins palliatifs

Equipe Mobile

10 lits de Soins Palliatifs

Lits SSR

Lits MCO

Unité S.P.

Unité Régionale de SP

Réseau de Soins Palliatifs

Données d'activité (2010 pour équipes mobiles ; PMSI MCO et SSR 2009)

- **Equipes Mobiles de Soins Palliatifs :**
  - CHU de Montpellier (depuis 1996) : 483 patients suivis
  - Clinique du Mas de Rochet (depuis 2001) : 119 patients suivis
  - CH de Béziers (depuis 2002) : 411 patients suivis
  - CHIBT (depuis 2000) : 339 patients suivis
  - CRLC (depuis 2009) : 405 patients suivis

- **Réseaux de soins palliatifs :**
  - Réseau Béziers-Agde-Hauts Cantons : 279 patients
  - GAIA de Sète : 142 patients
  - Réseau SPHERES : 186 patients

- **Unités de soins palliatifs :**
  - CHU de Montpellier : 6 lits à vocation régionale
  - Clinique du Mas de Rochet : 12 lits

- **L'activité hospitalière court séjour** du territoire est de 32 775 journées et 2091 séjours (DMS de 15,6 jours). En soins de suite, l'offre est de 16 969 journées.
- **Des HAD** participent à cette offre.

La population a bénéficié de 28207 journées et 1822 séjours en secteur court séjour.

Ce taux de recours territorial est en court-séjour équivalent au taux régional et supérieur de 25% en soins de suite.

Points de vigilance

- Coordination et coopération des diverses modalités de prise en charge : USP, LISP, EMSP, réseaux de soins palliatifs et HAD.
- Il y a une attente de formation manifestée par les EHPAD.
- Les EMSP et les réseaux de soins palliatifs doivent être positionnés en qualité d'experts

Soins palliatifs

Offre de soins sur le territoire

7 réseaux
14 équipes mobiles
171 lits MCO
60 lits SSR
3 unités de soins palliatifs (34 lits)
1 unité régionale de S. Pall. (6 lits)

Espaces urbains

Unité de Soins Palliatifs

Unité Régionale de SP

Equipe mobile et Soins palliatifs

Réseau de Soins Palliatifs

Données d'activité (2010 pour équipes mobiles ; PMSI MCO et SSR 2009)

- **Equipe Mobile de Soins Palliatifs :**
  - CH de Mende (depuis 2000) : 130 patients suivis

- **L'activité hospitalière** en court séjour est de 1553 journées et de 1208 journées en soins de suite

- **L'autorisation d'HAD donnée n'est actuellement pas opérationnelle**

La population a bénéficié de 2075 journées (123 séjours) en court séjour et 1208 journées en soins de suite. 30 % des journées court séjour sont réalisées en dehors du territoire.

Le taux de recours territorial est en court-séjour supérieur de 9% au taux régional et supérieur de 17% en soins de suite

Points de vigilance

- Il faut tenir compte des particularités relevant de la géographie, de la répartition de la population et de l'aménagement du territoire, de l'absence de réseau de soins palliatifs et d'HAD opérationnelle
- 4 LISP supplémentaires ont été reconnus en 2009.
- L'EMSP doit être positionnée en qualité d'experts

Soins palliatifs

Offre de soins sur le territoire

7 réseaux
14 équipes mobiles
171 lits MCO
60 lits SSR
3 unités de soins palliatifs (34 lits)
1 unité régionale de S. Pall. (6 lits)

Espaces urbains

Unité de Soins Palliatifs

Unité Régionale de SP

Equipe mobile et Soins palliatifs

Equipe Mobile

Lits SSR

Lits MCO

Unité S.P.

Unité Régionale de SP

Réseau de Soins Palliatifs

Données d'activité (2010 pour équipes mobiles ; PMSI MCO et SSR 2009)

- **Equipes Mobiles de Soins Palliatifs :**
  - CH de Perpignan (depuis 2001) : 454 patients suivis
  - Clinique Saint Pierre (Début d'activité mars 2011)
- **Réseaux de Soins Palliatifs :**
  - RSP 66 : 250 patients
- **L'activité hospitalière court séjour** du territoire est de 6000 journées et 402 séjours (DMS de 14,9 jours). En soins de suite, l'offre est de 7733 journées.
- **Des HAD** participent à cette offre.

La population a bénéficié de 6822 journées en court séjour et de 7733 journées en soins de suite. 1045 journées court séjour sont réalisées hors du territoire dont 638 à Montpellier.

Ce taux de recours territorial est en court-séjour inférieur de 37% au taux régional et supérieur de 15 % en soins de suite.

Points de vigilance

- Coordination et coopération des diverses modalités de prise en charge USP, LISP, EMSP, réseaux de soins palliatifs, et HAD
- Il y a une attente de formation manifestée par les EHPAD, les deux équipes mobiles et le réseau s'y investissent.
- Les EMSP et les réseaux de soins palliatifs doivent être positionnés en qualité d'experts.

Soins aux personnes détenues

Retour au sommaire

Soins aux personnes détenues

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge sanitaire des personnes détenues est confiée au service public hospitalier.

Du fait de la privation de liberté que subissent les détenus, c'est un service hospitalier spécifique, l'UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires) qui est installé dans les 6 établissements pénitentiaires de la région et qui constitue le premier niveau d'un système de soins gradués. Quand elles sont nécessaires, les hospitalisations de courtes durées (48 h maximum) se font en chambres sécurisées des établissements sanitaires de référence et les hospitalisations plus longues en UHSI (Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale au CHRU de Toulouse), la région Languedoc-Roussillon étant rattachée à région Midi -Pyrénées .

Les soins de psychiatrie suivent la même graduation :
- Des consultations spécialisées en UCSA,
- Des possibilités d'hospitalisation de jour au SMPR (Service Médico-Psychologique Régional situé à Perpignan),
- Des hospitalisations courtes sous contrainte uniquement dans des établissements habilités à les recevoir,
- Des hospitalisations longues sous contrainte ou non en UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) au CHRU de Toulouse (ouverture 2012).

La population carcérale est caractérisée par des risques accrus vis -à-vis de certains déterminants de santé. Des pathologies sévères y ont une prévalence forte : 55% des détenus ont au moins un trouble psychiatrique. Par rapport à la population générale, les détenus sont 4 fois plus infectés par le VIH et 5 fois plus par le VHC. Il y a en prison 6 fois plus de suicides qu'en population générale(source DREES).

La prise en charge sanitaire d'une personne détenue n'est pas uniquement régie par les règles du secteur sanitaire, mais dépend aussi du fonctionnement de l'administration pénitentiaire. La cohabitation des deux nécessite une bonne concertation et des ajustements fréquents.

De plus, en tant qu'unique interlocuteur de santé, l'UCSA doit aussi proposer une offre de prévention et d'éducation à la santé en lien avec des partenaires internes tel que le SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) et externes (associations, secteur médico-social, social ...).

Enfin, la loi de 1994 fait de tout détenu un assuré social, affilié automatiquement dès le 1er jour d'incarcération au régime général de sécurité sociale. Mais du fait d'une réglementation complexe et inégalement appliquée sur les territoires, de nombreuses personnes détenues souffrent de ruptures de leurs droits à la protection sociale, préjudiciables à leur santé, surtout à la sortie de la détention.

Le présent schéma s'intéressera au parcours de santé des personnes détenues allant de la prévention, à l'offre de soins et à la protection sociale. Il s'est appuyé sur un programme de contrôle de l'ensemble des établissements pénitentiaires de la région mené entre 2009 et 2010 par une équipe de la DRASS.

Soins aux personnes détenues

Orientations

Soins aux personnes détenues

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Structurer l'offre de prévention en UCSA en incluant une composante forte de prévention du suicide en coordination avec tous les partenaires : l'administration pénitentiaire, le SPIP, l'UCSA, le secteur associatif et médicosocial externe
- Adapter la politique de réduction des risques en milieu carcéral aux pratiques observées des personnes détenues toxicomanes
- S'assurer de la continuité des droits à la protection sociale en détention et à la sortie de prison

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

- Organiser la continuité de la prise en charge
- Favoriser l'accès aux soins des personnes sortant de prison et éviter les ruptures de prise en charge
- Prévenir et traiter les dégradations buccodentaires

Performance :

- Développer des pratiques médicales innovantes telles que la télémédecine
- Améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins
- S'assurer de l'amélioration de la santé bucco-dentaire des détenus

Qualité-pertinence & Evitabilité :

- Assurer une offre de soins graduée en psychiatrie en développant des prises en charge de groupe dans certains établissements pénitentiaires non dotés de SMPR
- Développer le dépistage, la prévention et l 'éducation thérapeutique

Soins aux personnes détenues

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en soins aux personnes détenues suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention :

- Faire bénéficier les personnes détenues de programmes de prévention spécifiques et adaptés en articulation avec les partenaires intra-pénitentiaires (administration pénitentiaire + UCSA + SPIP) et extra-pénitentiaires (secteurs administratifs, collectivités territoriales, structures médicosociales…)

2- Premiers recours & Médico-social :

- Améliorer la prise en charge des détenus toxicomanes par une meilleure articulation des structures médico-sociales spécialisées et les UCSA lors de la détention afin de faciliter la continuité du suivi à la sortie de prison

3- Optimiser le parcours du patient (**Inter-hospitalier**) par :

- Articulation entre les UCSA (hôpital de référence), le SPIP (administration pénitentiaire) et les collectivités territoriales pour assurer la continuité de tous les droits à la protection sociale des détenus en détention comme à la sortie de prison.

Liaisons principales avec d'autres volets :
Schéma régional de la prévention, Schéma régional médicosocial

Soins aux personnes détenues – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schéma	Indicateurs Schéma
Développer la prévention en milieu carcéral • Développer un programme annuel de prévention coordonné intra et extra pénitentiaire entre tous les acteurs et les financeurs de la prévention. • Améliorer le repérage des crises suicidaires par un programme de formation des intervenants en détention • Renforcer la connaissance des détenus sur les pratiques à risques infectieux et les moyens de réduction des risques accessibles en détention. • Développer l'offre de dépistage des pathologies les plus fréquentes liés à l'individu et à son environnement carcéral (cancers, risques infectieux ...) et favoriser la vaccination.	•Nombre de programmes mis en place • Nombre de formations programmées • Taux de vaccinations réalisées • Taux de dépistage par pathologie
Améliorer l'offre de soins en milieu carcéral • Poursuivre le développement des réseaux informatiques et des câblages des UCSA. • Développer des projets de télémédecine. • Sécuriser et rationnaliser le circuit du médicament par l'autorisation de nouveaux sites pharmaceutiques et l'harmonisation des prescriptions , notamment de TSO et des benzodiazépines. • Renforcer la prise en charge des personnes détenues porteurs du VHC et développer une offre de dépistage non invasif (fibroscan).	• Nombre de projets développés • Nombre de nouveaux sites pharmaceutiques autorisés dans les UCSA des établissements pénitentiaires de plus de 600 places.
Renforcer la protection sociale des détenus • Créer un référentiel pour harmoniser les pratiques sur l'accès aux droits sociaux des personnes détenues et éviter les ruptures de soins à chaque étape de la détention et à la sortie de prison.	

ANNEXE

Soins aux personnes détenues

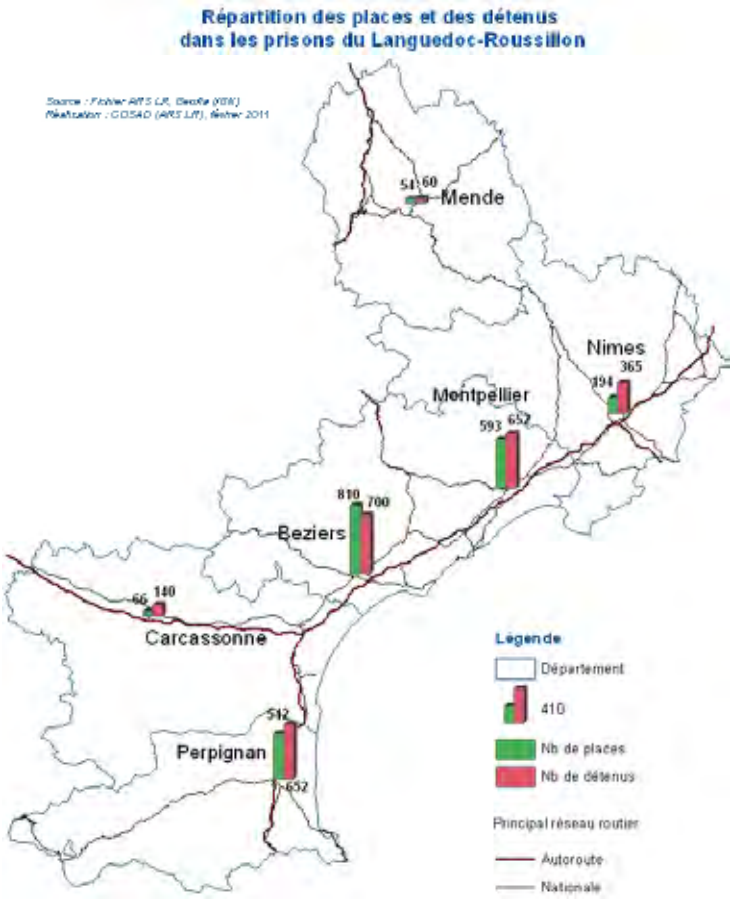
Diagnostic

Retour au sommaire

Soins aux personnes détenues

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé



Eléments de diagnostic régional et offre de soins sur le territoire de santé

- La région compte 6 établissements pénitentiaires (2249 Places théoriques, en constante sur-occupation).
- Chaque établissement pénitentiaire est doté d'une UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires)
- Le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) est situé au centre de détention de Perpignan.
- Sur l'ensemble des UCSA :

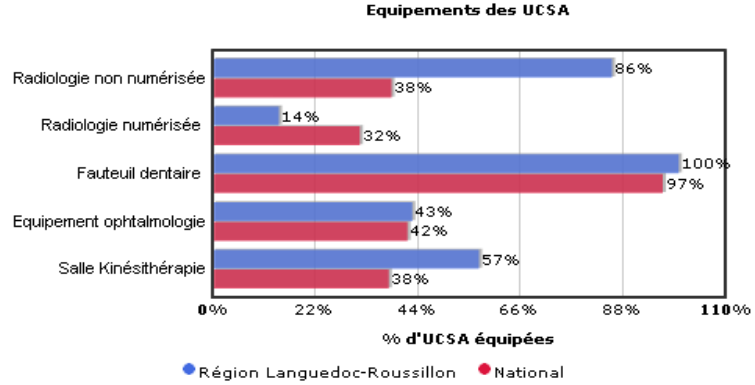
  30360 Consultations médicales ont été réalisées en 2009

Points de vigilance

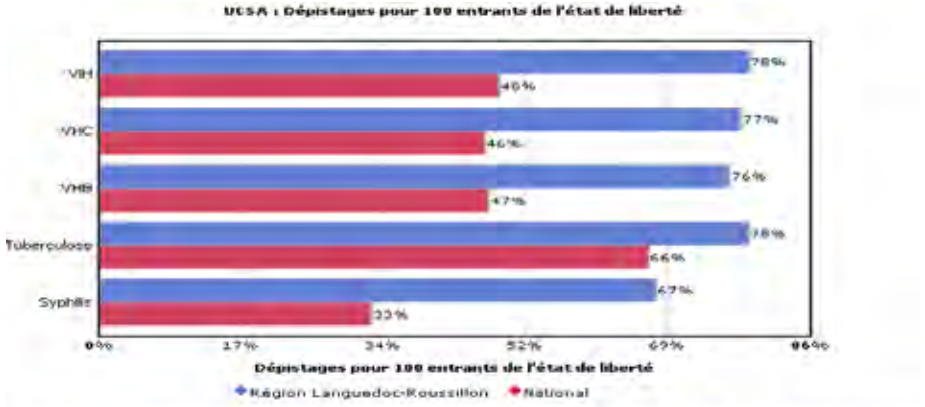
- Les modalités de prise en charge psychiatrique sont à diversifier.
- La prévention du suicide reste un sujet majeur.
- La prise en charge spécifique des auteurs d'infractions à caractère sexuel constitue une préoccupation forte.
- Les problèmes de couverture sociale des détenus ne sont pas tous résolus.

Eléments de comparaison nationale

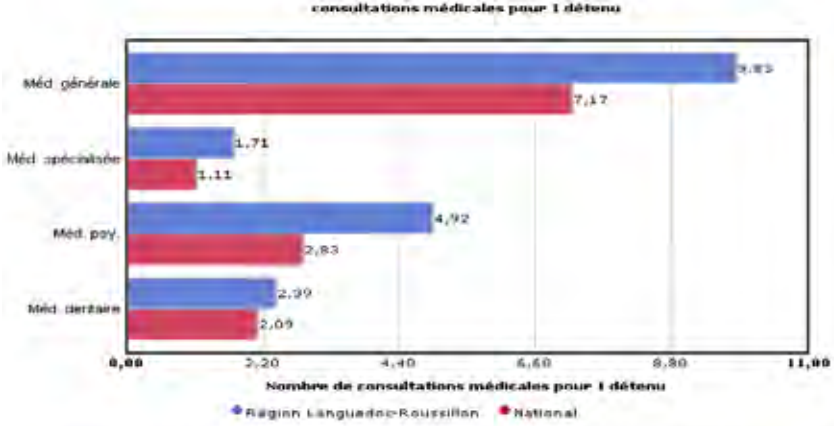
LANGUEDOC-ROUSSILLON



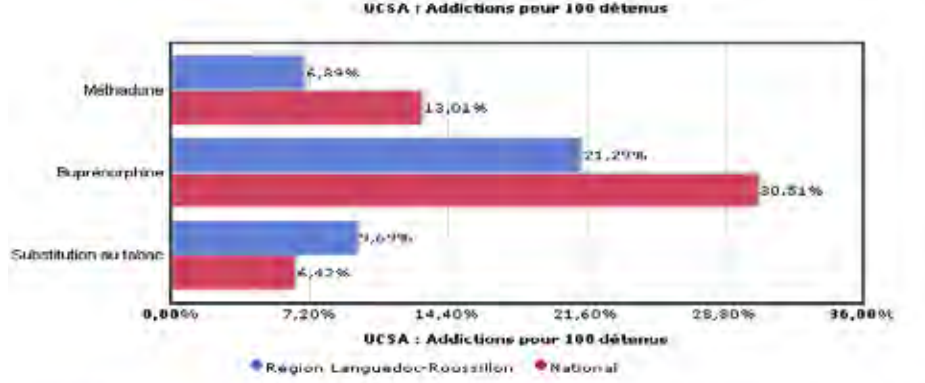
Etude réalisée sur la base de **6** UCSA pour la région Languedoc-Roussillon et de **172** pour le niveau nati



Etude réalisée sur la base de 6 UCSA pour la région Languedoc-Roussillon et de **170** pour le niveau national



Etude réalisée sur la base de 6 UCSA pour la région Languedoc-Roussillon et de **170** pour le niveau national



Etude réalisée sur la base de **6** UCSA pour la région Languedoc-Roussillon et de **140** pour le niveau national

Chirurgie

Retour au sommaire

Chirurgie

La gradation des plateaux techniques a vocation à répondre aux impératifs de sécurité des soins et de juste utilisation des ressources. Elle doit également permettre un accès aux soins spécialisés, notamment en urgence.

L'offre de chirurgie est très développée dans la région, et on observe une consommation (ou taux de recours) plus importante que la médiane nationale.

Il n'y a donc pas de nouveau besoin dans ce domaine.

Un changement de paradigme, consiste à dire que pour un grand nombre de gestes, lorsque les indications sont bien posées, la chirurgie ambulatoire devient la norme.

L'objectif est donc de promouvoir la chirurgie ambulatoire substitutive par l'augmentation des actes d'ambulatoire au détriment de l'hospitalisation classique.

En effet, on observe au fil du temps que les techniques opératoires et anesthésiques permettent d'accéder à cette modalité de traitement.

L'ARS a œuvré pour que tout site autorisé en chirurgie dispose d'au moins un site de chirurgie ambulatoire.

Elle accompagne également les établissements demandeurs dont le potentiel de substitution reste important.

Nous observons également sur la région un taux de recours à la chirurgie largement supérieur à la médiane nationale (cf diagnostic).

Chirurgie

Orientations

Chirurgie

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Un taux de recours régional supérieur de plus de 7% au taux médian national.
- Une offre privée importante : 42 établissements pratiquent la chirurgie : 2/3 sont privés (68% de l'activité en 2009) ; 50% des interventions donnent lieu à dépassement d'honoraires.
- La région LR est la deuxième région de France métropolitaine pour le développement de la chirurgie ambulatoire.
- Une démographie médicale marquée par une densité d'ophtalmologistes libéraux élevée sur le territoire et un taux de recours élevé sur les actes de chirurgie du cristallin

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :
Veiller à offrir une prise en charge en secteur 1 dans chaque territoire de santé.
Maintenir des consultations avancées en pré et post-interventionnel y compris en utilisant la télémédecine.

Pertinence :
Développer la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des sites de chirurgie.

Qualité- pertinence :
Préparer l'application du décret « faible activité du plateau technique » : 3 établissements concernés en LR.

Sécurité
Renforcer la lutte contre les infections associées aux soins (suivi des indicateurs de lutte contre les infections associées aux soins en particulier SURVISO (sites opératoires).

Focus issu du PSRS : infections associés aux soins.

Chirurgie

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en chirurgie suppose des articulations entre le secteur hospitalier et les soins de premiers recours . Il s'agit de :

1- Premiers recours :

Améliorer la coordination avec le médecin traitant.

2- (Inter-hospitalier) :

- Inscrire les sites de chirurgie au sein de filières médico-chirurgicales (ex : cancérologie, obésité).
- Organiser les filières d'aval (SSR, domicile, HAD).
- Assurer dans le cade des urgences les gardes et astreintes de chirurgie par territoire.

Liaisons principales avec d'autres volets : PDSES, cancer, SSR, médecine

Chirurgie - Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
Compréhension des taux de recours régionaux et négociation avec les acteurs concernés : • Analyse ciblée des taux de recours en chirurgie • Identification des acteurs concernés par l'activité • Dialogue médical sur les causes des différences constatées au niveau régional • Utilisation éventuelle et ciblée de la MSAP	
Développement de la chirurgie ambulatoire : o Accompagnement par l'ARS de tous les établissements demandeurs ou identifiés : • Analyse de l'activité médicale et du taux cible • Réflexions sur l'organisation de l'unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire, du bloc et des interfaces • Optimisation de la gestion des lits d'HC ou de semaine o Coordination de la MSAP par l'ARS et l'Assurance Maladie. o Appropriation par les acteurs régionaux du changement de paradigme : organisation de rencontres régionales annuelles sur le thème de la chirurgie ambulatoire. o Coordination chirurgie ambulatoire et performance hospitalière : inscrire le développement de la chirurgie ambulatoire comme axe stratégique dans les CPOM.	Taux cible régional de pratique de la chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs (85% en 2013), à étendre à l'ensemble des gestes en 2012. Taux de ré hospitalisation dans les 7 ou 15 jours après l'intervention sur le même secteur d'activité. Suivi des 98 couples de GHM de chirurgie ambulatoire.

Chirurgie – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé	Implantations		Créations / suppressions
Aude	HC	Carcassonne (2) Narbonne (2)	-1 Castelnaudary
	Chirurgie ambulatoire	Carcassonne (2) Narbonne (2)	
Gard	HC	Nîmes (4) Bagnols s/Cèze (1) Alès (2)	
	Chirurgie ambulatoire	Nîmes (4) Bagnols s/Cèze (2) Les Angles (1) Alès (2)	+ 1 Bagnols (dans le cadre de la coopération public / privé)
Hérault	HC	Montpellier* (7) Castelnau le Lez (1) Lunel (1) Ganges (1) Béziers (2), Colombiers (1), Boujan s/Libron (1) Sète (2) Pézenas (1) Bédarieux (1)	- 1 Lodève
	Chirurgie ambulatoire	Montpellier* (7) Castelnau le Lez (1) Lunel (1) Ganges (1) Béziers (2), Colombiers (1), Boujan s/Libron (1) Sète (2) Pézenas (1) Bédarieux (1)	
Lozère	HC	Mende (1) Marvejols (1)	
	Chirurgie ambulatoire	Mende (1) Marvejols (1)	
PO	HC	Perpignan (4) Cabestany (1) Céret (1) Prades (1)	
	Chirurgie ambulatoire	Perpignan (4) Cabestany (1) Céret (1) Prades (1)	

* Le CHU de Montpellier est considéré comme un seul site

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

CH Mende et Clinique du Gévaudan

réflexion en cours sur une coopération chirurgie / chirurgie ambulatoire.

CH Bagnols sur Cèze et Clinique La Garaud

coopération chirurgie ambulatoire / SSR en cours de structuration sous forme de GCS.

ANNEXE

Chirurgie

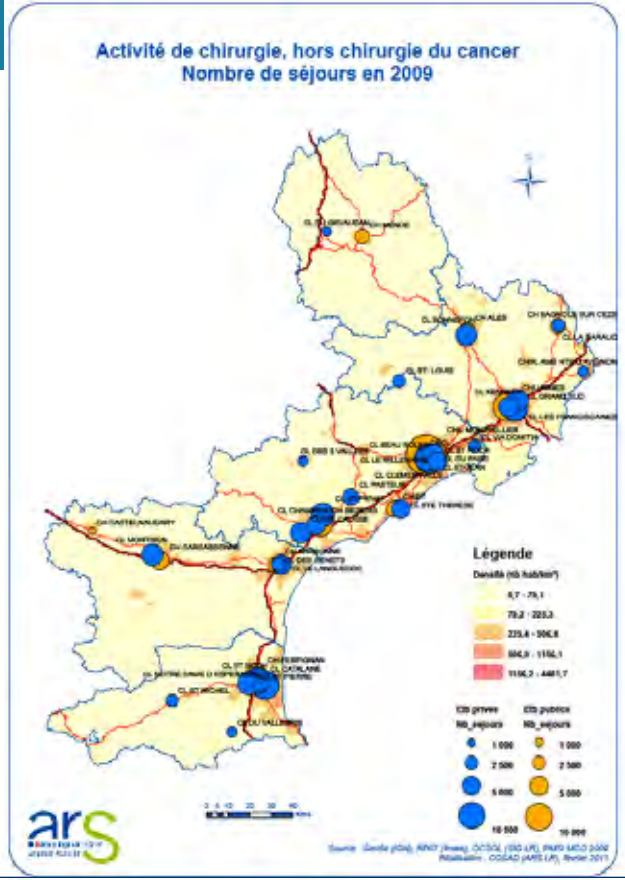
Diagnostic

Retour au sommaire

Chirurgie

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé



Une offre existante sur tout le territoire régional : 42 établissements pratiquent la chirurgie dont les **deux tiers sont privés**

à une activité privée importante, dynamique et historique sur la région (cette offre privée s'est restructurée et concentrée progressivement).

Eléments de diagnostic régional

- L'évolution globale de l'activité de chirurgie est **contenue en dessous de 1% annuel** depuis 2007 :
  - L'hospitalisation complète baisse 2,27% entre 2008 à 2009, alors que la chirurgie ambulatoire : augmente de 5,11%
  - Il existe des disparités entre établissements : certaines structures montrent une forte augmentation d'activités, d'autres au contraire régressent.
  - Le décret sur les établissements à faible activité (<1500 actes/an) devrait paraitre pendant ce SROS : 3 établissements concernés.

- **Le taux de recours régional est supérieur de plus de 7% au taux médian national.**

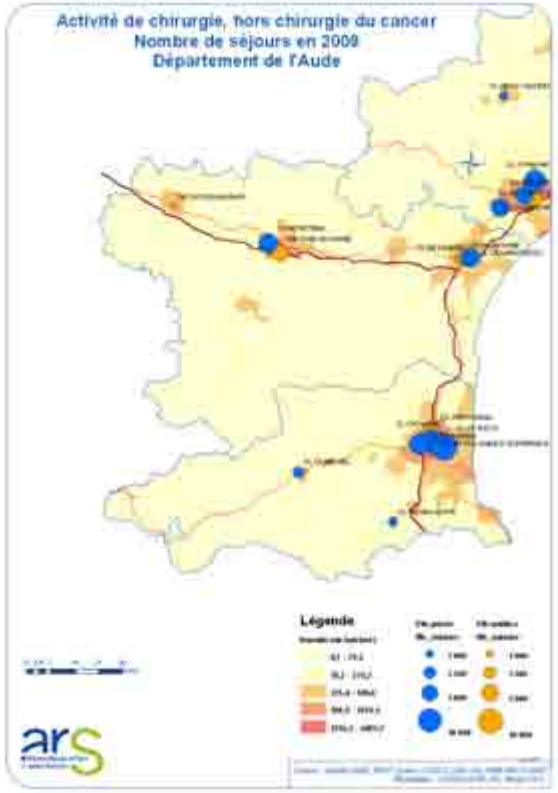
Points de vigilance

- Un plan d'actions à mettre en œuvre pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire
  - à changement de paradigme : la chirurgie ambulatoire devient la chirurgie de référence.
- La concentration des plateaux techniques par spécialité est souhaitable quand cela est possible.
- La contractualisation devra être utilisée comme outil de maîtrise du taux d'évolution de l'activité de chirurgie.

Chirurgie

AUDE

Offre de soins sur le territoire



5 établissements pratiquent la chirurgie dont 3 sont privés et représentent plus de 63% de l'activité chirurgicale du département en 2009.

Une restructuration a eu lieu en 2009 entre les deux établissements privés du territoire de Narbonne.

Données d'activité

v Entre 2007 et 2009, l'activité globale de chirurgie est :

- En baisse pour le secteur de Carcassonne
- En hausse pour le secteur de Narbonne qui voit notamment l'activité de chirurgie ambulatoire se développer au sein des deux cliniques qui se sont restructurées.
- Un établissement du territoire est concerné par la problématique des établissements à faible activité

v Le taux de recours est supérieur de plus de 10% au taux médian national pour la population de Narbonne et inférieure de 10% pour celle de Carcassonne.

Points de vigilance

v Un plan d'actions à mettre en œuvre pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire

à changement de paradigme : la chirurgie ambulatoire devient la chirurgie de référence.

v La concentration des plateaux techniques par spécialité est souhaitable quand cela est possible.

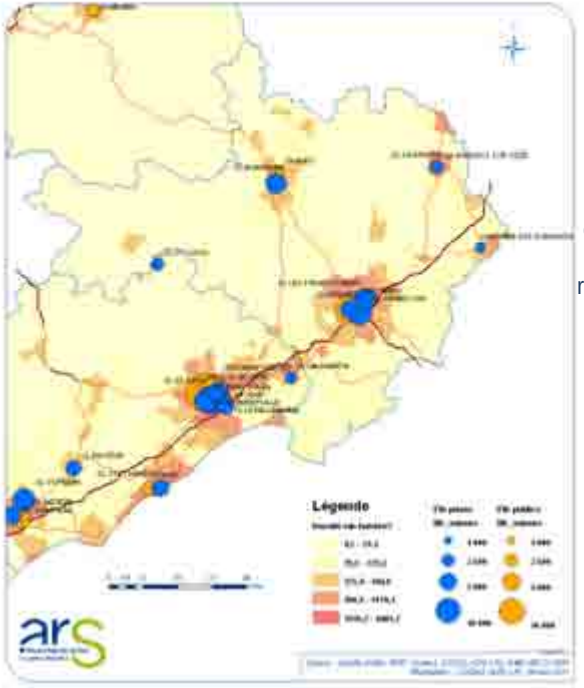
v La contractualisation devra être utilisée comme outil de maîtrise du taux d'évolution de l'activité de chirurgie.

Chirurgie

GARD

Offre de soins sur le territoire

Activité de chirurgie, hors chirurgie du cancer
Nombre de séjours en 2009
Département du Gard



Neuf établissements pratiquent la chirurgie dont six sont privés et représentent près de 66% de l'activité chirurgicale du département en 2009.

Données d'activité

- L' activité globale de chirurgie **se maintient sur le territoire**
- Le taux de recours du territoire proche du taux régional (+7%) et au dessus du taux national.
- Les cliniques se sont restructurées.
- Un hôpital neuf qui ouvre en 2011 à Alès avec regroupement des maternités sur l'hôpital d'Alès.
- Une Communauté Hospitalière de Territoire en cours d'organisation autour du CHU de Nîmes.
- Le projet de rapprochement de l'hôpital et de la clinique de Bagnols sur Cèze s'accompagne d'un recentrage de la chirurgie ambulatoire sur le site de l'hôpital et du SSR sur le site de la clinique.

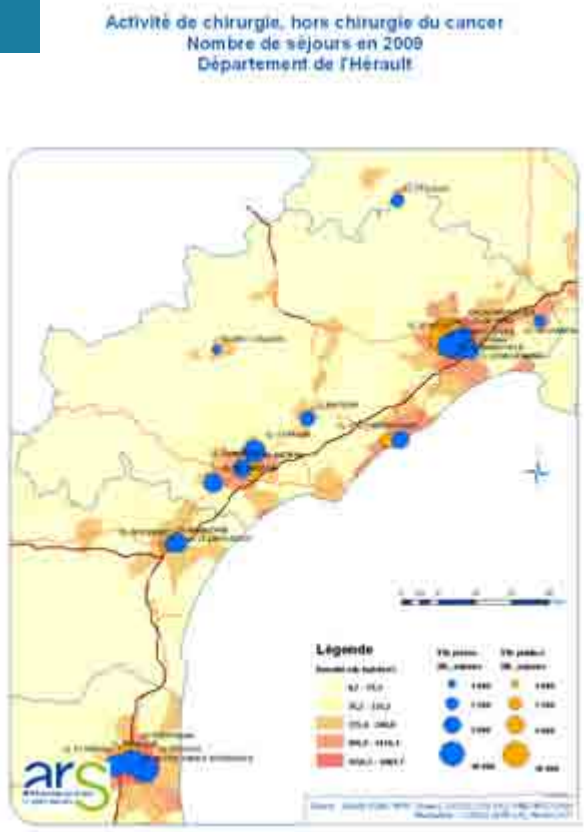
Points de vigilance

- Un plan d'actions à mettre en œuvre pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire
  - à changement de paradigme : la chirurgie ambulatoire devient la chirurgie de référence.
- La concentration des plateaux techniques par spécialité est souhaitable quand cela est possible.
- La contractualisation devra être utilisée comme outil de maîtrise du taux d'évolution de l'activité de chirurgie.

Chirurgie

HERAULT

Offre de soins sur le territoire



18 établissements pratiquent la chirurgie dont 13 sont privés et représentent près de 66% de l'activité chirurgicale du département en 2009.

Une forte disparité entre les secteurs de Montpellier et de Béziers.

Données d'activité

- L'évolution globale de l'activité de chirurgie est **contenue depuis 2007 et dans la moyenne régionale :**
  - L'hospitalisation complète est en recul notamment sur le secteur de Montpellier.
  - **La chirurgie ambulatoire connaît un fort développement sur les deux secteurs.**
  - Un établissement du territoire est concerné par la problématique des établissements à faible activité

- Le taux de recours à la chirurgie est de 1017 séjours pour 10 000 habitants dans le secteur de Béziers/Sète (taux de recours supérieur de 25,2% à la médiane nationale correspondant à 8128 séjours).

- Le taux de recours des habitants du secteur de Montpellier est en dessous du taux régional et proche du taux national (taux de recours supérieur de 2,0% à la médiane nationale correspondant à 1033 séjours).

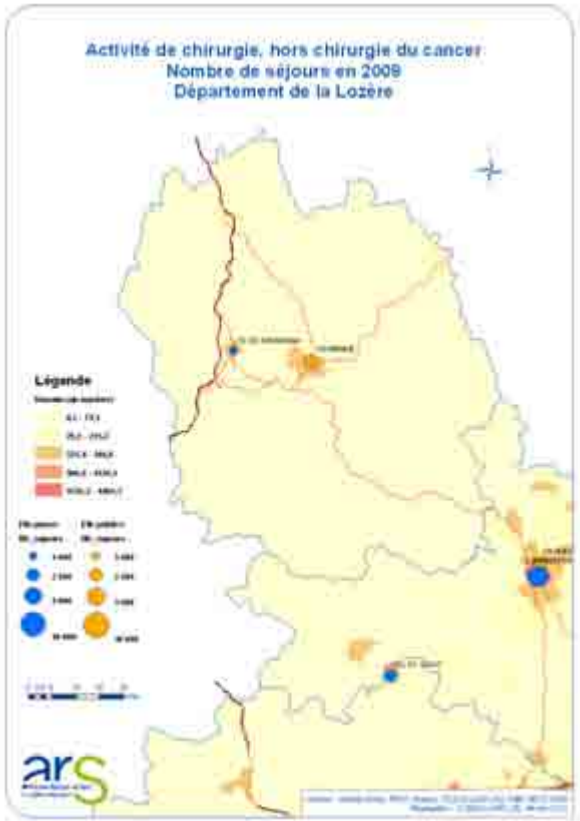
Points de vigilance

- Un plan d'actions à mettre en œuvre pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire
  - à changement de paradigme : la chirurgie ambulatoire devient la chirurgie de référence.
- La concentration des plateaux techniques par spécialité est souhaitable quand cela est possible.
- La contractualisation devra être utilisée comme outil de maîtrise du taux d'évolution de l'activité de chirurgie.

Chirurgie

LOZERE

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité

v L'activité de chirurgie est **globalement stable d'une année sur l'autre :**

- L'activité du centre hospitalier est en hausse
- La Clinique du Gévaudan enregistre une baisse de l'hospitalisation complète au profit de la chirurgie ambulatoire. Il convient de noter que la clinique est la seule détentrice (actuellement) d'une autorisation en chirurgie ambulatoire sur le territoire (un dossier est en cours d'instruction au CH de Mende)
- Un établissement du territoire est concerné par la problématique des établissements à faible activité

V **Le taux de recours à la chirurgie du département est très inférieur au taux de recours régional et également en dessous du taux médian national (-1.5%).**

Points de vigilance

v Un plan d'actions à mettre en œuvre pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire

à changement de paradigme : la chirurgie ambulatoire devient la chirurgie de référence.

v La concentration des plateaux techniques par spécialité est souhaitable quand cela est possible.

v La contractualisation devra être utilisée comme outil de maîtrise du taux d'évolution de l'activité de chirurgie.

Chirurgie

PYRÉNÉES-ORIENTALES

Offre de soins sur le territoire

Activité de chirurgie, hors chirurgie du cancer
Nombre de séjours en 2009
Département des Pyrénées-Orientales

Sept établissements pratiquent la chirurgie dont six sont privés et représentent plus de 84% de l'activité chirurgicale du département en 2009.

Une restructuration a eu lieu entre deux établissements privés en 2009.

Données d'activité

v **L'activité globale de chirurgie est en hausse :**

- L'hospitalisation complète est en baisse depuis 2007.
- Des disparités entre pôles public et privé : l'activité chirurgicale publique du département est en baisse et le privé se renforce principalement en chirurgie ambulatoire.
- Un établissement du territoire est concerné par la problématique des établissements à faible activité

v **Le taux de recours à la chirurgie de la population du territoire supérieur de plus de 11% au taux médian national et supérieur au taux régional.**

Points de vigilance

v Un plan d'actions à mettre en œuvre pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire

à changement de paradigme : la chirurgie ambulatoire devient la chirurgie de référence.

v La concentration des plateaux techniques par spécialité est souhaitable quand cela est possible.

v La contractualisation devra être utilisée comme outil de maîtrise du taux d'évolution de l'activité de chirurgie.

Périnatalité

Retour au sommaire

Périnatalité

La périnatalité recouvre les prises en charge autour de la grossesse et de la naissance et principalement les activités de gynécologie obstétrique, de néonatalogie, et de réanimation néonatale, l'activité d'assistance médicale à la procréation, de diagnostic prénatal, ainsi que la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse.
Toutes ces activités hormis l'IVG sont soumises à autorisation.

Une note de cadrage (DGS/ DGOS de 2010) relative à la mise en œuvre de l'axe Périnatalité Petite Enfance du plan stratégique régional de santé (PSRS) présente les objectifs nationaux en matière de santé périnatale et de petite enfance. Ces objectifs ont vocation à être déclinés régionalement à travers les 3 schémas SROS, SRP, et SROMS.

Sa principale recommandation est de mettre en œuvre une politique régionale élargie de la Périnatalité à la Petite Enfance. L'ARS Languedoc Roussillon s'inscrit précisément dans cet objectif.

La région a connu depuis 1999 une nette amélioration des indicateurs, mortinatalité, mortalité périnatale, et néonatale. Néanmoins, depuis 2008, le changement de définition et de mode de calcul constituent, une vraie difficulté au niveau national de suivre désormais de façon fiable l'évolution de certains indicateurs. Par ailleurs, il est nécessaire pour faire le bilan en terme d'évolution de la mortalité, d'y intégrer désormais l'analyse de la mortalité infantile (mortalité des enfants de 0 à 1 an sur les enfants nés vivants).

Un certain nombre d'enjeux transversaux en termes de santé publique émergent :
•Promouvoir la santé maternelle
•Promouvoir la santé de l'enfant et du futur adulte en optimisant les conditions de la naissance du nouveau-né repérer précocement l'ensemble des vulnérabilités susceptibles d'altérer la qualité du développement de l'enfant
•Ne plus raisonner seulement en terme de mortalité, mais travailler à la réduction de la fréquence et de la gravité des situations de handicap d'origine périnatale, sur les morbidités et les déficiences évitables en développant une évaluation continue des pratiques périnatales, des stratégies de dépistage et de prise en charge précoces et globales de toutes les typologies de situations à risque

•Prendre en compte l'augmentation de la précarité dans la population générale

•Anticiper les conséquences de la dégradation de la démographie médicale afin de préserver l'accès aux services pour la population et la sécurité de fonctionnement des maternités

S'agissant des IVG, un plan régional d'inspection de tous les établissements réalisant cette activité s'achève fin 2011. Celui-ci permettra de dresser un bilan précis des conditions d'accès et de prise en charge de l'IVG.

En outre, dans ce volet, les autorisations octroyées en matière d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), et de Diagnostic Prénatal (DPN), permettent d'offrir un équilibre acceptable entre accessibilité, qualité et efficience.

On peut toutefois rappeler :

• Dans le domaine du DPN, la nécessité de veiller au déploiement du dépistage combiné de la Trisomie 21 sur l'ensemble de la Région.
• Dans le domaine de la prise en charge des infertilités, la nécessité de conforter le travail en coopération entre centres AMP autorisés et maternités de façon à optimiser accessibilité (limiter les déplacements des couples) et qualité des prises en charges.

Périnatalité

Orientations

Périnatalité

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Une progression constante du nombre d'accouchements depuis 5 ans observée principalement sur les bassins de naissance de Nîmes et Montpellier. Les capacités installées en lits d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale ne peuvent plus y répondre de façon satisfaisante.
- Une démographie des médecins gynécologues obstétriciens, pédiatres et anesthésistes (intervenant en maternité) peu favorable avec une diminution prévisible et rapide des effectifs dans les 5 années à venir
- Recul de la mortalité périnatale mais une augmentation anormalement importante de la fréquence de la grande prématurité depuis 1997.
- Un recours à l'IVG important

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :
- Préserver l'accès économique aux soins (précarité, dépassement d'honoraires)
- Préserver l'accès au suivi des grossesses sur les territoires isolés
- Poursuivre le travail coordonné entre services de PMI et maternités pour les couples en situations de vulnérabilité ou de précarité
- Faire évoluer , les capacités en lits de néonatalogie et réanimation néonatale des soins afin de répondre à l'évolution du nombre de naissances
- Améliorer l'accès à l'IVG médicamenteuse, préserver l'accès à l'IVG tardive des 12 / 14 semaines d'aménorrhée,

Qualité- Sécurité
- Poursuivre la réorganisation de l'offre en maternités pour faire face à la dégradation de la démographie médicale,
- Poursuivre le déploiement du Dossier Périnatal Commun Informatisé
- Améliorer le repérage précoce et l'accompagnement des situations d'addiction
- Poursuivre l'évaluation de la politique de transfert in-utéro et post-natal
- Introduire l'évaluation des pratiques autour des grossesses à bas risque
- Consolider l'organisation des transports néonataux (et pédiatriques), introduire les transports infirmiers, organiser un SAMU à vocation régionale fonctionnant avec le concours de pédiatres réanimateurs, améliorer la formation.

Evitabilité: prévention , dépistage, prise en charge précoce des déficiences de la période périnatale (surdité néonatale, ...)
Repérage des vulnérabilités et organisation du soutien à la parentalité

Performance :
- Fluidité du parcours du nouveau-né (**Inter-hospitalier)** : optimiser les retransferts après passage en réanimation néonatale
- Organiser les sorties précoces des maternités dans un cadre, protocolisé et de coopération formalisée avec les acteurs de santé du territoire

Focus issu du PSRS : IVG, vaccinations , obésité infantile

Périnatalité

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en périnatalité suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention :

- Vaccination mises en œuvre des recommandations du calendrier vaccinal (parents ,femme enceinte , nourrisson) vaccination des populations à risque par le BCG
- Promotion allaitement et soutien à l'allaitement maternel / éducation thérapeutique nutritionnelle des femmes enceintes en surpoids / éducation nutritionnelle des parents pour les premiers mois de la vie du nourrisson
- Promotion de la bientraitance,
- Repérage des troubles de la relation parent - enfant, prise en charge, mise en place de mesures de soutien à la parentalité,
- Promotion d'une sexualité épanouie et amélioration de l'accès à la prévention en renforçant, les coordinations entre centres d'orthogénie / et de planification familiale, l'accès à la contraception chez les jeunes, l'éducation à la santé
- Prévention des hémorragies du post-partum

2- Premiers recours & Médico-social :

- Diversifier les modes de prise en charge au sein des maternités en développant des prises en charge physiologiques de la grossesse et de l'accouchement.
- Organiser le suivi des nouveau-nés à risque de présenter des troubles du développement
- Organiser la prise en charge précoce (sanitaire /médico-sociale) des surdités néonatales

Liaisons principales avec d'autres volets :
Urgences, soins de premier recours, prévention et médicosocial, coordination avec schémas départementaux des conseils généraux

Périnatalité – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
Poursuivre le déploiement du Dossier Périnatal Commun Informatisé	Nombre de maternités utilisatrices
Préserver l'accès aux suivis de grossesse sur certains territoires (désertification et isolement géographique)	Zones de désertification médicale (Gynéco + SF) et Nombre de naissances domiciliées
Par territoire, améliorer l'accès à l'IVG médicamenteuse, préserver l'accès à l'IVG tardive des 12 / 14 semaines d'aménorrhée, et améliorer l'accès à la prévention en renforçant les coordinations centres d'orthogénie/centre de planification familiale	Taux d'IVG médicamenteuse sur le nombre total d'IVG par établissement Taux d'IVG chez les mineures Taux d'IVG tardive
Poursuivre l'évaluation de la politique de transfert in-utéro et post-natal	Indicateurs de transfert (indicateurs fournis par la CROP)
• Organiser le suivi des nouveau-nés à risque de présenter des troubles du développement et des apprentissages • Diversifier les modes de prise en charge au sein des maternités en développant des prises en charge physiologiques de la grossesse et de l'accouchement. • Organiser les sorties précoces de la maternité en organisant la continuité du suivi du nouveau-né et des mamans .	- Nombre de nouveau-nés bénéficiant d'un suivi - Evolution du nombre de césarienne et épisiotomie par maternité selon le niveau - Nombre de maternités ayant mis en place un projet spécifique - Nombre d'accouchements hors maternité - Durée Moyenne de Séjour et distribution des durées de séjour en maternité
Parcours inter hospitalier • Consolider l'organisation régionale des transports néonataux (et pédiatriques, par la création d'un SMUR régional doté de compétences pédiatriques • Optimiser les retransferts après passage en niveau III • Améliorer la prise en charge initiale des hémorragies du postpartum immédiat, organiser l'accès à la radiologie interventionnelle pour les hémorragies du per et post-partum, en particulier sur les territoires de Nîmes et de Perpignan.	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs fournis par la CROP Pourcentage de retransferts d'un niveau III à II
Médico-social : • Consolider les liens entre CAMSP et les services de néonatologie pour promouvoir une prise en charge précoce des enfants présentant un risque élevé de troubles du développement, • Organiser une filière de prise en charge précoce des enfants présentant une surdité néonatale.	Indicateurs d' activité en rapport avec prise en charge en précocité des CAMSP Effectivité d'une réponse organisée sur chaque territoire

Périnatalité - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé		Implantations	Créations / suppressions
Aude	Activité de gynécologie obstétrique	Narbonne (2) Carcassonne (1)	
	Activité de Néonatalogie : niveau II a	Carcassonne (1)	
	Soins intensifs (niveau II b)	0	
	Réanimation néonatale (niveau III)	0	
Gard	Activité de gynécologie obstétrique	Nîmes (3) Bagnols (1) Alès (1)	
	Activité de Néonatalogie : niveau II a	Nîmes (2) Bagnols (1) Alès (1)	+ 3 Sur Alès, Bagnols et Nîmes
	Soins intensifs (niveau II b)	Nîmes (1)	
	Réanimation néonatale (niveau III)	Nîmes (1)	
Hérault	Activité de gynécologie obstétrique	Montpellier (3) Béziers (2) Sète (2) Ganges (1)	
	Activité de Néonatalogie : niveau II a	Montpellier (3) Béziers (1) Sète (1)	
	Soins intensifs (niveau II b)	Montpellier (1) Béziers (1)	+ 1 sur le bassin de Béziers
	Réanimation néonatale (niveau III)	Montpellier (1)	
Lozère	Activité de gynécologie obstétrique	Mende (1)	
	Activité de Néonatalogie : niveau II a	Mende (1)	
	Soins intensifs (niveau II b)	0	
	Réanimation néonatale (niveau III)	0	
PO	Activité de gynécologie obstétrique	Perpignan (3)	
	Activité de Néonatalogie : niveau II a	Perpignan (1)	
	Soins intensifs (niveau II b)	Perpignan (1)	
	Réanimation néonatale (niveau III)	Perpignan (1)	

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Organiser la continuité du suivi des mères et nouveau-nés à leur retour à domicile après la maternité notamment pour les sorties précoces
- Situations de précarité et vulnérabilité en pré, per et post-natal : coordination maternité et équipes du Conseil Général (PMI,..), services sociaux.
- Surdités néonatales: Organiser la continuité du parcours entre dépistage, diagnostic et prise en charge précoce (guidance parentale, appareillage, implants, lieux d'accueil, suivi ambulatoire et spécialisé)
- Nouveau-nés susceptibles de présenter des troubles du développement : organiser le suivi coordonné en prenant aussi en compte les questions de soutien à la parentalité et les enjeux de socialisation précoce de l'enfant
- Vaccination: coordination des acteurs autour de la mise en œuvre du calendrier vaccinal (période périnatale et chez les nourrissons)
- Addiction chez la femme enceinte: coordination des acteurs, en interne au sein de l'établissement et externes (CSAPA, ….)
- Prise en charge et accompagnement des troubles de la relation parent - enfant, coordination, services de maternité, secteurs de psychiatrie et pédopsychiatrie, secteur associatif.

Périnatalité - AMP* / DPN**

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Activités d'AMP*

Territoire de santé	Activités cliniques d'AMP*					Activités biologiques d'AMP*							
	a.1/	b.1/	c.1/	d.1/	e.1/	a.2/	b.2/ FIV sans M	b.2/ avec M	c.2/	d.2/	e.2/	f.2/	g.2/
Aude						2							
Gard	1	1	1			3	1	1				1	
Hérault	2	2	2	1		3	2	2	1	1	1	2	1
PO	1	1	1			1	1	1			1	1	
Lozère													

*AMP : Aide médicale à la procréation

Activités cliniques

a.1/ Prélèvements d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation
b.1/ Prélèvement de spermatozoïdes
c.1/ Transfert des embryons en vue de leur implantation
d.1/ prélèvement d'ovocytes en vue d'un don
e.1/ Mise en œuvre de l'accueil des embryons

Activité biologiques

a.2/Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle
b.2/ Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme, la préparation des ovocytes et la fécondation in vitro sans ou avec manipulation
c.2/ recueil, préparation, conservation et mise à disposition de sperme en vue d'un don
d.2/ Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don
e.2/ Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L 2141-11
f.2/ Conservation des embryons en vue d'un projet parental
g.2/ Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci

Activités de DPN**

Territoire de santé	Diagnostic prénatal					
	a/	b/	c/	d/	e/	f/
Aude	1					1
Gard	1					1
Hérault	2	2	2			3
PO						
Lozère						

**DPN : Diagnostic prénatal

a/ Les analyses de cytogénétiques, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire
b/ Les analyses de génétique moléculaire
c/ Les analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses
d/ Les analyses d'hématologie
e/ Les analyses d'immunologie
f/ Les analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels

ANNEXE

Périnatalité

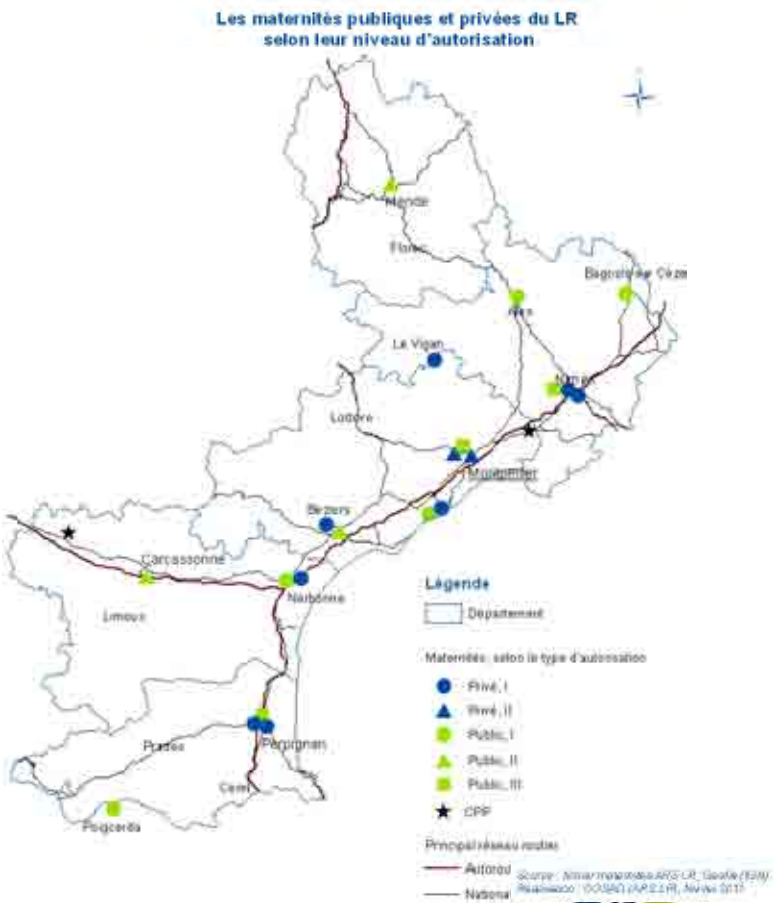
Diagnostic

Retour au sommaire

Périnatalité

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé



Eléments de diagnostic régional

- 30 300 accouchements par an: une progression constante du nombre d'accouchements depuis 5 ans observée principalement sur les « bassins de naissance de Nîmes et Montpellier »
- Un taux d'équipement en lits d'obstétrique inférieur au niveau national
- Une démographie des médecins gynécologues obstétriciens, pédiatres et anesthésistes (intervenant en maternité) peu favorable avec une diminution prévisible et rapide des effectifs dans les 5 années à venir
- Recul de la mortalité périnatale mais une augmentation anormalement importante de la fréquence de la grande prématurité depuis 1997.
- Un recours à l'IVG important

Points de vigilance

- Optimiser l'utilisation des capacités et les faire évoluer en obstétrique, en néonatalogie et réanimation néonatale dans un contexte de forte régionalisation des soins avec une étude particulière sur les territoires de l'Hérault et du Gard è optimiser les retransferts après passage en niveau III
- Consolider l'organisation des transports néonataux (et pédiatriques), nécessité d'avoir une approche spécifique de l'organisation régionale : formalisation d'un SMUR régional à compétences pédiatriques
- Poursuivre l'évaluation de la politique de transfert in-utéro et post-natal
- Organiser le suivi des nouveau-nés à risque de présenter des troubles du développement
- Envisager l'accès pour les grossesses et accouchements normaux, à une prise en charge démédicalisée en préservant un environnement sécurisé
- Préserver l'accès économique aux soins (précarité, dépassement d'honoraires)
- Poursuivre le déploiement du Dossier Périnatal Commun Informatisé
- Par territoire, améliorer l'accès à l'IVG médicamenteuse, préserver l'accès à l'IVG tardive des 12 / 14 semaines d'aménorrhée, et améliorer l'accès à la prévention en renforçant les coordinations centres d'orthogénie/centre de planification familiale
- Accès aux suivis de grossesse sur certains territoires (désertification)

Périnatalité

Offre de soins sur le territoire

§ Ouest Audois :

- § une seule maternité de niveau II
- § un Centre Périnatal de Proximité géré par le Centre Hospitalier de Castelnaudary suite à la fermeture de sa maternité (CPP)

§ Est Audois 2 maternités de niveau I :

- § Le CH de Narbonne et
- § La Polyclinique LE Languedoc

Données d'activité

Recomposition de l'offre:

- Un projet de rapprochement des deux plateaux technique s inabouti sur Narbonne avec une activité également répartie entre les 2 maternités ,environ 750 accouchements chacune
- Sur l'Ouest Audois,
  - *Fermetures effectives, de la maternité de la clinique Montréal pour des questions de démographie de pédiatre et de la maternité du CH de Castelnaudary , création d'un centre périnatal de proximité*
  - La maternité avec service de néonatalogie du CH de Carcassonne niveau II, constitue désormais l'offre exclusive sur cette partie du territoire avec une maternité qui a une activité légèrement inférieure à 2000 accouchements
  - Importance de l'attractivité de Toulouse liée à la proximité géographique pour la partie Ouest du département.
  - Dégradation de la démographie des gynécologues obstétriciens.

Points de vigilance

- Sur l'Ouest Audois : la régionalisation des soins périnataux est à consolider, les maternités de niveau III de Montpellier, et Perpignan ont vocation à répondre aux besoins du territoire.
- Organiser les transports néonatals et pédiatriques: clarifier le rôle respectif des SAMU 34, 31 et du 11 et fluidifier leur organisation par la mise en place de transports infirmiers , SMUR Régional à compétences pédiatriques
- Organiser les suivi de grossesse et accès à l'échographe sur certains territoires, Quillan en particulier
- Renforcer les articulations entre centres d'orthogénie et Centre de planification familiale, en matière de prévention
- Rattacher la gestion du CPP de Castelnaudary à celle du Pôle Mère –Enfant du CH de Carcassonne
- Améliorer l'accès à l'IVG sur le Narbonnais, préserver l'accès à l'IVG médicamenteuse sur Castelnaudary
- Formaliser les coopérations entre services de PMI et maternités

Périnatalité

GARD

Offre de soins sur le territoire

- Sur Nîmes,
  - Deux maternités privées de niveau I, respectivement 1850 et 1000 accouchements
  - Une maternité publique de niveau III (2300 accouchements)
- Sur Alès,
  - Désormais une seule maternité publique fera environ 1500 accouchements
  -
- Sur Bagnols sur Cèze,
  - Une maternité publique unique (1000 accouchements) . Elle dessert les besoins de la basse Ardèche dans un territoire marqué par l'attraction d'Avignon dans sa partie Sud

Données d'activité

- Une augmentation du nombre d'accouchements observés principalement sur Nîmes qui justifie d'étoffer l'offre sur le territoire
- Un regroupement réalisé très récemment des plateaux techniques sur Alès pour des questions de démographie médicale

Points de vigilance

- Adapter les capacités et les ressources humaines du CHU de Nîmes pour s'adapter en priorité aux besoins en obstétrique, soins intensifs et réanimation néonatale.
- Remobiliser le CHU de Nîmes sur l'animation du réseau de soins (Gard Lozère)
- Poursuivre l'amélioration de l'offre en obstétrique sur le secteur extrême Ouest du département (en lien avec l'implantation de Ganges)
- Améliorer les transports des nouveau-nés entre maternité de niveaux différents, (régulation et transport) pour fluidifier leurs parcours de soins: améliorer la coordination entre le Samu départemental et la Cellule Régionale d'Orientation Périnatale
- Organiser la permanence d'accès à la radiologie interventionnelle pour les hémorragies du per et post-partum
- Renforcer les capacités en précocité des centres d'actions médico-social précoces afin qu'ils fassent face aux besoins de prise en charge des nourrissons susceptibles de présenter des troubles du développement (en particulier à Nîmes et Bagnols)

Périnatalité

Offre de soins sur le territoire

Sur Montpellier:

§ deux maternités privées de niveau II, faisant respectivement 3500 et 2500 accouchements

§ Une maternité publique de niveau III, unique offre d'hospitalisation publique confrontée à une très forte progression d'activité, ceci quelque soit le niveau de prise en charge

Sur Sète

deux maternités (publique et privée) de niveau I. La maternité privée a une faible activité (500 accouchements)

Sur Béziers

Une maternité privée de niveau I

Une maternité publique de niveau II

Sur Ganges

Une maternité privée à faible activité (330 accouchements)

Sur Lunel

Un centre Périnatal de proximité

Données d'activité

- Une forte augmentation du nombre d'accouchements observés principalement sur Montpellier . Ce constat induit des contraintes fortes en matière d'ajustement des capacités principalement pour la prise en charge des grossesses à haut risque.
- Une démographie de pédiatres qui fragilise le fonctionnement de deux maternités privées à faible activité

Points de vigilance

- De très fortes contraintes pèsent sur le CHU de Montpellier en difficulté pour faire face aux besoins croissants de niveau II avec soins intensifs et réanimation néonatale niveau III. Ceci a des conséquences sur le secteur de réanimation pédiatrique. Plateau technique de plus en plus inadapté sur le plan architectural
- Dans le privé principalement sur Montpellier, des dépassements d'honoraires généralisés, laissant à charge des sommes importantes aux couples dénués de mutuelle complémentaire
- Renforcer l'offre en soins intensifs sur le territoire de Béziers, ce qui permettra de la renforcer aussi sur les territoires limitrophes.
- Fragilité de l'offre en obstétrique sur le secteur Nord Est du département qui dessert l'arrière pays (avec un impact pour l' Ouest du Gard)
- Sur le bassin de Thau, une consolidation de l'offre qui reste souhaitable par regroupement des plateaux techniques
- Améliorer les transports des nouveau-nés entre maternités de niveaux différents, (régulation et transport) pour fluidifier les parcours de soins: améliorer la coordination entre SAMU départementaux et avec la Cellule Régionale d'Orientation Périnatale
- Améliorer l'accès à l'IVG sur les secteurs de Béziers et Sète

Périnatalité

LOZERE

Offre de soins sur le territoire

- Une seule maternité publique à Mende de niveau II (620 accouchements)
- C'est la seule maternité du département. La sécurisation de son fonctionnement doit constituer une priorité

Données d'activité

- Légère progression de l'activité de la maternité, meilleure attractivité et progression du nombre d'accouchements dans son territoire d'attraction (+10 % depuis 5 ans)

Points de vigilance

- Améliorer l'accessibilité géographique à l'accès à un suivi de grossesse de qualité (consultation avancée, DPC des SF, télémédecine,..)
- Améliorer l'accès géographique à l'IVG médicamenteuse
- Anticiper les difficultés de la démographie médicale pour préserver un effectif minimal de gynécologues obstétriciens, pédiatres et anesthésistes pour garantir un fonctionnement de qualité de la maternité
- Disponibilité des effecteurs du SAMU 34 ou 30 dans les situations d'extrême urgence périnatale ?

Périnatalité

PYRENEES ORIENTALES

Offre de soins sur le territoire

A Perpignan:

• 2 maternités privées de niveau I réalisant environ 3 400 accouchements

(Notre Dame de l'Espérance et Saint Pierre)

• Le CH de Perpignan maternité de niveau IIII

(1 400 accouchements)

Cette maternité est référent en matière de transfert in-utéro et post natal pour les maternités des Pyrénées Orientales et de Narbonne

• La maternité de l'hôpital transfrontalier de Puigcerdá

• Une offre en AMP organisée autour de la clinique Saint Pierre et d'un laboratoire privé sur le même site

Données d'activité

,

• Une offre qui a été très fortement restructurée dans les 15 années précédentes fermeture et regroupement de deux maternités privées sur Perpignan et fermeture de deux maternités de l'arrière pays (Prades et Céret)

• Une activité en nombre d'accouchements stable

• Une population marquée par une forte précarité

Points de vigilance

- Organiser la permanence d'accès à la radiologie interventionnelle entre les 3 maternités de Perpignan
- Préserver l'accès à l'IVG médicamenteuse et réorganiser les liens entre centres d'orthogénie et centres de planification familiale
- Consolider l'animation du Réseau de soins entre les maternités , concernant la politique de transferts
- Veiller à la bonne intégration de la maternité de l'hôpital transfrontalier de Puigcerdá pour répondre aux besoins des parturientes de Cerdagne – Capcir
- Veiller à la bonne organisation des transferts in-utéro et post-natal entre la maternité de Puigcerdá et du CH de Perpignan (niveau III) (protocole s et transports)
- Améliorer la démographie des pédiatres intervenant en maternité dans les 2 maternités privées de Perpignan
- Optimiser l'organisation des filières de repérage et de prise en charge des femmes enceintes présentant des conduites d'addiction

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Retour au sommaire

Cardiologie interventionnelle

La cardiologie interventionnelle concerne la pratique de cathétérismes cardiaques par voie vasculaire, artérielle ou veineuse, sous contrôle radiologique pour traiter les troubles du rythme cardiaque, les troubles de la conduction cardiaque, les obstructions des artères coronaires et d'autres cardiopathies (valvulaires...). Les affections cardiovasculaires restent la deuxième cause de mortalité dans notre région.

Les décrets et arrêté d'avril 2009 ont conduit à une révision du volet spécifique du SROS en décembre 2009 qui a reconnu la nécessité de passer de 7 à 8 autorisations d'activité interventionnelle portant sur les cardiopathies de l'adulte (essentiellement les angioplasties). Les besoins de rythmologie interventionnelle sont couverts par les 7 établissements autorisés.

L'enjeu de ces activités très spécialisées est d'organiser :

- Une accessibilité géographique équitable sur la région
- Et un accès direct pour les syndromes coronariens aigus suite à l'orientation par le centre 15.

Le même nombre d'implantations est retenu dans ce nouveau volet. Le gain concernant l'accessibilité, la rapidité, la sécurité et la qualité des soins sera obtenu par une organisation optimisée.

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Orientations

Cardiologie interventionnelle

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Les affections cardiovasculaires constituent la deuxième cause de mortalité dans notre région
- En 2009, le taux de recours régional est de 57 pour 100 000 habitants, variant selon les territoires de la région entre 44 et 73, pour un taux médian national à 42,1
- 8 implantations de cardiologie interventionnelle ont été délivrées par le volet du SROS III dont 7 concernent le type I et III
- La démographie médicale en cardiologue est légèrement supérieure à celle du niveau national (ce chiffre ne reflète que partiellement la ressource médicale en cardiologue interventionnel). En région, les cardiologues sont plus jeunes que les autres spécialistes et sont assez bien répartis sur les différents territoires

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :
Faciliter l'accès direct au plateau spécialisé de cardiologie interventionnelle pour les syndromes coronariens aigus avec sus décalage du segment ST à l'électrocardiogramme (classifications ST +)
Faciliter la prise en charge d'aval des syndromes coronariens aigus

Qualité- Efficacité :
Compléter la formation de tous les médecins des SAMU - SMUR dans le champ de la thrombolyse pré-hospitalière.
Mettre en place un registre de prise en charge des Syndromes Coronariens Aigus et un registre de rythmologie permettant le recueil et l'analyse d'informations médicales, prospectif et exhaustif dans la région, dans un but d'évaluation des pratiques médicales.

Sécurité
Promouvoir les recommandations de bonnes pratiques de la Société Française de Cardiologie (SFC) et de la Société Européenne de Cardiologie (ESC)

Efficience :
Formaliser et sécuriser les liens et les professionnels impliqués dans la prise en charge de l'amont jusqu'à l'aval
Engager une réflexion avec les professionnels de santé et les établissements sur les différences de consommation entre les territoires.

Focus issu du PSRS : Accessibilité - organisation de la prise en charge des urgences vitales

Cardiologie interventionnelle

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les principes d'organisation retenus sont :

Le Parcours de santé en Cardiologie Interventionnelle suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention / Premiers recours :

- Sensibiliser, informer, former le public à la reconnaissance des symptômes évocateurs de l'infarctus du myocarde et à la Gestion de l'appel au centre 15
- Promouvoir la prise en charge des troubles du rythme
- Recenser les défibrillateurs semi-automatiques en région

2- (Inter-hospitalier) :

- Organiser un réseau régional de l'urgence cardiologique
- Mieux articuler la filière entre le court séjour et le SSR cardiologique

Liaisons principales avec d'autres volets :
PDSES, SSR, médecine

Cardiologie interventionnelle - Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
• Prendre en charge le plus rapidement possible les syndromes coronariens aigus avec un accès direct au plateau de cardiologie interventionnelle	• Réalisation d'un répertoire opérationnel des ressources (ROR)dans le cadre du réseau des urgences • Mise en place d'un registre de prise en charge des syndromes coronariens aigus (SCA) • Délai de réalisation de l'angioplastie
• Promouvoir une campagne Grand public sur l'appel au 15 pour urgence cardiologique	
• Evaluer les filières de prise en charge au regard des référentiels	• Protocole de reperfusion en urgence des SCA • Protocoles formalisés des prises en charge
• Prévenir les risques de réhospitalisations liés à l'insuffisance cardiaque chronique	• Taux de réhospitalisations dans l'année suivant l'acte interventionnel • Nombre de patients inclus dans un programme d'éducation thérapeutique
• Coordonner les acteurs de la prise en charge : hôpital – cardiologues – médecins généralistes. Assurer les informations nécessaires	
• Fluidifier l'aval du court-séjour vers les SSR et en s'appuyant sur l'HAD	

Cardio interventionnelle – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé	Implantations	Créations / suppressions
Aude	**1 implantation de type 3** (actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte) **Carcassonne (1)**	
Gard	**2 implantations de type 1**(actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation) **et de type 3** (actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte) **Nîmes (2)**	
Hérault	**3 implantations de type 1**(actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation) **et de type 3** (actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte) **Montpellier (2) Castelnau-le-Lez (1)**	
Lozère	**Pas d'implantation**	
PO	**2 implantations de type 1**(actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation) **et de type 3** (actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte) **Perpignan (2)**	

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Une régulation du centre 15 pour le syndrome coronarien aigu
- Accès direct aux plateaux techniques
- Ouvrir les plateaux techniques à des praticiens qualifiés en poste dans d'autres établissements

ANNEXE

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Diagnostic

Retour au sommaire

Cardiologie interventionnelle

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé

- Le volet publié en décembre 2009 a prévu en région :
  - 7 implantations d'activités de type 1 d'électrophysiologie et rythmologie interventionnelle (3 à Montpellier, 2 à Nîmes, 2 à Perpignan)
  - 8 implantations d'activités de type 3 portant sur les cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties) (3 à Montpellier, 2 à Nîmes, 2 à Perpignan, 1 à Carcassonne).
  - Les autorisations ont été délivrées en début 2011.

Eléments de diagnostic régional

- *Progression de 3,1 % (essentiellement Hérault et Gard)*

1 - Production régionale : actes à seuil

- 7393 actes ont été réalisés en 2008
- 7380 actes ont été réalisés en 2009

Des disparités territoriales d'activité sont enregistrées avec une progression modérée dans le Gard et une diminution dans les territoires de l'Hérault et des PO.

2 - Production régionale (tous actes de Cardiologie Interventionnelle confondus)

- 10 280 actes ont été réalisés en 2008
- 10 602 actes ont été réalisés en 2009

Taux de recours (consommation)

En 2008, la région LR est la région de France qui est à la 1ère place pour la consommation d'actes de rythmologie et à la 4ème place pour les actes d'angioplastie.

Alors que le taux de recours médian national est de 42, le taux régional moyen se situe à 57; il varie selon les bassins comme l'indique le tableau ci-dessous :

Alès	Béziers -Sète	Carcassonne	Lozère	Montpellier	Narbonne	Nîmes-Bagnols	Perpignan
62	52	48	44	56	73	58	64

Entre 2008 et 2009, la consommation progresse de 2,8% lorsque l'on considère l'ensemble des actes, à seuil et non à seuil (cela représente + 304 actes).

Points de vigilance

- La consommation est variable d'un territoire à l'autre.
- Alors que le niveau de consommation est déjà très élevé en région, la progression de la production et de la consommation se poursuit entre 2008 et 2009
- La pratique des actes de type 2 pour les cardiopathies congénitales de l'enfant n'est pas réalisée dans la région.
- Le temps d'accès aux plateaux spécialisés lors des situations aigues nécessite d'être suivi par le biais d'un registre ou d'un enregistrement spécifique

Cardiologie interventionnelle

Offre de soins sur le territoire

- Une implantation a été autorisée en début 2011 pour la cardiologie interventionnelle de type 3 (cardiopathies de l'adulte), dans le territoire de Carcassonne, au Centre Hospitalier.

Données d'activité

- La création du service en début 2011 ne permet pas l'analyse de données en production
- Le territoire enregistre en 2008 une fuite de 556 actes de Cardiologie Interventionnelle vers Toulouse et de 496 actes vers Perpignan

Points de vigilance

- L'AUDE occupe la 3ème place en 2008 sur 95 départements pour la consommation d'actes de rythmologie (même niveau Est et Ouest du territoire.
- L'AUDE se situe à la 16ème place sur 95 pour les angioplasties coronariennes (l'Est est le bassin le plus consommateur de la région)
  - en l'absence d'offre antérieure sur ce territoire, 430 angioplasties des résidents du Carcassonnais ont été réalisées à Toulouse et 25 à Perpignan en 2008
  - En matière d'angioplasties, et en l'absence d'offre antérieure sur ce territoire, 464 Angioplasties du Narbonnais ont été réalisées vers Perpignan (20% CH, 80% St Pierre) et 50 vers à Toulouse en 2008

Cardiologie interventionnelle

Offre de soins sur le territoire

- 2 implantations sont prévues sur ce territoire et positionnées à Nîmes pour :
  - les types 1 : rythmologie
  - type 3 : cardiopathies de l'adulte, angioplasties

Les autorisations ont été données sur les établissements de santé suivants :

- CHU de Nîmes
- Hôpital les Franciscaines

Ce dernier établissement a aussi une autorisation de chirurgie cardiaque.

Données d'activité

- La production des 2 structures est satisfaisante
- Le territoire enregistre une fuite de 227 angioplasties vers Avignon et de 82 vers Montpellier

Points de vigilance

Les données du PMSI 2008 montrent :

- Que ce département se situe à la 1ère place en France (sur 95) pour la consommation d'actes de rythmologie et que le bassin de Nîmes est le plus consommateur de la région
- Le département occupe la 12ème place sur 95 pour la consommation d'actes d'angioplasties et disparités intra-départementales :
- Le bassin d'Alès est en sur-consommation alors que celui de Bagnols est en sous-consommation

Cardiologie interventionnelle

HERAULT

Offre de soins sur le territoire

- 3 implantations ont été autorisées dans le territoire de Montpellier concernant les types 1 (rythmologie) et les types 3 (cardiopathies de l'adulte, angioplastie)
- Aucune implantation n'est envisagée pour le type 2 : cardiopathies congénitales de l'enfant y compris ré-interventions à l'âge adulte (seuil à 40 dont 20 enfants)

Données d'activité

- L'activité du CHU de Montpellier et de la clinique du Millénaire sont très au-delà des seuils pour les actes de type 1 et 3. Ces deux établissements de santé ont également une autorisation de chirurgie cardiaque.
- La clinque du Clinique du Parc réalise une activité pour les actes de type 1 et 3 de respectivement 65 et 420 pour des seuils à 50 et 350
- l'Hérault se situe en 8ème position sur 95 pour la consommation d'actes de rythmologie en 2008 (Consommation moyenne à Montpellier et plus faible pour les habitants de Béziers –Sète)
- Ce département est à la 38ème place sur 95 pour la consommation en angioplasties et taux inférieur au taux régional moyen(2008)
- Le département de l'Hérault atteint un taux d'autarcie de 97,5 % pour tous les actes à seuil de cardiologie interventionnelle

Points de vigilance

- La consommation des actes I et III des habitants de Béziers – Sète est inférieure au taux régional moyen.

Cardiologie interventionnelle

Offre de soins sur le territoire

- Il n'y a aucune offre sur ce territoire.
- La population est adressée :
  - A Montpellier pour 67 % des actes
  - A Clermont-Ferrand pour 18 % des actes
  - A Nîmes pour 10 % des actes

Données d'activité

Besoins de soins :

La consommation se situe à la 45ème place sur 95 en 2008 avec 26 actes de rythmologie (actes à seuil) et 34 actes en 2009

La consommation se situe à la 85ème place sur 95 en angioplasties en 2008 avec 118 actes et 143 actes en 2009

Aucune offre sur le territoire

- Le territoire enregistre une sous-consommation en rythmologie et en angioplasties

Points de vigilance

- Une autorisation ne peut pas être envisagée, les seuils ne pourraient pas être atteints.
- Les filières de soins et d'accès à la cardiologie interventionnelle dans les établissements de recours hors départements doivent être parfaitement définis et organisés .

Cardiologie interventionnelle

PYRENEES ORIENTALES

Offre de soins sur le territoire

2 implantations ont été autorisées dans ce territoire, elles sont positionnées à Perpignan, CH Perpignan et clinique St-Pierre :

- Pour le type 1 : rythmologie
- Pour le type 3 : cardiopathies de l'adulte : angioplasties

La clinique Saint Pierre dispose également d'une autorisation de chirurgie cardiaque

Données d'activité

- L'activité est supérieure aux seuils pour les 2 structures avec une répartition de u tiers pour le public et deux tiers pour le privé
- Le territoire exerce une forte attractivité vis-à-vis des malades de Narbonne – Lézignan : 496 séjours de cardiologie interventionnelle en 2009 ont été réalisés dans les établissements des PO

Points de vigilance

- La consommation des PO occupe la 6ème place des départements sur 95 en rythmologie et la 10ème place en angioplasties(2008). Ce taux de recours se situe dans la moyenne régionale en rythmologie mais il est supérieure de 20% pour les angioplasties
- En terme de production, la clinique St Pierre a l'activité la plus importante parmi les 7 établissements autorisés de la région pour les angioplasties, sur la moyenne des années 2006, 2007 et 2008.

Médecine d’urgence

Retour au sommaire

Médecine d'urgence

La médecine d'urgence regroupe plusieurs dispositifs de prise en charge et de coordination interdépendants :

- Les Services d'Aide Médicale Urgente (**SAMU**) : l'activité des centres de réception et de régulation des appels (centre 15) progresse de façon importante dans notre région. Une amélioration qualitative et quantitative de la gestion des appels est nécessaire.

  Par ailleurs, pour les transports périnataux, le centre 15 bénéficie de l'appui de la Cellule Régionale d'Orientation en Périnatalité (CROP). Une coordination parfaite entre les deux entités est nécessaire.
- Les Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (**SMUR**) : leurs activités est en augmentation pour ce qui est des transports terrestres. Les transports héliportés sont indispensables pour limiter les temps d'interventions liés à une pathologie ou à des difficultés d'accès. Les transports périnataux et pédiatriques doivent faire, quant à eux, l'objet d'une attention toute particulière.
- Les Médecins Correspondants SAMU (**MCS**) : ils restent encore trop peu nombreux. Le développement et l'harmonisation de leurs réseaux est à mettre en œuvre.
- Les Structures d'Urgence (**SU**) : la forte augmentation de leurs activités constatée dans la région est, en plus de la croissance démographique, en grande partie liée à la progression des prises en charge de soins non programmés et à une faiblesse de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.

  Ce constat associé à une problématique d'accès aux soins dans certains secteurs a abouti à la création de SU supplémentaires. Le fonctionnement de ces nouvelles structures devra être évalué.

  L'ensemble de ces SU devra s'intégrer dans un réseau des urgences afin d'optimiser à la fois l'organisation des ressources en proximité et l'organisation en filière, au niveau territorial ou régional, des recours aux plateaux techniques spécialisés.
- Le système d'information des urgences (SIU-LR) : il devra être amélioré afin d'obtenir un recueil exhaustif et de qualité des données.
- Enfin une reconnaissance contractuelle des plateaux techniques spécialisés est à poursuivre.

Des points d'articulation de la médecine d'urgence sont à développer pour améliorer le parcours du patient :

- Avec les soins de premiers recours : implantation des Maisons de Santé Pluri-professionnelles(MSP),
- Avec la PDS (Permanence Des Soins) : implantation des MMG, cahier des charges régional de la PDS (territoires de garde et régulation médicale libérale),
- Avec les SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours) et les transporteurs sanitaires privés,
- Avec la PDSES (Permanence Des Soins en Etablissements de Santé),
- Avec le secteur médico-social.

Cette transversalité voulue, pourra prendre forme également par la constitution d'un réseau des urgences matérialisé par le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) dont la mise en place devient prioritaire pour notre région.

Médecine d’urgence

Orientations

Médecine d'urgence

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- L'activité de médecine d'urgence est en forte croissance en LR, entre 2005 et 2009. Le nombre de passages aux SU augmente de 56 % , le nombre de sorties SMUR progresse de 13 % malgré une baisse de 8 % des transports héliportés. Le nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) est en augmentation de 13 % entre 2007 et 2009.
- Le taux de passages aux urgences est de 265 pour 1 000 hab. (source : Insee, hors pop. estivale) avec 15 % de patients hospitalisés.
- L'organisation et la coordination des transports périnataux et pédiatriques sont à améliorer.
- La coordination régionale et interrégionale des SAMU et des transports héliportés sont à optimiser.
- Les réseaux de médecins correspondants SAMU (MCS) sont à développer dans les zones blanches de non couverture SMUR (habitants à plus de 30/40 mn).
- Le système d'information pour le recueil d'activité des SU est perfectible. Le ROR reste à mettre en place.

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

- géographique :
  - Développer l'organisation territoriale des structures de médecine d'urgences pour optimiser l'orientation des patients, par un maillage pertinent du territoire : mise en œuvre d'un **réseau des urgences** et d'un **ROR**
  - Réviser le découpage des zones d'intervention des SMUR en prenant en compte les évolutions de la démographie et des temps d'accès.
  - Dans les zones situées à plus de 30' d'un SMUR, identifier et organiser les ressources **MCS**
- des populations fragiles :
  - Développer des filières spécifiques pour la prise en charge des personnes âgées en privilégiant, lorsqu'elle est nécessaire, l'hospitalisation directe
  - Garantir une prise en charge spécifique pour les personnes handicapées et les malades psychiatriques.
- financière et sociale pour les personnes vulnérables (précarité) : **PASS**

Performance :

- Aller vers une meilleure **interopérabilité** de la régulation libérale et hospitalière au sein des centres15.
- Optimiser la gestion et l'accès aux ressources : mise en œuvre d'un ROR
- Développer un système d'information des urgences exhaustif , fiable et partagé.

Qualité- efficacité :

- Développer la coordination régionale et interrégionale des SAMU (régulation, SMUR terrestres et héliportés,...)
- Optimiser les transports périnataux et pédiatriques :
- **SMUR régional doté de compétences pédiatriques**
- **coordination** entre les **SAMU** et la **CROP**
- Améliorer l'organisation des services d'urgences pour diminuer les délais de prise en charge.
- Reconnaître des **plateaux techniques spécialisés** pour développer un accès direct aux soins
- Information et communication auprès des usagers sur le recours aux urgences

« Evitabilité» :

- Diminuer les appels inappropriés au centre 15, par une information du public
- Diminuer les venues aux urgences non justifiées
- Eviter les accueils inutiles de Personnes âgées aux urgences (provenant d'EHPAD,...)
- Réduire les sorties blanches et carences ambulancières

Sécurité et risques :

- Favoriser la mise en œuvre sur l'ensemble des territoires de l'**interconnexion au réseau ANTARES** (Adaptation nationale des transmissions aux risques et aux secours)
- Garantir la **veille** et la **sécurité sanitaire** : coordination des structures de médecine d'urgences (SAMU, SMUR, SU) – Zone de défense sud
- Assurer les **urgences collectives** (plan blanc et NRBC)

Focus issus du PSRS : AVC, PA, Enfants, Santé mentale, addictions

Médecine d'urgence

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en médecine d'urgences suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention : éducation à la santé

- Développer des campagnes d'information et de communication auprès des usagers sur le recours aux urgences

2- Premiers recours et Médico-social :

- Développer les réseaux départementaux de MCS
- Améliorer l'articulation ville/hôpital en amont et en aval des structures d'urgence (exemple : personnes âgées en EPHAD)
- Optimiser la coordination urgences/permanence des soins ambulatoire et hospitalière :
- Régulation libérale et hospitalière
- Accès au ROR
- Veiller à une cohérence entre le SROS et les SDACR (Schémas Départementaux d'Analyse et de Couverture des Risques) des pompiers

3- Faciliter l'orientation du patient (Inter-hospitalier) :

- par une meilleure connaissance des dispositifs sanitaires,
- en garantissant le respect du libre choix du patient en fonction des capacités des plateaux techniques,
- en développant la coordination régionale et interrégionale des SAMU
- par une meilleure coordination des transports terrestres et héliportés (SMUR, SDIS, ambulanciers privés),
- en optimisant les transports périnataux et pédiatriques :
- SMUR régional doté de compétences pédiatriques
- coordination entre les SAMU et la CROP

Liaisons principales avec d'autres volets :
Risques sanitaires, SROS ambulatoire et PDSES , médico-social , périnatalité

Médecine d'urgence – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
Conforter, optimiser et formaliser la coordination des SAMU (régulation, SMUR terrestres et héliportés) en intra et inter régional par le développement des conventions	
Promouvoir un SMUR régional de référence doté de compétences pédiatriques : - Organisation et renforcement des équipes médicales et paramédicales - Maintien des acquis et renforcement des expériences des urgentistes en néonatalogie et pédiatrie	
Articulation CROP/SAMU à redéfinir dans le cadre de cahier des charges	
Mise en œuvre sur l'ensemble des territoires de l'interconnexion au réseau ANTARES	Nombre de SAMU équipés et à équiper
Constitution d'un réseau des urgences pour optimiser l'organisation des ressources en proximité et l'organisation des filières de recours aux plateaux techniques spécialisés.	
Améliorer l'organisation des structures d'urgence pour diminuer les délais de prise en charge et faciliter les hospitalisations nécessaires	Délais de prise en charge aux urgences
Développement d'un système d'information des urgences exhaustif, fiable et partagé	% d'établissements transmettant les informations dans le délai prévu (source CIRE)et qualité des données .

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
Parcours de santé	
Mise en place d'une organisation, de formations et d'outils adaptés à la régulation médicale libérale interopérables avec ceux des SAMU	Formations réalisées Protocole organisationnel
Réduire les sorties blanches et les carences ambulancières (Harmonisation des déclenchements SDIS après constat de carence)	Nombre et ratio de sorties blanches et de carences ambulancières
Développement, harmonisation de la gestion et départementalisation des réseaux de MCS	Nombre de MCS Pourcentage d'habitants des territoires non couverts
Développer une réflexion sur l'accueil des personnes âgées aux urgences. Diminuer le nombre de passages inappropriés de PA aux urgences en provenance des EHPAD : Protocolisation des orientations et des prises en charge urgentes	% de PA en provenance des EHPAD accueillis aux urgences
Reconnaissance et rôle des plateaux techniques spécialisés à développer	Nombre de CPOM signés Cahier des charges par spécialité
Mise en place du ROR	
Mise en place d'une plateforme d'information du public sur le rôle du 15 et des structures d'urgence en lien avec le ROR	

Médecine d'urgence – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé	Implantations		Créations / suppressions
Aude	SU	Carcassonne (2), Narbonne (2), Castelnaudary (1)	
	SMUR	Carcassonne (1 avec Antennes à Quillan et Castelnaudary), Narbonne (1)	
	SAMU	Carcassonne (1)	
Gard	SU	Nîmes (2), Alès (2), Bagnols-sur-Cèze (1)	
	SU pédiatrique	Nîmes (1)	
	SMUR	Nîmes (1), Alès (1), Bagnols-sur-Cèze (1)	
	SAMU	Nîmes (1)	
Hérault	SU	Montpellier (5), Castelnau-le-Lez(1), Sète(1), Béziers (1), Boujan-sur-Libron (1), Lunel (1), Ganges (1), Bédarieux (1), Lodève (1), Pézenas (1)	+ 3 (Lunel, Lodève, Pézenas)
	SU pédiatrique	Montpellier (1)	
	SMUR	Montpellier (1 avec Antennes à Ganges et Lunel), Sète(1 avec Antenne estivale à Agde), Béziers (1)	
	SAMU	Montpellier (1)	
Lozère	SU	Mende (1)	
	SMUR	Mende (1)	
	SAMU	Mende (1)	
PO	SU	Perpignan (2), Cabestany (1), Prades (1), Puigcerdá (1 pour mémoire), Céret (1)	+ 1 (Céret)
	SU pédiatrique	Perpignan (1)	
	SMUR	Perpignan (1 avec Antenne à Err)	
	SAMU	Perpignan (1)	
	Caisson hyperbare	Perpignan (1)	

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Développer un maillage pertinent du territoire : Mise en œuvre d'un **réseau des urgences pour des prises en charge adaptées.**
- Coordination et régulation de l'accès aux ressources : **ROR**

Plateaux techniques spécialisés (reconnaissance contractuelle par les CPOM)

- **Polytraumatismes graves, complexes et multiples** : Perpignan (1), Montpellier (1), Nîmes (1)
- **Traumatismes crânio-cérébraux et médullaires** : Perpignan (1), Montpellier (1), Nîmes (1)
- **Chirurgie complexe de la main** : Perpignan (1), Montpellier (2), Nîmes (1)
- **Neuro-vasculaire** : Perpignan (1), Carcassonne (1), Béziers (1), Montpellier (2), Nîmes (1)
- **Cardiologie** : Perpignan (2), Carcassonne (1), Montpellier (2), Castelnau le lez (1), Nîmes (2)
- **Grands brûlés** : Montpellier (1)

ANNEXE

Médecine d'urgence

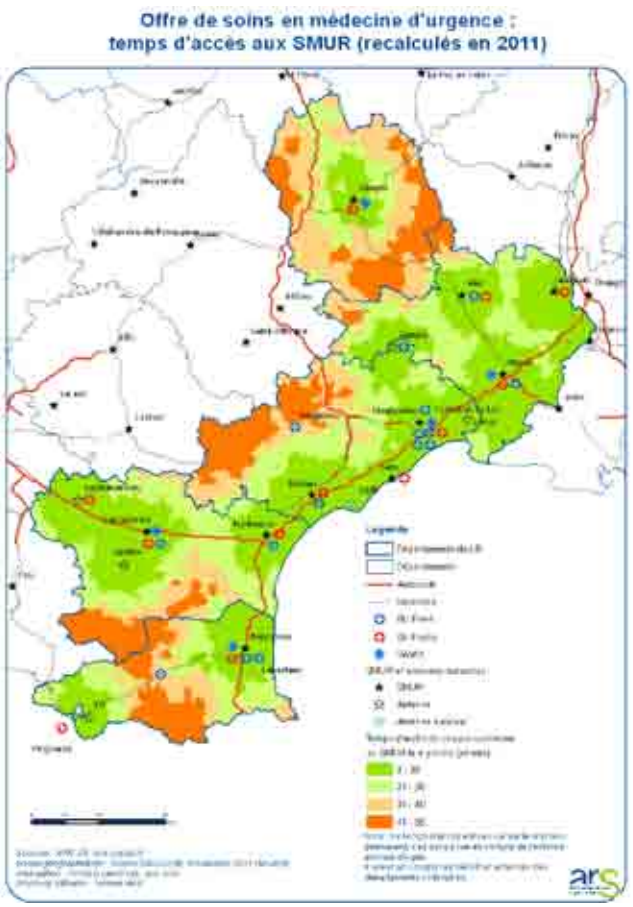
Diagnostic

Retour au sommaire

MEDECINE D'URGENCE

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé



Eléments de diagnostic régional (source des données : SAE administrative)

Toutes les structures prévues par le SROS III ont été installées sauf deux Structures d'Urgence

SAMU : L'activité de régulation libérale et hospitalière est en augmentation avec 13 % de dossiers de régulation médicale (DRM) en plus entre 2007 et 2009

SMUR : Les transports terrestres subissent une hausse de 13 % entre 2005 et 2009 à l'inverse des transports héliportés qui baissent de 8% sur le même période

SU : Le nombre de passages dans les structures d'urgence est en hausse de 56 % entre 2005 et 2009 (source : SAE)

- en 2009, le taux de passages est estimé à 265 pour 1 000 hab. (source : Insee, estimation 2008 hors pop. estivale), avec un taux d'hospitalisation de15 % (source : SAE 2009)
- Au sein de la région, 11 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) fonctionnent dans des structures d'Urgence publics
- Les 4 sources ou systèmes d'information sur les urgences (SAE/SIU-LR/OSCOUR/SRVA)connaissent des taux de réponses variables et affichent des résultats parfois inhomogènes

Médecins Correspondants du SAMU (MCS) : 3 réseaux sont en place sur les 11 prévus

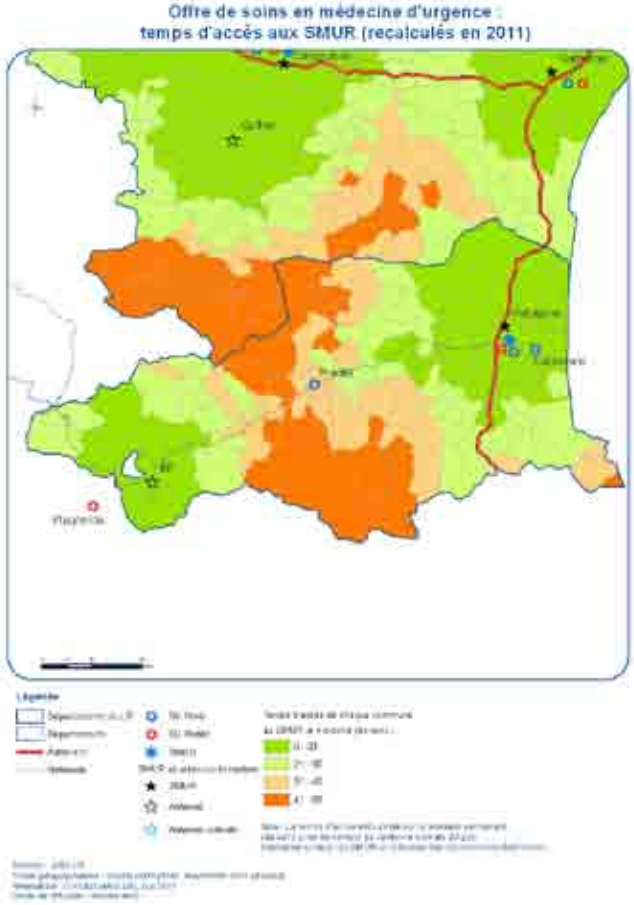
Points de vigilance

- Le nombre d'appels au SAMU est important puisque double du nombre de DRM. Un meilleur usage est possible
- La coordination régionale et interrégionale des SAMU n'est pas suffisamment développée
- Les transferts périnataux et pédiatriques, la coordination CROP/SAMU restent un sujet à stabiliser
- La gestion et la coordination des transports héliportés sont à optimiser
- Le nombre de sorties blanches des SMUR et de carences ambulancières restent important
- Les articulation avec le SDIS sont perfectibles : interconnexions, réseau ANTARES, conventions d'intervention
- Les Systèmes d'Information des SU sont trop hétérogènes
- Il existe, pour les personnes âgées, de nombreux passages aux urgences évitables
- Une évolution des dispositifs de permanence de soins accueillant des urgences (CAPS et Pôle santé)est nécessaire
- Une départementalisation et une harmonisation des réseaux de MCS est à étudier
- Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est à construire
- La reconnaissance et le statut des plateaux techniques spécialisés sont à développer

MEDECINE D'URGENCE

PYRENEES ORIENTALES

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité (source des données : SAE administrative)

SAMU :
- Le nombre de DRM a augmenté de 21,6 % entre 2007 et 2009
- La régulation libérale est active regroupant 29 médecins, elle progresse de 23,2 % entre 2005 et 2009

SMUR :
- Le SMUR terrestre enregistre une augmentation modérée d'activité de 2,7 % entre 2005 et 2009 , alors que l'activité du SMUR héliporté progresse beaucoup plus fortement de 21,4 % sur la même période

Garde ambulancière :
- Les carences ambulancières restent à un niveau élevés depuis 2007

Articulation avec le SDIS :
- Le protocole tripartite (SDIS/SAMU/Ambulanciers privés) est en cours de révision
- La convention d'appui logistique du SDIS au SMUR en place
- La plateforme commune SAMU/SDIS de réception, de traitement et de régulation des appels doit ouvrir en 2012

Structures d'urgence :
- Elles enregistrent un taux de passages de 299 pour 1000 hab. en 2009 (source : Insee, estimation 2008 hors pop. Estivale)
- Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences est d e12 % (source SAE 2009)
- L'ensemble des SU connaissent une augmentation d'activité entre 2005 et 2009 pour : CH Perpignan +16%, Cl St Roch +11%, Cl St Michel +12% entre 2006 et 2009 (pas de SAE en 2005), Cl St Pierre +8% entre 2008 et 2009 (autorisation en 2007)
- Une seule Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) est opérationnelle au CH de Perpignan

MCS :
- Le réseau mis en place en Cerdagne Capcir fonctionne bien

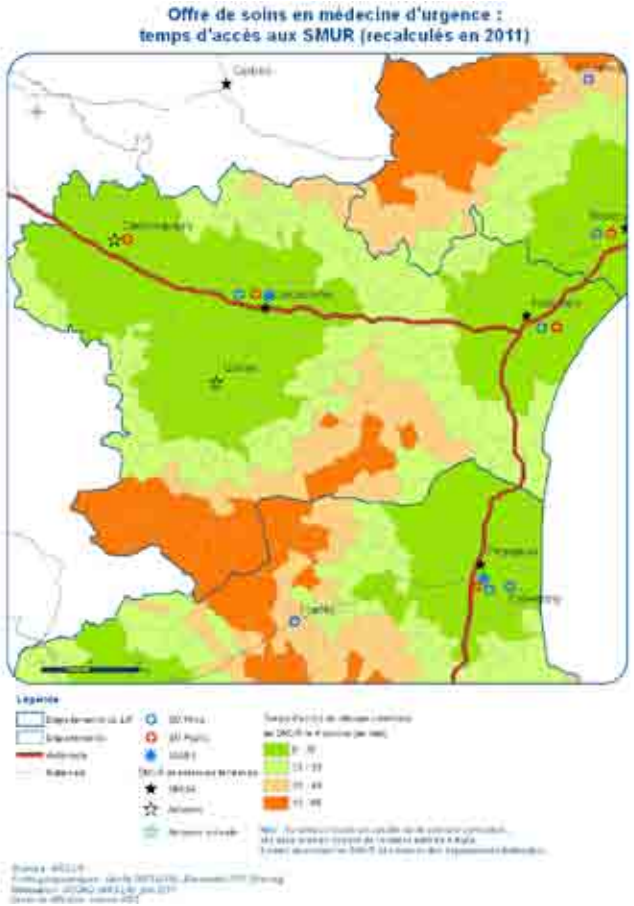
Points de vigilance

- Le nombre de carences ambulancières est trop élevé
- Le réseau ANTARES est à développer avec le SDIS
- Un réseau départemental de MCS est à étudier.
- Le centre d'accueil et de permanence de soins (CAPS) de Céret doit évoluer : le nombre de passages a augmenté de 57 % entre 2005 et 2009 (8632 passages en 2009, source CAPS)
- L'ouverture de l'HCT de Puigcerdá s'accompagnera de la mise en place d'un SU.

MEDECINE D'URGENCE

AUDE

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité (source des données : SAE administrative)

SAMU :
- Le nombre de DRM a augmenté de 12,6 % entre 2007 et 2009
- La régulation médicale libérale est active avec 37 médecins. Elle a augmenté de 15,4 % entre 2005 et 2009

SMUR :
- L'activité des SMUR terrestres est en baisse de 7,2% entre 2005 et 2009, elle touche exclusivement les transports primaires
- L'activité du SMUR héliporté est également en forte baisse de 41,2% entre 2005 et 2009

Garde ambulancière :
- Le nombre de carences ambulancières est en augmentation depuis 2007 et reste à un niveau élevé

Articulation avec le SDIS :
- Le protocole tripartite SDIS-SAMU-Ambulanciers privés est en cours de finalisation mais il persiste 2 protocoles bipartites
- La convention d'appui logistique du SDIS au SMUR est en place

Structures d'urgence :
- Le taux de passage aux Urgences est de 327 pour 1000 hab. en 2009 (source : Insee, estimation 2008 hors pop. Estivale) avec un taux d'hospitalisation de18 % (année2009)
- Entre 2005 et 2009, l'ensemble des structures d'urgence augmentent leur activité : Polyclinique du Languedoc + 5 % ; CH de Carcassonne + 14 % ; Clinique Montréal + 23 % ; CH de Narbonne + 29 % ; CH de Castelnaudary + 6 % entre 2008 et 2009 (autorisation en 2007)
- Le département comporte 3 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

MCS :
- un réseau est en projet sur Durban

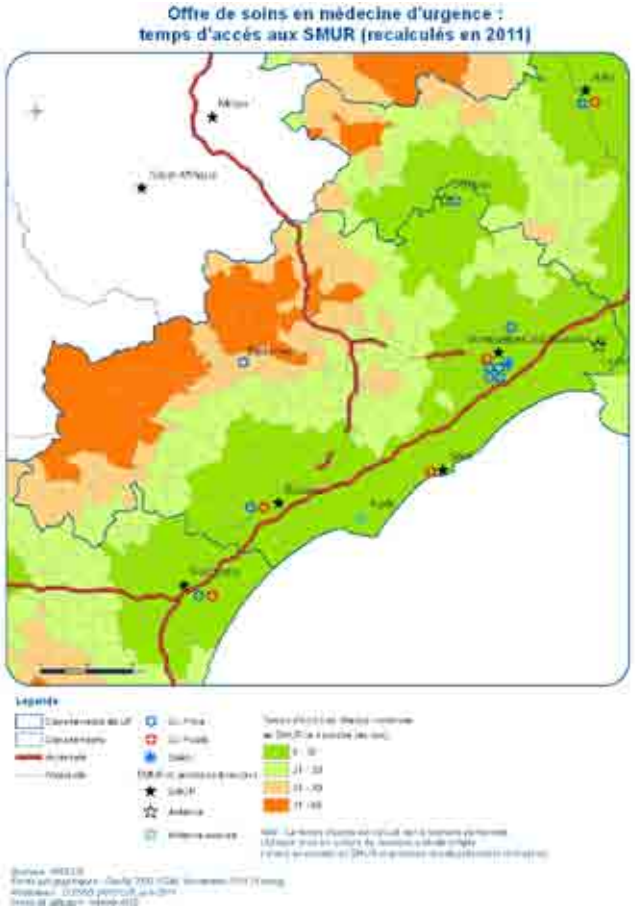
Points de vigilance

- Le nombre d'appel au 15 est important, 2 fois plus que le nombre de DRM ; Il faut le relier probablement à l'existence d'une plateforme commune 15 - 18
- Le nombre de carences ambulancières reste trop élevé
- Les articulation avec le SDIS doivent se poursuivre dans la mise en place du réseau ANTARES et la signature des conventions
- Il convient d'impulser la mise en place d'un réseau de MCS départemental.

MEDECINE D'URGENCE

HERAULT

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité (source des données : SAE administrative)

SAMU :

- le nombre de DRM augmente de 9,3 % entre 2007 et 2009
- La régulation libérale doit se réorganiser, le nombre de médecin y participant est passé de 27 en 2007 à 13 médecins actuellement

SMUR :

- L'activité du SMUR terrestre augmente globalement de 14,2% entre 2005 et 2009 mais avec des variations locales hétérogènes : SMUR Montpellier +29,3%, SMUR Béziers -10,6%, SMUR Sète -15,8%
- L'activité du SMUR héliporté est en baisse de 12 % entre 2005 et 2009

Garde ambulancière :

- Le nombre de carences ambulancières a baissé notablement passant de 939 en 2007 à 522 en 2008 et 490 en 2009

Articulation avec le SDIS :

- Le protocole tripartite SAMU-SDIS-Ambulanciers privés est en cours de finalisation
- La convention d'appui logistique du SDIS au SMUR est en place
- Le comité SAMU/SDIS de suivi des procédures relatif à la démarche qualité se met en place

Structures d'urgence :

- Le taux de fréquentation des Urgences est de 280 passages pour 1000 hab. en 2009 (source : Insee, estimation 2008 hors pop. Estivale) avec un taux d'hospitalisation de11 % (source : SAE 2009)
- L'évolution de l'activité entre 2005 et 2009 (source SAE) varie selon les structures d'Urgence : CHU Montpellier +16%, CH Béziers : +17%, CHIBT : - 2%, Cl St Roch +17%, Cl St Jean +22%, Cl St Louis +33%, Cl Millénaire +7% (entre 2008 et 2009, autorisation en 2008), Cl 3 vallées +46%, Cl St Privat +60%, Cl du Parc - 8%
- 3 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) fonctionnent dans l'Hérault

MCS :

- Sur les 2 projets de mise en place de MCS, aucun n'a abouti

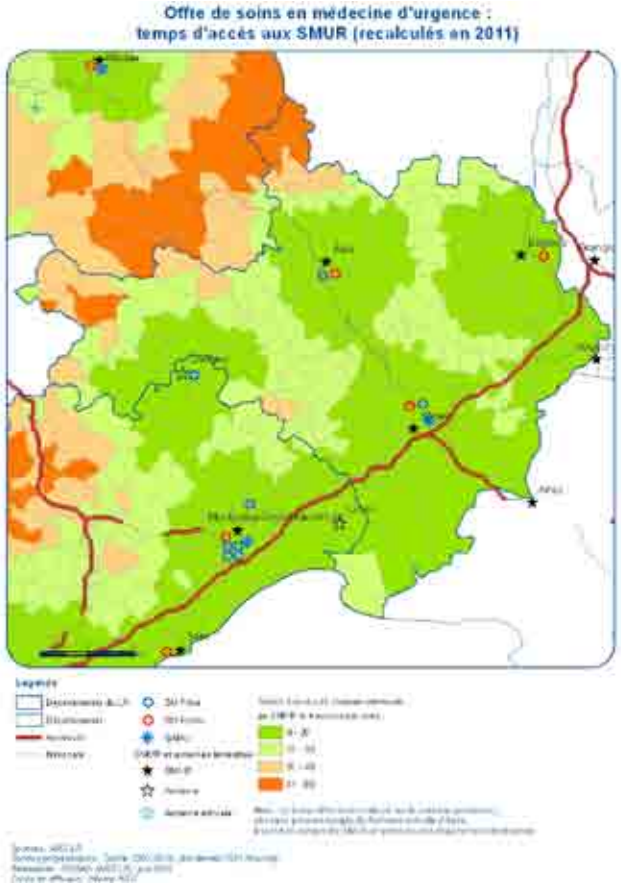
Points de vigilance

- Une optimisation des transferts périnataux et pédiatriques est à rechercher avec la consolidation d'un SMUR régional de référence doté de compétences pédiatriques
- La participation à la régulation libérale est trop faible pour couvrir pleinement le planning de garde
- Les articulation avec le SDIS sont à compléter s'agissant des interconnexions avec le réseau ANTARES et de la signature des conventions de coopération
- Les centres d'accueil et de permanence de soins (CAPS) et Pôle santé doivent évoluer. A Lodève, le nombre de passage (5966 en 2009) baisse de 15% entre 2005 et 2009 (localisation modifiée), il augmente à Pézenas de 13 % (10 700 passages en 2009)et de 119 % à Lunel (15 145 passages)
- Il y a un besoin de MCS dans certains secteurs (hauts cantons). Un réseau départemental est à étudier.

MEDECINE D'URGENCE

GARD

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité (source des données : SAE administrative)

SAMU :
- Un nombre de DRM qui augmente de 17,8% entre 2007 et 2009
- La régulation libérale (35 médecins) est en baisse d'activité de 3% entre 2005 et 2009

SMUR :
- l'activité des 3 SMUR terrestres augmente globalement de +38,2% entre 2005 et 2009
- L'activité du SMUR héliporté enregistre une baisse de 13,9% entre 2005 et 2009 qui porte exclusivement sur les transferts secondaires

Garde ambulancière :
- Le nombre de carences ambulancières est stable depuis 2007 mais reste à un niveau élevé

Articulation avec le SDIS :
- le protocole tripartite SAMU-SDIS-Ambulanciers privés est en cours de finalisation
- La convention d'appui logistique du SDIS au SMUR est en place
- Le réseau ANTARES commun est en cours de mise en place

Structures d'urgence :
- Le taux de passages aux urgences est de 204 pour 1000 hab. en 2009 (source : Insee, estimation 2008 hors pop. Estivale) avec un taux d'hospitalisation de 26 % (source SAE 2009)
- Entre 2005 et 2009, l'activité des structures d'urgence augmente pour l'ensemble des établissements : Polyclinique Grand Sud 5%, CHU 15%, CH de Bagnols 16% et CH d'Alès 21%. Clinique Bonnefon + 52% (entre 2008 et 2009, autorisation en 2007). l'Hôpital privé des Franciscaines n'a qu'une activité d'urgence en cardiologie
- 3 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont financés

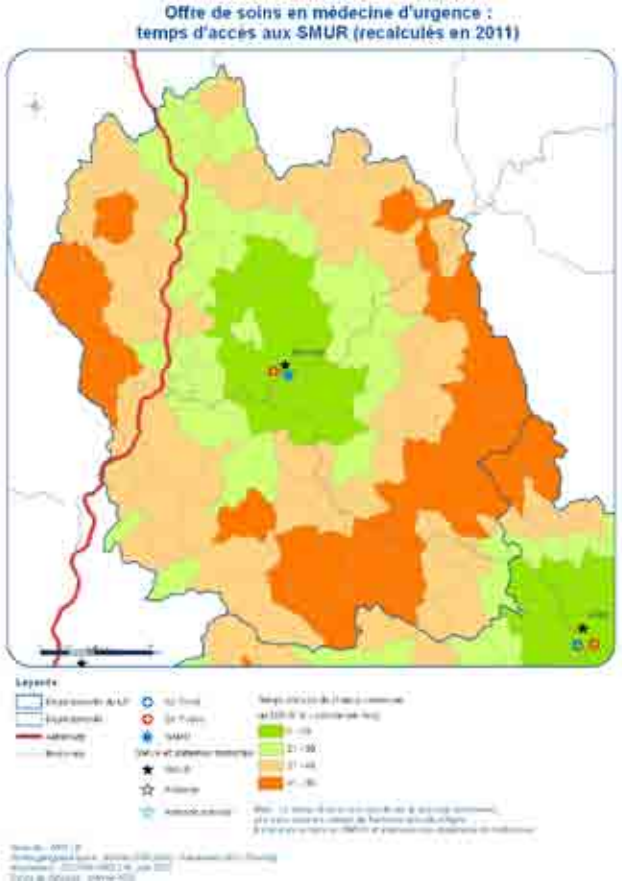
MCS :
- Le dispositif des MCS au nord du département (Génolhac-Ponteils) est en cours de réactivation

Points de vigilance

- Le nombre de carences ambulancières reste élevé
- Les articulation avec le SDIS sont à compléter s'agissant des interconnexions, du réseau ANTARES et des conventions
- Le dispositif des MCS en sud Cévennes (Lasalle-St Jean du Gard) n'est plus opérationnel. Un réseau départemental est à étudier.
- L'autorisation de SU de l'hôpital privé les Franciscaines doit évoluer vers une reconnaissance de plateau technique spécialisé en cardiologie.

MEDECINE D'URGENCE

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité (source des données : SAE administrative)

SAMU :
- Le nombre de DRM a augmenté de 12,9% entre 2007 et 2009
- La régulation médicale libérale est très active, elle comporte 40 médecins. Son activité est en hausse de 22% entre 2005 et 2009

SMUR :
- Entre 2005 et 2009, l'activité du SMUR terrestre augmente de 12,8%

Garde ambulancière :
- Le nombre de carences ambulancières, 38 en 2009, est en baisse par rapport aux 60 de 2008

Articulation avec le SDIS :
- Le protocole tripartite SAMU-SDIS-Ambulanciers privés est en cours de finalisation
- La convention d'appui logistique du SDIS au SMUR est en place

Structure d'urgence :
- Le taux de passages aux Urgences est de 229 pour 1000 hab. en 2009 (source : Insee, estimation 2008 hors pop. Estivale)
- Entre 2005 et 2009, l'activité est en augmentation de 24,4% pour le CH de Mende (nombre d'hospitalisation non renseigné)
- 1 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) opérationnelle

MCS :
- Le réseau départemental des médecins libéraux (ALUMPS) est très actif. Il a réalisé 354 interventions de janvier à octobre 2010, dont 30% d'évacuations par le SMUR (Source : ALUMPS)

Points de vigilance

- La gestion et la coordination des transports héliportés en Lozère est à renforcer
- Une complémentarité du SMUR et une coordination entre SAMU aux confins du département (avec St Etienne, Clermont Ferrand, Aurillac et Rodez) est à travailler
- Les articulation avec le SDIS sont à compléter s'agissant des interconnexions, du réseau ANTARES et des conventions

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Retour au sommaire

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Les activités de ***soins de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue*** ont été fortement restructurées par la parution en avril 2002 des décrets n.2002-465 et 2002-466 qui en encadrent l'exercice et la circulaire DHOS du 27 aout 2003 qui éclaire la place de ces différentes activités les unes par rapport aux autres, ainsi que par la déclinaison régionale de ces textes pour le SROS de 3ème génération.

La mise en place de la T2A a aussi impacté fortement ces activités depuis 2004 avec la mise en place des suppléments.

L'évolution de ces activités au cours des 5 ans du schéma ne peut s'analyser sans tenir compte de ces textes réglementaires et des conditions différentes pour chaque activité (seul le supplément SI est facturable pour toute journée réalisée dans une unité de SI reconnue).

Ces activités devraient répondre à une logique d'organisation graduée et coordonnée dans le territoire de santé, ce qui n'est pas encore le cas partout ni même au sein de certains établissements où l 'activité de surveillance continue n'a pas été adossée à l'activité de réanimation. Certaines unités de réanimation, et ce malgré l'effort réalisé pour la mise en conformité aux décrets, restent non conformes pour des raisons variées.

Les objectifs principaux d'organisation doivent donc répondre à 3 axes :

- améliorer l'accès aux soins par une organisation graduée et coordonnée
- améliorer la qualité et la sécurité des soins
- améliorer l'efficience en poursuivant l'effort de recomposition territoriale dans l'optique d'optimiser la gestion des ressources médicales et paramédicales et adapter les capacités des unités de réanimation en préservant le taux d'équipement régional.

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Orientations

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- De rééquilibrer les taux d'occupation en suppléments réanimation des unités de réanimation de la région (42 à 98% :données PMSI)
- D'améliorer la mise en place de la filière Réanimation –Surveillance continue, le taux d'occupation moyen des unités de Surveillance Continue (SC), calculé à partir des suppléments sur les lits reconnus, est à 38% (variant dans une fourchette de 6 à 90%) témoignant d'une insuffisance dans la mise en place de cette filière,
- D'optimiser l'offre de réanimation pédiatrique pour la région (une unité de capacité insuffisante et sans unité de Surveillance Continue adossée)

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

- **Accessibilité :** Organiser la filière pour les patients des territoires ne disposant pas d'unité de réa ou de Soins Intensifs (SI)

Inscrire le dispositif régional de régulation des disponibilités en lits dans le Répertoire Opérationnel des Ressources de la région LR

- **Qualité- pertinence:**

Décliner régionalement les recommandations de 2008 de la Société Européenne de Cardiologie

Développer la démarche éthique concernant en particulier les indications de prise en charge, la poursuite des soins actifs, l'accompagnement de fin de vie conformément aux recommandations des Sociétés savantes (Société Française d'Anesthésie Réanimation, Société de Réanimation de Langue Française).

Compléter l'inscription des unités dans le réseau des infections nosocomiales (CCLIN-RAISIN) et celui des prélèvements d'organes (REPRELAR)

- **Performance:**

Améliorer la fluidité de la filière en engageant les établissements autorisés en réanimation à positionner les unités de SC à proximité des unités de réanimation

Répartir l'offre de réanimation, SI, SC de manière à répondre de façon efficiente au besoin en fonction des plateaux techniques et en garantissant une utilisation effective et pérenne des structures

Focus issu du PSRS : infections associés aux soins.

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le parcours de santé en réanimation, soins intensifs et surveillance continue suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Premiers recours : Décliner régionalement les dernières recommandations de la société européenne de Cardiologie

2- (Inter-hospitalier) : Réduire les Durées Moyennes de Séjour par un renforcement des coopérations relais avec les services de médecine, chirurgie et structures de SSR, mais aussi les unités de proximité quand le patient a été pris en charge dans les unités de référence.

• Favoriser le regroupement physique des unités de réanimation et SC (ressources humaines et matérielles) sur chaque site afin d'optimiser l'organisation de la permanence médicale

Liaisons principales avec d'autres volets :
DSES, SSR, médecine.

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue - Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
Inscrire le dispositif régional de régulation de disponibilité des lits en réanimation dans le Répertoire Opérationnel des Ressources	
Répartir l'offre de réanimation, SI, SC de manière à répondre de façon efficiente aux besoins en fonction des plateaux techniques et en garantissant une utilisation effective et pérenne des structures (évaluation du dispositif à mener sur les USIC et la surveillance continue au cours du SROS)	Taux d'occupation des unités de réanimation en suppléments REA et en suppléments SI issus de REA DMS, IGS moyen, taux de mortalité observé par unité de réanimation
Améliorer la fluidité de la filière en engageant les établissements autorisés en réanimation à positionner les unités de SC à proximité des unités de réanimation	Nombre d'unités de SC situées à proximité d'une unité de réanimation
Compléter l'inscription des unités dans le réseau des infections nosocomiales (CCLIN-RAISIN) et celui des prélèvements d'organes (REPRELAR)	Nombre d'unités de réanimation inscrites dans le RAISIN et REPRELAR ainsi que leur taux de participation (nombre de sujets en mort encéphalique recensés)
Décliner régionalement les dernières recommandations de la société européenne de Cardiologie	Taux d'IDM pris en charge en centre de cardiologie interventionnelle en première intention

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé	Implantations / reconnaissances contractuelles			Créations / suppressions
Aude	**Réa adultes**		**Carcassonne (1), Narbonne (1)**	
	SI* **	**cardiologiques**	Carcassonne (1), Narbonne (1)	+1 (Narbonne)
		neurologiques	Carcassonne (1), Narbonne (1)	
	SC* **		Carcassonne (2), Narbonne (3), dont 2 adossées aux unités de réanimation	+1 (Narbonne), dans l'attente du regroupement sur le même site des 2 cliniques)
Gard	**Réa adultes**		**Nîmes (2), Alès (1)**	
	SI* **	**cardiologiques**	Nîmes (2), Alès (1), Bagnols-sur-Cèze (1)	+1 (Alès)
		neurologiques	Nîmes (1)	
		néphrologiques	Nîmes (1)	
	SC* **		Nîmes (4), Alès (2), Bagnols-sur-Cèze (1) , dont 3 adossées aux unités de réanimation	
Hérault	**Réa**	**adultes**	**Montpellier *(2), Castelnau-le-Lez (1), Sète(1), Béziers (1)**	
		pédiatriques	**Montpellier (1)***	
		brûlés	**Montpellier (1)* ***	
	SI* **	**cardiologiques**	Montpellier* (2), Castelnau-le-Lez(1), Sète(1), Béziers (1)	
		neurologiques	Montpellier* (2), Béziers (1)	
		néphrologiques	Montpellier * (1)	
		respiratoires	Montpellier* (2)	
		onco-hématologiques	Montpellier *(2)	
	SC* **		Montpellier *(7), Castelnau-le-Lez(1), Ganges (1), Sète(1), Béziers (2), Boujan-sur-Libron (1), dont 5 adossées aux unités de réanimation	
Lozère	**Réa adultes**			-1 (Mende) : Suppression de l'activité de réanimation et maintien des capacités par création d'une unité de surveillance continue
	SC* **		Mende (1)	
PO	**Réa adultes**		**Perpignan (2)**	
	SI* **	**cardiologiques**	Perpignan (2)	
		neurologiques	Perpignan (1)	
		néphrologiques	Perpignan (1)	
	SC* **		Perpignan (2), Cabestany (1), dont 2 adossées aux unités de réanimation	

* Le CHU de Montpellier est considéré comme un seul site
** Renvoi au schéma interrégional d'organisation sanitaire
***Les implantations sont mentionnées à titre indicatif, ces éléments seront précisés dans les contrats d'objectifs et de moyens de chaque établissement.

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

Organiser la filière pour les patients de réanimation du territoire de Lozère par la formalisation de liens opérationnels entre les urgences du territoire et les SAMU de Montpellier et Nîmes, mais aussi les Hôpitaux autorisés en réanimation, des régions limitrophes. Et pour les patients présentant un Infarctus du myocarde ou un Accident Vasculaire Cérébral dans les sous territoires dépourvus d'unité de soins intensifs à partir des Centres 15 et des structures d'urgence.

Si une unité de Soins intensifs cardiologiques ne peut être reconnue en l'absence de conformité aux conditions techniques de fonctionnement, la capacité des unités reconnues du même territoire devra être revue à la hausse.

ANNEXE

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Diagnostic

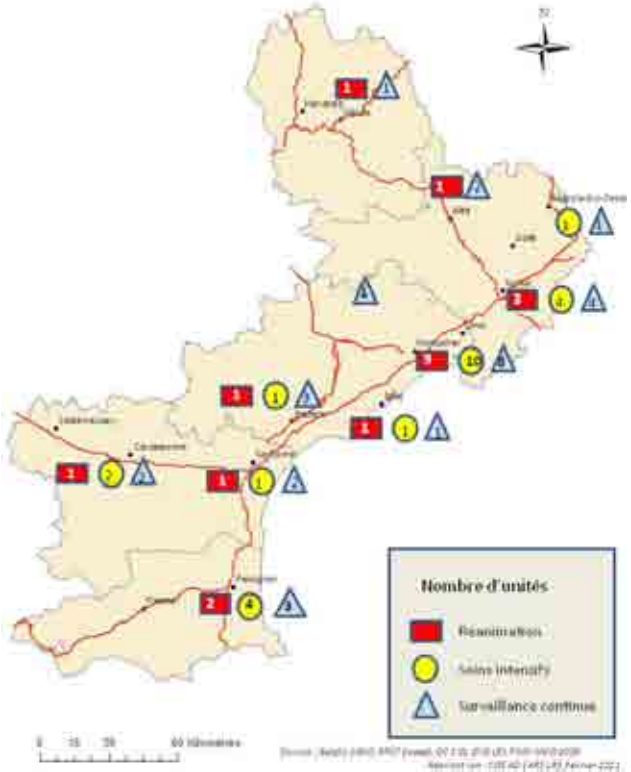
Retour au sommaire

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé

Unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue reconnues contractuellement en 2010 en Languedoc-Roussillon



Eléments de diagnostic régional

- 0,86 lits de réanimation autorisés pour 10 000 hab (0,76 lits /10 000 hab, France)
- 0,84 lits de SI reconnus contractuellement pour 10 000 hab.
- 1,08 lits de SC reconnus contractuellement pour 10 000 hab.
- Le taux d'occupation moyen des unités de réa, calculé à partir des suppléments de réanimation est de 75%, avec un taux d'occupation global des unités de 83%
- Le taux d'occupation moyen des unités de SI , calculé à partir des suppléments est de 74%
- Le taux d'occupation moyen des unités de SC, calculé à partir des suppléments sur les lits reconnus est de 38% (variant de 6 à 90%) témoignant d'une filière insuffisamment mise en place
- Certaines unités de réa ont des taux d'occupation supérieurs à 80% et d'autres inférieurs à 65%.

Points de vigilance

- Les unités de réanimation sont atypiques par leur taille, leur localisation géographique ou leur activité.
- 2 villes ne disposent pas d'unité de SI cardiologiques reconnue
- L'activité de Surveillance Continue est reconnue dans des unités nombreuses et à forte capacité. Depuis cette reconnaissance les règles de facturation du supplément ont changé, devenant plus complexes, ce qui peut expliquer en partie un taux d'occupation en supplément SC moyen.
- Plusieurs unités de réanimation restent non inscrites dans le réseau de prélèvement d'organe
- L'unité de réanimation pédiatrique de 6 lits n'a pas une capacité suffisante, elle ne dispose pas de surveillance continue attenante
- Quelques unités de réanimation ne sont pas encore inscrites dans le réseau RAISIN (Réseau d'Alerte, d'Intervention et de Surveillance des Infections Nosocomiales)

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue reconnues contractuellement en 2010

Source : Geofla (IGN), RP07 (Insee), OC S OL (SIG LR), PMSI MCO 2009
Réalisat ion : COS AD (ARS LR), f évrier 2011

Données d'activité

	REANIMATION 2010			SOINS INTENSIFS 2010		SURVEILLANCE CONTINUE 2010	
	Lits autorisés	TO Sup REA	TO Sup REA+SI	Lits reconnus	TO Sup SI	Lits reconnus	TO Sup SC
CH Carcassonne	8	83,9%	88,08%	10	84,88%	6	72,28%
Clinique Montréal*	/	/	/	/	/	8	34,73%
CH Narbonne	8	88,66%	94,18%	2	208,77%	6	33,97%
Le Languedoc*	/	/	/	/	/	7	91,7%

Points de vigilance

- Les unités de réanimation ont des Taux d'occupation en supplément REA supérieures à 80%

- Il n'y a pas d'unité de Soins Intensifs de Cardiologie reconnue sur la ville de Narbonne.

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue reconnues contractuellement en 2010

Source : Geofla (IGN), RP07 (Insee), OC S OL (SIG LR), PMSI MCO 2009
Réalisat ion : COS AD (ARS LR), f évrier 2011

Données d'activité

	REANIMATION 2010			SOINS INTENSIFS 2010		SURVEILLANCE CONTINUE 2010	
	Lits autorisés	TO Sup REA	TO Sup REA+SI	Lits reconnus	TO Sup SI	Lits reconnus	TO Sup SC
CHU Nîmes	27	74,15%	83,38%	16 +6	75,6%	25	36,43%
Franciscaines*	8	78,85%	91,47%	8	84,02%	12	18,09%
CH Alès	8	59,42%	71,92%	/	78,8%	4	5,48%
CH Bagnols	/	/	/	6	63,79%	6	31%
Grand Sud	/	/	/	/	/	12	21,05%
Kennedy**	/	/	/	/	/	4	41,28%
Bonnefon Alès**	/	/	/	/	/	8	19,86%

Points de vigilance

- L'activité de réanimation en suppléments REA est inférieure à celle attendue au CH d'Alès, avec une unité de surveillance continue presque inutilisée.
- Pour les habitants du bassin d'Alès, 37% des journées de réanimation se font au CH d'Alès pour 27,5% au CHU 34 et 26% dans les unités de Nîmes.
- Il n'y a pas d'unité de Soins Intensifs de Cardiologie reconnue sur la ville d'Alès.

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue reconnues contractuellement en 2010

Source : Geofla (IGN), RP07 (Insee), OC S OL (SIG LR), PMSI MCO 2009
Réalisat ion : COS AD (ARS LR), f évrier 2011

Données d'activité

	REA 2010		SI 2010		SC 2010	
	Lits auto	TO Sup REA	TO Sup REA+SI	Lits reco	TO Sup SI	Lits reco	TO Sup SC
CHU34 adulte	88+6	58,27% à 93,15% selon les unités	81,01%	89+10	92,57%	56	43,75%
CHU34 enfant	6	91,87%					
Cl Parc*	10	71,86%	88,5%	8+3	83,86%	24	81,03%
Cl Millénaire*	8	98,39%	146,48%	14	51%	24	32,78%
Clémentville*	/	/	/	6	74,5%	12	32,31%
St Jean*	/	/	/	/	/	5	11,62%
St Roch*	/	/	/	/	/	6	18,41%
Beausoleil	/	/	/	/	/	6	1,46%
St Louis	/	/	/	/	/	5	11,95
CHIBT	6	86,35%	90,41%	6	72,1%	3	37,44%
CH Béziers	12	75,09%	77,01%	14+2	67,77%	6	43,84%
St Privat*	/	/	/	/	/	12	45,18%
Champeau	/	/	/	/	/	4	19,66%
CRLC	/	/	/	2	89,04%	4	49,25%

**données sur 11 mois*

Points de Vigilance

- la visite de conformité d'une des unités de réanimation adulte du CHU de Montpellier n'a pu être réalisée en raison des importants travaux nécessaires et non réalisés
- L'unité de réanimation pédiatrique régionale du CHU de Montpellier ne dispose pas d'unité de surveillance continue attenante,; sa capacité de 6 lits est insuffisante
- Les taux d'occupation en suppléments SC sont globalement peu élevés dans les unités de surveillance continue

Des améliorations sont possibles concernant l'inscription de certaines unités dans les réseaux REPRELAR (prélèvements d'organes) et RAISIN (infections nosocomiales).

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue reconnues contractuellement en 2010

Source : Geofla (IGN), RP07 (Insee), OC S OL (SIG LR), PMSI MCO 2009
Réalisat ion : COS AD (ARS LR), f évrier 2011

Données d'activité

	REANIMATION 2010			SOINS INTENSIFS 2010		SURVEILLANCE CONTINUE 2010	
	Lits autorisés	TO Sup REA	TO Sup REA+SI	Lits reconnus	TO Sup SI	Lits reconnus	Tx Occupation Sup SC
CH Mende	6	41,83%	58,22%	/	/	3	0%

Points de vigilance

- La population du département est insuffisante pour générer une activité justifiant l'existence d'une unité de réanimation, même en appliquant l'exception géographique.
- Pour ces mêmes raisons, l'actuelle unité de surveillance continue est inoccupée et l'unité de réanimation demeure non-conforme
- Toutefois, une réponse doit être apportée pour répondre à un besoin réel en réanimation de la population du territoire, éloignée géographiquement des autres structures autorisées en réanimation de la région

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

PYRENEES ORIENTALES

Unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue reconnues contractuellement en 2010

Source : Geofla (IGN), RP07 (Insee), OC S OL (SIG LR), PMSI MCO 2009
Réalisat ion : COS AD (ARS LR), f évrier 2011

Données d'activité

	REANIMATION 2010			SOINS INTENSIFS 2010		SURVEILLANCE CONTINUE 2010	
	Lits autorisés	TO Sup REA	TO Sup REA+SI	Lits reconnus	TO Sup SI	Lits reconnus	TO Sup SC
CH Perpignan	24	74,1%	88,03%	24	96,67 %	11	52,15%
Clinique St Pierre*	8	54,68%	77,43%	8	98,73 %	6	89,37%
St Roch*	/	/	/	/	/	11	25,75%

*données sur 11 mois

Points de vigilance

- Une unité de réanimation affiche un taux d'occupation moyen en suppléments réanimation alors que les unités de SIC et de SC sont bien occupées.

- Des améliorations sont possibles concernant l'inscription de certaines unités dans les réseaux REPRELAR (prélèvements d'organes) et RAISIN (infections nosocomiales).

Imagerie médicale

Retour au sommaire

Imagerie médicale

L'Imagerie Médicale est l'un des domaines de la médecine qui a le plus progressé ces vingt dernières années. Elle regroupe les techniques de radiologie et médecine nucléaire. Elle est particulièrement importante dans le diagnostic, le bilan d'extension et le suivi thérapeutique des cancers, mais aussi dans le diagnostic et le traitement des maladies neuro cardio vasculaires. Les recommandations de radioprotection actuelles préconisent de limiter dans la mesure du possible, l'irradiation liée aux examens de radiodiagnostic et particulièrement chez les enfants, conformément aux référentiels de bonnes pratiques de la HAS.
L'HAS a publié en 2005 un guide de bon usage résultant d'un consensus formalisé avec les professionnels qui a quatre grands objectifs dans les domaines de la radioprotection des patients, de la rationalisation des pratiques, des échanges interdisciplinaires et de l'organisation d'audits cliniques :
• Réduire l'exposition des patients par la suppression des examens d'imagerie non justifiés
• Réduire l'exposition des patients par l'utilisation préférentielle des techniques non irradiantes (imagerie ultrasonore et imagerie par résonance magnétique)
• Améliorer les pratiques par la rationalisation des indications des examens d'imagerie
• Servir de référentiels pour des audits cliniques
Ce guide retient donc, en fonction des problèmes cliniques rencontrés, les examens d'imagerie les plus appropriés. Il s'adresse à tous les médecins, généralistes comme spécialistes, quel que soit leur mode d'exercice. Il doit être périodiquement mis à jour en fonction de l'évolution des techniques et des pratiques.

Ces préconisations ont servi de fil conducteur à ce schéma.

Dans le SROS PRS, l'Imagerie Médicale regroupe les équipements lourds d'imagerie soumis à autorisation suivants (article R6122-26 du CSP) :
• Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émissions de positons en coïncidence, tomographes à émissions de positons
• Scanographes à utilisation médicale
• Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique.
Les techniques interventionnelles (cardiologie, neuroradiologie,...) sont exclues de ce champ et seront traitées en propre.
Une enquête a été menée fin 2010 auprès des structures autorisées en scanner et/ou IRM et TEP dans la région. Les résultats de cette enquête et les recommandations de bonnes pratiques ont servi de base à l'évaluation du besoin pour la région, dont les objectifs principaux d'organisation sont les suivants :
Ø Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès
Ø Améliorer l'efficience
Ø Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Imagerie médicale

Orientations

Imagerie médicale

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- de réduire les délais d'attente trop longs en IRM, de mettre en place une organisation pour l'astreinte IRM dans tous les territoires
- d 'inverser la prédominance nette des scanners au sein des examens d'imagerie en coupe pour le crâne et la colonne vertébrale (référentiel de bon usage des examens d'imagerie)
- de réduire la saturation des appareils TEP (évolution des indications, prévalence des cancers)

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

Rendre accessible l'exploration par IRM sur tout le territoire régional dans des délais < à 15 jours

Positionner les nouveaux sites d'IRM en priorité là où les délais d'attente actuels sont les plus longs, auprès des établissements ayant une activité prépondérante en cancérologie et/ou affections neurovasculaires et cardiologiques

Ouvrir l'accès IRM 24/24 à tous les AVC récents en mettant en place la permanence H24 sur le site des Unités Neuro Vasculaires de la région et en déployant un réseau de télé-imagerie qui sera étendu à d'autres situations cliniques afin de répondre à l'enjeu de la permanence des soins.

Performance :

Diversifier le parc d'IRM par l'implantation d'IRM spécialisées (ostéo articulaires pour les examens hanche, épaule, rachis sans injection) auprès d'IRM polyvalentes ayant une activité ostéoarticulaire suffisante (5000 examens annuels)

Compléter le parc des scanographes auprès des structures d'urgence et en particulier s'assurer de la possibilité pérenne d'exploitation d'1 scanner auprès des nouvelles structures potentielles

Doubler le scanner sur les sites ayant plus de 40 000 passages aux urgences et/ou 20 000 entrées en fonction du plateau technique et du case mix des actes d'imagerie en coupe

Mettre en place un observatoire des délais d'attente IRM portant sur 2 actes ciblés (crâne et colonne vertébrale), les délais d'attente pour la cancérologie étant suivis par des enquêtes nationales annuelles (INCa et Imagerie Santé Avenir)

Qualité- pertinence :

Résorber les délais d'attente pour la cancérologie et permettre l'accès à l'imagerie en coupe non irradiante en particulier des enfants et des pathologies cardiaques.

Assurer la substitution des examens du crâne et son contenu vers l'IRM dans le respect des recommandations de bon usage des examens d'imagerie

Favoriser le remplacement des scanographes après 7 ans d'exploitation

Doubler le nombre de TEP pour mieux prendre en charge les cancers dans le respect des Standards Options Recommandations et expérimenter la TEP IRM moins irradiante

Diffuser le guide de recommandations de bon usage des examens d'imagerie auprès du grand public, des prescripteurs, des réalisateurs d'examens

Engager tous les établissements concernés dans le recueil annuel de l'indicateur IPAQSS: conformité des demandes d'examens d'imagerie

Focus issus du PSRS : AVC, PA, Enfants, Santé mentale, addictions

Imagerie médicale

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en imagerie médicale suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention :

- limiter l'exposition aux rayonnements ionisants, en réalisant à indication égale un examen IRM au lieu d'un examen scanographique, et particulièrement chez l'enfant
- Ne pas réaliser d'examens non justifiés (Guide de bonnes pratiques, exemple radiographies crâne, abdomen et thorax)

2- Premiers recours & Médico-social : faciliter l'accès des patients à l'imagerie en coupe

3- faciliter l'orientation du patient **(Inter-hospitalier)** :

Améliorer l'accès des patients hospitalisés aux examens IRM par l'implantation d'appareils auprès d'établissements de court séjour qui en sont aujourd'hui dépourvus dans le respect des principes d'organisation générale.

Liaisons principales avec d'autres volets :
SROS ambulatoire et PDSES

Imagerie médicale – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
Mettre en œuvre 36 implantations d'IRM sur 23 sites, en considérant le CHU de Montpellier pour 1 seul site	Délai d'attente (<15j)
Garantir un accès 24h/24 pour AVC récents	Existence d'un accès organisé à l'IRM 24/24 sur le site d'une UNV reconnue/ nombre de sites UNV reconnus: 100%
Reporter les examens d'imagerie en coupe du crâne et son contenu du scanner vers l'IRM en respect des recommandations de bon usage des examens d'imagerie	Indicateur régional : nombre d'examens du crâne et son contenu par IRM (ACQJ002 et ACQN001)/nombre d'examens du crâne et son contenu par IRM ou scanner (ACQH003 et ACQK001)>75% lorsque 2/3 des nouvelles implantations seront en activité Indicateur à décliner dans le CPOM de chaque structure.
Mettre en place un observatoire des délais d'attente pour actes ciblés en IRM	Crâne et colonne vertébrale, (recueil des délais de rendez vous dans toutes les structures en activité 1 mois par an)
Coupler les autorisations de structure d'urgence avec celle d'un scanner 24h/24 dans le même établissement ou dans une structure adossée	100%
Diversifier au maximum le parc d'IRM	Nombre d'appareils spécialisés ostéoarticulaires/ nombre total d'appareils
Mettre en œuvre 8 TEP dont au moins une TEP IRM	
Prévoir les nouvelles implantations TEP en partenariat public/privé	75% des nouvelles autorisations en partenariat public/privé
Engager les établissements dans le recueil annuel de l'indicateur IPAQSS : conformité des demandes d'examens en imagerie et en analyser les résultats.	100% des établissements avec scanner et/ou IRM sur le site ou adossé

Imagerie médicale – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoire de santé	Type d'EML	Implantations	Appareils	Créations / suppressions
LR	TEP	3 à l'Est de la Région 2 à l'Ouest de la Région	5 3	+ 2 appareils Est + 1 implantation et + 2 appareils Ouest
Aude	IRM	4	5	+ 1 implantation (Narbonne) et +2 appareils (Narbonne, Carcassonne)
	Scanner	6	6	
	Gamma Caméra	1	2	
Gard	IRM	7	9	+ 2 implantations (Alès, Bagnols) +3 appareils (Alès, Bagnols, Nîmes) - 1 implantation(mobile) - 1 appareil (mobile)
	Scanner	7	8	
	Gamma Caméra	2	4	
Hérault Le CHU est considéré comme un seul site	IRM	10	15	+ 3 appareils (2 à Montpellier, 1 à Béziers)
	Scanner	19	26	
	Gamma Caméra	5	12	
Lozère	IRM	1	1	Implantation de l'IRM mobile à Mende
	Scanner	2	2	
	Gamma Caméra			
PO	IRM	4	6	+ 2 appareils (Perpignan)
	Scanner	8	9	
	Gamma Caméra	1	2	

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

Les TEP seront préférentiellement autorisées en partenariat public/privé

L'implantation lozérienne de l'IRM sera en partenariat public/privé

ANNEXE

Imagerie médicale

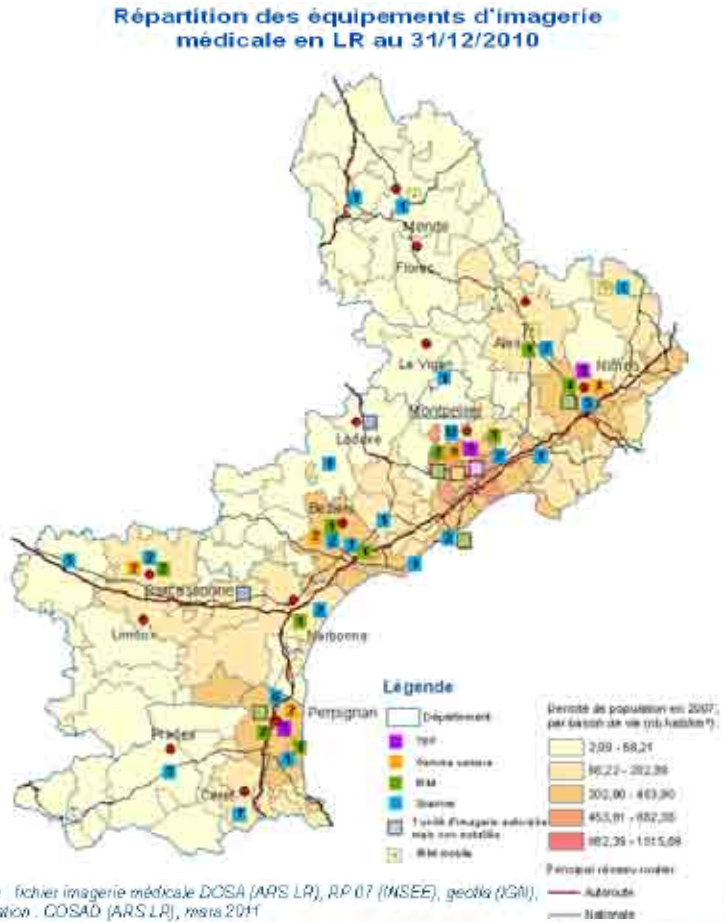
Diagnostic

Retour au sommaire

Imagerie médicale

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé



Source : fichier imagerie médicale DOSA (ARS LR), RP 07 (INSEE), gecilis (IGN).
Réalisation : OSAD (ARS LR), mars 2011

Eléments de diagnostic régional

	SCANNERS	IRM	TEP
Densité autorisée Région : France :	**1/52 000 h** 1/71 000 h	**1/100 000 h** 1/118 000 h	**1/650 000 h**
Nombre d'examens /1000 h /an	182	48,8	3,2
Délai moyen examen urgent en jours	0,5	6	2
Délai moyen examen programmé en jours	8	28/36*	11
Productivité moyenne	9900	6400	2800

- Pour cancer/hors cancer
- Données déclaratives issues de l'enquête LR 2010 auprès des structures autorisées
- 20 gamma caméras autorisées dont les données d'activité n'ont pas été investiguées

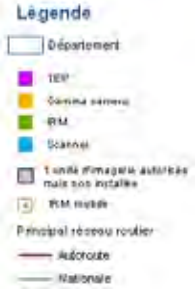
Points de vigilance

- Une évolution de l'activité d'imagerie en coupe contrastée : particulièrement dynamique pour le scanner (>+ 10% par an), stationnaire pour l'IRM
- Des territoires dépourvus d'astreinte IRM en 2010 (Aude, Lozère)
- Des territoires contrastés concernant l'accès à l'imagerie en coupe (Gard, Lozère)
- Des délais d'attente pour le scanner satisfaisants sauf cas particuliers
- Des délais d'attente IRM trop longs malgré une bonne productivité globale (mais amélioration possible sur quelques sites). Des autorisations mises en œuvre récemment n'ont pu être prises en compte
- Une prédominance nette des examens scanners pour l'imagerie du crâne et son contenu et celle de la colonne vertébrale à analyser en regard du référentiel imagerie HAS
- Une évolution dynamique des examens TEP qui nécessite une analyse approfondie pour approcher le besoin de la région.

Imagerie médicale

Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition des équipements d'imagerie médicale en LR au 31/12/2010



Source : fichier imagerie médicale DOSA (ARS LR), geofla (IGN).
Réalisation : COSAD (ARS LR), février 2011

Données d'activité

	Densité scanners autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen scanner urgent	Délai moyen scanner programmé	Productivité moy par appareil
Aude	1/58 000	166	0,5 j	11,5 j	11600*
LR	1/52 000	182	0,5 j	8 j	9900

	Densité IRM autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen IRM programmé pour cancer	Délai moyen IRM programmé hors cancer	Productivité moyenne par appareil
Aude	1/115000	43	21 j	42,5 j	7600
LR	1/100000	48,8	28 j	36 j	6400

Points de vigilance

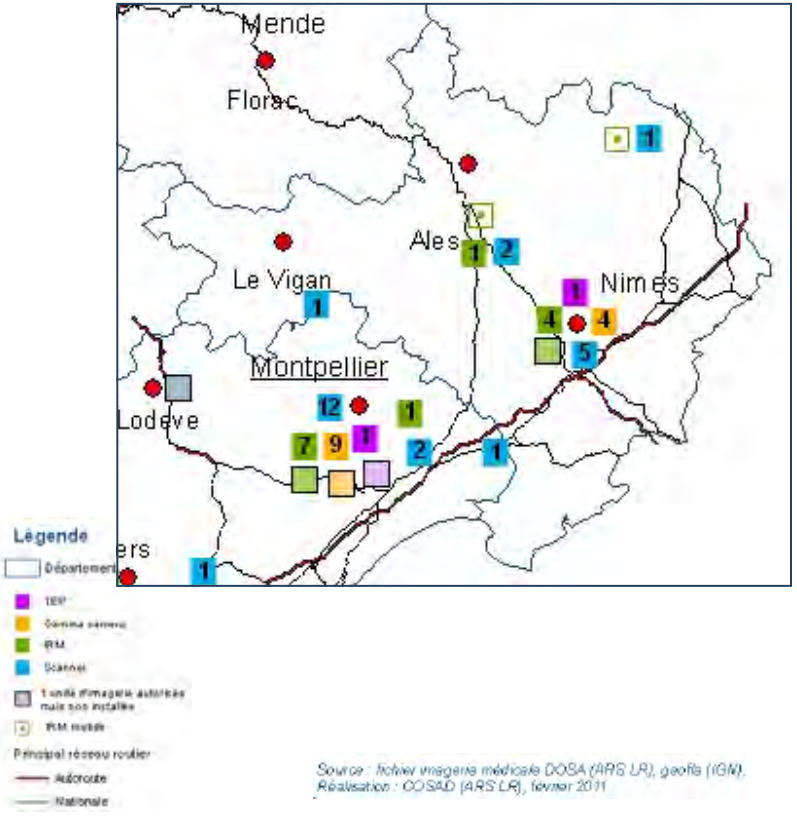
- 1 IRM et 1 scanner autorisés mais non installés lors de l'enquête
- Pas d'astreinte IRM 24/24 en 2010
- Des délais moyens pour les examens de scanner programmés longs sur 1 site

Imagerie médicale

GARD

Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition des équipements d'imagerie médicale en LR au 31/12/2010



Données d'activité

	Densité scanners autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen scanner urgent	Délai moyen scanner programmé	Productivité moyenne par appareil
Gard	1/87 500	132	1 j	15 j	11500
LR	1/52 000	182	0,5 j	8 j	9900

	Densité IRM autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen IRM programmé pour cancer	Délai moyen IRM programmé hors cancer	Productivité moyenne par appareil
Gard	1/100000	38	27 j	35 j	5300
LR	1/100000	48,8	28 j	36 j	6400

	Densité TEP autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen TEP urgent	Délai moyen TEP programmé	Productivité moyenne par appareil
Gard	/	/	2 j	15 j	2750
LR	1/650000	3,2	2 j	11 j	2800

Points de vigilance

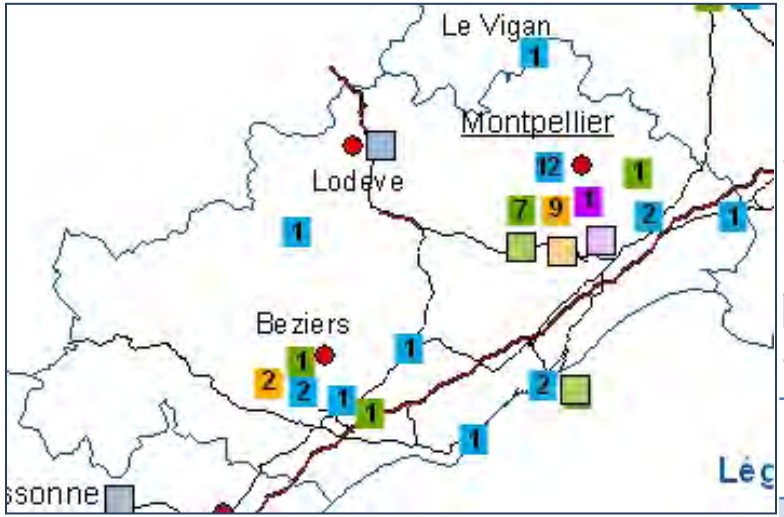
- Une IRM autorisée mais non installée au moment de l'enquête
- Des délais moyens pour les examens scanner les plus longs de la région, des délais moyens pour l'IRM comme ceux de la région
- Une IRM mobile desservant à temps partiel 2 villes du territoire
- Organisation pour l'accès des AVC à l'IRM en urgence sur Alès et Bagnols

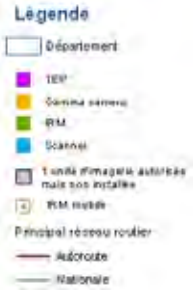
Imagerie médicale

HERAULT

Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition des équipements d'imagerie médicale en LR au 31/12/2010





Source : fichier imagerie médicale DOSA (ARS LR), geofla (IGN).
Réalisation : COSAD (ARS LR), février 2011

Données d'activité

	Densité scanners autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen scanner urgent	Délai moyen scanner programmé	Productivité moyenne par appareil
Hérault	1/40 000	228	0,5 j	5 j	10000
LR	1/52 000	182	0,5 j	8 j	9900

	Densité IRM autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen IRM programmé pour cancer	Délai moyen IRM programmé hors cancer	Productivité moyenne par appareil
Hérault	1/85 000	57	22,7 j	31 j	7100
LR	1/100000	48,8	28 j	36 j	6400

	Densité TEP autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen TEP urgent	Délai moyen TEP programmé	Productivité moyenne par appareil
Hérault	/	/	2 j	7 j	3500
LR	1/650000	3,2	2 j	11 j	2800

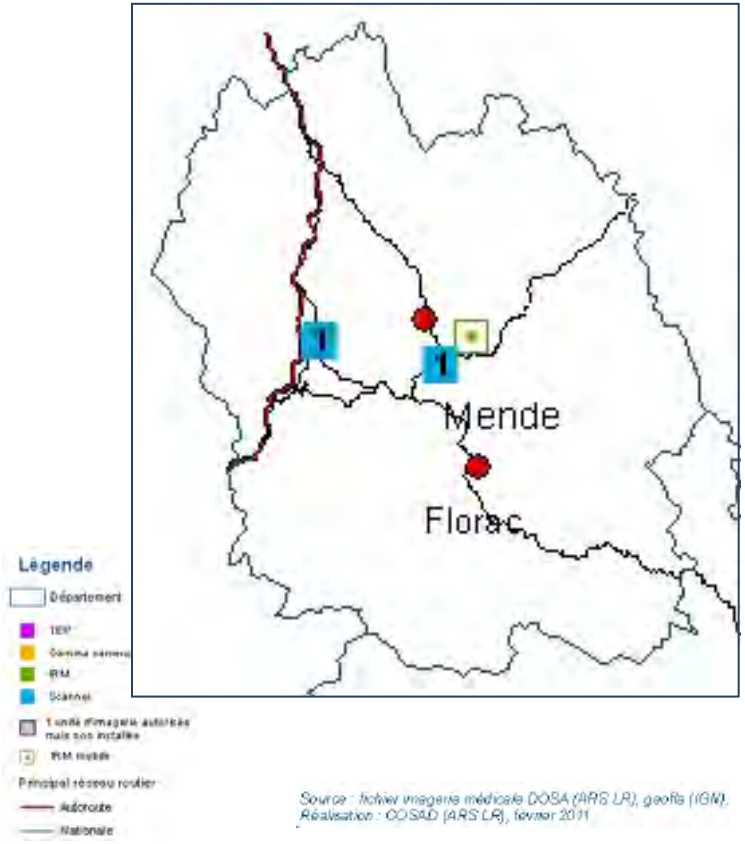
Points de vigilance

- 2 IRM autorisées mais non installées au moment de l'enquête, 1 scanner autorisé mais non installé
- Prédominance de l'offre sur Montpellier
- Des délais moyens pour les examens IRM hors cancer les plus courts de la région
- Organisation en réseau de la neuroradiologie à conforter
- Organisation pour l'accès des AVC à l'IRM en urgence sur Sète

Imagerie médicale

Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition des équipements d'imagerie médicale en LR au 31/12/2010



Source : fichier imagerie médicale DOSA (ARS LR), geofla (IGN).
Réalisation : COSAD (ARS LR), février 2011

Données d'activité

	Densité scanners autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen scanner urgent	Délai moyen scanner programmé	Productivité moyenne par appareil
Lozère	1/37 500	129	0,5 j	3,5 j	5000
LR	1/52 000	182	0,5 j	8 j	9900

	Densité IRM autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen IRM programmé pour cancer	Délai moyen IRM programmé hors cancer	Productivité moyenne par appareil
Lozère	IRM mobile 1j par sem	18	90 j	90 j	/
LR	1/100000	48,8	28 j	36 j	6400

Points de vigilance

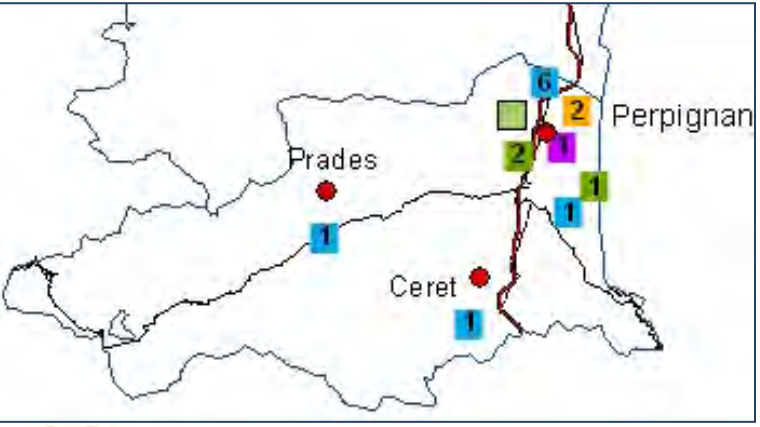
- Des délais très importants pour les examens IRM car le temps imparti est saturé
- Un nombre de radiologues pour 100 000 habitants très inférieur à la moyenne régionale
- Pas de permanence IRM 24/24
- Organisation pour l'accès des AVC à l'IRM en urgence

Imagerie médicale

PYRENEES ORIENTALES

Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition des équipements d'imagerie médicale en LR au 31/12/2010



Légende

Département

TEP

Gamma caméra

IRM

Scanner

1 unité d'imagerie autorisée mais non installée

IRM mobile

Principal réseau routier

Autoroute

Nationale

Source : fichier imagerie médicale DOSA (ARS LR), geofla (IGN).
Réalisation : COSAD (ARS LR), février 2011

Données d'activité

	Densité scanners autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen scanner urgent	Délai moyen scanner programmé	Productivité moyenne par appareil
PO	1/48 000	182	<0,5 j	7,5 j	10000
LR	1/52 000	182	0,5 j	8 j	9900

	Densité IRM autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen IRM programmé pour cancer	Délai moyen IRM programmé hors cancer	Productivité moyenne par appareil
PO	1/107500	61,6	28,8 j	35,5 j	9000
LR	1/100000	48,8	28 j	36 j	6400

	Densité TEP autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen TEP urgent	Délai moyen TEP programmé	Productivité moyenne par appareil
PO	/	/	2 j	10 j	2250
LR	1/650000	3,2	2 j	11 j	2800

Points de vigilance

- Une IRM autorisée mais non installée au moment de l'enquête
- Malgré une productivité importante des IRM, le délai d'attente n'est pas inférieur à celui de la région

Examen des caractéristiques génétiques d’une personne ou identification d’une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

Retour au sommaire

Génétique
Définitions, éléments de cadrage et introduction 1/3

Définition :

Analyse des caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal. (Article R 131-1 et 2 du Code de la Santé Publique). La génétique dite post-natale ou constitutionnelle intervient dans trois situations différentes : le diagnostic de maladies génétiques (géniques, chromosomiques), l'identification de facteurs de risque génétique ayant un impact soit sur la santé soit sur la prise en charge thérapeutique de la personne, et la détection de porteurs sains dans le cadre du conseil génétique sur les risques de transmission à la descendance.

Objet :

- Poser , confirmer ou infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- Rechercher les caractéristiques d'un ou de plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- Adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques

Sont exclues de ce volet du SROS :

Les activités d'analyse génétique en lien avec le diagnostic prénatal, le dépistage néonatal, l'oncogénétique somatique (tumeurs), les analyses pratiquées dans un but médico-légal, la génétique des populations ainsi que la recherche des marqueurs sur les tumeurs.

Dans ce schéma, le cadre des autorisations concerne exclusivement les activités d'analyse des laboratoires, (ces autorisations étaient antérieurement délivrées par le Préfet de Région et le seront par les Directeurs Généraux des ARS après la publication du SROS). Au point de vue technique, on distingue deux « spécialités » dans ces activités d'analyse, qui font l'objet d'autorisations distinctes. Il faut souligner ici que les innovations technologiques actuellement émergentes dissipent la frontière entre ces deux domaines, de nouveaux outils diagnostiques étant utilisées par les deux types de laboratoires (comme par exemple les puces à ADN) :

1) Analyses de cytogénétique : étude des chromosomes ;

2) Analyses de génétique moléculaire : étude de l'ADN et de l 'ARN. Ces analyses comprennent le diagnostic de maladies héréditaires à transmission mendélienne, le dépistage des hétérozygotes dans les familles de sujet atteints, les analyses HLA hors greffe, la pharmacogénétique (susceptibilité génétique aux effets indésirables ou à la toxicité des médicaments, notamment des anticancéreux) et l'oncogénétique constitutionnelle (recherche de prédispositions génétiques à certains cancers)

- Pour la génétique moléculaire il convient également de distinguer les analyses de niveau 1 et de niveau 2 selon le niveau d 'expertise (niveau 1 : examens pouvant être inscrits à la NABM et pour lesquels il peut exister des dispositifs de diagnostic in vitro dédiés, niveau 2 : toute analyse de réalisation complexe avec une stratégie diagnostique faisant appel à la recherche exhaustive de l 'ensemble des anomalies moléculaires possibles et à un travail d 'expertise pour l 'interprétation des données brutes obtenues.
- Par ailleurs, en génétique moléculaire, certains laboratoires ont une autorisation limitée (laboratoires n'effectuant qu'un nombre restreint de types d'examens, de niveau 1 ou 2).

Génétique
Définitions, éléments de cadrage et introduction 2/3

Nonobstant le cadre des autorisations, la génétique est une discipline mixte clinico-biologique, le lien entre la clinique et la biologie est essentiel : la prescription et la restitution d'une analyse de génétique s'inscrivent dans un contexte très précis (Loi de Bioéthique) et relèvent d'une expertise confirmée : mise en œuvre d'un conseil génétique qui répond à des exigences législatives en matière d'information, de consentement et de bénéfice attendu pour la personne, nécessité d'établir un lien de causalité entre anomalies génétiques et symptomatologie clinique. L'interaction entre l'activité biologique et les consultations cliniques est indispensable et indissociable. Les avancées techniques renforcent cette considération : résultats d'examens de plus en plus complexes à interpréter pour le laboratoire, et à expliquer au patient par les médecins prescripteurs compétents en génétique.

L'organisation des activités d'analyses génétiques ne se conçoit qu'au sein de filières de soins structurées.

Un centre de génétique clinique, en référence au guide méthodologique pour l'élaboration du SROS PRS, est défini comme étant une structure à vocation régionale couvrant un bassin de 2 à 6 millions de personnes, regroupant l'ensemble des compétences ; ces centres, au besoin multi sites, assurant un maillage territorial, sont articulés avec les laboratoires de génétique et des unités de recherche. Cette organisation vise à renforcer l'expertise, à mutualiser les compétences et à limiter les prescriptions d'analyses non pertinentes.

Les évolutions déjà amorcées et prévisibles de la cytogénétique postnatale doivent faire l'objet d'une attention toute particulière dans ce schéma. Les indications diagnostiques dans ce domaine représentent une part importante de l'activité de génétique postnatale, tant en termes d'analyses que de consultations. Le diagnostic étiologique des déficiences intellectuelles (DI), isolées ou syndromiques et des syndromes malformatifs, actuellement révolutionné par les évolutions technologiques, représente un enjeu particulièrement critique pour les enfants et les familles, (errance diagnostique, prise en charge adaptée) et justifie une vigilance à plusieurs titres : en termes d'analyses, sur les équipements et les effectifs des professionnels compétents, en termes d'organisation au sens large, le centre de génétique étant un élément à part entière d'un réseau de prise en charge de ces pathologies.

Génétique
Définitions, éléments de cadrage et introduction 3/3

Les activités de génétique post-natale, tant au niveau des analyses proprement dites (autorisations, certains équipements), qu'au niveau clinico-biologique au sens large sont fortement impactées et doivent s'articuler de façon cohérente avec trois grands domaines : la génétique prénatale, le cancer et les maladies rares :

• Le domaine de la génétique prénatale (AMP/DPN/CPDPN) : bien que le présent volet du SROS concerne le post-natal, il convient de rappeler que la discipline génétique a la spécificité de s'occuper du patient, (cas index), de sa famille (cas apparentés) et de la prévention des couples à risques. Les généticiens sont sollicités à tous les âges de la vie et il est difficile de séparer les activités de diagnostic prénatal, des activités de diagnostic postnatal. En termes d'analyses, le matériel étudié (chromosomes et ADN) et les techniques mises en œuvre sont identiques, une cohérence s'impose et les laboratoires autorisés pour la cytogénétique postnatale le sont pour la plupart également pour les activités prénatales.

• Le domaine du cancer et le plan cancer, pour l'oncogénétique : mise en place par l'INCa de plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers. À ce jour, on recense 29 plates-formes réparties sur l'ensemble du territoire national, dont une à Montpellier.

• Le domaine des maladies rares et le Plan National Maladies Rares (PNMR) : 80 % des maladies rares sont en effet des maladies génétiques. Une grande partie de l 'activité de génétique post natale consiste en des tests génétiques de diagnostic de maladies rares (Mucoviscidose, Steinert, Syndrome de l 'X fragile, Myopathies, Surdité..) Le PNMR 2 prévoit l'identification d'un certain nombre de « plateformes nationales de diagnostic approfondi des maladies rares » comprenant des laboratoires autorisés pour des examens de génétique particuliers, utiles au diagnostic de certaines pathologies.

La politique régionale, de ce fait, est en grande partie directement déterminée par le niveau national à travers :
- les stratégies conduites par l'Agence de Biomédecine (ABM) et l'Institut National du Cancer (INCa), en ce qui concerne l'oncogénétique,
- des financements sur appel à projet de la DGOS directement vers les établissements, seules quelques analyses de niveau 1 sont inscrites à la nomenclature des actes et font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

La graduation de l'offre en région Languedoc-Roussillon, compte tenu de ces articulations et des spécialisations indispensables au diagnostic de certaines pathologies, s'inscrit dans une réflexion interrégionale, voire nationale ou internationale.

Le présent SROS doit en conséquence également prendre en compte dans ses perspectives, celles des SROS périnatalité et cancérologie.

Deux documents renseignent ce volet :

Ÿ Le premier concerne la description de l'organisation actuelle de la génétique post natale avec :
- Les objectifs à mettre en œuvre durant la période du schéma.
- Un diagnostic régional des activités de laboratoires : atouts et points qui doivent progresser
- Un diagnostic régional des compétences mobilisées dans le champ de la génétique clinique : atouts et points qui doivent progresser

Ÿ Le second, construit de façon identique, développe spécifiquement le domaine de l'oncogénétique.

Examen des caractéristiques génétiques d’une personne ou identification d’une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

Orientations

Génétique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- **améliorer l'accès aux soins :** organiser au sein de filières structurées, les moyens de prévention, de diagnostic, de prise en charge, de surveillance et de suivi des patients concernés ;
- **améliorer l'efficience et la qualité :** mettre en place une offre graduée, structurer l'offre entre les laboratoires et les liens avec les filières de prise en charge, améliorer l'accompagnement des patients et des familles.

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

• **Accessibilité :**
- Mieux faire connaître l'existence des consultations de génétique avec leur spécificité (centres de référence, centres de compétence)
- Donner les moyens aux services de génétique des CHU de répondre à la demande clinique de conseil génétique
- En oncogénétique, consolider les consultations avancées existantes et mettre en place, là où des besoins seront établis, des consultations sur les territoires non couverts

Une attention particulière doit être apportée aux attentes et aux besoins des patientes et des familles en termes :
- de lisibilité et accessibilité de l'offre de soins spécialisés
- d'accompagnement global, soutien psychologique, insertion sociale…

• **Evitabilité :**
- Eviter l'errance diagnostique (maladies rares), le sous-diagnostic (oncogénétique)
- Développer la prévention, la surveillance et le suivi des patients
- Développer certains tests génétiques

• **Pertinence:**
- Juste prescription de conseil génétique,
- Consultation clinique de conseil génétique, (prise en compte du temps dédié, et de la valeur ajoutée),
- Prescription d'analyses, (nécessité d'expertise médicale pour une prescription appropriée),
- Interprétation des résultats d'analyses : expertise génétique biologique et clinique.

• **Performance :**
- Articulation/cohésion indissociable de la biologie et de la clinique,
- Donner les moyens aux services de génétique des CHU de développer et valider des tests génétiques performants intégrant les nouvelles approches technologiques
- Complémentarité et mutualisation des moyens et des compétences,
- Coordination des prises en charge médicale et paramédicale, filières et réseaux de prise en charge, compétences périphériques,
- Articulation prénatal/postnatal,
- Articulation avec le secteur médico social : coordination entre prise en charge de proximité et de spécialité pour les maladies génétiques entrainant une situation de handicap.

• **Préparation et adaptation à la transition technologique et à l'innovation :**
- Développement du caryotype moléculaire (ACPA : analyses chromosomiques par puce à ADN),
- Perspective du séquençage haut débit,
- Clarification des passerelles entre activités de soins et de recherche.

Génétique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
Développer les synergies entre les acteurs régionaux, en : - organisant de façon concertée les consultations cliniques sur l'ensemble des territoires en considérant que pour la région il n'y a qu'un seul centre de génétique - favorisant la coopération et les complémentarités entre les laboratoires -organisant un dispositif performant de collecte des prélèvement s entre les établissements et les laboratoires de la région (objectif non spécifique à la génétique post-natale) **Reconduire les autorisations antérieurement octroyées**, en tenant compte pour celles concernant la cytogénétique des recommandations par rapport à l'accès à la technique CGH Array	
Regrouper, au niveau du **CHU de Montpellier, les laboratoires de cytogénétique et de génétique moléculaire en un plateau technique unique et dédié avec une proximité étroite avec les consultations de génétique**, Dans l'attente, des améliorations indispensables, aisément réalisables, peuvent et doivent être mises en œuvre sans délai.	
Renforcer les articulations entre service de génétique, centres de référence maladies rares et services cliniques au niveau du CHU de Montpellier : rapprocher les structures d'expertise clinique pour mieux organiser le diagnostic, la prise en charge globale, les évaluations périodiques, le soutien psychologique, social et éducatif des familles et la promotion de la recherche dans un objectif d'amélioration de la lisibilité du dispositif et de mutualisation des compétences. Cet objectif participe à la déclinaison du plan maladies rares.	
Renforcer les liens entre services de génétique (et autres structures d'expertise) et secteur médicosocial : concilier prise en charge spécialisée et de proximité, améliorer l'accès à un diagnostic précoce, à des évaluations périodiques, à la définition d'une prise en charge globale, améliorer le transfert des savoirs entre professionnels : **déploiement d'un projet de télémédecine entre les CHU et les CAMSP en particulier** Cet objectif participe à la déclinaison du plan maladie rare	
Etre attentif à l'évolution des effectifs de généticiens, conseillers en génétique, techniciens de laboratoire, ingénieurs bio informaticiens, psychologues et assistantes sociales, secrétaires en fonction des besoins et des ressources disponibles	
Clarifier les sources de financement et s'assurer de leur bonne utilisation dans de bonnes conditions	
Parcours de santé	
- Organiser l'information des usagers et améliorer la lisibilité de l'offre en génétique pour les professionnels de premier recours - Améliorer la prise en charge globale sur le plan psychologique et social (autour des questions d'insertion sociale et professionnelle) Cet objectif participe à la déclinaison du plan maladie rare - Veiller à l'articulation entre réseau maladies rares et centre de génétique	

ANNEXE

Examen des caractéristiques génétiques d’une personne ou identification d’une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

Diagnostic

Retour au sommaire

Génétique
Diagnostic régional des activités d'analyses biologiques : les atouts

Offre de soins sur la région Languedoc Roussillon :

Elle s'organise principalement autour des plateaux techniques des deux CHU .

Sur le plan biologique, sont autorisés :

ØAu CHU de Montpellier :

- 5 laboratoires de génétique moléculaire, dont un a une autorisation et une activité limitées aux maladies inflammatoires, et pratique exclusivement des analyses de niveau 2 dans ce domaine)
- un laboratoire de cytogénétique

Ø Au CHU de Nîmes :

- 2 laboratoires de génétique moléculaire
- 1 laboratoire de cytogénétique

(en France, sont autorisés 188 laboratoires de génétique moléculaire et 75 laboratoires de cytogénétique)

ØHors CHU, cette offre de laboratoire est complétée de la façon suivante:

- Un laboratoire privé de cytogénétique à Montpellier,
- Un laboratoire de cytogénétique à Carcassonne géré par l'EFS. Ce laboratoire a fait connaître qu'il cessait son activité et n'a pas sollicité de renouvellement d'autorisation en 2010. Ill n'est plus comptabilisé par l'Agence de Biomédecine au titre de cette activité.

Eléments de diagnostic régional

Deux pôles de biologie pour une région de 2.5 millions d'habitants,

1 - En génétique moléculaire :

- **en ce qui concerne certaines analyses fortement représentées au niveau national (40 % de l'activité) :** la thrombophilie non rare et l'hémochromatose, une typologie de l'offre calquée sur celle de l'ensemble des laboratoires nationaux ;
- **parallèlement, une offre à dominante « spécialisée » sur les deux CHU avec une offre d'analyses de niveau 2 développée, et une expertise de** reconnaissance nationale, voire internationale, en particulier pour le laboratoire de génétique de maladies rares de l'IURC du CHU de Montpellier : gènes impliqués dans les dystrophies musculaires, le syndrome de Usher, le syndrome de Marfan, d'Ehlers- Danlos…
- **en ce qui concerne la pharmacogénétique** : une offre historiquement plus développée sur le CHU de Nîmes (76 tests pour 26 au CHU de Montpellier en 2010) : cette activité sera amenée à se développer sur les deux pôles compte tenu du développement des thérapeutiques ciblées en oncologie (tests encadrés par l'AMM).
- **en ce qui concerne l'oncogénétique :** ce domaine d'analyses est porté exclusivement par le CHU de Montpellier (25 laboratoires en France en connexion avec les consultations d'oncogénétique) et fait l'objet d'une présentation spécifique.

2 - En cytogénétique : en termes d'analyses, ce domaine est fortement impacté par les évolutions technologiques. Ces analyses s'appliquent à un domaine d'indications fortement représenté en génétique post-natale, celui des déficiences intellectuelles (DI) isolées ou syndromiques et des syndromes malformatifs. Si le caryotype « standard », inscrit à la NABM représente actuellement l'activité majoritaire, la CGH Array (comparative genomic hybridation sur Array-scanner ou « puces à ADN ») modifie radicalement la stratégie diagnostique devant une malformation ou un retard mental et prend le pas en tant qu'analyse de première intention dans ces indications (amélioration nette du taux de diagnostic d'anomalies de 8 à 10 % à 20 - 25 %).

Les deux CHU disposent à ce jour d'une plateforme Agilent. Compte tenu des besoins évalués dans l'avenir (soit 20 000 indications potentielles à l'échelon national) ces plateformes doivent être soutenues dans leur développement et une attention particulière devra être portée aux effectifs de professionnels compétents qui conditionnent d'ores et déjà le déploiement de certaines activités : techniciens de laboratoire et ingénieur bio informaticiens.

Tout laboratoire devra être en mesure de proposer cette technique soit lui-même soit dans le cadre d'une organisation « en réseau ».

Génétique
Diagnostic régional des activités d'analyses biologiques : les points à améliorer

- Deux centres d'inégale importance en termes de volume d'activité, avec à la fois, des champs d'activités identiques, et des externalisations d'analyses qui pourraient être traitées en intra régional,

- Une exigence de complémentarité qui se heurte à l'autonomie de chaque CHU,

- A Montpellier, une organisation des activités biologiques qui doit clarifier ses relations avec la recherche : des activités d'analyses de cytogénétique ont été ainsi momentanément confiées à une unité de recherche.

- À Montpellier, les laboratoires de génétique moléculaire et de cytogénétique sont géographiquement dispersés avec des locaux inadaptés et des contraintes de personnel (techniciens, ingénieurs bio-informaticiens) :

  • qui limitent d'ores et déjà la capacité d'adaptation à des demandes croissantes d'analyses
  • qui feront obstacle à l'obtention de l'accréditation Cofrac.
  • qui rendent difficile la mise en œuvre d'une stratégie efficiente d'investissements en équipements (séquençage haut débit, notamment)

- Des lenteurs sont constatées dans la mise en œuvre des évolutions nécessaires.

- Il n'existe pas de circuit de collecte performant entre établissements et laboratoires de la région.

- On relève des difficultés en ce qui concerne la facturation des analyses confiées en sous-traitance d'un laboratoire ou d'un établissement à l'autre.

- Ces difficultés sont perçues par les équipes comme un frein au déploiement d'activités et au développement de coopérations (*ce constat est également identifié dans d'autres champs, comme celui du diagnostic prénatal, du dépistage néonatal…)*

Génétique
Diagnostic régional des activités cliniques : offre de soins

Sur le plan clinique (hors champ des autorisations)

- Le CHU de Montpellier dispose d'une équipe de médecins généticiens (hors oncogénétique) intervenant dans les domaines d'activité suivants:
  - Service de génétique, consultation hospitalière de génétique
  - DPN
  - Diagnostic préimplantatoire
  - Centre de référence des anomalies du développement.

- Le CHU de Nîmes comprend depuis peu des médecins généticiens qui assurent à la fois des activités cliniques et biologiques ainsi que des activités de diagnostic prénatal.

-Les deux CHU réalisent aussi bien des consultations de génétique polyvalente (consultation où les enfants sont très représentés) que des consultations d'oncogénétique.

Sur le plan clinique (hors champs d'une autorisation)

L'expertise régionale en génétique est complétée par des centres de référence et de compétence Maladies rares : le LR compte 3 centres de référence labellisés, dont le centre des anomalies du développement et des syndromes malformatifs), 12 sites de consultations des centres de référence, et 24 centres de compétences.

Par rapport à la fréquence particulière des motifs de consultation d'enfants présentant des anomalies du développement, il convient de citer également
- le centre régional autisme, (recommandation de réaliser de façon systématique un bilan génétique)
- le service de neuro pédiatrie, ORL, ...)
- et en proximité la place des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).

Il existe un réseau régional Maladies rares

Génétique
Organisation des activités cliniques

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les atouts

- Une démographie régionale de médecins généticiens conforme aux recommandations du Conseil National de l'Ordre des médecins et du collège des enseignants et praticiens de génétique clinique (3 ETP de généticiens par million d'habitants) mais dont le fonctionnement est rendu difficile en raison de la répartition des activités sur les deux CHU.

- Une offre de services diversifiée, très spécialisée, regroupée principalement sur le CHU de Montpellier.

- Une politique de développement affichée au niveau du CHU de Nîmes.

- Une prise de conscience au niveau du CHU de Montpellier de la dispersion des pôles cliniques d'expertise avec par exemple :

  - une dynamique de rapprochement entre équipes de centres de référence (projet de fédération).

  - une volonté de créer une stratégie mieux coordonnée de suivi de certaines pathologies comme l'autisme par exemple.

Les points à améliorer

- Une attention particulière doit être portée à la démographie des professions concernées qui conditionnent d'ores et déjà le déploiement de certaines activités: médecins généticiens, conseillers en génétique, assistantes sociales et psychologues

- La concertation entre les deux CHU est insuffisamment formalisée.

- Au sein du CHU de Nîmes, il existe un sous encadrement en généticien et conseiller en génétique pour l'ensemble des activités de génétique (y compris génétique prénatale hors champ de ce volet SROS).

- Au niveau du CHU de Montpellier,
  - Une stratégie de développement insuffisamment partagée entre équipes d'une part et entre équipes et direction d'autre part
  - Une offre de service régionale spécialisée importante, dispersée géographiquement et avec des liens peu formalisés et insuffisamment coordonnés, manquant de lisibilité pour les usagers, les professionnels de santé de premier recours et les équipes du médico-social,

- Dans le domaine de l'exploration au sens large des troubles du développement chez l'enfant en particulier, sont observés des liens insuffisamment formalisés entre service de génétique, centres de référence, services de neuropédiatrie, centre ressource autisme,...

- Un réseau régional maladies rares avec des missions qui recoupent pour partie celles du service de génétique sur des lieux dispersés, avec des financements de provenance différente.

- Avec le Médico-social : des services spécialisés (CAMSP, SESSAD, IME) périodiquement en difficulté sur l'évaluation et l'ajustement des prises en charge d'enfants présentant des situations de handicap consécutives à des maladies génétiques

Examen des caractéristiques génétiques d’une personne ou identification d’une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

Oncogénétique

Orientations

Retour au sommaire

Oncogénétique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les enjeux principaux sont :

- Consolider en lien avec l'INCa, les filières de prises en charge et le maillage des consultations avancées, de façon à s'adapter au développement prévisionnel de l'activité liée à une meilleure diffusion des recommandations, à l'élargissement des recommandations pour l'identification de mutations, à la généralisation du dépistage du cancer colorectal
- Veiller à ce que tous les personnes atteintes d'un cancer et les personnes prédisposées bénéficient effectivement d'une consultation d'oncogénétique en fonction des recommandations d'un conseil génétique

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

- **Accessibilité :**

Elargir et régionaliser l'offre de soins
Renforcer, rationaliser et optimiser l'organisation d'amont et d'aval des consultations avancées existantes,

- **Performance:**

Favoriser la mutualisation des compétences cliniques des équipes du CHU de Montpellier et du CLCC et optimiser la coordination entre les deux CHU
Mettre en place des consultations dédiées au suivi et à la surveillance des patients porteurs de mutations

Oncogénétique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
Améliorer le nombre de personnes porteuses d''une prédisposition génétique bénéficiant d'un conseil génétique (cancer et recherche familiale) en respectant l e cadre des recommandations validées par l'INCA . Évaluation à faire en priorité sur les cancers coliques (renforcer la formation des spécialistes - formaliser/développer les relations avec le privé - organiser des échanges interdisciplinaires avec le privé - renforcer le temps médical des consultations - renforcer le temps de conseiller en génétique. *Dans le rapport de l'INCA, l'accès à l'oncogénétique est clairement lié aux nombres de consultations avancées mises en place dans une région et aux temps de généticiens et de conseillers en génétique qui y sont consacrés)*	Nombre de personnes prise en charges dans les consultations d'oncogénétique, par type de cancer (source rapport d'activité type de l'INCA), et par territoire *Comparaison avec le nombre de cas attendu, en fonction de l'épidémiologie des cancers*
- Consolider l 'organisation mutualisée des consultations sur Montpellier - Etudier la pertinence de consultations avancées sur les territoires de l'Aude(soit à Narbonne, soit à Carcassonne), de la Lozère (Mende ?), du Gard (à Alès ou Bagnols sur Cèze) - Consolider l'organisation des consultations avancées existantes sur Béziers, Perpignan,	Réalisation d'une évaluation des besoins, Nombre de consultations, nombre de demi-journée par mois et par site Temps de généticien et de conseiller en génétique dédiés par sites
Consolider immédiatement l'organisation du fonctionnement du laboratoire de génétique moléculaire du CHU de Montpellier : recrutement et pérennité des effectifs de techniciens et ingénieur nécessaires, extension de surface de locaux , acquisition/maintien d'un équipement adapté et performant du laboratoire, organisation d'un circuit de ramassage des prélèvements avec les partenaires régionaux.	Objectifs opérationnels concernant le fonctionnement du laboratoire Tendre vers un délai de restitution conforme à celui jugé acceptable par l'INCA, Augmentation d'activité et analyse des fuites d'activité hors région Formalisation d'un circuit pour les indications d'urgence
Augmenter l'effectif médical et évaluer les besoins de conseillers en génétique pour les 5 ans à venir	
Parcours de Santé	
Mettre en place « une plate forme mutualisée » public privé permettant d'organiser le suivi et la surveillance spécifiques des patients à risque génétique accru (cas index et apparentés, garantissant la mise en œuvre effective dans la durée des recommandations de suivi, la prévention des perdus de vue, et créant les conditions d'une évaluation et de développement d'axes de recherche… *plate forme ou mission dans le cahier des charges du réseau Onco-LR ?*	Nombre de patients dont le statut de surveillance est connu sur le nombre de patients éligibles passés en consultation d'oncogénétique

ANNEXE

Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

Oncogénétique

Diagnostic

Retour au sommaire

Oncogénétique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé existante et reconnue par l'INCa :

-Le CHU de Montpellier et le CRLC organisent des consultations d'oncogénétique, sur Montpellier, avec une mutualisation partielle des moyens

- L'équipe de généticiens et de conseillers en génétique de CHU de Montpellier organise des consultations avancées sur les CH de Perpignan et de Béziers

- Le CHU de Nîmes organise une consultation d'oncogénétique à Nîmes

-1 seul laboratoire de génétique moléculaire autorisé au CHU de Montpellier réalise des recherches de mutation pour les gènes BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, RET

- L'oncopédiatrie est centralisée au CHU de Montpellier qui accueille tous les enfants de la région.

Eléments de diagnostic régional

Depuis 2003 on observe en France une augmentation constante du nombre de consultations d'oncogénétique (cf rapport INCA 2010). Cette progression est très inégale selon le type de cancers.

Les recommandations sont en constante réévaluation. Actuellement 80 % des indications concernent la recherche des mutations génétiques pour les cancers du sein et du colon.

- En Languedoc-Roussillon, en 2009, 1646 consultations ont été réalisées quel que soit le type de cancer , en 2010, 1749.
- Les délais d'accès à une première consultation varient de 2 à 3 mois au CHU de Montpellier et au CRLC
- Il est relevé une bonne coordination entre les 2 CHU dans le domaine de l onco-hématologie

Points de vigilance:

- Il convient de veiller à la capacité du dispositif clinique et biologique actuel à absorber une augmentation attendue de l'activité, en particulier.
- L'accès aux consultations d'oncogénétique pour les patients dans les territoires non desservis par les consultations existantes suscitent des interrogations, l'Aude en particulier mais aussi la Lozère, et le Nord Ouest et Est du Gard (Alès, Bagnols)
- Les aspects structurels et organisationnels de la mutualisation CHU/CRLC sont à rationaliser et renforcer.
- Le sous encadrement en généticien et conseiller en génétique pour l'ensemble des activités de génétique au sein du CHU de Nîmes impacte l'oncogénétique
- Une coordination est à formaliser entre les 2 CHU dans l'organisation de l'accès à l'oncogénétique sur le Gard et la Lozère
- Les Conditions de fonctionnement du laboratoire sont non satisfaisantes et incompatibles avec l'obtention de l'accréditation du COFRAC ;
- Les délais de restitution des résultats, excessifs en 2009, sont en cours d'amélioration mais la capacité du laboratoire à faire face à l'évolution d'activité est à consolider
- Il convient de veiller dans tous les territoires à une égale diffusion et à un respect homogène des recommandations en matière de consultations et de tests génétiques pour la recherche de prédispositions pour tous les types de cancers.
- Il convient d'organiser la mise en œuvre des recommandations de prises en charge préventive des personnes cancéreuses ou non porteuses de mutation leur conférant un risque élevé de développer un cancer, veiller en particulier à développer la surveillance et le suivi des patients dans la durée, en prévenant les perdus de vue et en veillant à promouvoir la recherche et créer les conditions de son évaluation

Missions de service public

Retour au sommaire

Missions de service public

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a clarifié la définition des missions de service public qui recouvrent des champs très divers et concernent toutes les catégories d'établissements.
En application de l'article L 1434-9 du code de la santé publique, le SROS définit les besoins à couvrir en termes de missions de service public, par territoire de santé.

Le présent volet recense les établissements de santé qui, à la date de la publication de la loi HPST, contribuaient à assurer une ou plusieurs missions de service public (art 1er de la loi HPST) sauf dispositions réglementaires intervenues depuis. L 'accomplissement de ces missions doit répondre à des obligations de service public définies à l'article L 6112-3 du code précité.

Dans le cadre de l'attribution d'une mission de service public, il n'y a pas d'obligation de contrepartie financière conformément aux dispositions de l'article L 6112-2 du code de la santé publique.

Missions ayant vocation à être exercées par tout établissement de santé faisant l'objet de procédures d'attribution prévues par ailleurs (agrément, appel à projet national ou régional, politique nationale de santé publique…)

- La recherche.
- L'enseignement universitaire et post-universitaire.
- Le développement professionnel continu des médecins.
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical.
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination.
- Les actions de santé publique.
- Les soins dispensés aux personnes retenues .

Mission faisant l'objet d'une attribution dans le cadre du droit des autorisations :

- L'aide médicale urgente.

Missions pour lesquelles une procédure d'octroi n'existe pas, susceptibles de relever d'une reconnaissance prioritaire en application de l'article L 6112-2 du code de la santé publique sous réserve du contenu de dispositions réglementaires à venir :

- La permanence des soins en établissements de santé.
- La prise en charge des soins palliatifs.
- La lutte contre l'exclusion.
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire en milieu hospitalier.
- Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico judiciaires de sûreté.
- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Missions de service public

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Définir les besoins à couvrir
- Rationnaliser l'organisation territoriale dans une logique de responsabilité partagée entre les acteurs de santé

Principes d'organisation

Accessibilité -qualité

- Garantir à tous l'accès aux missions de service public à partir d'une analyse de la couverture des besoins graduée en fonction des missions. L'analyse sera différente selon le fait que la mission : a vocation à être assumée par tous les établissements de santé ou soit liée à une autorisation d'activités de soins, relève du niveau régional ou du niveau territorial.
- Assurer l'égal accès à tous à des soins de qualité
- Assurer la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution.
- Assurer l'accessibilité à une prise en charge aux tarifs opposables.

Performance :

- Combler l'offre existante au vu des besoins.
- Rationnaliser l'offre de soins par une répartition adaptée des missions de service public.
- Développer le parcours de santé en articulation avec la prévention et les soins de premier recours.

Mission de service public : La recherche

La mission de recherche n'a pas vocation à être déléguée à tout établissement, mais s'articule autour des établissements reconnus au titre des MERRI.
Toutefois, il est important que l'ensemble des établissements puissent participer à des protocoles de recherche clinique.

Mission de service public	Inventaire des établissements assurant l' exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
La recherche	CHU de Montpellier CHU de Nîmes CRLC Val d'Aurelle	Le SROS n'est pas le vecteur pertinent du développement de la recherche en France.	Le financement est déterminé au niveau national par l'intermédiaire de la dotation MERRI incluant les appels à projets. Il existe d'autres sources de financement nationales, internationales et européennes.

Mission de service public : L'enseignement universitaire et post-universitaire

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission	Besoins	Commentaires
AUDE GARD HERAULT LOZERE PYRENEES-ORIENTALES	Depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST, précisée sur ce point par le décret du 25 juin 2010 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, les établissements de santé privés comme les publics peuvent accueillir des internes en formation dans la mesure où la valeur formatrice des stages proposés est reconnue. A ce titre, le nombre de lieux de stages agréés par le DGARS, sur proposition de la commission de subdivision en formation en vue de l'agrément, est appelé à évoluer chaque année sur la période du SROS.	Le nombre d'internes à former d'ici 2014 en médecine (toutes spécialités médicales et chirurgicales confondues) est fixé à 1516 par l'arrêté ministériel en date du 20 juillet 2010. Le nombre d'internes en formation en 2011/2012 est de 534. L'arrêté ministériel du 4 janvier 2010 fixe à 79 le nombre d'internes d'ici 2012 en pharmacie. Le nombre d'internes en formation en 2011/2012 est de 80. L'arrêté ministériel du 26 février 2010 fixe à 2 le nombre d'internes à former en odontologie. Le nombre d'internes en formation en 2011/2012 est de 2.	Les modalités d'agrément des lieux de stage sont définis par l'arrêté du 4 février 2011 des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé : le DGARS procède à l'agrément des lieux de stage après avis de la Commission de subdivision (dont la composition est fixée par l'arrêté du 4 février 2011 et qui est présidée par le directeur de l'UFR).Dans le cadre de la réforme de l'organisation du 3. cycle des études de médecine, la procédure d'agrément des établissements privés à la formation des internes est intervenue pour l'année universitaire 2011-2012. La Commission d'évaluation des besoins en formation du 3. cycle des études médicales, présidée par le Doyen, définit les spécialités concernées par les besoins en formation.

Mission de service public : Le développement professionnel continu des médecins

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.

Mission de service public	Exécution de la mission	Commentaires
Le développement professionnel continu des médecins	Tous les établissements de santé publics et privés ont l'obligation de mettre en œuvre le développement professionnel continu. Les CHU et autres établissements de santé consacrent au financement des actions de DPC des médecins, pharmaciens, odontologistes, qu'ils emploient un pourcentage minimum fixé par décret, du montant des rémunérations versées. En secteur privé, tout employeur concourt au développement de la formation professionnelle continue en participant, chaque année, au financement des actions mentionnées à l'article L6313-1 du code du travail	L'obligation de mettre en œuvre le développement professionnel continu prend effet 18 mois après la publication des décrets relatifs au développement professionnel continu. Les décrets n. 2011-2115,2116, 2118 du 30 décembre 2001 ont été publiés le 1er janvier 2012. Cette mission de service public ne peut donc pas être prise en compte au présent stade du SROS.

Mission de service public : La formation initiale et le développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical

La formation initiale du personnel paramédical comprend toute formation qui vise l'acquisition de compétences pour une personne qui n'a jamais exercé la profession pour laquelle elle désire se préparer. La mission de développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue à destination des professionnels hospitaliers et de ceux qui exercent dans d'autres établissements de santé.

Mission de service public	Exécution de la mission	Commentaires
La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical	Tous les établissements de santé publics et privés ont l'obligation de contribuer à la formation initiale et à la mise en œuvre du développement professionnel continu. La formation initiale est dispensée au sein et d'instituts agréés à cet effet pour le personnel paramédical et en université pour les sages femmes. Les établissements publics et privés contribuent à la formation initiale par l'accueil de stagiaires et une participation financière, en qualité d'employeurs, auprès respectivement de la FNEH et de l'AEHP. Les établissements de santé des secteurs public et privé financent les actions de DPC des sages femmes et des professionnels de santé paramédicaux. Ils élaborent une politique concertée de développement professionnel	L'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 mois après la publication des décrets relatifs au développement professionnel continu. Les décrets n. 2011-2114 et 2117 du 30 décembre 2001 ont été publiés le 1er janvier 2012. Cette mission de service public ne peut donc pas être prise en compte au présent stade du SROS.

Mission de service public : Les actions d'éducation et de prévention pour la santé (en lien avec le schéma de prévention)

Le présent volet porte uniquement sur les programmes d'éducation thérapeutique. Cette mission de service public a pour objectif de permettre aux patients et à leur entourage de mieux prendre en charge leur pathologie et d'améliorer leur autonomie et leur qualité de vie. Les programmes d'éducation thérapeutique mis en œuvre sont soumis à autorisation.

Territoire de santé	Inventaire des promoteurs autorisés à exécuter la mission	Besoins	Commentaires
AUDE	La mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique concernent aussi bien l'hôpital que la ville. Les programmes mis en œuvre après la publication de la loi HPST, conformes au cahier des charges national, ont fait l'objet d' une autorisation, en priorité. La procédure d'autorisation des programmes ETP présentés par les promoteurs est appelée à se poursuivre sur la période du présent SROS	Cette mission a vocation à être développée et assumée par l'ensemble des établissements de santé publics et privés mais aussi dans tous les secteurs et lieux de soins en sorte de concerner le plus grand nombre de personnes en proximité maximale.	L'autorisation délivrée par le DGARS, qualifie la qualité méthodologique et technique des programmes ainsi que le respect des obligations fixées par la loi en termes de formation, coordination, association des patients, règles éthiques. Cette autorisation n'est pas associée à un financement. Le schéma prévention évalue les besoins des populations dans ce domaine.
GARD			
HERAULT			
LOZERE			
PYRENEES ORIENTALES			

Mission de service public : Les actions de santé publique

La mission d'action de santé publique consiste à la contribution à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi numéro 2004-806 du 9 août 2004. Elle a pour objectif de promouvoir, protéger et améliorer et, le cas échéant, rétablir la santé de personnes, de groupes ou de la population entière.

Mission de service public	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Commentaires
Les actions de santé publique	Cette mission a vocation à être assumée par l'ensemble des établissements de santé publics et privés.	La définition des priorités régionales, des populations cibles et des territoires prioritaires relèvent du schéma prévention.

Mission de service public : Les soins dispensés aux personnes retenues

LANGUEDOC-ROUSSILLON

La mission de soins dispensés aux personnes étrangères retenues consiste à proposer une prise en charge médicale, psychologique et sociale aux personnes retenues avant une expulsion, une reconduite à la frontière.

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
AUDE		Pas d'implantation nécessaire	Pas de centre de rétention administrative existant sur le territoire de l'Aude. Il n'est pas nécessaire d'en implanter un par département. Ceux existant peuvent couvrir le besoin de plusieurs départements.
GARD	CHU de Nîmes	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	Convention signée avec le centre de rétention administrative de Nîmes (convention signée entre l'établissement de santé et l'Etat représenté par le Préfet)
HERAULT	CHI du Bassin de Thau	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	Convention signée avec le centre de rétention administrative de Sète (convention signée entre l'établissement de santé et l'Etat représenté par le Préfet)
LOZERE		Pas d'implantation nécessaire	Pas de centre de rétention administrative existant sur le territoire de la Lozère. Il n'est pas nécessaire d'en implanter un par département. Ceux existant peuvent couvrir le besoin de plusieurs départements
PYRENEES-ORIENTALES	CH de Perpignan	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	Convention signée avec le centre de rétention administrative de Perpignan (convention signée entre l'établissement de santé et l'Etat représenté par le Préfet)

Mission de service public : L'aide médicale urgente - SAMU

Le Centre de Réception et Régulation des Appels Médicaux d'urgence, dit Centre 15, est le lieu où sont réceptionnés les appels départementaux d'urgence. La mission d'aide médicale urgente consiste en la réponse ,par des moyens exclusivement médicaux, aux situations d'urgence en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours aux fins d'assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission SAMU à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
AUDE	CH de Carcassonne	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	Le volet SROS médecine d' urgence cible la coordination intra et interrégionale des SAMU. Les médecins d'exercice libéral participent à la mission de service public dans le cadre de la régulation.
GARD	CHU de Nîmes	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
HERAULT	CHU de Montpellier	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
LOZERE	CH de Mende	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
PYRENEES-ORIENTALES	CH de Perpignan	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	

Mission de service public : L'aide médicale urgente - SMUR

La mission du service mobile d'urgence et de réanimation est de dépêcher sur les lieux d'une détresse une équipe hospitalière médicalisée pour traitement et transport vers un établissement de soins qui aura été, au préalable, prévenu. Cette mission s'effectue à la demande du SAMU départemental.

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission SMUR à la date du 22/07/09	Commentaires
AUDE	CH de Carcassonne avec antennes implantées au CH Castelnaudary et CH Limoux Quillan CH Narbonne	Seuls les établissements de santé peuvent être autorisés à faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation. Le volet SROS médecine d'urgence vise à une meilleure coordination des transports sanitaires terrestres et héliportés
GARD	CHU de Nîmes CH Alès CH Bagnols sur Cèze	
HERAULT	CHU de Montpellier avec antennes implantées à la clinique de Ganges et au CH Lunel CHIBT Sète avec antenne estivale implantée à Agde CH Béziers	
LOZERE	CH de Mende	
PYRENEES-ORIENTALES	CH de Perpignan avec antenne implantée à la maison de santé à Err	

Mission de service public : La permanence des soins en établissements de santé - PDSES

LANGUEDOC-ROUSSILLON

La mission de PDSES consiste, dans le cadre de l'exercice d'une activité de soins ou d'un équipement lourd autorisé en l'accueil ou la prise en charge de nouveaux patients la nuit, les samedis après-midi, dimanche et jours fériés . La PDSES englobe l'ensemble des spécialités nécessaires à l'exercice des activités autorisées. Les besoins sont déterminés par territoire en application de la réglementation et en prenant en compte les propositions des différents experts, et vise une couverture homogène de la permanence des soins garantissant un égal accès aux soins pour tous. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) permettra de contractualiser avec les établissements de santé participant à la PDSES, en cohérence avec l'organisation régionale.

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins : recensement des implantations par territoire	Commentaires
AUDE	CH de Carcassonne.CH de Narbonne. Polyclinique Montréal. Polyclinique Le Languedoc.	4 implantations	La mission ne concerne pas l'activité réalisée dans le cadre de la continuité des soins. L'organisation doit s'inscrire dans une logique d'optimisation des ressources médicales existantes. Les médecins libéraux participent à la mission de service public.
GARD	CH d'Alès. CHU de Nîmes . CH de Bagnols sur Cèze. Clinique Bonnefon . HP Les Franciscaines . PGS	7 implantations	
HERAULT	CH de Béziers. CHI du Bassin de Thau. CHU de Montpellier Polyclinique Saint-Jean. Polyclinique Saint Roch. Polyclinique des 3 Vallées. Polyclinique Saint Privat. Clinique Clementville. Polyclinique Champeau. Clinique Saint Louis . CMC Le Parc . Clinique du Millénaire.	15 implantations	
LOZERE	CH de Mende	1 implantation (coopération avec la clinique du Gévaudan)	
PYRENEES-ORIENTALES	CH Perpignan. Clinique Saint Michel. Clinique Notre Dame d'Espérance. Polyclinique Saint Roch. Clinique Saint Pierre. Clinique du Vallespir	7 implantations	

Mission de service public : La prise en charge des soins palliatifs (en lien avec le volet SROS Soins Palliatifs)

LANGUEDOC-ROUSSILLON

La mission de prise en charge des soins palliatifs consiste pour un établissement de santé à disposer d'une ou plusieurs unités identifiés (équipe mobile ou unités de soins palliatifs) Ce périmètre n'englobe pas les réseaux de maintien à domicile, les unités d'hospitalisation à domicile ou les lits identifiés pour la pratique des soins palliatifs au sein d'un service ni les unités de médecine, SSR ou de soins de longue durée qui, sans avoir le titre d'unités de soins palliatifs peuvent également assurer cette mission.

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
AUDE	Centre hospitalier de Narbonne Clinique Montréal Clinique Les Genets	Le volet SROS Soins Palliatifs a vocation à assurer l'existence d'une offre de soins graduée sur le territoire.	Il existe trois équipes mobiles de soins palliatifs et une unité de soins palliatifs sur le territoire de l'Aude.
GARD	Centre hospitalier d'Alès Centre hospitalier de Bagnols sur Cèze CHU de Nîmes		Il existe trois équipes mobiles de soins palliatifs et une unité de soins palliatifs sur le territoire du Gard.
HERAULT	Centre hospitalier de Béziers CHU de Montpellier CHI du Bassin de Thau CRLC Val d'Aurelle Clinique Mas de Rochet		Il existe cinq équipes mobiles de soins palliatifs et deux unités de soins palliatifs dont une régionale sur le territoire de l'Hérault
LOZERE	Centre hospitalier de Mende		Il existe une équipe mobile de soins palliatifs sur le territoire de la Lozère
PYRENEES-ORIENTALES	Centre hospitalier de Perpignan Clinique St Pierre à supprimer de la colonne		Il existe deux équipes mobiles de soins palliatifs sur le territoire des Pyrénées-Orientales dont une à la clinique St Pierre mise en œuvre à/c mars 2011

Mission de service public : La lutte contre l'exclusion

LANGUEDOC-ROUSSILLON

La mission de lutte contre l'exclusion correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l 'une ou de l'autre organisation suivante :

- Une permanence d'accès aux soins de santé établie au sein de l'établissement (PASS)
- Une équipe mobile assurant le suivi et les soins de personnes en cas d'exclusion dans leurs lieux de vie
- L'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité.

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
AUDE	CH de Carcassonne. CH de Narbonne. CH de Castelnaudary. Polyclinique Le Languedoc . CH Limoux	La loi d'orientation de lutte contre l'exclusion a instauré les PASS dans les établissements publics de santé. Les PASS visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Les établissements de santé identifiés comme prenant en charge un nombre important de patients en situation de précarité sont éligibles à la reconnaissance de la mission de service public.	Sur la base d'un diagnostic sur l'état de santé de la population dans la région, le schéma prévention, au travers du PRAPS, définit les priorités régionales en faveur des populations en situation de précarité et les territoires prioritaires. Il convient d'évaluer les dispositifs de lutte contre l'exclusion (PASS, équipes mobiles et accueil des personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité).
GARD	CH d'Alès. CH de Bagnols sur Cèze. CHU de Nîmes. Clinique Bonnefon. Clinique Kennedy. Polyclinique Grand Sud. CH Uzès . CH Le Vigan		
HERAULT	CH de Béziers. CHU de Montpellier. CHI du Bassin de Thau. Polyclinique Champeau. Clinique Saint Jean. Clinique Clementville. Clinique Sainte Thérèse . CH Lunel		
LOZERE	CH de Mende		
PYRENEES-ORIENTALES	CH de Perpignan. Clinique Notre Dame d'Espérance. CH Prades . CH Thuir		

Mission de service public : La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

Il existe deux modalités de prise en charge pour les soins sans consentement :

- L'admission à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent
- L'admission sur décision du représentant de l'Etat

Mission de service public	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
AUDE	Association audoise sociale et médicale	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	Corrélation à réaliser entre les implantations autorisées et les missions de service public afférentes
GARD	CHS d'Uzès CH d'Alès CHU de Nîmes	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
HERAULT	CH de Béziers CHU de Montpellier CHI du Bassin de Thau	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
LOZERE	CH de Saint Alban	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
PYRENEES-ORIENTALES	CH de Thuir	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	

Mission de service public : Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier

La mission de soins dispensés aux détenus consiste à assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalente à celles dont dispose l'ensemble de la population, au travers des consultations et des soins prodigués dans l'unité placée en milieu pénitentiaire et, si nécessaire en milieu hospitalier.

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
AUDE	Unité de consultations et de soins du centre hospitalier de Carcassonne	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	Pour chaque établissement pénitentiaire, le DGARS désigne un établissement de santé de proximité chargé de dispenser aux détenus les soins adaptés en matière de soins somatiques comme de soins psychiatriques.
GARD	Unité de consultations et de soins du centre hospitalier universitaire de Nîmes	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
HERAULT	Unité de consultations et de soins du centre hospitalier de Béziers Unité de consultations et de soins du centre hospitalier universitaire de Montpellier	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
LOZERE	Unité de consultations et de soins du centre hospitalier de Mende	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
PYRENEES-ORIENTALES	Unité de consultations et de soins et service médico-psychologique régional du centre hospitalier de Perpignan	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	

Mission de service public : Les soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico judiciaires de sûreté consiste à proposer une prise en charge médicale, psychologique et sociale destinée à réduire la dangerosité des personnes placées en rétention de sûreté. La mission est du ressort national.

Mission de service public	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico judiciaires de sûreté	Il existe actuellement un centre expérimental, basé à Fresnes, dont l'évaluation est prévue après cinq ans de fonctionnement.	–	Cette mission de service public ne peut donc pas faire l'objet d'une attribution dans le présent SROS.

Glossaire

Retour au sommaire

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS)

Glossaire

3 C : Centres de Coordination en Cancérologie
AASM ou ASM : Association audoise sociale et médicale
ABM : Agence de biomédecine
ACPA : Analyses chromosomiques par puce à ADN
ACQJ002 et ACQN001 ACQH003 et ACQK001 : Codages de la Classification Commune des Actes Médicaux
ADN : Acide désoxyribonucléique
AIDER : Association pour l'installation à domicile des épurations rénales
AMM : Autorisation de mise sur le marché
AMP : Assistance médicale à la procréation
ANTARES : Adaptation nationale des transmissions aux risques et aux secours
APT : Appartement thérapeutique
ARN : Acide ribonucléique
ASIP : Agence des Systèmes d'Informations Partagés de santé
AVC : Accident vasculaire cérébral
BCG : Bacille de Calmette et Guérin - vaccin destiné à protéger contre la tuberculose
C2RMP : Consultation régionale de reconnaissance des maladies professionnelles
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
Case mix : Eventail des actes d'imagerie en coupe
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCLIN : Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CCRA : Centre de réception et de régulation des appels
Centre 15, C15 : Centre de réception et de régulation des appels du SAMU
CGH Array : Technique par puce d'hybridation génomique comparative
CH : Centre Hospitalier
CHIBT : Centre Hospitalier Intercommunal du Bassin de Thau
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHT : Communauté hospitalière de territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CI : Contre indication
CIRE : Cellules interrégionales d'épidémiologie
CI : Clinique
CLIC : Centre local d'information et de coordination
CMD : Catégorie majeure de diagnostic
CMP : Centre médico-psychologique
CNQSP : Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COFRAC : Comité français d'accréditation
COSAD : Cellule d'observation statistique et d'aide à la décision de l'ARS LR
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPDPN : Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
CPI : Centre de protection infantile
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP : Centre périnatal de proximité
CRLC : Centre régional de lutte contre le cancer
CROP : Cellule régionale d'orientation périnatale
CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP : Code de la santé publique
DA : Dispositif d'annonce
DCC : Dossier communiquant en cancérologie
DGARS : Directeur Général de l'Agence régionale de santé
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGS : Direction générale de la santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, remplacée par la DGOS
DI : Déficience intellectuelle
DMS : Durée moyenne de séjour

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS)
Glossaire

DOSA : Direction de l'Offre de soins et de l'Autonomie de l'ARS LR
DP : Dialyse péritonéale
DPC : Développement personnel continu
DPC des SF : Développement professionnel continu des sages-femmes
DPI : Dossier patient informatisé
DPN : Diagnostic prénatal
DQGR : Direction de la qualité et de la gestion des risques de l'ARS LR
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
DRM : Dossier de régulation médicale
DT : Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé - DT 11 : Aude, DT 30 : Gard, etc.
EFS : Etablissement français du sang
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EML : Equipement matériel lourd
EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs
EPP : Evaluation des pratiques professionnelles
ESC : Société Européenne de Cardiologie
ESMS : Etablissement sociaux et médico-sociaux
ESPIC : Etablissements de santé privés d'intérêt collectif
ETP : Education thérapeutique
ETP : Equivalent temps plein
ETS : Etablissement
EVC-EPR : état végétatif chronique - état pauci-relationnel
FAM : Foyer d'accueil médicalisé
FFP : Fédération Française de Psychiatrie
FIBROSCAN : Equipement permettant de quantifier la fibrose du foie
FIV : Fécondation in vitro
GAIA : Réseau de soins palliatifs de Sète (Hérault) - Groupe associatif interdisciplinaire d'accompagnement
GCN : Réseau médico-psycho-social de soutien en soins palliatifs à domicile Garrigues-Costières de Nîmes
GCS : Groupement de coopération sanitaire
GCSMS : Groupement de coopération sanitaire et médico-social
GECT : Groupement européen de coopération territoriale
GEM : Groupes d'entraide mutuelle
Gènes BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, RET : Gènes de prédisposition à la maladie cancéreuse
GHM : Groupe homogène de malades
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HC : Hospitalisation complète
HCT : Hôpital commun transfrontalier
HD : Hémodialyse
HDD : Hémodialyse à domicile
HDJ : Hospitalisation de jour
HLA : Antigène des leucocytes humains
HN : Hospitalisation de nuit
HPST : Loi Hôpital patients santé et territoires
HTP : Hospitalisation à temps partiel
IAS : Infections associées aux soins
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEL : Infirmier diplômé d'état libéral
IGN : Institut géographique national
Imagerie en coupe : Actes d'imagerie réalisés à partir des appareils scanner ou de résonance magnétique
IME : Institut médico éducatif
INCA : Institut national du cancer
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS)

Glossaire

INVS : Institut national de veille sanitaire
IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
IRC : Insuffisance rénale chronique
IRCT : Insuffisance rénale chronique terminale
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
IURC : Institut universitaire de recherche clinique de la faculté de médecine de Montpellier
IVG : Interruption volontaire de grossesse
LISP : Lits identifiés de soins palliatifs
LR : Languedoc Roussillon
MAO : Module d'Accueil et d'orientation
MAS : Maison d'accueil spécialisé
MC : Médecine Chirurgie
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MCS : Médecins Correspondants SAMU
MDPH : Maison départementale pour les personnes handicapées
MERRI : Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MG : Médecin généraliste
MIG : Mission d'intérêt général
MMG : Maison médicale de garde
MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
MSAP : Mise sous accord préalable
MSP : Maison de santé pluri-professionnelle
MSP : Maisons de Santé Pluri-professionnelles
MSP : Mission de service public
MT : Médecin traitant
NABM : Nomenclature des actes de biologie médicale
NRBC : Risques Nucléaires Radiologiques Biologiques Chimiques
ONCODOC : Centre libéral de Radiothérapie et Oncologie de Béziers Narbonne
ONCO-LR : Réseau de cancérologie du Languedoc Roussillon
ONCO-PO : Centre de coordination en cancérologie des Pyrénées Orientales
OQN : Objectif quantifié national
OQOS : Objectif quantifié de l'offre de soins
ORL : Oto-rhino-laryngologie
PA : Personnes âgées
PAEJ : Point accueil écoute jeunes
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PATHOS : Outil pour évaluer les niveaux de soins nécessaires
PDS : Permanence des soins
PDSES : Permanence des soins en établissement de santé
PFT : Placement familial thérapeutique
Plan blanc : Plan spécifique destiné à faire face à une situation exceptionnelle ou à organiser l'accueil hospitalier d'un grand nombre de victimes en établissement de santé
Plateforme Agilent : Plateforme permettant de mettre en œuvre les techniques par puce à ADN
PMI : Protection maternelle et infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNMR : Plan National Maladies Rares
PO : Pyrénées Orientales
PPS : Projet personnalisé de soins
PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
PSRS : Plan stratégique régional de santé
RAISIN : Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
RCP : Réanimation cardio-pulmonaire
RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire
Réa : Réanimation
Reco : reconnaissances, ou reconnus
REIN : Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie

Glossaire

REPRELAR : Réseau de prélèvement du Languedoc Roussillon
RMM : Revue de morbi-mortalité
ROADS : Réseau Ouest Audois pour la Douleur et les Soins Palliatifs
ROR : Répertoire opérationnel des ressources
SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SC : Surveillance continue
SCA : Syndromes coronarien aigu
SDIS : Service départemental d'incendie et de secours
SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SF : Sage femme
SFC : Société Française de Cardiologie
SI : Soins intensifs
SIC : Soins Intensifs en Cardiologie
SIG LR : Système d'information géographique du Languedoc Roussillon
SIOS : Schéma interrégional d'organisation sanitaire
SIU-LR : Système d'information des urgences Languedoc Roussillon
SLD : Soins de Longue durée
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SMTI : Soins Médicaux et Techniques Importants
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
SP : Soins palliatifs
SPHERES : Réseau de SP Montpellier (Hérault) - Soins Palliatifs Hôpitaux Et Réseaux Externes de Santé
SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SROMS : schéma régional d'organisation du médico-social
SRP : Schéma régional de la prévention
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SU : Structure des urgences
Sup (Réa, SI ou SC) : Supplément tarifaire
SURVISO : Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire
T2A : Tarification à l'activité
TED : Troubles envahissants du développement
TEP : Tomographie par Emission de Positons
TEP IRM : Appareil couplant la technologie IRM à la technologie TEP
TO : Taux d'occupation
TRAJECTOIRES : logiciel d'aide à l'orientation des patients du MCO vers le SSR
TSO : Traitement de substitution aux opiacés
UAD : Unité d'autodialyse
UCC : Unité cognitivo-comportementale
UCSA : Unité de consultations et de soins ambulatoires
UDM : Unité de dialyse médicalisée
UFR : Unité de formation et de recherche
UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
UHSI : Unité hospitalière sécurisée interrégionale
UNV : Unité NeuroVasculaire
USLD : Unité de soins de longue durée
USP : Unité de soins palliatifs
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Organisation des soins

-ambulatoire

Volet ambulatoire du SROS-PRS

SOMMAIRE

PROLÉGOMÈNES
I – LES PRINCIPES D'ACTION
II – LES MOTIFS DU CIBLAGE RURAL
III – LA PERMANENCE DES SOINS
IV – LA BIOLOGIE MEDICALE
V – LE LIEN AVEC LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE (PSRS)
VI – LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS
1 - Adapter l'accompagnement et la prise en charge de la population à l'évolution des besoins de santé
2 - Encourager le regroupement des professionnels de santé
3 - Attirer et fidéliser les professionnels de santé sur un territoire ciblé pour lutter contre le risque de désertification médicale
4 - Développer les articulations ville – hôpital
5 - Améliorer le transport des usagers su système de soins
6 - Développer les technologies de l'information et de la communication
7 - Impliquer la médecine générale universitaire en lien avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé
8 - Promouvoir la coordination du parcours de santé
VII - LES TERRITOIRES VULNERABLES
VIII - AU SEIN DES TERRITOIRES VULNERABLES : LE ZONAGE
IX - LES INFIRMIER(E)S EN LANGUEDOC-ROUSSILLON
X - LES PRECONISATIONS OPERATIONNELLES DU PSRS
XI - EVALUATION DU VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS
XII - GLOSSAIRE

Volet ambulatoire du SROS-PRS

SOMMAIRE (Suite):

XIII – BIOLOGIE MEDICALE
PREAMBULE
- OBJECTIF 1 :L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME
1 - La réforme de la biologie médicale : principaux objectifs poursuivis
2 - Mise en place de l'accréditation
3 - L'efficience : diagnostic portant sur la consommation
3 - L'efficience : perspectives et préconisations
- OBJECTIF 2 : FIXATION DES REGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVES
1 – L'accessibilité : diagnostic régional
2 - L'accessibilité : contraintes et préconisations pour améliorer l'accessibilité et la qualité
3 - L'estimation par territoire de santé des besoins de la population en nombre total d'examens prélevés
4 - Besoins en implantations en sites de LBM ouverts au public
- OBJECTIF 3 : L'EVOLUTION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE BIOLOGIE MEDICALE
1 - Règles d'implantation territoriale : dérogation pour les LBM de l'Etablissement Français du Sang
2 - Les coopérations existantes : diagnostic et préconisations
- LE LIEN AVEC LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE (PSRS) ET INDICATEURS DE SUIVI
- POINTS DE VIGILANCE DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DU SROS

ANNEXE :

- DIAGNOSTIC TERRITORIAL REGIONAL DE L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

Volet ambulatoire du SROS-PRS

PROLEGOMENES

Le volet ambulatoire du SROS a trois ambitions :
- il définit les priorités d'action en matière de structuration de l'offre de soins de premier recours
- il constitue un outil pour mobiliser les professionnels de santé libéraux autour des priorités régionales en matière de santé publique et les impliquer dans la construction de l'offre de soins ambulatoire régionale.
- il contribue à l'évolution de l'offre, notamment par le développement de structures ou des modalités d'exercice coordonné.

Les soins de premier recours s'articulent autour de trois grandes fonctions (Art. L. 1411-11 du Code de Santé Publique) :
- l'entrée dans le système de soins : le diagnostic, l'orientation dans le système de soins et le traitement.
- le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social)
- le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique, l'éducation à la santé.

La loi confère aux médecins généralistes ainsi qu'aux pharmaciens un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre de ces fonctions. Mais ces missions sont partagées par tous les autres professionnels de santé libéraux notamment infirmiers.
L'orientation du patient dans le système de soins et la coordination des soins sont de la responsabilité du médecin généraliste de premier recours.

La liberté d'installation du médecin et le libre choix du professionnel de santé par le patient restent garantis par la loi.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

I - LES PRINCIPES D'ACTION

L'objectif du volet ambulatoire du SROS-PRS en Languedoc-Roussillon est de dégager des priorités d'actions ciblées sur certains territoires de santé reconnus comme à risque majeur de désertification médicale dans les cinq années à venir : c'est-à-dire en premier lieu les territoires ruraux puis ensuite les zones urbaines sensibles. L'action sera resserrée sur quelques projets structurants pour le premier recours en définissant les organisations cibles permettant d'améliorer l'accès aux soins, de maintenir les professionnels de santé qui y exercent et d'attirer de nouveaux confrères.

Il s'agit d'impulser la mise en œuvre d'un exercice coordonné soit par la création d'une structure, notamment de type Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), soit par la reconnaissance de modalités d'exercice de type Pôle de Santé.

Le ciblage des actions proposées par l'ARS dans ce premier volet est conditionné par deux pré-requis incontournables :
- l'existence d'un financement mobilisable pour la réalisation du projet,
- l'émergence d'une volonté des professionnels de santé du territoire de faire évoluer, notamment pour les médecins généralistes, leur organisation vers un exercice regroupé avec l'intention d'élaborer un projet de santé pour répondre aux besoins de leur population.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

I - LES PRINCIPES D'ACTION

L'accessibilité à ces aides financières est conditionnée à une reconnaissance territoriale par l'ARS :

Les territoires vulnérables
où les aides peuvent être accordées à la structure par le biais du Comité Régional de sélection des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) en milieu rural qui permet la convergence de la totalité des aides disponibles sur le projet lorsqu'il a été reconnu comme éligible par ce comité.
Ces aides financières se composent :
- de subventions de l'Etat, des collectivités territoriales, du Conseil Régional et du Fonds Européen (FEADER) pour l'immobilier.
- d'une subvention de l'ARS pour le fonctionnement à l'ouverture de la MSP.

Les zones fragiles (ou zonage) au sein des territoires vulnérables
où des aides financières individuelles peuvent être accordées aux médecins généralistes. Les aides sont liées :
soit aux avantages conventionnels
- pour aider à l'installation et/ou au maintien du professionnel dans la zone (à risque de désertification) identifiée dans le zonage du SROS. L'aide est conditionnée à l'exercice professionnel regroupé (cabinet, maison de santé) ou en pôle de santé.
soit dans le cadre du contrat santé Solidarité territoriale
- pour les médecins exerçant en zones sur-dotées et acceptant de dégager une partie de leur temps médical (28 jours minimum/an) pour venir exercer dans les zones fragiles. Ces médecins pourront bénéficier d'une rémunération complémentaire et d'une prise en charge de leurs frais de déplacement.
soit dans le cadre du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)
- sous forme d'aides aux étudiants en médecine ou internes sous réserve d'une installation obligatoire pendant au moins 2 ans dans une zone fragile.
soit des aides financières directement par les collectivités territoriales.

Dans ce contexte sera aussi inclus dans ce volet le zonage infirmier issu des accords conventionnels entre les syndicats et l'Assurance Maladie, relatif à l'installation des infirmiers dans les zones sur dotées ou très sous dotées.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LANGUEDOC-ROUSSILLON

I - LES PRINCIPES D'ACTION

Pour le volet ambulatoire du SROS, seul le zonage a une valeur juridique. Pour le reste, les préconisations du SROS n'ont pas de valeur opposable.
Les territoires de PDS (Permanence Des Soins) ont aussi une valeur juridique et font l'objet **d'un Cahier des Charges Régional (CCR) qui doit être en cohérence avec les objectifs du SROS-PRS**.

La partie ambulatoire pourra être complétée au cours de la durée réglementaire du SROS.
Ce délai permettra de travailler avec toutes les instances concernées sur les autres chantiers prioritaires à mettre en œuvre en matière de lutte contre la désertification médicale et notamment :
l'accessibilité aux soins et à la prévention des personnes défavorisées ou précaires notamment dans « les zones urbaines sensibles » dans le cadre du développement de la « politique de la ville » ou dans les territoires vulnérables ruraux, toujours en lien avec le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS). L'ARS accompagnera toutes les actions permettant d'améliorer l'accessibilité financière de la population aux soins de 1er recours, notamment en matière de dépassements d'honoraires.
- l'évolution de l'offre de soins de premier recours en exercice urbain en priorité dans les villes autour des trois grands centres urbains de la région pour les médecins mais aussi pharmaciens d'officine, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes pour autant que l'évolution démographique fasse émerger des besoins.
- l'accessibilité aux professionnels de santé de second recours.

Les organisations cibles qui répondent à l'ensemble des fonctions identifiées pour les soins de premier recours seront privilégiées, que ce soit sous forme :
- de Maison de Santé Pluriprofessionnelle ou Pôle de Santé
- d'organisation de médecins libéraux autour d'un établissement de santé de proximité….

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

II - LES MOTIFS DU CIBLAGE RURAL

Le choix volontairement restrictif sur une priorité rurale avec un nombre limité d'objectifs finançables s'explique par la volonté de l'ARS d'une mise en œuvre effective des projets dans un délai relativement court. Ce choix pragmatique est conforté par l'état des lieux, réalisé préalablement et partagé avec les instances de démocratie sanitaire, qui a identifié les points de fragilité suivants :

Une baisse de la démographie médicale associée à un vieillissement des professionnels de santé particulièrement en milieu rurale (près de 50 % des médecins généralistes ont 55 ans ou plus en Languedoc-Roussillon).
Dans 37 bassins de vie de la région (INSEE) sur 100, la moitié des médecins généralistes ont 55 ans ou plus. Cela concerne 19 % de la population régionale et jusqu'à 44 % de la population dans le département de l'Aude.

Une ruralité du territoire, avec 74 % du territoire régional qui est situés en milieu rural hébergeant 508 300 habitants, soit presque 20 % de sa population (données INSEE 2010).

Une augmentation continue de la population régionale (taux de croissance annuel moyen de 1,3 % depuis 1999). Les projections pour 2030 prévoient une baisse de 8 % de la démographie médicale et une augmentation de la population de 30 %.

Un vieillissement important de cette population avec un taux supérieur de 3,4 points par rapport au niveau national. Plus d'un quart de la population a 60 ans ou plus (2008). La population des personnes âgées de 75 ans ou plus avec un taux régional de 10,1 % est supérieure à la moyenne des régions françaises (8,6 %). Or, cette population âgée porteuse de maladies chroniques est la population la plus consommatrice de soins réguliers et nécessite un suivi avec une prise en charge coordonnée pluriprofessionnelle pour être efficiente.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

III - LA PERMANENCE DES SOINS

Le dispositif de permanence des soins est défini dans le cahier des charges régional arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS). Il ne relève pas de la partie ambulatoire du SROS.
Pour autant l'article R. 6315-6 du Code de la Santé Publique (CSP) indique que les principes d'organisation de la Permanence Des Soins sont établis dans le respect des objectifs fixés par le SROS-PRS (Schéma Régional d'Organisation des Soins – Programme Régional de Santé). Dans le domaine de l'efficience des soins, il convient orienter les patients CCMU1 ou CCMU2 qui ne relèvent pas des services d'urgences hospitalières vers les structures ou dispositifs de permanence de soins (Maison Médicale de Garde, ….)par la promotion de la régulation médicale et la présence d'infirmiers d'accueil et d'orientation sur les sites d'urgence dans les établissements de santé.
Le cahier des charges régional sera arrêté lors de la publication du SROS-PRS.

IV : LA BIOLOGIE MEDICALE

S'agissant d'accompagner la mise en œuvre de la réforme en application de l'ordonnance n. 2010-49 du 13 janvier 2010, la biologie médicale fait l'objet d'un chapitre spécifique (XIV) à la fin de ce volet.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

V - LE LIEN AVEC LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE (PSRS)

Ce premier volet ambulatoire du SROS s'inscrit dans au moins 4 des 5 exigences opérationnelles du PSRS, à savoir :
- l'**accessibilité** aux soins et à la santé, notamment en milieu rural en luttant contre le risque de désertification médicale.
la **qualité, l'efficacité** en favorisant la réponse aux enjeux de chronicité des maladies et de la dépendance par la promotion de l'organisation de l'offre de soins en exercice coordonné pluriprofessionnel. Cette organisation facilite l'amélioration du suivi du parcours du patient et doit permettre l'**évitabilité** (de certaines pathologies, de l'hospitalisation), ce qui est un facteur d'**efficience** et de **pertinence**.

Pour favoriser ce lien, un certain nombre de perspectives et de préconisations sont identifiées avant d'envisager le ciblage des territoires vulnérables et du zonage retenus dans ce volet

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

1 – Adapter l'accompagnement et la prise en charge de la population à l'évolution des besoins de santé.

Les patients en Affection Longue Durée (ALD) ou souffrant de maladies chroniques (hors ALD) ont des besoins de soins techniques, de soins d'entretien liés à leur pathologie et d'aide à la vie quotidienne, comme le préconise le schéma de prise en charge défini par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM).
L'allongement de la durée de vie se traduit par un véritable transfert épidémiologique de la maladie aigue vers la maladie chronique.
Une réponse correcte à ces besoins ne saurait se mettre en place sans développer un exercice coordonné pluriprofessionnel dans l'ensemble du territoire régional, en milieu rural comme en milieu urbain, dans les prochaines années.

Les actions à mettre en place devront :
- favoriser la prise en charge et le soutien à domicile le plus longtemps possible dans de bonnes conditions,
- anticiper l'entrée en structure d'accueil (type EHPAD) lorsqu'elle sera nécessaire,
- développer les plates-formes de service quelles qu'en soient les modalités, mais toujours dans un objectif d'améliorer la coordination des acteurs pour rendre plus efficiente la prise en charge,
- repérer les situations de fragilité pour les personnes âgées à domicile par une démarche pro-active de la part des professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, biologistes et autres) en lien avec les travailleurs sociaux. Il s'agit d'alerter sur les situations de rupture, d'isolement social ou d'analyser l'émergence des limites au maintien à domicile.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

2 – Encourager le regroupement des professionnels de santé

Quelles qu'en soient les modalités, il faudra rechercher la mise en œuvre d'un exercice pluriprofessionnel coordonné de la médecine et développer l'évolution des pratiques professionnelles des infirmiers et des pharmaciens d'officine prévue par les nouveaux outils réglementaires (coopération interprofessionnelle : art. 51 – loi Hôpital Patients Santé Territoire HPST du 21 juillet 2009 ; missions des pharmaciens d'officine correspondants art. R. 5125-33-5 CSP).

Le regroupement des officines, notamment en milieu rural, lors de la création de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), ou en zone urbaine en cas de surnombre, devra être recommandé en lien avec les Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS) concernées.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI -LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

3 – Attirer et fidéliser les professionnels de santé sur un territoire ciblé pour lutter contre le risque de désertification médicale

Par les incitations financières conventionnelles et non conventionnelles.

Par la promotion du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) aux étudiants ou internes en médecine (Art. 46 - loi HPST du 21 juillet 2009, décret 2010-735 du 29 juin 2010).

Par une politique concertée avec les élus pour développer les terrains de stage pour les étudiants en médecine, en lien avec le département de Médecine Générale de la faculté, le Collège Régional des Généralistes Enseignants (CRGE) et l'Union Régionale des Professionnels de Santé des médecins libéraux (URPS-Médecins) par la promotion de la « maîtrise de stage » chez les médecins généralistes, notamment en territoire rural défavorisé, voire en zone urbaine sensible.

Grace à la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) mise en place au sein de l'ARS le 1er juillet 2011 (Art. L. 1431-2 du CSP).

Par une aide aux médecins généralistes ruraux pour maintenir la continuité des soins et/ou la permanence des soins à partir des médecins exerçant en zone urbaine ou périurbaine et par la promotion du Contrat Santé Solidarité Territoriale. Ce dispositif devra être géré par des structures de coordination professionnelles.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

4 – Développer les articulations ville – hôpital (1)

L'évolution vers une plus grande organisation des soins de proximité doit permettre de décentrer en partie le système de soins de l'hôpital vers le secteur ambulatoire, de la médecine vers la prévention.
Cette évolution devra s'exprimer au travers d'un certain nombre d'actions particulièrement prioritaires et emblématiques, notamment dans encourageant la **coopération formalisée entre tous les acteurs**.

Ainsi le **Cahier des Charges Régional de la Permanence Des Soins** (décret n. 2010-809 du 13 juillet 2010) devra consolider la régulation libérale au sein du Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) des SAMU par une collaboration plus étroite entre les médecins libéraux et hospitaliers ciblés sur les horaires les plus pertinents de la Permanence Des Soins.

Les professionnels de santé de proximité devront être sensibilisés au développement de **l'Hospitalisation à Domicile (HAD),** traduisant une réponse graduée aux besoins du patient dans son parcours de soins. Elle est délivrée à domicile, en lien étroit avec le médecin traitant (prescription de la prestation) et les autres professionnels de santé, notamment infirmiers et kinésithérapeutes, en collaboration avec les structures sociales, les dispositifs d'aide de vie à domicile et l'implication des aidants familiaux ou autres.
Cette réponse graduée donne toute sa pertinence et sa place à la prise en charge médico-sociale par les Services Infirmiers de Soins à Domicile (SSIAD).

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

4 – Développer les articulations ville – hôpital (2)

Une réflexion approfondie doit aboutir à une **évolution majeure de la structuration** des **réseaux de santé** et du contenu de leurs missions pour optimiser la relation Ville – Hôpital.

L'évolution devra se faire vers 2 types de réseaux de santé :
- les réseaux thématiques experts régionaux dont le rôle de coordination sera centré sur les structures et dispositifs concernés et qui auront en charge des missions de formation et d'information, notamment par la diffusion des référentiels de bonnes pratiques et d'avis éventuellement expertaux en lien avec les structures hospitalières universitaires ou non.
- les réseaux polyvalents de proximité mutualisant le savoir-faire des réseaux gérontologiques, soins palliatifs, cancérologie, maladies chroniques et autres. Ils devront coordonner autour du patient l'ensemble des acteurs de proximité médicaux, paramédicaux, sociaux et également apporter la compétence non mobilisable localement. Dans le cadre du parcours de santé, ils devront apporter une dimension de coordination et d'accompagnement à partir du répertoire opérationnel des ressources local.

Les **nouvelles technologies de l'information et de la communication** doivent entrer aujourd'hui dans la pratique de chacun des acteurs de la santé participant aux réseaux en lien avec les conclusions attendues en 2012 des travaux en cours entre l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP-Santé) et l'Union Nationale des Réseaux de santé (UNR) autour du Dossier Médical Personnel (DMP).
Le développement de ces systèmes d'information et leur utilisation seront des vecteurs d'amélioration de la qualité de la prise en charge, de la relation Ville – Hôpital en matière d'anticipation des situations à risque, des sorties d'hospitalisation en lien avec le secteur ambulatoire, médico-social ou social.
Ces réseaux, notamment de proximité, peuvent participer aux plateformes de service en coopération avec les autres dispositifs de proximité (CLIC, MDA, MDPH) afin de mieux organiser les sorties d'hospitalisation voire d'éviter les séjours hospitaliers notamment pour les personnes âgées avec les risques de rupture dans leur parcour de vie inhérents à ces situations de crise.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

4 – Développer les articulations ville – hôpital (3)

Développer un **Projet Médical de Territoire (PMT)** est un moyen aussi pour assurer la continuité des soins entre la ville et l'hôpital en permettant d'offrir à la population de ce territoire un véritable parcours de soins gradué. Ce projet devra s'intégrer dans un projet de santé territorial plus large et plus global.
Ce projet nécessite l'implication et la nécessaire collaboration entre tous les acteurs de proximité quel que soit leur domaine d'intervention, afin de prévenir la perte d'autonomie et d'améliorer l'efficience de la prise en charge. Il doit optimiser le parcours de soins des personnes âgées, en favorisant le maintien à domicile, en évitant les transferts non justifiés entre les établissements sanitaires et médico-sociaux, notamment aux horaires de Permanence Des Soins (PDS).

L'aide aux aidants doit être une priorité pour les acteurs de proximité, avec le développement des séjours de répit et par la mise en œuvre d'une coordination Ville – Hôpital efficiente.

Toutes les initiatives qui viseront à améliorer la relation, dans le cadre de la dispensation du médicament, entre les pharmacies à usage intérieur, les prescripteurs hospitaliers et les pharmacies d'officine devront être encouragées et accompagnées.
Cela peut concerner notamment la promotion du Dossier Pharmaceutique au sein de l'hôpital ou tout autre dispositif qui serait en capacité d'améliorer la coopération entre les deux secteurs lorsque les patients sortent des établissements de santé.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

5 – Améliorer le transport des usagers du système de soin (1)

La mobilité des professionnels de santé ne peut plus être la seule réponse à l'accès aux soins dans les territoires isolés et défavorisés ou dans les situations sociales et familiales difficiles. La mise en œuvre d'une politique des transports cohérente est une priorité pour permettre l'accessibilité aux soins notamment de premier recours quelque soit la situation géographique et personnelle des patients sur le territoire et à tout moment (horaires d'ouverture des cabinets médicaux ou de la permanence des soins (PDS)).

La pression de la démographie médicale, la restructuration de la permanence des soins, la croissance de la demande, la concentration des plateaux techniques imposent d'améliorer l'efficience du dispositif et d'innover en matière de transports dans le respect des contraintes économiques actuelles dans le domaine de la santé.

Cette politique sera mise en œuvre en lien avec les partenaires susceptibles d'intervenir dans le cadre du **programme régional de la gestion du risque sur les transports sanitaires ou dans le contexte des contrats locaux de santé.**

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS :

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

5 – Améliorer le transport des usagers du système de soin (2)

3 axes d'actions seront à l'explorer :

Réorganiser l'offre de transports sanitaires.
Une évolution du fonctionnement des entreprises de transports sanitaires est nécessaire au regard du contexte économique du système de santé.
Cette réforme devra associer autant les entreprises d'ambulances que les taxis, les établissements de santé publics et privés et les caisses d'Assurance Maladie notamment dans le cadre de l'urgence pré hospitalière, les sorties d'hospitalisation et les transports partagés.

Déplacer le patient plutôt que l'acteur de soins.
En lien avec les collectivités territoriales, en milieu rural comme urbain, il s'agira de promouvoir des modes de transports collectifs ou individuels optimisés aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux réservées à une population identifiée sur des critère médico-sociaux et d'isolement afin de favoriser l'accessibilité aux soins des ces personnes et d'économiser le temps médical.

Aux horaires de permanence de soins (PDS) : il s'agira :

1) **d'expérimenter le transport aller / retour du patient vers le point fixe de consultation** sur certain territoire en lien avec différents partenaires (Conseil Général, collectivité locale, CPAM, professionnels de transport).
Ce dispositif devra être obligatoirement régulé par le centre 15 et s'adresser prioritairement aux patients qui sont démunis de moyens de transport. La population ciblée sera éligible pour des problèmes de santé et/ou de dépendances, associés à des raisons sociales ou familiales.

2) **de promouvoir à titre expérimental les transports de l'effecteur vers le patient pour les visites dites « incompressibles »** après régulation par le centre 15 dans les territoires particulièrement étendus notamment en nuit profonde.
Les modalités de ces 2 expérimentations devront être définies dans le **cahier des charges régional de la PDS.**

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

6 - Développer les technologies de l'information et de la communication (1)

Forme de pratique médicale à distance dans un processus dématérialisé, la télémédecine (art 78 de la loi HPST modifiant l'article L 6316-1 du CSP et décret n. 2010-1229 du 19 octobre 2010) identifie cinq types d'actes médicaux :

- **la télé consultation**
- **la télé expertise**
- **la télé surveillance médicale**
- **la télé assistance médicale**

et la réponse médicale apportée dans le cadre de la **régulation médicale**. C'est un des outils essentiel pour développer un projet médical de territoire.

Il faudra identifier sa place en définissant pour les patients :

- un parcours de soins gradués entre les établissements de proximité et de recours, entre les professionnels de santé exerçant au sein des structures ou dispositifs de premier recours et les professionnels médicaux spécialistes libéraux ou d'exercice public.
- une continuité des soins entre le domicile et les structures de soins de premier, comme de second recours.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

6 - Développer les technologies de l'information et de la communication (2)

La télémédecine est un outil au service d'objectifs généraux de santé que sont la réduction des inégalités, l'amélioration de la qualité des pratiques et l'efficience du système de santé, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques.
Deux types de télémédecine doivent être développés

- **la télémédecine d'accessibilité aux soins qui est une réponse de proximité**,
- **la télémédecine de recours qui est une réponse de type expertale**.

Par ailleurs, le développement des systèmes d'informations permettra :

- d'assurer la synthèse médicale du dossier patient (Art 36 de la loi HPST),
- de partager l'information et mieux assurer la coordination des soins (loi du 10 août 2011),
- de produire des données cliniques et épidémiologiques utiles pour l'évaluation des pratiques professionnelles, les audits, la recherche clinique en lien avec les avantages conventionnels des médecins tel que le paiement à la performance,
- d'améliorer l'accessibilité aux soins par le recours systématique à la télétransmission dans la relation avec les caisses d'assurance maladie.

Au-delà de la télémédecine, d'autres axes de la « **e-santé »** seront à développer, notamment le « **e-learning »** avec en particulier la formation et le développement des pratiques professionnelles, l'information et l'éducation thérapeutique du patient ainsi que les technologies concourant à prolonger le maintien à domicile et retarder le passage en établissement.
Le développement de la télémédecine reste cependant aujourd'hui dépendant de la mise en place d'un modèle économique pour pouvoir le déployer.

Le développement de la télémédecine et ses priorités seront arrêtés dans le programme télémédecine du projet régional de santé (PRS) en fonction des caractéristiques régionales et des particularités locales, sachant que les priorités nationales sont d'abord axées sur l'imagerie notamment dans le cadre de la PDS, de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et de la santé des détenus.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

7 - Impliquer la médecine générale universitaire en lien avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (1)

La féminisation du corps (70 % chez les moins de 35 ans), la non-attractivité de la médecine générale (moins de 10 % des choix), l'attractivité du salariat pour les jeunes générations imposent un changement dans l'organisation de la médecine générale pour mieux répondre aux besoins de la population dans une prise en charge plus globale du patient.

La promotion des structures ou des modalités d'exercice coordonné pluriprofessionnel de la médecine, par l'ensemble des professionnels de santé et leurs représentants notamment les universitaires, constitue une des réponses possibles à ces nouveaux enjeux notamment en milieu rural dès aujourd'hui, mais aussi probablement en milieu urbain dès demain.
Ce type d'organisation et de partenariat permet d'optimiser et de maîtriser le temps de travail, de mieux répondre à l'évolution des missions de la médecine générale vers la coordination du parcours du patient et le relais des politiques de santé publique (prévention, dépistage, éducation à la santé).
La nouvelle convention nationale des médecins priorise d'ailleurs l'exercice en groupe (cabinet de groupe et MSP,...) ou en pôle de santé en accordant des incitations financières à l'installation et au maintien des médecins dans les territoires reconnus à risque de désertification médicale afin de maintenir une accessibilité aux soins.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

7 - Impliquer la médecine générale universitaire en lien avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (2)

Le rôle du Département de Médecine Générale de la Faculté et du Collège Régional des Généralistes Enseignants est de :

- **développer les stages d'internes en médecine générale, notamment en milieu rural, et de les superviser,**
- **informer les étudiants et les internes en médecine de l'existence du CESP (Contrat d'Engagement de Service Public),**
- **démarcher les médecins généralistes pour les inciter à devenir maître de stage,**
- **promouvoir auprès des médecins l'évaluation des bonnes pratiques.**

La médecine générale universitaire a pour vocation de promouvoir auprès des étudiants et autres confrères l'utilisation de la **Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS)** mise en ligne sur le site de l'ARS.
Enfin, il est dans leurs missions d'impulser la **recherche clinique en médecine générale** par le recueil et l'exploitation des données cliniques issues du premier recours à des fins épidémiologiques ou bien dans le cadre de l'évaluation des pratiques ou de l'efficience organisationnelle pour en dégager des marges d'amélioration.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

8 - Promouvoir la coordination du parcours de santé

En créant de nouvelles formes d'organisation de l'offre de soins et en innovant de manière durable sur les nouveaux modes de rémunérations, sur les **coopérations interprofessionnelles**, sur les actions de santé publique et de prévention, sur les nouveaux métiers émergeant notamment pour les pharmacies d'officine dans le suivi du patient à la sortie de l'hospitalisation (Art L. 1111-2 du CSP) ou dans le suivi de la maladie chronique.(art. R. 5125-33-5 du CSP).

En favorisant l'accès aux soins et l'ouverture des droits aux populations les plus défavorisées en lien avec les structures sociales ou médico-sociales comme prévu dans le Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) du Languedoc-Roussillon.

En développant la filière transversale de prise en charge centrée sur une approche populationnelle en lien avec le Schéma Régional de la Prévention :

- -chez les enfants :
  - - par la politique de vaccination et de lutte contre l'obésité
- - chez les adolescents et les adultes jeunes :
  - - par la promotion de la contraception et la prévention de l'IVG
  - - par la lutte contre les addictions
- - chez les personnes âgées :
  - - par la prévention et le suivi des maladies chroniques
  - - par le développement d'une politique d'aide aux aidants en lien avec toutes les institutions intervenants (collectivités territoriales, CARSAT)

en lien avec tous les acteurs de santé de proximité et les réseaux de santé restructurés.

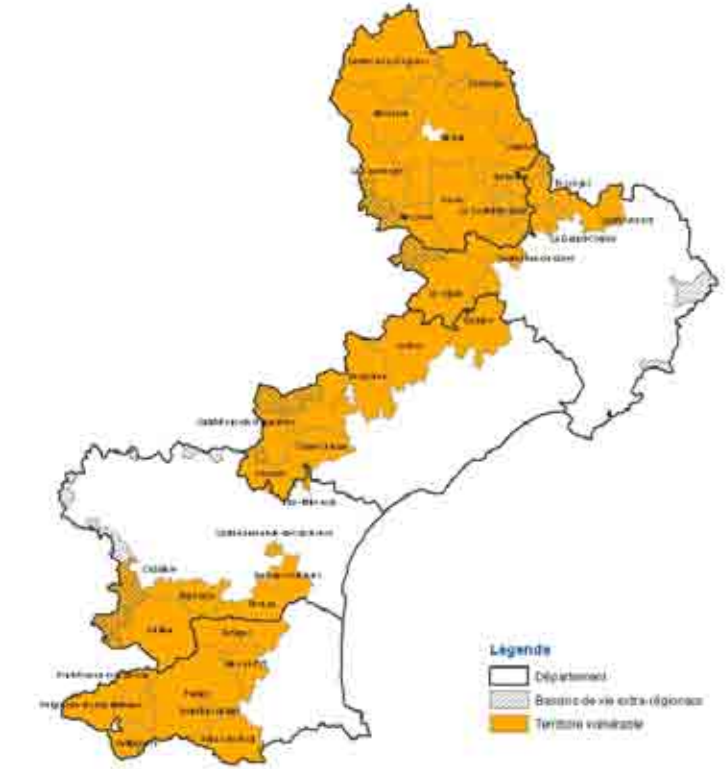
VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VII - LES TERRITOIRES VULNERABLES

Les territoires ont été sélectionnés à partir d'une classification ascendante hiérarchique basée sur des critères liés à la démographie, des critères liés à l'offre de soins et des critères socio-économiques (cf. méthodologie d'analyse en annexe).

Ils ont également été sélectionnés sur des critères qualitatifs notamment sur la base de l'émergence de projets de santé portés par les professionnels de santé dans le cadre d'un exercice coordonné pluri-professionnel.

Ces territoires sont éligibles aux aides financières éventuelles à la structure (MSP) en cas d'exercice coordonné. Il s'agit des financements ARS, Etat, Région, Collectivités territoriales en lien avec le Comité régional de sélection des projets de MSP en milieu rural.



LISTE DES TERRITOIRES VULNÉRABLES

• **Aude**
BV d'Espéraza
BV de Quillan
BSI de Tuchan
BSI de Belcaire
BSI de Chalabre
BSI de Durban-Corbières
Commune de Bize-Minervois
Commune de Comus
Commune de Saint-Laurent-de-la-Cabrerisse
-> soit 24 244 habitants

• **Gard**
BV de Bessèges
BV de Génolhac
BV de La-Grand-Combe
BV de Saint-Ambroix
BV de Saint-Jean-du-Gard
BV du Vigan
Communes de Revens, Lanuéjols, Trèves, St Sauveur Camprieu, Causse-Bégon et Malons et Elze
-> soit 53 890 habitants

• **Hérault**
BV de Bédarieux
BV de Ganges
BV de Lodève
BV d'Olonzac
BV de Saint-Chinian
BV de Saint-Pons-de-Thomières
Communes de Ferrals-les-montagnes, La Salvetat-sur-Agout, Fraisse-sur-Agout et Cambon-et-Salvergues
-> soit 73 405 habitants

• **Lozère**
BV de la Canourgue
BV de Florac
BV de Langogne
BV de Marvejols
BV de Mende (hors commune de Mende)
BV de Meyrueis
BV de Saint-Chély-D'Apcher
BV de Villefort
BSI du Collet-de-Dèze
Communes de Saint-Martin-de-Boubaux, Vialas, Saint-Maurice-de-Ventalon, Saint-André-de-Lancize et Saint-Germain-de-Calberte
Communes de Saint-Pierre-des-Tripier, Rozier, Vignes, Saint-Rome-de-Dolan, Massegros et Recous
-> soit 64 026 habitants

• **Pyrénées-Orientales**
BV d'Arles-sur-Tech
BV de Bourg-Madame
BV d'Estagel
BV de Font-Romeu-Odeillo-Via
BV Ille-sur-Têt
BV de Prades
BV de Saillagouse
BV de Vernet-les-Bains
-> soit 59 791 habitants

TOTAL habitants en TV = 275 356 habitants
soit 10.64 % LR (2 587 500 habitants)
soit 54,17 % de la population rurale LR (508 300 habitants)

(Données INSEE 2008)

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VIII – AU SEIN DES TERRITOIRES VULNERABLES : LE ZONAGE

Afin de tenir compte des inégalités de répartition des médecins et de garantir une équité entre les régions, il a fallu limiter le volume de la population vivant dans les zones retenues. En effet, ce volume ne peut excéder un pourcentage de la population régionale calculé en référence à l'indicateur de densité relevé dans le CPOM Etat ARS (part de la population régionale vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes est inférieure à au moins 30 % de la moyenne nationale soit 1.6% de la population régionale).

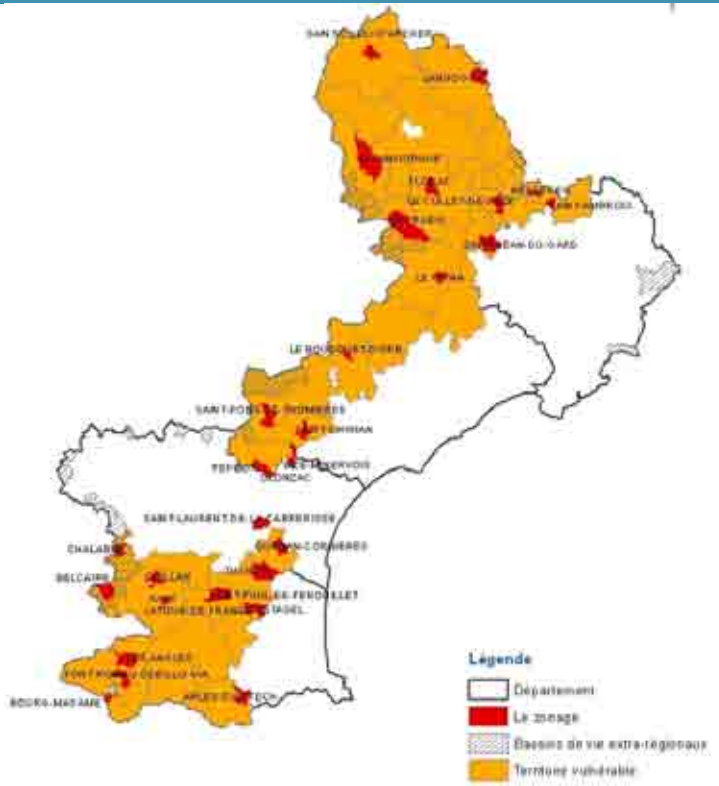
En Languedoc-Roussillon, compte tenu d'autres facteurs (notamment l'âge des médecins) ce taux est de 2,19 % (cf. arrêté à venir prévu à l'article L. 1434-7 CSP) ce qui s'est traduit par une valeur pour l'indicateur de zonage de 56 597 habitants au maximum.

Le périmètre géographique tient compte d'un découpage reconnu par l'INSEE. En Languedoc-Roussillon compte tenu de la contrainte explicitée ci-dessus, ce sont la **commune** ou le **bassin de service** intermédiaire (BSI) qui ont été retenus.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LE ZONAGE : LES 30 COMMUNES RETENUES EN 2011

Les 30 communes sont déterminées par l'ARS autour des points d'implantation prioritairement identifiés pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural au sein des territoires vulnérables.



LISTE DES 30 COMMUNES CONCERNÉES PAR LE ZONAGE

Aude
Axat (BV de Quillan)
Belcaire (BSI de Belcaire)
Bize-Minervois (Commune)
Chalabre (BSI de Chalabre)
Durban-Corbières (BSI de Durban-Corbières)
Pépieux (BV d'Olonzac)
Quillan (BV de Quillan)
Saint-Laurent-de-la-Cabrerisse (Commune)
Tuchan (BSI de Tuchan)
-> soit 9 953 habitants

Gard
Bessèges (BV de Bessèges)
Le Vigan (BV du Vigan)
Saint-Ambroix (BV de Saint-Ambroix)
Saint-Jean-du-Gard (BV de Saint-Jean-du-Gard)
-> soit 13 297 habitants

Hérault
Le Bousquet-d'Orb (BV de Bédarieux)
Olonzac (BV d'Olonzac)
Saint-Chinian (BV de Saint-Chinian)
Saint-Pons-de-Thomières (BV de Saint-Pons-de-Thomières)
-> soit 7 201 habitants

Lozère
La Canourgue (BV de la Canourgue)
Le Collet-de-Dèze (BSI du Collet-de-Dèze)
Florac (BV de Florac)
Langogne (BV de Langogne)
Meyrueis (BV de Meyrueis)
Saint-Chély-D'Apcher (BV de Saint-Chély-D'Apcher)
-> soit 13 165 habitants

Pyrénées-Orientales
Arles-sur-Tech (BV d'Arles-sur-Tech)
Bourg Madame (BV de Bourg Madame)
Estagel (BV d'Estagel)
Font-Romeu-Odeillo-Via (BV de Font-Romeu-Odeillo-Via)
Latour-de-France (BV d'Estagel)
Les Angles (BV de Font-Romeu-Odeillo-Via)
Saint-Paul-de-Fenouillet (BV d'Estagel)
-> soit 11 390 habitatns

Total régional : 55 006 habitants
(Données INSEE 2008)

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

IX - LES INFIRMIER(E)S EN LANGUEDOC-ROUSSILLON

Démographie : Une région bien pourvue notamment en exercice libéral

Selon l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS), l'effectif des infirmiers (ères) s'élevait, en France au 1er janvier 2010, à 520 000 personnes (source Adeli), avec une densité de 800 infirmiers pour 100 000 habitants. C'est la population des professionnels de santé la plus nombreuse par rapport aux médecins (212 000), aux pharmaciens (75 000) et aux masseurs kinésithérapeutes (71 000).

La population des infirmiers a presque doublé en 20 ans (x1,7) avec un taux moyen de croissance de 2.6% par an, qui s'est accéléré à 3.1% depuis 2000 avec une forte augmentation des diplômés (52%) entre 2000 et 2005.
Les prévisions de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) évaluent à 658 000 le nombre d'infirmiers en 2030, avec un ralentissement du taux de croissance qui passerait de 1.6% en 2010/2011 à 1% en 2026.

C'est une population de professionnels de santé :
très majoritairement féminine (88% des effectifs)
travaillant principalement à l'hôpital public (49% des effectifs)
relativement jeune (âge moyen 40,2 ans).

La répartition se fait de manière suivante :
15% de libéraux ;
71% de salariés hospitaliers (privé / public)
14% de salariés non hospitaliers.

Mais on constate une répartition inter-régionale libérale très inégalitaire avec une densité régionale variant d'un facteur de 1 à 5 en 2010, attendue de 1 à 2 en 2030.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

IX - LES INFIRMIER(E)S EN LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les points forts

Le Languedoc Roussillon en 2010 dispose d'une **densité supérieure à la moyenne nationale** soit 826 infirmiers pour 100 000 habitants.
La densité du département de l'Aude est inférieure à la moyenne régionale avec 732 infirmiers / 100 000 habitants.
Les infirmiers libéraux en LR (plus de 6000 profesionnels avec une moyenne d'âge de 44 ans) représentent 28 % de la profession (contre 15 % au niveau national) avec une densité de 243 pour 100 000 habitants, soit le double de la densité nationale.
L'augmentation de l'installation en libéral a été supérieure à 38% de 2005 à 2010.
La DREES prévoit en 2030 que la région restera parmi les mieux dotées comme en 2011.

Les infirmiers libéraux assurent :
un maillage organisé du territoire avec un exercice majoritairement regroupé, pour dispenser les actes de soins, le suivi, la surveillance et l'éducation des patients chroniques à domicile (93 % des actes).
une collaboration avec les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) et l'HAD (hospitalisation à domicile).
la continuité des soins 7 jours sur 7, 365 jours par an.

Les Centres de Santé Infirmiers (CSI)
sont au nombre de 9 en Languedoc Roussillon, en majorité en Lozère et absents dans l'Aude.

Les Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)
ont un taux d'équipement de 17,9 places pour 1000 habitants âgés de plus de 75 ans, légèrement supérieur au taux national (France 17,4 places).

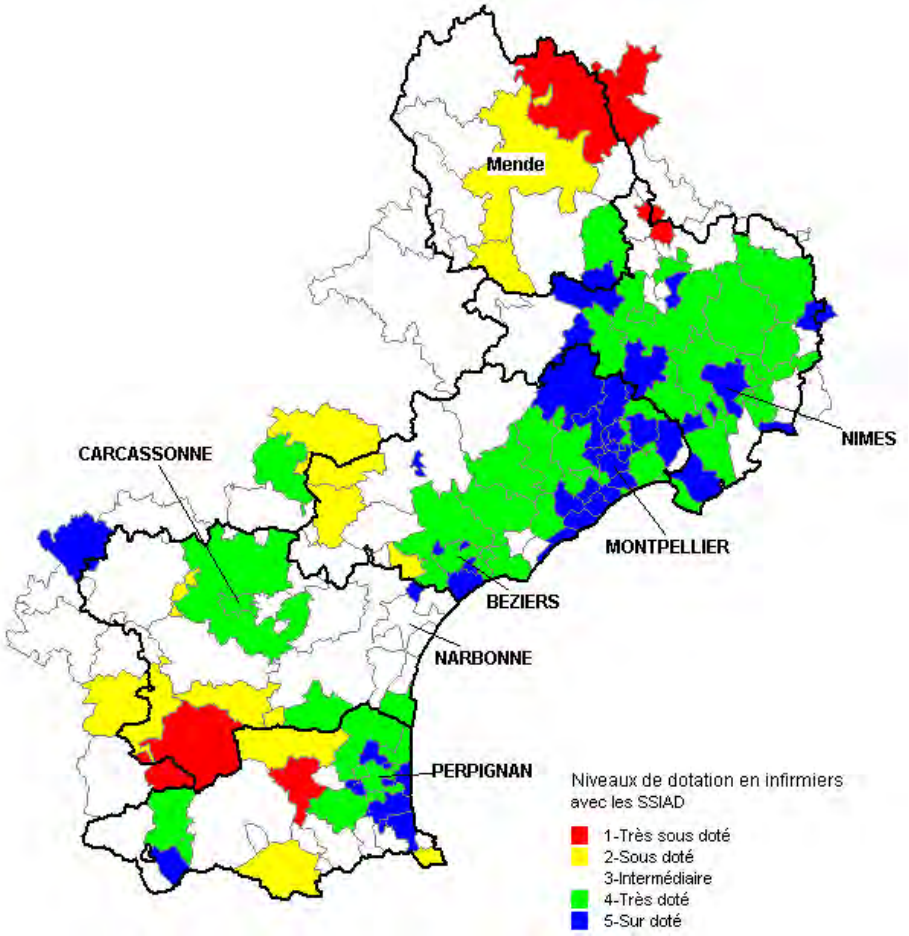
VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

Zonage infirmier

En application des dispositions de l'avenant n.3 de la convention nationale des infirmiers libéraux relative à la régulation démographique, le zonage infirmier fera l'objet en temps utiles et après concertation règlementaire, d'un arrêté spécifique qui prendra effet seulement le 26 mai 2012 pour être en conformité avec les accords conventionnels.

Dans l'attente, le zonage infirmier 2008 issu de l'application de l'avenant n.1 de la convention nationale des infirmiers libéraux reste applicable jusqu'au 25 mai 2012.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS



Zonage infirmier 2008 applicable jusqu'au 25 mai 2012

La réflexion devra intégrer rapidement :

- le développement des nouveaux métiers de la santé autour des compétences accrues (rapport Hénart - février 2011) qui devrait impacter les infirmiers.
- la coopération avec l'URPS infirmiers mise en place depuis 2011
- la problématique des Conseils de l'Ordre Infirmiers

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

X - LES PRECONISATIONS OPERATIONNELLES DU PSRS

- Accessibilité aux soins et à la prévention
- o sur la démographie des professionnels : *stages d'internat et subsidiarité des métiers autour du patient* (n.1)
- o sur la désertification médicale : *territoires vulnérables et zones fragiles* (n.2)
- o sur la permanence des soins : *cahier des charges régional* (n.3)
- o sur la médecine d'urgence : *médecins correspondants SAMU* (n.4)
- o sur l'accessibilité financière (n.5)
- o sur l'accessibilité des populations les plus démunies : *lien avec le PRAPS* (n.6)
- o sur la gestion solidaire des territoires : *médecin urbain / médecin rural* (n.20)
- o sur le désenclavement de certains territoires : *transport et télésanté* (n.21)

- Evitabilité
- o parcours de santé, sortie anticipée d'hospitalisation, relation ville-hôpital (n.15)

- Pertinence et performance
- o coordination des acteurs (n.12)
- o plate-forme de services (n.13)
- o coopération des acteurs (n.25)

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

XI - EVALUATION DU VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

La réalisation des projets prioritaires identifiés (développement des Maisons de santé Pluriprofessionnelles ou des pôles de santé) dans les territoires vulnérables ou le zonage est le principal critère d'évaluation sur la durée du SROS.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

XII - GLOSSAIRE

ALD : Affection Longue Durée
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIP-Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux
BSI : Bassin de Service Intermédiaire
BV : Bassin de Vie
C et V : Consultations et Visites
CARSAT : Caisse Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCR : Cahier des Charges Régional
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences
CPOM : Contrat Pluriannuel de Moyens
CRRA : Centre de Réceptions et de Régulations des Appels
CRGE : Collège Régional des Généralistes Enseignants
CSI : Centre de Soins Infirmiers
CSP : Code de Santé Publique
DMP : Dossier Médical Personnel
DG ARS Directeur Général de l'ARS
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP : Equivalent Temps Plein
FEADER : Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural
HAD : Hospitalisation à Domicile.
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.
HPST : Hôpital, Patients, Santé Territoire
I**NSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LR : Languedoc-Roussillon
MDA : Maison Départementale des Adolescents
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé
PAPS : Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé
PDS : Permanence Des Soins
PMT : Projet Médical de Territoire
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS : Programme Régional de Santé
PS : Professionnels de Santé
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile
SROS-PRS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins – Projet Régional de Santé
UNR : Union Nationale des Réseaux de santé
ZUP : Zone Urbaine Prioritaire
ZUS : Zone Urbaine Sensible

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

XIII – LA BIOLOGIE MEDICALE

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

XIII – LA BIOLOGIE MEDICALE

PREAMBULE :

La biologie médicale constitue un levier incontournable pour améliorer le parcours de soins. Elle a un impact au travers de son organisation et de la prise en charge sur les deux volets du SROS-PRS : **le volet ambulatoire et volet hospitalier**. L'article R. 1434-4 (2.) du code de la santé publique positionne **la biologie médicale dans la partie relative à l'offre sanitaire du SROS***. En outre, comme le précise l'article L. 1434-9, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé peut s'opposer à l'ouverture d'un **LBM*** ou d'un site de LBM, en fonction des objectifs de l'offre de soins relatif au volet hospitalier.

L'examen de biologie médicale est un acte médical déterminant notamment pour le diagnostic de la majorité des pathologies (environ 60 % des diagnostics) pour leur suivi et celui de leur thérapeutique.

La biologie médicale est intégrée pour la première fois dans cette approche transversale.

*** SROS** : **S**chéma **R**égional de l'**O**rganisation des **S**oins
*** LBM :** Laboratoire de **B**iologie **M**édicale.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

XIII – LA BIOLOGIE MEDICALE

Le socle de cette discipline est l'examen de biologie médicale qui concourt aussi par définition à la prévention, au dépistage. Il se déroule en **3 phases** :

La phase pré-analytique comprenant : le recueil des éléments cliniques pertinents contenus dans la prescription, le prélèvement de l'échantillon (ex : tube de sang, écouvillon,...) sa préparation, son transport, sa conservation jusqu'à l'endroit où il est analysé.

La phase analytique : processus technique permettant l'obtention d'un résultat.

La phase post analytique : validation d'un résultat, interprétation contextuelle, communication au prescripteur et au patient dans un délai compatible avec l'état de l'art.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

XIII - LA BIOLOGIE MEDICALE :

Les objectifs définis dans les orientations sont au nombre de trois, et doivent être déclinés au niveau régional :

Object 1 :

L'accompagnement de la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale, avec des objectifs d'efficience et de qualité des pratiques (**accréditation**, ...)

Objectif 2 :

La fixation des règles d'implantation territoriale pour les LBM publics et privés, afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale

Objectif 3 :

Les évolutions prévisibles de l'organisation territoriale de l'offre de biologie pour les établissements de santé publics et privés.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 1 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN OEUVRE DE LA REFORME

1- LA REFORME DE LA BIOLOGIE MEDICALE : PRINCIPAUX OBJECTIFS POURSUIVIS

La réforme de la biologie médicale a été inscrite dans l'article 69 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi « HPST».

Cette réforme est portée par **l'ordonnance n. 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale**. Ce texte vise notamment à améliorer et à garantir la fiabilité des examens de biologie médicale notamment en mettant en place une **procédure d'accréditation** qui est pour les LBM une nouvelle modalité de preuve de la qualité et des conditions de suivi permanent de cette qualité. Cette accréditation est rendue obligatoire pour tous les LBM et pour tous les examens qu'ils réalisent à échéance du **31 octobre 2016** avec une preuve d'entrée dans la démarche dès le **01 novembre 2013**.

L'amélioration de l'accessibilité de ces examens et de **leur efficience** est également inscrite dans cette loi. Ce texte donne par ailleurs la possibilité aux laboratoires de se regrouper pour devenir des structures multi-sites avec des sites ouverts ou non au public. L'entrée dans le processus d'accréditation est notamment favorisée par la mise en commun de moyens.

L'ordonnance du 13 janvier 2010 a également mis en place des **règles prudentielles** permettant au directeur général de l'agence régionale de santé de s'opposer sous certaines conditions à l'ouverture d'un LBM ou d'un site de LBM à une opération d'acquisition ou à une opération de fusion de LBM.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 1 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN OEUVRE DE LA REFORME

2- MISE EN PLACE DE L'ACCREDITATION

A ce jour, en Languedoc-Roussillon, sept laboratoires sont entrés dans la démarche d'accréditation, ou sont accrédités en totalité ou en partie (source COFRAC*) soit environ 6 % des **115** LBM recensés. Ce nombre peut évoluer avec les créations de laboratoires multi-sites dans l'avenir. Dans le cadre du **processus d'accréditation prévu par l'article 8 de l'ordonnance du 13 janvier 2010**, les LBM devront justifier au plus tard au **01 novembre 2013** de leur entrée effective dans la démarche et dans les conditions définies par **l'arrêté du 14 décembre 2010**.

A défaut, le laboratoire ne pourra plus fonctionner.

Les délais relativement courts imposés à ce jour par la réglementation nécessitent que **la démarche complexe de l'accréditation soit initiée et développée le plus tôt possible par les LBM.**

Les actions à mettre en place ont pour objectif de favoriser l'entrée la plus précoce possible des laboratoires de biologie médicale dans la démarche d'accréditation en :

- organisant des rencontres régionales sur l'accréditation afin notamment de faciliter les échanges entre professionnels et capitaliser les retours d'expérience ;
- facilitant l'accès à l'information des professionnels sur ce thème.

Une bilan périodique de l'entrée des structures dans la démarche d'accréditation, en lien avec le COFRAC* et tout autre instance concernée devrait permettre de suivre cette évolution et d'identifier le cas échéant les structures en difficulté.

* **COFRAC** : **CO**mité **FR**ançais d'**AC**créditation

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 1 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN OEUVRE DE LA REFORME

3 - L'EFFICIENCE : DIAGNOSTIC PORTANT SUR LA CONSOMMATION

Champ : actes remboursés, hors activité des établissements de santé, Régime général et SLM* (84 % de la population)

	Nombre d'examens		Taux d'évolution 2008/2010		Nombre d'examens/personne		Ecart à la moyenne nationale	
	2008	2010	du nombre d'examens	corrigé de l'évolution de la population	2008	2010	brut	après standardisation sur l'âge et le sexe
Aude	2 281 342	2 524 636	10,7%	8,4%	8,7	9,4	25 %	9,1%
Gard	4 609 269	5 000 558	8,5%	6,8%	8,2	8,7	15 %	9,4%
Hérault	7 032 328	7 761 984	10,4%	7,3%	7,9	8,4	12 %	7,0%
Lozère	417 109	479 639	15,0%	14,0%	7,7	8,8	17 %	7,8%
Pyrénées-O.	2 985 129	3 247 656	8,8%	7,3%	8,3	8,9	18 %	7,3%
Languedoc-Roussillon	**17 325 177**	**19 014 473**	**9,8%**	**7,5%**	**8,1**	**8,7**	**16 %**	**8,0%**
France	397 295 292	433 053 463	9,0%	7,3%	7,0	7,5		

La région connait une consommation nettement supérieure à la moyenne nationale pour l'ensemble de ses territoires, expliquée pour moitié par la structure de la population.

Sources : SNIIRAM (TBSB) / RNIAM : champ Régime Général

Exploitation ARS/DG-COSAD - juin 2011

***SLM : Section Locale Mutualiste**

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 1 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN OEUVRE DE LA REFORME

3 - L'EFFICIENCE : PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Une consommation d'actes supérieure à la moyenne nationale peut trouver en partie son origine dans des stratégies de prescription peu adaptées au cas clinique, des doublons etc…

Le partage et l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques par les prescripteurs pour une bonne adéquation et la maitrise des examens de biologie est un objectif régional

Les actions à mettre en place pour favoriser ce partage et cette appropriation sont :

- une identification des examens les plus prescrits et/ou les plus coûteux qui sont supérieurs à la moyenne nationale.
- un ciblage des recommandations pratiques existantes à diffuser en priorité.

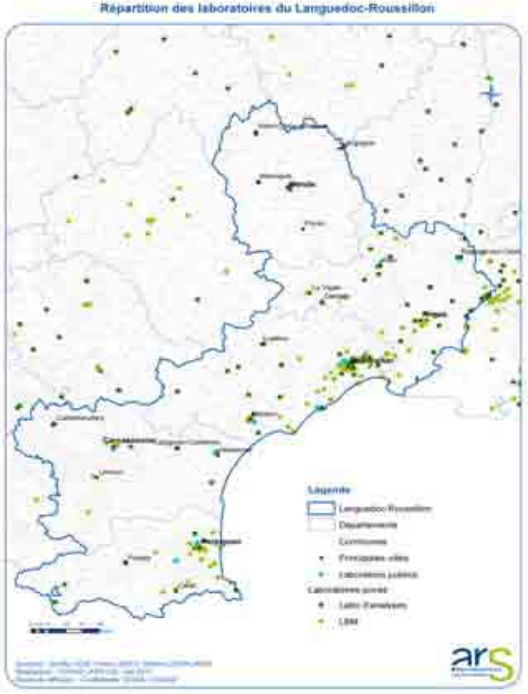
Un groupe de travail à constituer sera chargé de ces études.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 2 : FIXATION DES RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVÉS

1 - L'ACCESSIBILITÉ : DIAGNOSTIC RÉGIONAL (source FINESS* novembre 2011)



	LBM Privés (FINESS 2011)	LBM en établissements de santé publics et privés	Total LBM
Aude	14	2	16
Gard	27	3	30
Hérault	38	4	42
Lozère	3	1	4
PO	21	2	23
Région	103	12	115

On note une prédominance des laboratoires de biologie médicale privés (91%). La majorité des sites ouverts au public est positionnée sur la bande littorale. Les implantations sont plus dispersées en zone rurale.

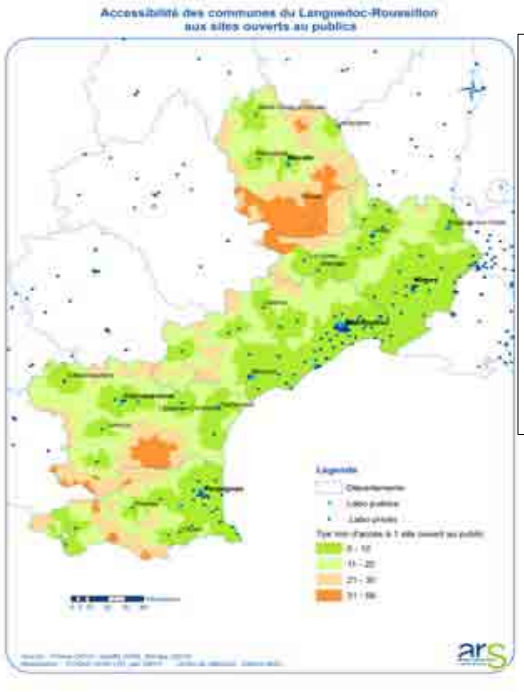
*** FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux**

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 2 : FIXATION DES RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVÉS

1 - L'ACCESSIBILITÉ : DIAGNOSTIC RÉGIONAL (source FINESS novembre 2011)



L'objectif de cette représentation cartographique est de permettre l'identification des zones les plus éloignées des LBM ; les valeurs de référence pour établir les catégories de temps d'accès sont indicatives.

Ont été pris en compte dans cette méthodologie :

- Les sites ouverts au public des départements limitrophes ;
- Le temps d'accès depuis la mairie jusqu'au site ouvert le plus proche ;
- Le nombre de biologistes pharmaciens extrait du répertoire partagé des professionnels de santé ;
- Le nombre de biologistes médecins extrait du répertoire ADELI*.
- Le nombre de médecins et infirmier(e)s issu de Carto santé.

Seul le département de l'Hérault ne comporte pas de secteurs constitués de communes situées à plus de 30 minutes d'un LBM ou d'un site de LBM, ce qui n'est pas le cas des 4 autres départements de la région.

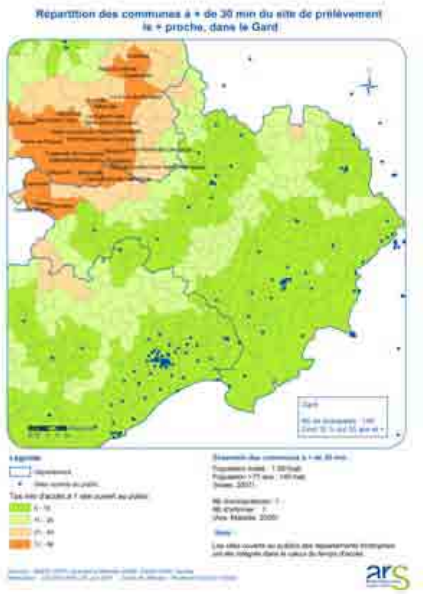
*__ADELI__ : __A__utomatisation __DE__s __LI__stes de professionnels de santé

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 2 : FIXATION DES RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVÉS

1 - L'ACCESSIBILITÉ : DIAGNOSTIC RÉGIONAL (source FINESS novembre 2011)



Les communes situées à plus de 30 minutes d'un LBM ou d'un site de LBM représentent :

Dans le Gard :

4 communes totalisant **1081 habitants** dont **145** (13,4 %) ont plus de 75 ans.

Dans la Lozère :

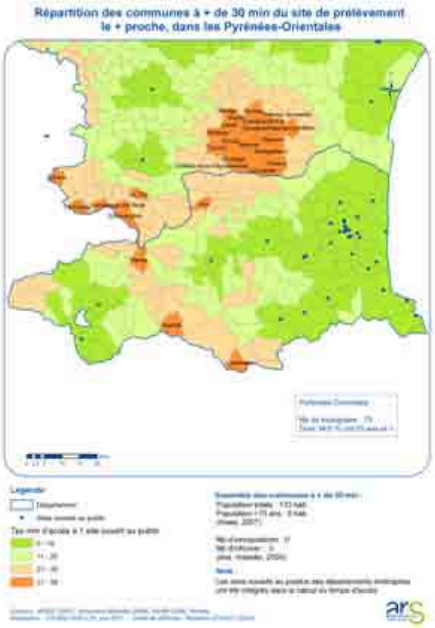
Un nombre important de communes positionnées principalement dans une zone au sud du territoire. La population totale concernée est de **5318 habitants** dont **585** (11 %) ont plus de 75 ans.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 2 : FIXATION DES RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVÉS

1 - L'ACCESSIBILITÉ : DIAGNOSTIC RÉGIONAL (source FINESS novembre 2011)



Les communes situées à plus de 30 minutes d'un LBM ou d'un site de LBM sont :

Dans l'Aude :
implantées essentiellement au sud du territoire. Quelques communes sont localisées en périphérie. La population totale concernée est de **1878 habitants** dont **264** (3,4 %) ont plus de 75 ans.

Dans les Pyrénées-Orientales :
au nombre 4 communes et totalisent **133 habitants** dont **6** (4.5 %) ont plus de 75 ans.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 2 : FIXATION DES RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVÉS

2- L'ACCESSIBILITÉ : CONTRAINTES ET PRECONISATIONS POUR AMELIORER L'ACCESSIBILITE ET LA QUALITE

L'acte de prélèvement d'échantillons, partie intégrante de la phase pré-analytique constitue le point d'accès à l'offre de biologie et peut être effectué au niveau d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site de laboratoire multi sites ouvert au public.

Il peut également être réalisé en d'autres lieux (cabinet médical, domicile etc…). Les échantillons prélevés doivent alors pour certains examens faire l'objet le plus rapidement possible après l'acte de prélèvement d'un traitement intermédiaire telle qu'une **centrifugation** afin de garantir la fiabilité des résultats de l'examen.

Au niveau des secteurs identifiés et constitués de communes à plus de 30 mn d'un LBM ou d'un site de LBM, les délais d'acheminement de l'échantillon vers le LBM où s'opère la phase analytique sont généralement plus ou moins longs. La mise en place **de points de centrifugation** permettant ce traitement contribue à garantir la qualité de l'examen de biologie en levant en tout ou partie la contrainte des délais d'acheminement.

Ces délais d'acheminement impactent également sur les délais d'obtention des résultats. Pour un nombre limité d'examens nécessitant un rendu rapide des résultats, la phase analytique doit alors être réalisée au plus prés du lieu de prélèvement.

Pour les secteurs à plus de 30 minutes d'un LBM ou d'un site de LBM, les actions préconisées pour une amélioration de l'accessibilité et de la qualité sont :

- L'utilisation en tant que relais pour certains types d'examens (exemple : dosage du potassium) et **pour la centrifugation notamment** des maisons pluri professionnelles, des pharmacies d'officine et d'autres structures adaptées ;
- Le recours lorsque cela est pertinent à **la biologie délocalisée** qui permet de réaliser la phase analytique au plus prés du lieu de prélèvement et d'obtenir ainsi des résultats dans des délais relativement courts après prélèvement ;

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 2 : FIXATION DES RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVÉS

3 - L'ESTIMATION PAR TERRITOIRE DE SANTE DES BESOINS DE LA POPULATION EN NOMBRE TOTAL D'EXAMENS PRÉLEVÉS

Champ : Ensemble de la population actes remboursés et activité des établissements de santé publics en Languedoc-Roussillon

Résultats : fréquence des examens de biologie

	Nombre d'examens en 2010			Nombre d'examens par habitant		
	prélevés en laboratoire de ville et remboursés par l'Assurance Maladie (*)	prélevés en établissements de santé publics (données déclaratives)	Total	en laboratoire de ville (*)	en établissements de santé publics	Total
Aude	3 293 163	1 839 275	**5 132 438**	9,4	5,3	14,7
Gard	6 067 845	3 549 077	**9 616 922**	8,7	5,1	13,8
Hérault	8 629 985	6 322 099	**14 952 084**	8,4	6,2	14,6
Lozère	676 960	477 903	**1 154 863**	8,8	6,2	15,0
Pyrénées-O.	3 938 266	1 788 670	**5 726 936**	8,9	4,1	13,0
Languedoc-Roussillon	**22 561 850**	**13 977 024**	**36 538 874**	**8,7**	**5,4**	**14,1**

(*) données extrapolées toute population

Sources : SNIIRAM (TBSB) / RNIAM /enquête laboratoire ARS 2010/ Insee - ELP 2008
Exploitation ARS/DG-COSAD - octobre 2011

La consommation moyenne est de 14 examens par an et par habitants, légèrement plus importante en Lozère et moindre dans les Pyrénées-Orientales.

Les écarts de taux de recours sont moindres en ville que pour les examens réalisés au sein des établissements.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 2 : FIXATION DES RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVÉS

4 - BESOINS EN IMPLANTATIONS EN SITES DE LBM OUVERTS AU PUBLIC

	Sites de LBM ouverts au public (Source FINESS novembre 2011)				
	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées orientales
Etablissement de santé publics	2	3	4	1	2
Privés	13	55	98	5	41
Total	15	58	101	6	43
Total général	**223**				
Besoins en implantation	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Un laboratoire de biologie médicale peut comporter un ou plusieurs sites (cas des laboratoires multi-sites) ce qui explique le nombre de sites (**223**) plus élevé que le nombre de laboratoires (**115**). Au niveau régional, le nombre de laboratoires multi-sites est à ce jour de **22** représentant un nombre total de sites ouverts ou non au public de **137** sites.

Les besoins en implantations de sites ouverts au public pourraient s'exprimer en priorité au niveau **des secteurs identifiés et constitués de communes situés à plus de 30 minutes d'un LBM ou d'un site de LBM** (Lozère, Aude, notamment). Subsiste toutefois un frein économique. Des évolutions organisationnelles s'avèrent ainsi nécessaires au niveau de ces secteurs pour préserver et améliorer l'accessibilité à l'offre de biologie. **Les délais pour les prélèvements des échantillons, leurs traitements le cas échéant, leurs collectes, leurs transmissions au laboratoire sont à prendre en compte dans une approche qualitative en lien avec les professionnels de santé concernés et notamment les infirmiers.** Or c'est dans ces secteurs que l'on recense souvent une sous dotation en infirmiers libéraux.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 3 : L'EVOLUTION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE BIOLOGIE MEDICALE

1 - RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE : DEROGATION POUR LE LBM DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

Les laboratoires de biologie médicale de l'établissement français du sang sont actuellement implantés sur **4 territoires de santé**.
La création à partir des 4 laboratoires existants d'un laboratoire multi-sites est envisagée par cet établissement. Les sites de ce laboratoire multi-sites seraient de facto localisés sur plus de 3 territoires ce qui serait contraire à l'article L. 6222-5 du code de la santé publique.
Ce texte prévoit que les sites d'un laboratoire sont localisés soit sur le même territoire de santé infrarégional, soit sur deux ou au maximum trois territoires de santé limitrophes, sauf dérogation prévue par le schéma d'organisation des soins et motivée par une insuffisance de l'offre d'examens de biologie.

Considérant que les laboratoires de biologie médicale de l'établissement français du sang :

§ pratiquent, au niveau régional, pour la transfusion sanguine, **plus de 70 % des examens d'immuno-hématologie courants** (groupage ABO-Rhésus, Phénotypage Rhésus KEL , agglutinines irrégulières) ;

§ sont les seuls au niveau régional en capacité de réaliser l'identification des anticorps irréguliers et autres examens spécialisés d'immuno-hématologie ;

§ sont positionnés au sein ou à proximité immédiate des établissements de santé ce qui permet de répondre en termes de délai et de sécurité aux nécessités de la transfusion sanguine,

La dérogation est accordée à cet établissement pour implanter les sites de son LBM sur plus de trois territoires infrarégionaux.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 3 : L'EVOLUTION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE BIOLOGIE MEDICALE

2 - LES COOPÉRATIONS EXISTANTES : DIAGNOSTIC ET PRECONISATIONS

Diagnostic :

Un recensement des coopérations effectué en juin 2011 auprès des établissements de santé disposant d'un laboratoire de biologie médicale a montré que les coopérations étaient :

- peu développées et ponctuelles avec les structures privées ;
- modérément établies avec l'Etablissement Français du Sang ;
- assez peu structurées et relativement ponctuelles entre les établissements de santé ;

et qu'une grande majorité des examens spécialisés prescrits dans ces établissements de santé est réalisée par des opérateurs publics ou privés implantés hors région.

Préconisations :

Les orientations régionales pour faciliter, développer les coopérations existantes et créer le cas échéant de nouvelles coopérations sont :

- d'impulser la création de **LBM communs à plusieurs établissements de santé** dans le cadre en particulier de groupement de coopération sanitaire et de leur accréditation ;
- de **lever progressivement les principaux freins identifiés** en fonction des propositions formulées par un groupe d'experts (freins liés notamment à la logistique, au partage informatisé de l'information, à la facturation) ;
- d'accompagner **la démarche de création du LBM multi-sites de l'Etablissement Français du Sang**.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

LE LIEN AVEC LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE (PSRS) ET INDICATEURS DE SUIVI :

Le lien avec le PSRS :

Ce premier volet biologique du SROS s'inscrit dans au moins quatre des exigences opérationnelles du PSRS, à savoir :

- l'**accessibilité géographique** à l'offre de biologie en améliorant, avec la qualité requise, la prise en charge des personnes au cours de la phase pré-analytique notamment au niveau des secteurs situés en milieu rural ;
- la **qualité** en favorisant l'entrée la plus précoce possible dans la démarche d'accréditation ;
- l'**efficacité et la pertinence** en orientant vers une bonne adaptation et la maîtrise des examens de biologie médicale parmi les plus coûteux et/ou les plus prescrits sur la base de référentiels de bonnes pratiques de prescription.

Indicateurs de suivi :

Pour le suivi de la mise en œuvre de ce volet biologique l'indicateur proposé au plan qualitatif est le pourcentage des laboratoires entrés effectivement dans une démarche d'accréditation. Le calcul de ce pourcentage sera effectué annuellement jusqu'à la date butoir fixée par les textes, en lien avec le COFRAC.

La mise en place d'autres indicateurs portant sur l'efficience est envisagée dans le cadre des travaux du groupe d'experts.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

POINT DE VIGILANCE DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DU SROS :

En Languedoc–Roussillon les regroupements des structures au travers notamment des opérations de fusion /acquisition ont abouti à ce jour à la création de **21 LBM multi-sites.** Ce mouvement se poursuivra probablement pour favoriser, entre autre, l'entrée dans la démarche d'accréditation.
Le risque éventuel de cette tendance serait que se constituent des structures en nombre trop restreint et de tailles importantes qui auraient une difficulté en cas de **défaillance** technique à faire suppléer leur activité de manière temporaire ou définitive, notamment en cas de crise managériale toujours possible liée à la collégialité des responsabilités.

En outre, un deuxième risque serait que des considérations d'ordre économique amènent l'ouverture injustifiée de nouveaux sites dans les territoires où l'offre de biologie médicale est suffisante et à l'inverse conduisent à la fermeture de sites ouverts au public notamment dans les secteurs ruraux.

Dans ces deux cas de figures, **l'accessibilité de la population à l'offre de biologie médicale pourrait être compromise**.

L'ARS veillera alors à ce que soit fait une **application pertinente des règles prudentielles** édictées notamment par les articles L . 6222 et L .6222.3 du code de la santé publique, ces articles donnant la possibilité au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de s'opposer sous certaines conditions à l'ouverture d'un LBM ou d'un site, à une opération d'acquisition d'un LBM par un autre ou à une opération de fusion .

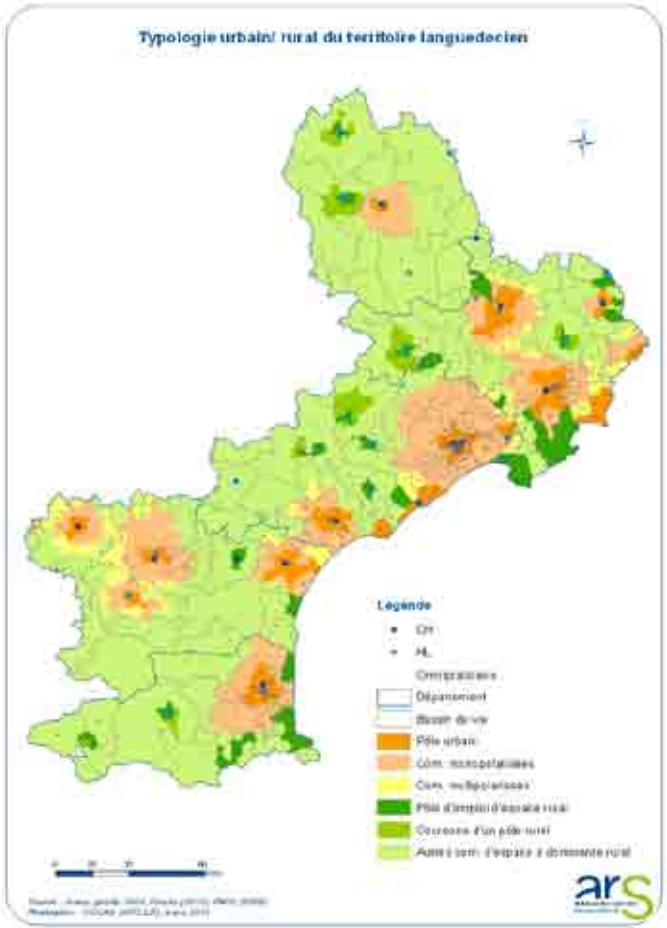
VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

ANNEXE :

DIAGNOSTIC TERRITORIAL REGIONAL DE L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

Soins de premier recours

LANGUEDOC-ROUSSILLON



Définition : 3 fonctions

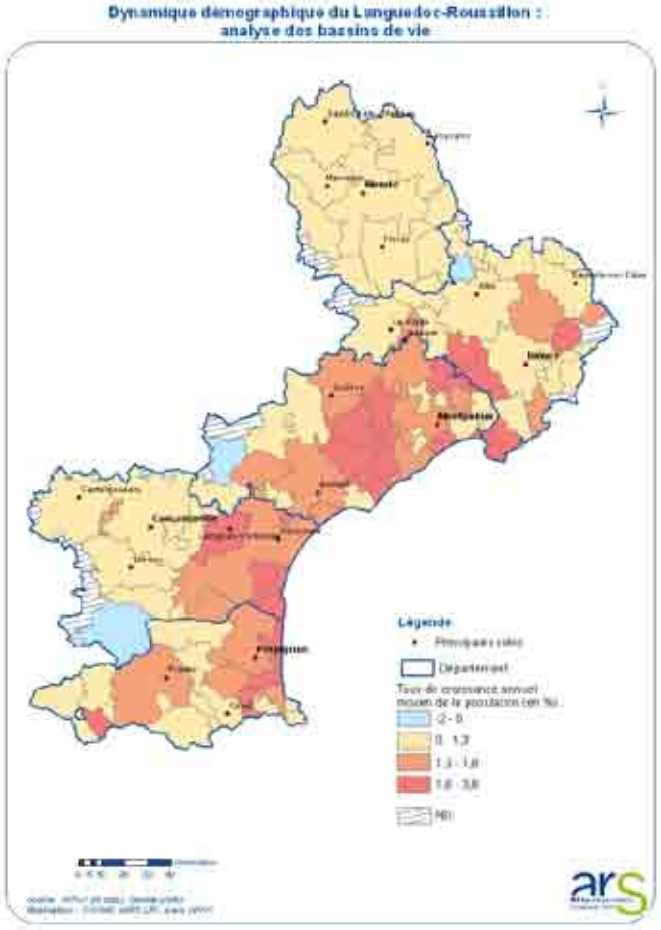
- Entrée dans le système de soins (diagnostic, orientations, traitement)
- Suivi du patient et coordination de son parcours
- Relais des politiques de santé publique (prévention, dépistage, éducation thérapeutique et à la santé)

NB – La permanence des soins (PDS) fera l'objet d'un travail spécifique (cahier des charges régional pour fin 2011)

Méthode : créer une dynamique

- Démarche participative avec les acteurs locaux
- Approche pragmatique
- Priorités d'organisation cible limitées, en intégrant une approche évolutive et adaptée (exercice coordonné de la médecine) notamment en milieu rural.
- Dans un premier temps, méthode ciblée sur les médecins généralistes

Données démographiques : population générale



Diagnostic régional

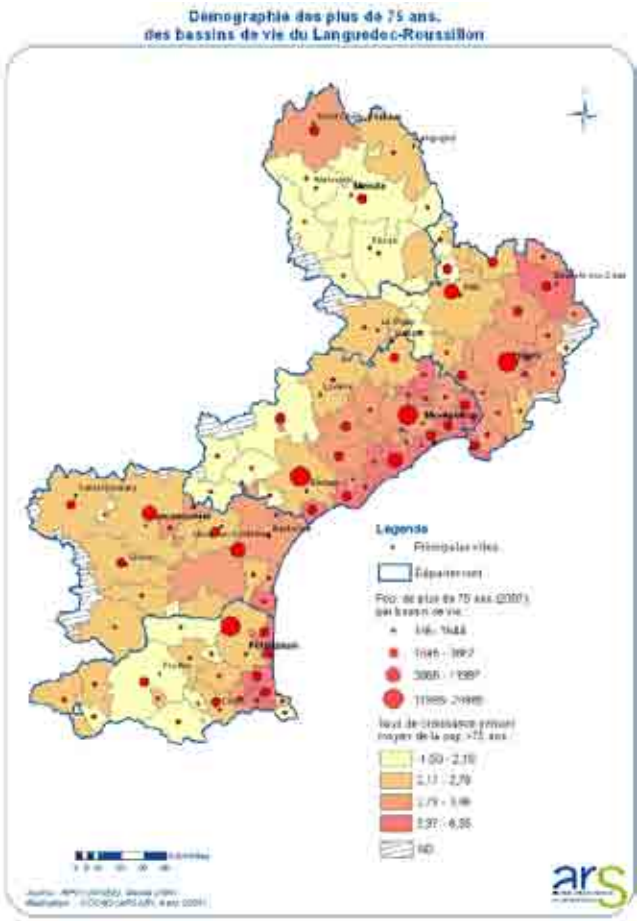
- Au 1er janvier 2008, la région compte 2 587 500 habitants, soit 4,2 % de la population française (métropole) avec un taux d'accroissement annuel moyen depuis 1999 de 1,3 %
- Concentration sur les territoires urbains et péri-urbains : un tiers de la population sur les agglomérations de Montpellier, Nîmes et Perpignan
- Seulement 3 bassins de vie ruraux en diminution : *Quillan (11), La Grand Combe (30) et Saint Pons de Thomières (34)*
- L'espace rural, 71 % du territoire et 65 % des communes, ne représente que 30 % de la population.

Points de vigilance

- Veiller à ce que l'installation des professionnels de santé suive l'évolution de la population
- S'assurer que les professionnels de santé restent aussi présents dans les territoires ruraux moins densément peuplés

ars

Données démographiques : population âgée



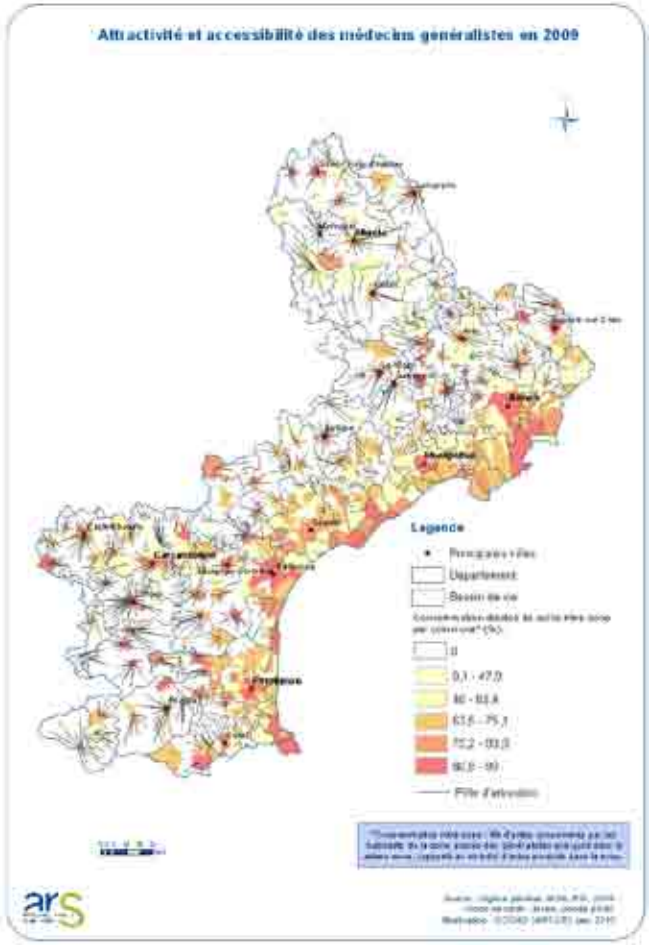
Diagnostic régional

- 25,4 % de la population régionale a 60 ans ou plus (données 2008), taux supérieur de 3,4 points par rapport au niveau national
- Avec une proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus dont le taux régional à 10,1 % est plus important que la moyenne des régions françaises (8,6 %).
- Les personnes âgées de 60 ans et plus sont plus nombreuses dans les Pyrénées-Orientales (28,3 %), dans l'Aude (28 %) et en Lozère (27,5 %)
- Elles sont plus nombreuses dans les grandes villes et sur la bande littorale que dans les communes rurales.

Point de vigilance

Il s'agit d'une population ayant des pathologies chroniques, nécessitant des soins réguliers et une prise en charge pluri-professionnelle coordonnée (infirmier ou SSIAD, médecin, kinésithérapeute...).

Consommation de soins médicaux



Diagnostic régional

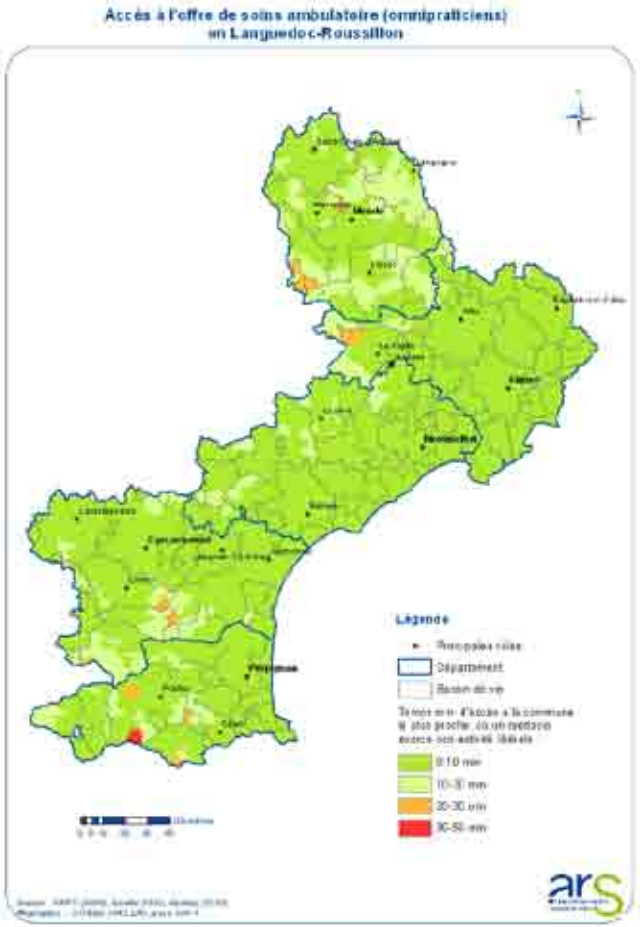
Les besoins de la population appréhendés à partir de la consommation de soins montrent que les patients recourent en majorité au médecin généraliste de leur bassin de vie.

Point de vigilance

Maintenir une réponse de soins de proximité notamment en milieu rural.

Temps d'accès au médecin généraliste

LANGUEDOC-ROUSSILLON



Diagnostic régional

- Sur une très large partie du territoire, les habitants ont accès à un médecin dans leur bassin de vie à moins de 20 minutes.

- Moins de 1 000 personnes sont à plus de 20 mn d'un médecin.

Point de vigilance

Veiller à maintenir une accessibilité pour les populations des milieux ruraux et montagneux qui sont aujourd'hui à plus de 20 minutes d'un médecin : Corbières (11), Cévennes, Lozère et Conflent (PO).

Implantation des médecins généralistes libéraux

Diagnostic régional

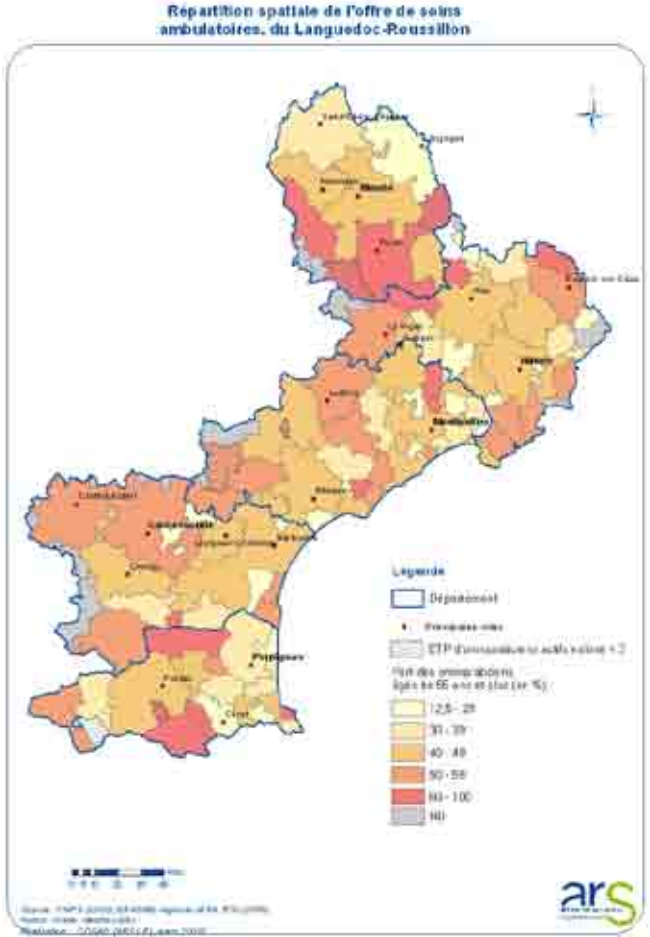
- En 2009, tous les bassins de vie bénéficiaient d'au moins un médecin généraliste en activité.
- L'implantation est plus forte autour et dans les grands pôles urbains (Carcassonne, Narbonne, Alès, Nîmes, Béziers, Montpellier, Sète, Mende et Perpignan), ainsi que le long des axes autoroutiers.

Points de vigilance

- Certains bassins de vie disposent d'une ressource médicale effective mais peu importante
- Moins de 5 médecins généralistes sur les bassins de vie : Aramon, Besseges et Génolhac (30), Capestang et St Pons de Thomières (34), Florac, La Canourgue, Meyrueis, Villefort (48), Mont-Louis, Saillagouse et Vernet les Bains (66),

Age des médecins généralistes

LANGUEDOC-ROUSSILLON



Situation régionale

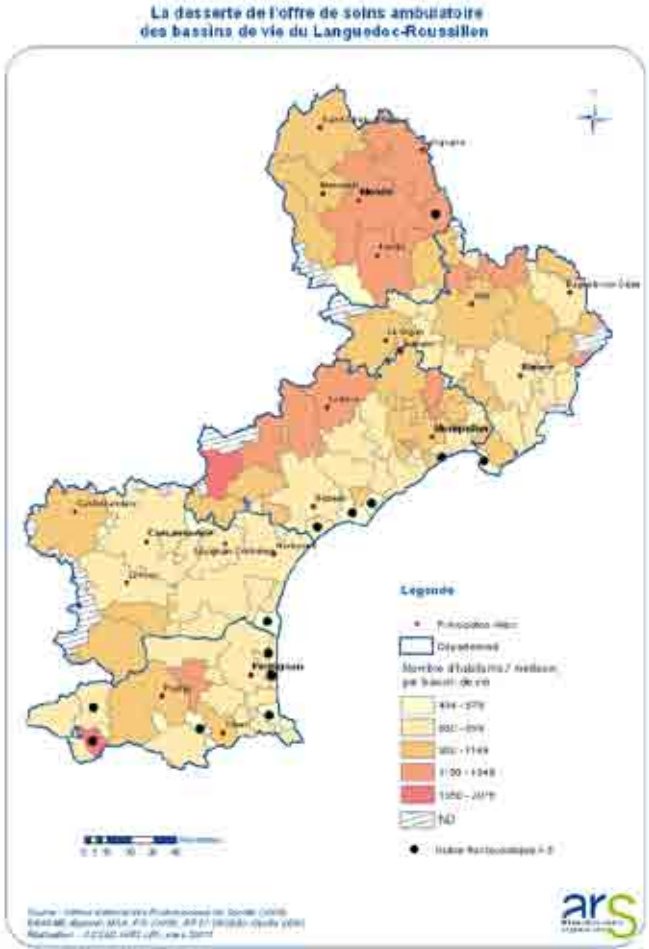
- Des médecins relativement âgés dans la région : en 2013, près de la moitié des généralistes installés aura plus de 55 ans.
- Nombre de bassins de vie où la moitié ou plus des médecins ont au moins 55 ans.

Bassins de vie (BV)	Nombre total de BV	Nombre de BV 50 % MG > ou = à 55 ans	% de la population concernée
Aude	14	5	44 %
Gard	24	9	24 %
Hérault	32	12	12 %
Lozère	8	4	20 %
PO	22	7	10 %
Région	100	37	19 %

Points de vigilance

- Attention aux bassins de vie qui cumulent des médecins « âgés » et un très faible nombre de médecins en exercice (moins de 3 médecins) : Villefort et Meyrueis (48).
- On prévoit pour 2030, une baisse de 8 % du nombre de médecins et une augmentation de la population de 30 %

Desserte médicale * (médecins généralistes)



Diagnostic régional

- **Région : un médecin pour 910 habitants**

(moyenne nationale : 1 150) dont Aude (920), Gard (913), Hérault (794), Lozère (1 326), Pyrénées Orientales (771)

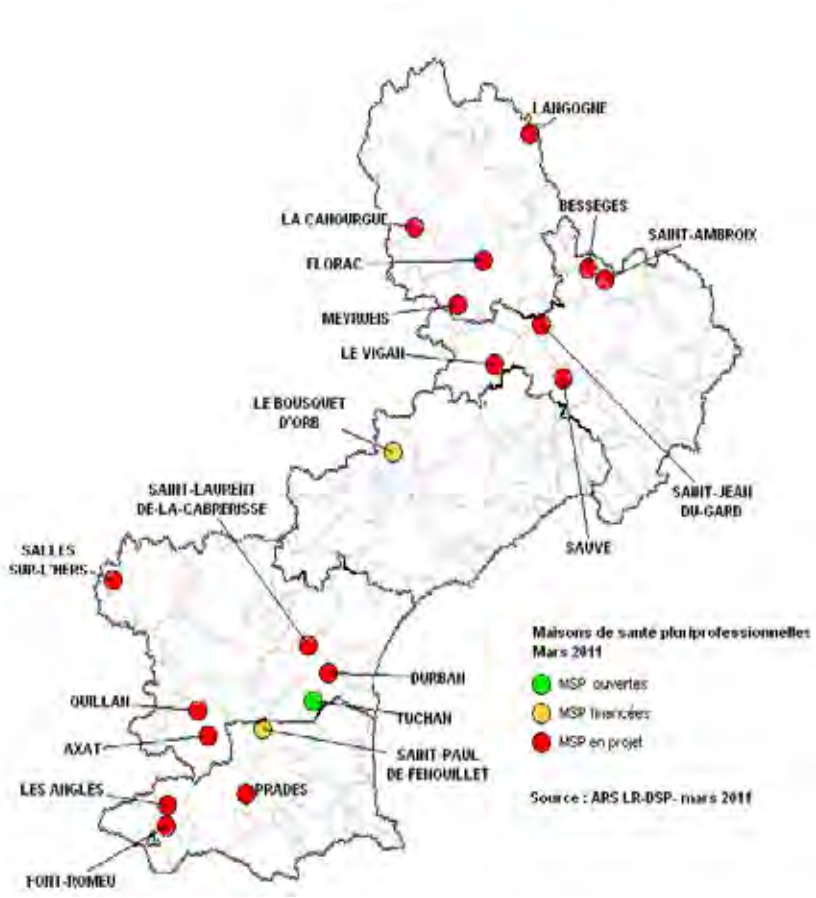
- **De fortes disparités régionales :**
  - Ø **Les bassins de vie où la population par médecin est la plus importante sont des bassins ruraux et montagneux : La Grand Combe (30), Saint Pons de Thomières (34), Villefort et Florac (48), Saillagouse (66)**
  - Ø **Les bassins de vie où la desserte est la plus faible se situent sur la bande littorale : Leucate (11), Le Grau du Roi (30), Argelès (66)**

**** NB - La desserte = nombre d'habitants par médecin en activité***

Points de vigilance

- **Dans plusieurs bassins de vie, les flux touristiques peuvent modifier à certaines saisons une situation très favorable le reste de l'année.**
- **Les bassins de vie qui subissent les plus fortes variations saisonnières : Leucate (11), Le Grau du Roi (30), Agde, Marseillan, Palavas les Flots, Sérignan (34), Villefort (48), Argelès, Font Romeu, St Laurent de la Salanque (66).**

Les maisons de santé pluri-professionnelles rurales



Diagnostic régional en 2011

- Une seule maison de santé pluri-professionnelle en exercice à Tuchan (11)
- 3 MSP financées (FIQCS) par l'ARS sur l'année 2010 (Tuchan, St Paul de Fenouillet 66 et Le Bousquet d'Orb 34).
- Plusieurs projets par département devraient voir le jour dans les 2 ans à venir, sauf dans l'Hérault.

Points de vigilance

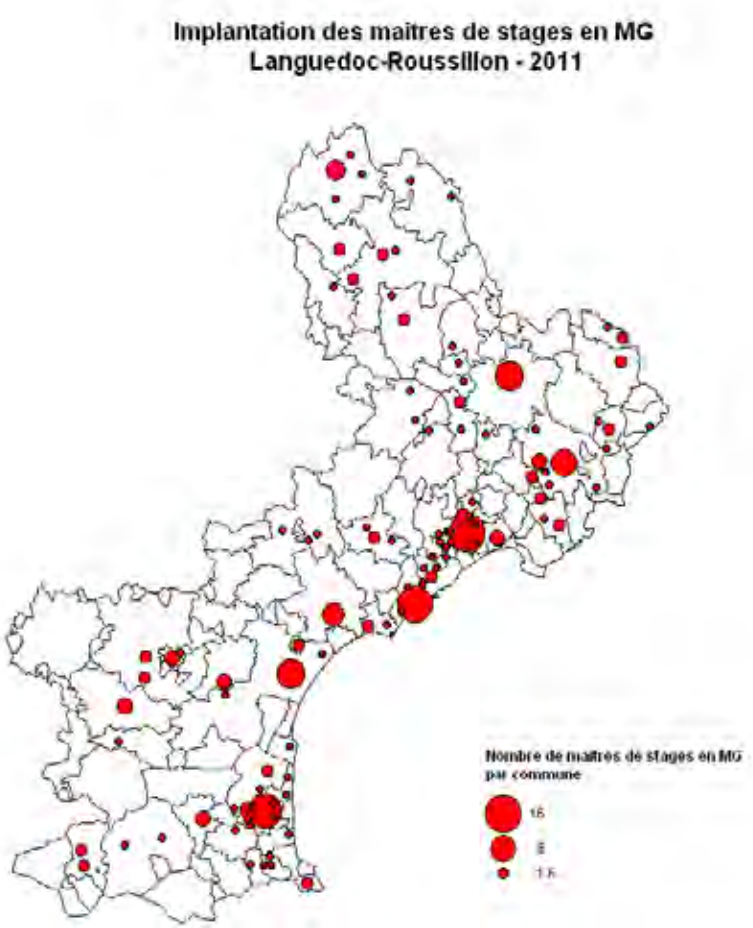
- Nécessité de faire coïncider les projets de MSP et les territoires fragiles ou critiques.
- Pour qu'un projet soit viable

Ø il doit être à l'initiative des professionnels de santé

Ø Le fonctionnement de la maison doit s'appuyer sur au moins 2 médecins et un infirmier

Ø le territoire de desserte doit réunir au moins 3 000 habitants.

Les médecins généralistes maîtres de stage



Diagnostic régional

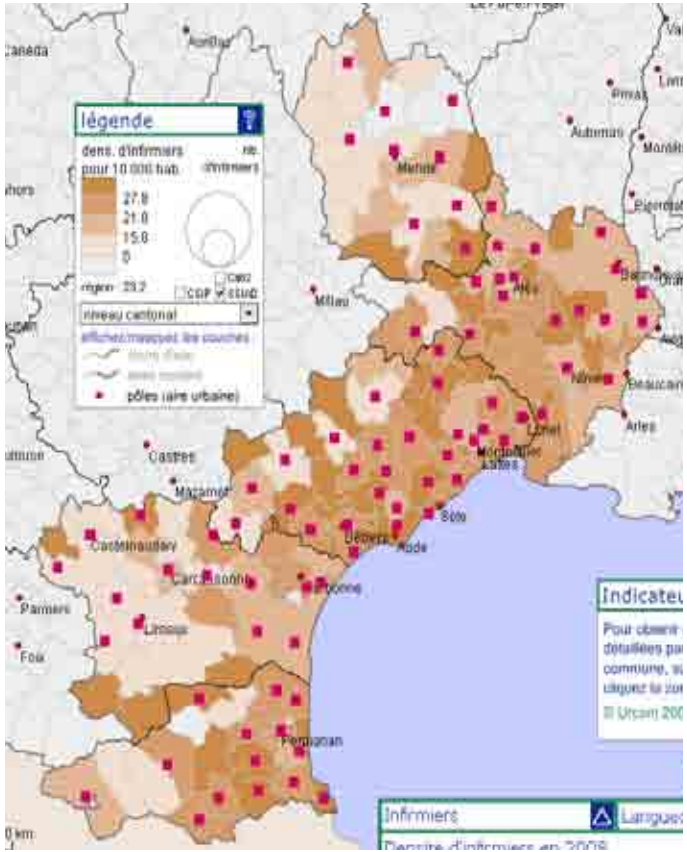
- **225 médecins maîtres de stage (dont environ 15 % en milieu rural)**
- **1 professeur des universités, 4 professeurs associés, 1 maître de conférence associé, 2 chefs de clinique des universités**
- **Répartition sur l'ensemble du territoire régional mais avec une nette prédominance en milieu urbain et en nombre globalement insuffisant**

Points de vigilance

§ **Augmentation (+ 20 % d'ici fin 2011) et répartition homogène des médecins maîtres de stage sur l'ensemble des territoires de la région notamment en milieu rural pour inciter les internes à s'installer ensuite dans ces territoires fragiles (environ 16 % des médecins ruraux sont maîtres de stage)**

§ **Nomination d'un nombre d'enseignants généralistes conforme aux prévisions ministérielles**

Les infirmiers libéraux



Source : cartosanté 2009

Diagnostic régional

- Ces sont les professionnels de santé les plus nombreux. C'est une profession majoritairement féminine.
- La densité des infirmiers est le double de la densité relevée en France métropolitaine (243 pour 100 000 habitants – *Statiss 2010*). Les Pyrénées Orientales regroupent la plus grande proportion d'infirmiers libéraux.

Points de vigilance

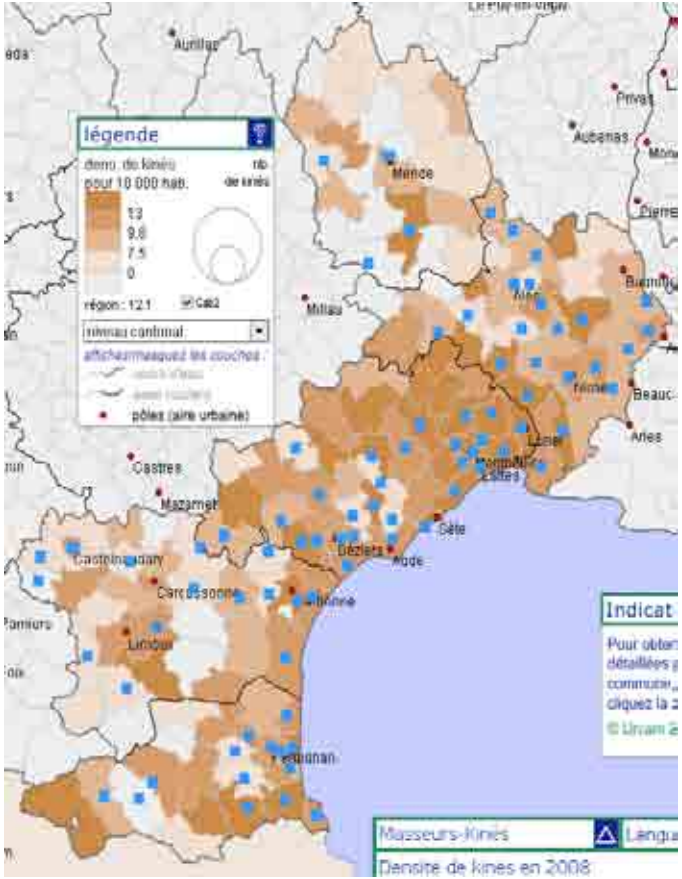
Les règles d'installation pour les infirmiers libéraux et les SSIAD ont changé depuis 2008 (avenant n. 1 de la convention nationale des infirmiers libéraux)

ü Dans les 41 zones sur-dotées, l'installation d'un infirmier est soumis au départ d'un infirmier précédemment installé. Les ouvertures de places de SSIAD sont soumises à autorisation avec des conditions restrictives.

ü Dans les 4 zones très sous-dotées, les infirmiers libéraux bénéficient d'aides annuelles.

Les masseurs kinésithérapeutes

LANGUEDOC-ROUSSILLON



Source : cartosanté 2009

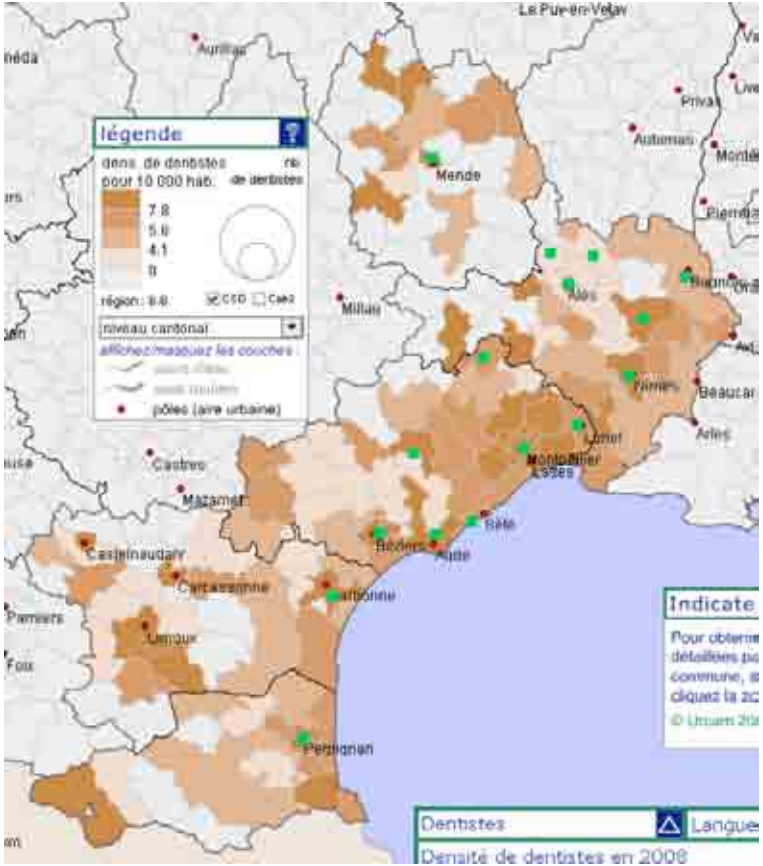
Diagnostic régional

- C'est une profession où l'exercice libéral est majoritaire (79 %)
- En région, leur effectif a augmenté de 22 % entre 2004 et 2009
- Au 1er janvier 2009, leur densité est de 121 pour 100 000 habitants : c'est-à-dire une fois et demi supérieure à la moyenne nationale de 85 pour 100 000 habitants *(Statiss 2010).*
- La Lozère et dans une moindre mesure l'Aude ont la densité la plus faible, avec une augmentation du nombre de masseurs kinésithérapeutes la plus forte entre 2004 et 2009 (+ 28 % Lozère et + 22 % Aude)

Points de vigilance

- Quelques territoires sous-denses dans la région.
- Veiller au maintien de l'offre dans les territoires ruraux.

Les chirurgiens dentistes



Source : cartosanté 2009

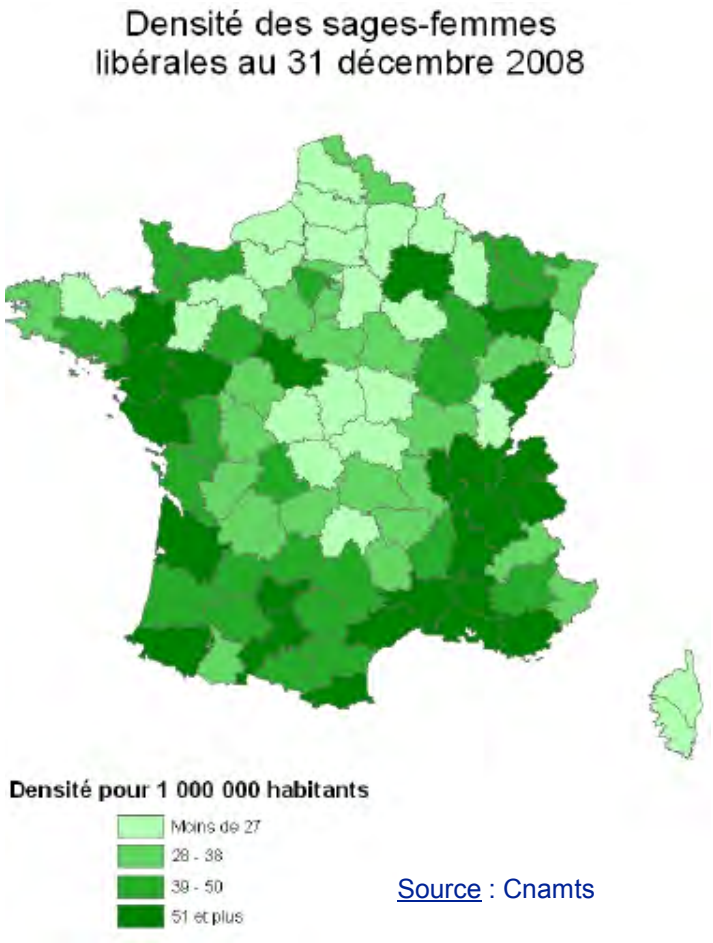
Diagnostic régional

En Languedoc Roussillon, au 1er janvier 2009, avec une densité de 72 pour 100 000 habitants, ils connaissent une croissance modérée (+ 3 % en 5 ans), mais leur densité est de 20 % supérieure à la densité relevée en France métropolitaine (61 pour 100 000 habitants) ***(statiss 2010).***

Point de vigilance

Veiller au maintien de l'offre dans les territoires ruraux.

Les sages femmes



Source : Cnamts

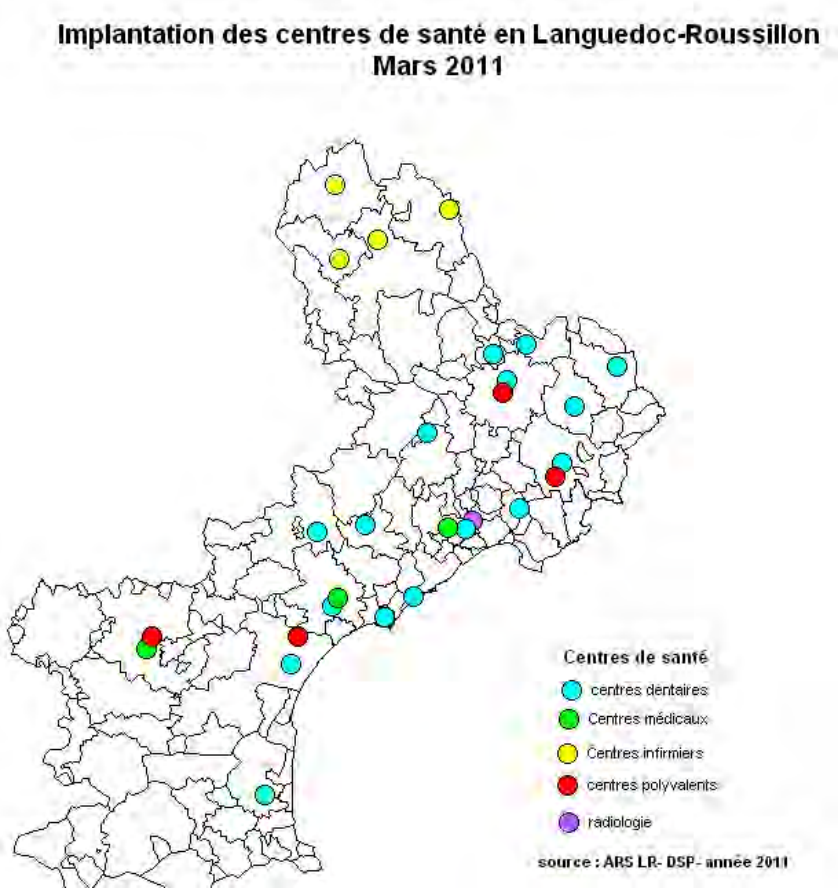
Diagnostic régional

Leur effectif a progressé de 35% en 10 ans en France.

La plupart des sages femmes exercent en mode salarié.

En région cette profession médicale a connu une forte progression avec une croissance de 12 % en 5 ans.

Les centres de santé



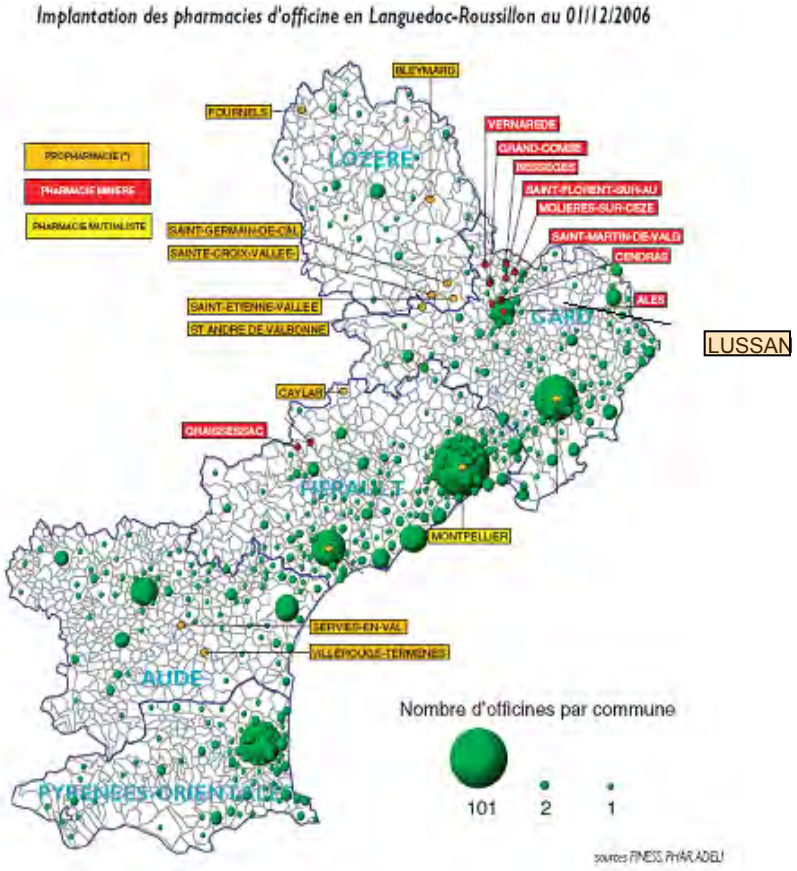
Diagnostic régional provisoire

- Une implantation régionale hétérogène
- Les centres dentaires sont les plus nombreux
- Les centres infirmiers sont surtout en Lozère
- Les centres médicaux, radiologiques et polyvalents sont principalement en milieu urbain
- Peu de centres identifiés à ce jour dans les PO

Point de vigilance

- Carte provisoire compte tenu du recensement en cours des centres de santé
- Le décret et l'arrêté du 30 juillet 2010 imposent à chaque centre de santé comme tout établissement
  - ü d'établir un projet de santé
  - ü d'établir un règlement intérieur
  - ü de signaler à l'ARS toute création d'antenne ou nouveau centre

Implantation des pharmacies d'officines



Diagnostic régional

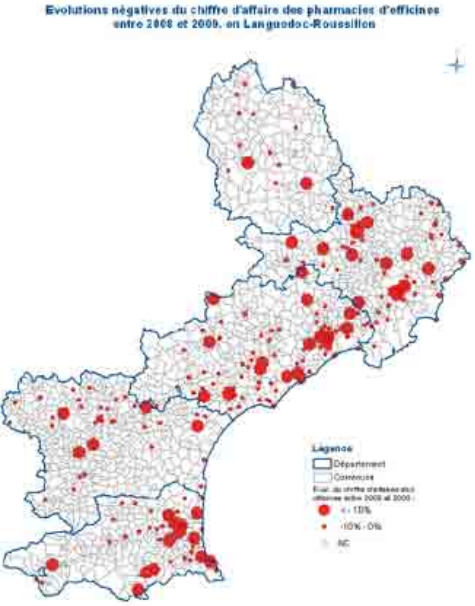
- **Nombre de pharmacies d'officine : 1020**
- **La concentration est importante sur la frange littorale.**
- **Globalement un excès d'implantation par rapport aux besoins**
- **Pour information, on recense 10 propharmaciens en milieu rural (2 Aude, 2 Gard, 1 Hérault, 5 Lozère)**

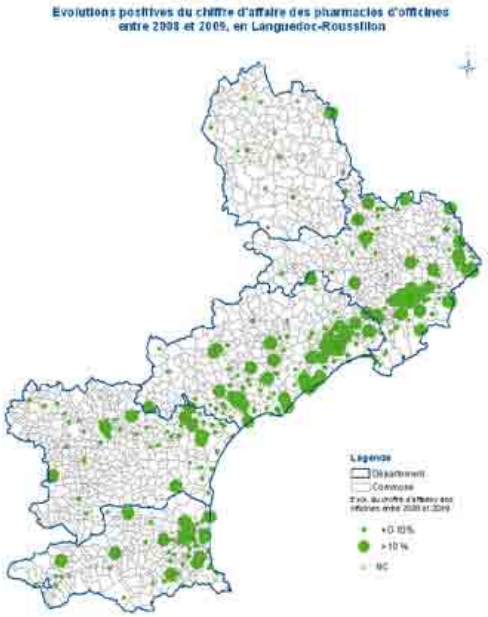
Point de vigilance

Une profession qui se fragilise sur le plan de sa survie économique : depuis 2 à 3 ans, trois pharmacies ont subi une procédure de liquidation judiciaire ; deux en milieu rural (PO et Lozère), une en milieu urbain (Nîmes).

Pharmacies d'officines : chiffres d'affaires

LANGUEDOC-ROUSSILLON





Diagnostic régional

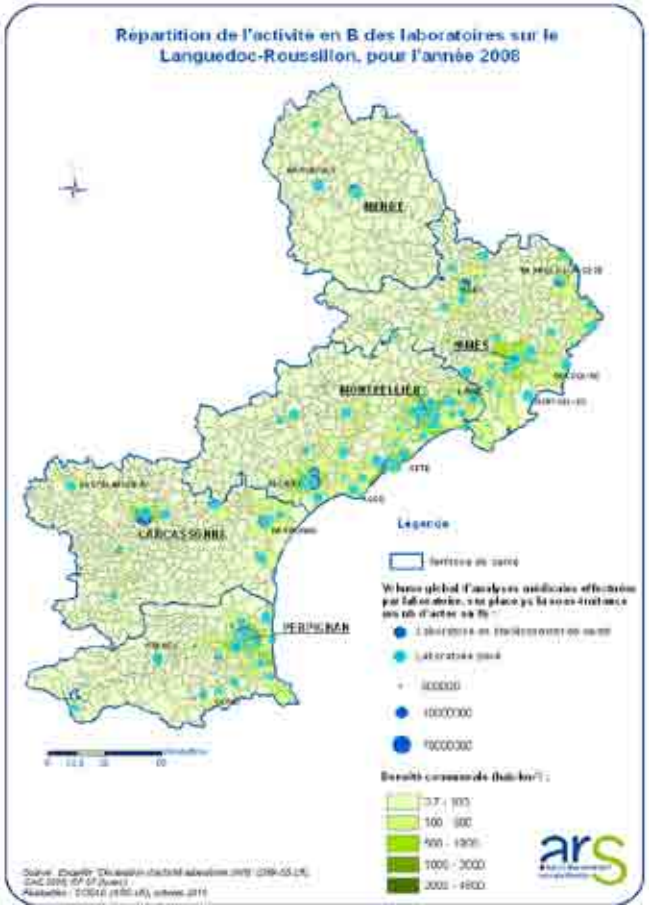
- **40 % des pharmacies d'officine ont un CA en régression *(données PHAR)* de 2008 à 2009.**
- **Le milieu rural apparait comme plus sensible à une évolution négative du CA.**
- **Sur la bande littorale, les hausses et les baisses semblent plus s'équilibrer.**
- **Les augmentation prédominent dans les villes ou en périphérie des grands centres urbains.**
- **La plupart des EHPAD privés de la région, sont desservis par la (ou les) pharmacie de la commune *(enquête SOLEN – février 2011 ARS).***

Points de vigilance

- **Veiller au maintien du maillage territorial des officines dans notre région notamment en milieu rural (voire en milieu urbain dans les quartiers difficiles).**
- **L'approvisionnement d'un EHPAD est souvent le garant de la viabilité économique de la pharmacie en milieu rural.**

Laboratoires de biologie médicale

LANGUEDOC-ROUSSILLON



Diagnostic régional en 2008 (avant la réforme)

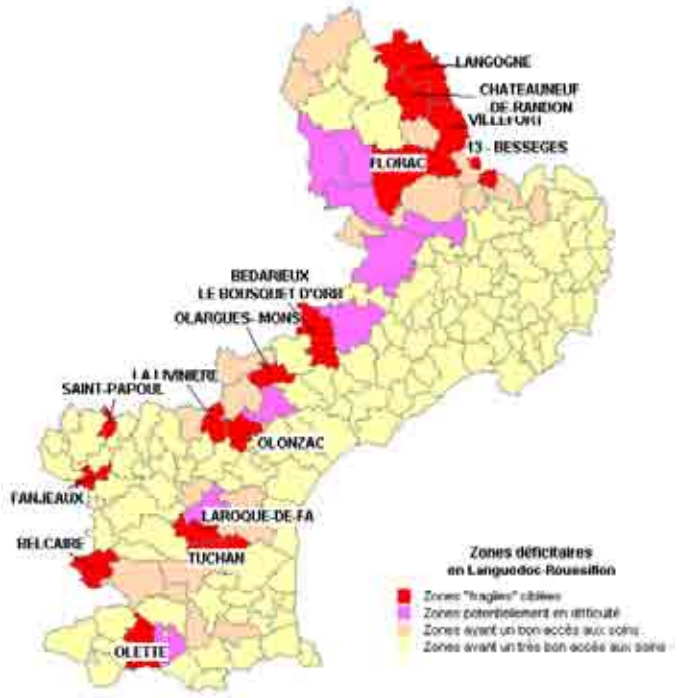
- Prédominance des laboratoires privés
- Implantation surtout sur la bande littorale
- Fragilité en milieu rural ou montagneux

	LBM Privés (Statiss 2009)	LBM en établissement de santé public	Total LBM
Aude	13	2	15
Gard	56	4	60
Hérault	100	4	104
Lozère	5	1	6
PO	40	2	42
Région	214	13	227

Points de vigilance

- S'assurer du maintien des sites de prélèvement et de restitution des résultats en proximité après regroupement des plateaux techniques
- Permanence des soins à assurer
- Limiter les monopoles territoriaux sauf en Lozère où un seul regroupement public/ privé sur Mende et Marvejols est la garantie de maintenir un pôle de biologie pérenne en lozère.

En 2005, définition de zones déficitaires



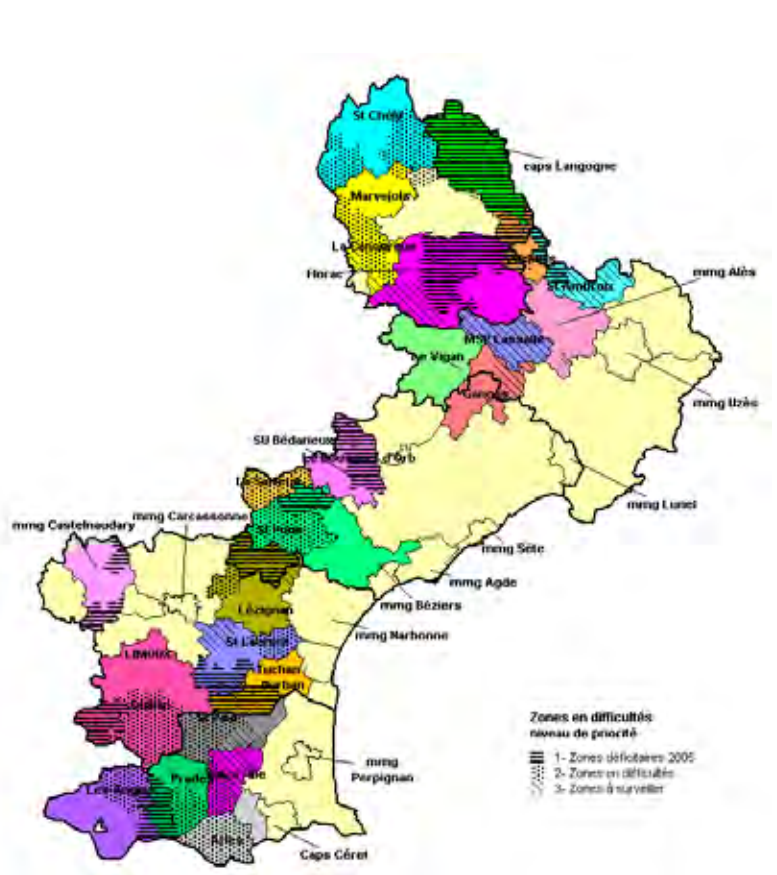
Diagnostic régional

- Un découpage régional issu d'une combinaison de 2 découpages officiels : le pseudo canton et le bassin de vie (Insee)
- 15 zones de patientèles déficitaires en matière d'accès au médecin généraliste ont été définies : 5 dans l'Aude,1 dans le Gard, 4 dans l'Hérault, 4 en Lozère et 1 dans les Pyrénées Orientales.
- Sur ces zones les médecins exerçant en cabinet de groupe pouvaient bénéficier d'une majoration annuelle de leurs honoraires à hauteur de 20% des actes C+V

Points de vigilance

Pour éviter une rupture brutale et des départs de professionnels, veiller au soutien des actions déjà en cours.

En 2008, élaboration d'un schéma des soins de proximité



Diagnostic régional en 2008

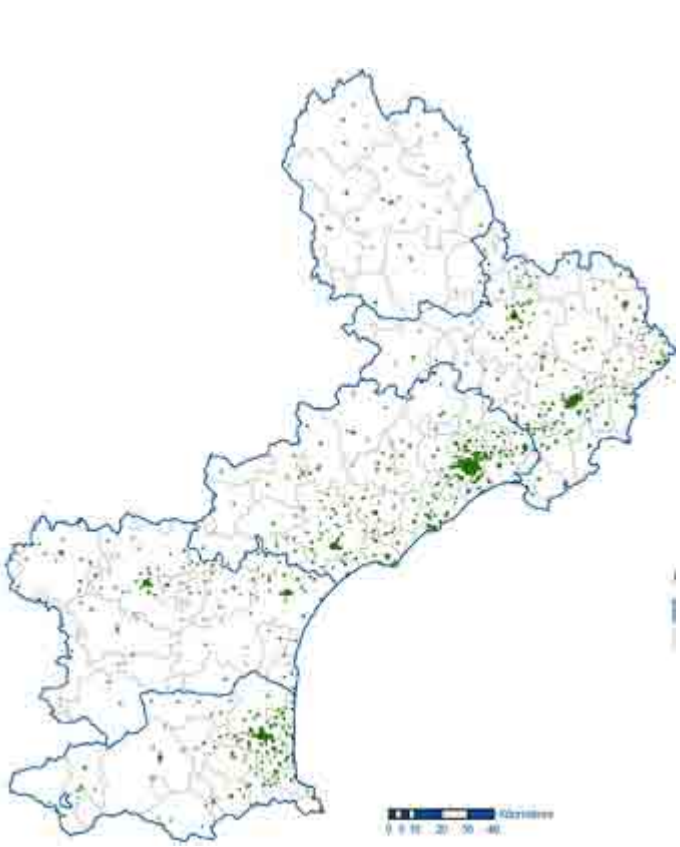
- **Des territoires régionaux issus d'une combinaison de 2 découpages officiels : le pseudo canton et le bassin de vie (Insee)**
- **22 territoires fragilisés en matière d'accès au médecin généralistes retenus : 5 dans l'Aude, 5 dans le Gard, 3 dans l'Hérault, 4 en Lozère, 5 dans les Pyrénées Orientales**

Points de vigilance :

Ces territoires comprenaient :

- **les zones déficitaires : zones où le nombre de médecins ne permet plus de répondre à la demande de soins de la population**
- **les territoires fragiles : susceptibles de devenir déficitaires rapidement en cas de départ d'un médecin, ou zones devenues déficitaires (postérieurement à l'arrêté zones déficitaires)**
- **les territoires à surveiller : territoires où l'offre de soins répond encore à la demande de la population mais qui peuvent très rapidement basculer en territoires fragiles ou zones déficitaires**

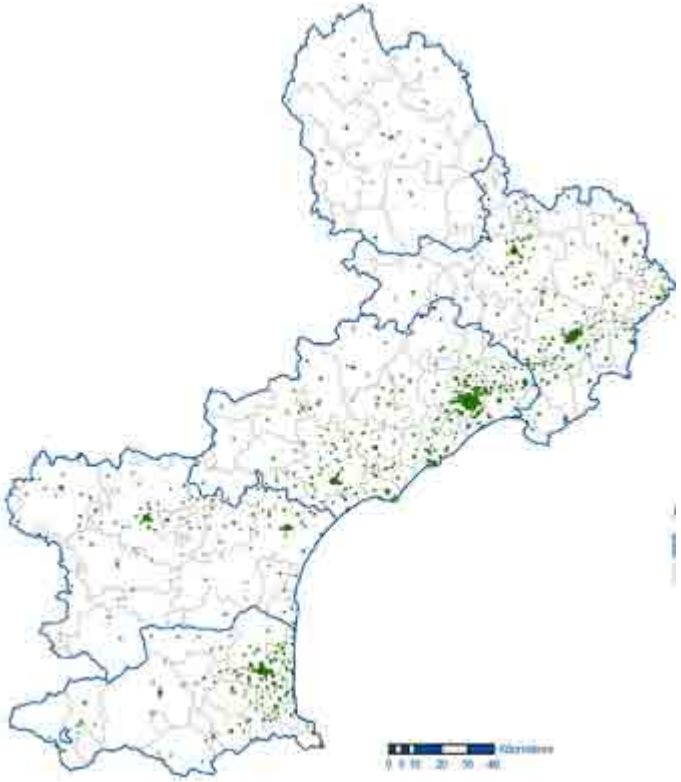
En 2011 repérage des bassins de vie vulnérables



Première approche

- **Territoire : choix des bassins de vie de l'INSEE (100 bassins de vie infrarégionaux) pour conserver une cohérence avec le précédent découpage.**
- **Critères retenus :**
  - Ø **Critères démographiques : population 2007 et évolution de la population, population de + 75ans et évolution des + 75 ans, flux touristiques, densité démographique (hab/km²)**
  - Ø **Critères d'offre de soins : nombre de médecins généralistes, estimation du nombre de médecins en ETP, nombre et part des médecins de + 55ans, desserte, temps d'accès**
  - Ø **Critères socio-économiques : bénéficiaires et ayant droits de la CMUC, évolution du taux d'emploi occupé.**
- **2 techniques statistiques en cours de finalisation et de test :**
  - Ø **Une typologie de bassins de vie (via une classification ascendante hiérarchique)**
  - Ø **Scoring des bassins de vie**

En 2011 définition des zones fragiles: le zonage



C'est la seule partie opposable du volet ambulatoire du SROS-PRS.

Ces zones ouvriront droit aux aides à l'installation des médecins généralistes :

- aides conventionnelles (CNAMTS – Type avenant 20 à renégocier avec nouvelle convention nationale)
- aides non conventionnelles
  - Ø exonérations d'impôts et taxes
  - Ø contrat d'engagement de service public
  - Ø aides des collectivités territoriales

Méthodologie en cours de réflexion dans l'attente de la validation d'un indicateur national basé sur la densité médicale.

La typologie obtenue sera soumise à la concertation.

Organisation
Médico-Sociale

Organisation des soins

Prévention

ars
Agence Régionale de Santé
Languedoc-Roussillon