

SROS



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Schéma régional d'organisation des soins

2012 / 2017



Offre de soins
ambulatoire

p. 3



Offre de soins
hospitalière

p. 29

- Soins du premier recours p. 3
- Médecine p. 31
- Hospitalisation à domicile p. 59
- Soins de suite et de réadaptation p. 73
- Chirurgie p. 107
- Périnatalité, santé de la femme et de l'enfant p. 123
- Psychiatrie adulte p. 139
- Psychiatrie des enfants et des adolescents p. 159
- Cardiologie interventionnelle p. 175
- Médecine d'urgence p. 189
- Réanimation, surveillance continue, soins intensifs p. 207
- Traitement de l'insuffisance rénale chronique p. 221
- Prise en charge des personnes atteintes de cancer p. 235
- Soins palliatifs p. 249
- Examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales p. 259
- Imagerie médicale p. 269
- Santé des détenus p. 285
- Biologie médicale p. 303
- Missions de service public p. 313
- Addictologie voir **SROMS**

SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins ambulatoire



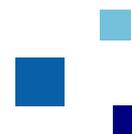
PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Soins du premier recours

2012 / 2017





Répartition des 33 bassins de santé

p. 6

Contexte

p. 7

Orientation

1

Garantir dans chaque bassin de santé une offre de soins et de services de santé de proximité répondant aux besoins du patient et de son parcours de santé

p. 10

- 1.1 Positionner l'offre du premier recours au sein des bassins de santé
- 1.2 Préciser la nature des prestations spécialisées de proximité disponibles dans les bassins de santé
- 1.3 Préciser les modalités d'accès aux prestations spécialisées de proximité dans les bassins de santé et les professionnels et structures sollicités
- 1.4 Ajuster le dispositif de permanence des soins ambulatoires aux besoins à couvrir justement mesurés pour en atténuer les contraintes

Orientation

2

Centrer dans chaque bassin de santé l'action des professionnels du premier recours autour des priorités de santé publique

p. 15

- 2.1 Développer des approches de santé publique, de prévention, de dépistage et d'éducation pour la santé
- 2.2 Favoriser l'autonomie des personnes en situation particulière de fragilité (personnes âgées et handicapées) et faciliter leur maintien à domicile
- 2.3 Coordonner le parcours de santé du patient atteint d'une maladie chronique (diabète-nutrition, maladies cardio-vasculaires et respiratoires, cancers,...)
- 2.4 Favoriser les soins palliatifs et d'accompagnement des patients qui souhaitent rester à domicile

Orientation

3

Accompagner les organisations ambulatoires pour porter les évolutions attendues

p. 20

- 3.1 Promouvoir l'utilisation des moyens et des outils de la coordination des soins
- 3.2 Soutenir prioritairement les zones fragiles ou susceptibles de le devenir
- 3.3 Instaurer un partenariat avec les universités (notamment le département universitaire de médecine générale) autour de la formation et de la démographie des professionnels de santé
- 3.4 Structurer le secteur ambulatoire par une meilleure coordination entre les professionnels autour du patient mais aussi l'articulation avec l'hospitalier et le médico-social, à l'échelle du bassin de santé

Glossaire

p. 26

Répartition des 33 bassins de santé

En Midi-Pyrénées, les soins du premier recours s'organisent dans 33 bassins de santé :



Le volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (SROS) a trois ambitions :

- Il détermine la stratégie régionale d'organisation des soins ambulatoires en définissant des priorités d'actions en matière de structuration de l'offre de soins du premier recours ;
- Il constitue un outil primordial 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 la modernisation de l'offre, notamment par le développement de structures ou de modalités d'exercice coordonné.

Il est un levier fondamental de la mise en place de nouvelles organisations susceptibles de relever les défis actuels du système de santé dans notre région : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, inégale répartition des professionnels de santé et contraintes budgétaires.

Il constitue le point de départ de la démarche de structuration de l'offre du premier recours que l'ARS mènera avec l'appui des dispositifs incitatifs créés par la loi HPST et de ceux prévus par les conventions nationales signées par les professionnels de santé libéraux et l'Assurance Maladie.

La première étape vise à faire émerger un projet de santé de bassin de santé conforme aux priorités stratégiques régionales de santé. Pour cela, l'ARS Midi-Pyrénées met en place une expérimentation d'animation des bassins de santé confiée aux professionnels de santé du premier recours.

Champ du volet ambulatoire du SROS :

Le volet ambulatoire du SROS concerne l'ensemble des professionnels et structures de ville du premier recours et les liens avec le deuxième recours sans distinction entre l'offre libérale et hospitalière, public et privée ; les prestations pouvant être apportées par l'un et par l'autre.

L'ARS est favorable à toute initiative visant à renforcer la coordination des professionnels du premier recours et avec les secteurs hospitalier et médico-social, à l'échelle du bassin de santé. Les pôles, maisons ou centres de santé qui se structurent dans la région ont vocation à contractualiser sur des objectifs avec l'ARS.

Il détermine également les actions à mettre en œuvre lorsque les besoins en implantations ne sont pas satisfaits, c'est-à-dire les projets structurants qui doivent se mettre en place pour assurer les fonctions du premier recours, améliorer l'accès aux soins, maintenir les professionnels de santé qui y exercent et favoriser l'installation de nouveaux.

La définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé, prévues à l'article L1434-7 du code de la santé publique, fait l'objet d'un arrêté du Directeur général de l'ARS.

Définition du premier recours et professionnels concernés :

Les soins du premier recours s'articulent autour de trois grandes fonctions :

- L'accès et l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement ;
- Le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social) ;
- Le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.

Il appartient à l'ensemble des professionnels de santé de participer à ces missions, qui ne sont pas exclusives de tel ou tel professionnel.

Toutefois, la loi HPST confère au médecin généraliste du premier recours et à l'équipe qui l'entoure un rôle majeur dans l'organisation et la mise en œuvre de ces fonctions. Les conventions contribuent également à l'évolution du positionnement et des missions de chaque professionnel de santé :

- **Le médecin traitant** est l'acteur essentiel de l'accès et de l'orientation du patient dans le système de santé, ainsi que le garant de la coordination des soins, responsable de la synthèse et du suivi global du patient.
- **Le pharmacien**, grâce au maillage des officines, et pour certains patients le seul contact avec le système de santé, a une forte capacité d'accueil et de conseils. De plus, la loi donne à ce professionnel un rôle important en matière de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé.
- **L'infirmier** participe à la coordination de proximité immédiate de la personne et des aidants, en lien avec le médecin traitant. Il est un maillon indispensable pour le maintien et les soins à domicile, notamment dans la prise en charge et le suivi des patients porteurs de pathologies chroniques, des personnes âgées et dans le cadre des soins palliatifs.
- **Le masseur-kinésithérapeute** est un acteur du système de santé. Il participe à la prévention et joue un rôle spécifique dans la prise en charge des patients présentant notamment des affections de l'appareil locomoteur, neurologiques ou respiratoires.
- **Le chirurgien-dentiste** a une place privilégiée dans la prévention des pathologies bucco-dentaires et leurs complications locales et générales. Il participe au repérage de pathologie chronique. Il souhaite adapter sa démarche en direction des personnes âgées dépendantes et handicapées qu'elles soient chez elles ou en établissements spécialisés.
- **La sage-femme** bénéficie d'un accès direct dans un cadre autorisé. Elle participe à la prévention et joue un rôle spécifique dans la prise en charge et le suivi des femmes, des couples et des familles au cours de la grossesse, et du nouveau né lors de la sortie de la maternité. Elle est un acteur du maintien et des soins à domicile en cas de grossesse pathologique.
- **Certains spécialistes** bénéficient aussi d'un accès direct dans un cadre autorisé : gynécologue, ophtalmologue, psychiatre ou neuropsychiatre, stomatologue, pédiatre. Ils s'inscrivent naturellement dans le premier recours et peuvent intervenir dans le deuxième recours à la demande du médecin traitant. Les autres spécialistes apportent leur expertise et si besoin mettent à disposition leur plateau technique.

Enfin, la loi HPST incite à un décloisonnement entre ville et hôpital avec une meilleure collaboration entre professionnels. L'offre de soins ambulatoires va donc au-delà du seul médecin généraliste. Elle comprend l'ensemble des professionnels de santé médicaux et paramédicaux qui y participent et contribuent à l'organisation et la réalisation des soins.

En conséquence, les projets structurants du volet ambulatoire du SROS privilégient une approche en terme de service rendu à la population par une équipe pluri-professionnelle partageant ses compétences au service du patient.

Cadre de l'offre de services du premier recours :

Dans cette approche managériale de l'organisation des soins ambulatoires, il est important de garder en mémoire le cadre de l'offre de service du premier recours et d'appréhender son évolution en tenant compte de quatre éléments :

- Le cadre législatif, réglementaire et conventionnel qui s'impose à tout professionnel du premier recours.
- Les recommandations professionnelles (sociétés savantes, Haute Autorité de Santé (HAS),...) qui cherchent à améliorer et harmoniser les pratiques, et permettent au patient de bénéficier du meilleur soin.
- L'évolution des attentes des usagers qui engage la responsabilité médicale, modifie le contexte assurantiel et conditionne de plus en plus les pratiques quotidiennes.
- L'organisation et le fonctionnement de « l'entreprise libérale » et de son équilibre économique et financier, les modes de rémunération et la gestion du temps pour chaque professionnel de santé : temps de soins, temps médico-administratif, temps de formation continue,....

Objectifs poursuivis par l'organisation des soins ambulatoires :

Centrée sur le patient au plus près de son environnement et respectant ses droits, l'organisation des soins ambulatoires vise à :

- Organiser son parcours de santé ;
- Favoriser son maintien ou son retour à domicile ;
- Eviter les hospitalisations inutiles ;
- Favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé.

L'organisation des soins ambulatoires s'appuie sur une démarche d'amélioration :

- De la continuité et de la coordination des soins et des services entre les acteurs de la santé ;
- Des conditions d'exercice des professionnels et d'accueil des jeunes (en formation et professionnels) pour améliorer l'attractivité des bassins de santé.

Afin de faciliter la coordination des soins entre les acteurs et d'apporter une réponse à l'important besoin d'échanges d'informations de santé nominatives exprimé par les professionnels de santé, l'ARS Midi-Pyrénées a chargé le GCS Télésanté Midi-Pyrénées :

- D'accompagner l'échange sécurisé des données de santé via la messagerie sécurisée ;
- De déployer le dossier médical personnel ;
- De poursuivre la mise en place du répertoire opérationnel des ressources ;
- De développer la télémedecine.

Le comité technique régional « Premier recours » (COTER) a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Soins du premier recours

Orientation

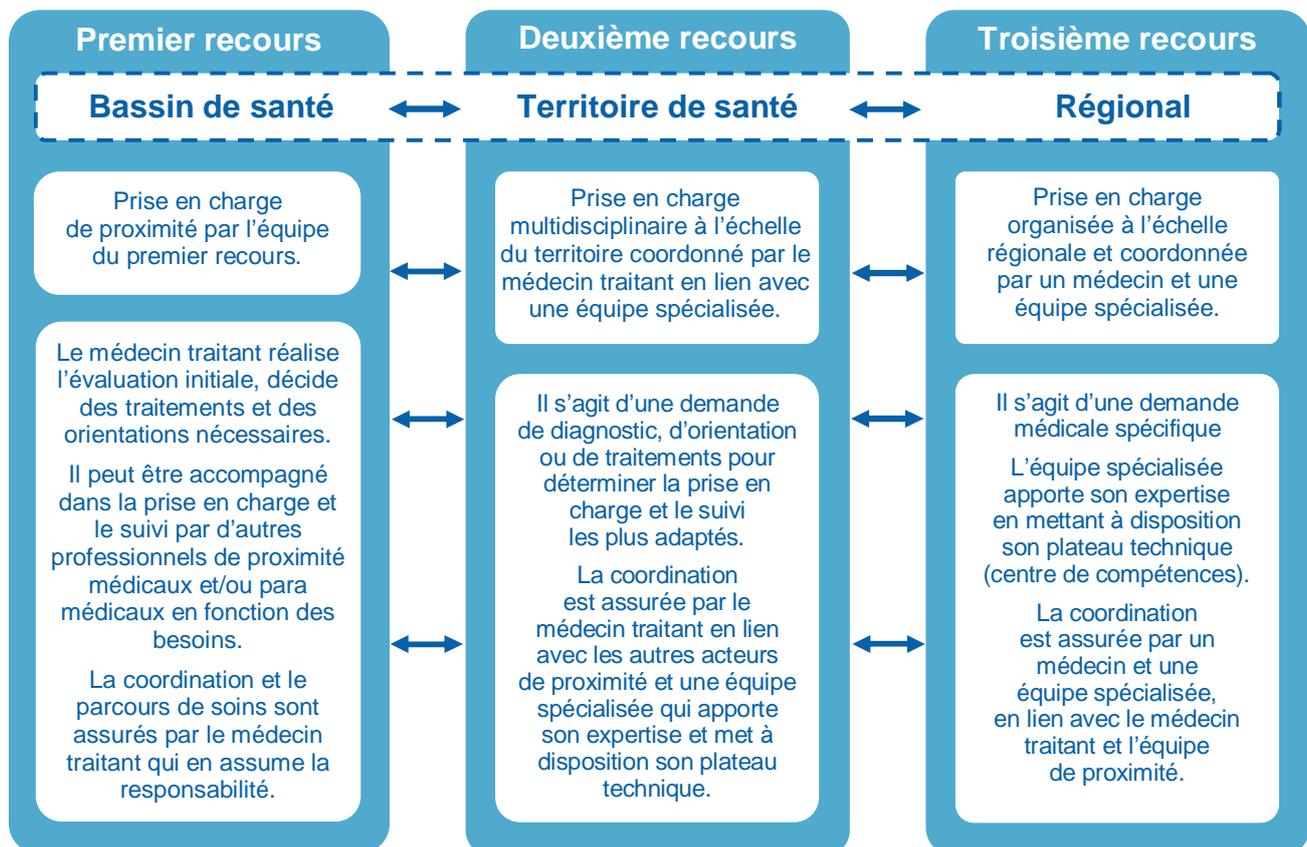
1

Garantir dans chaque bassin de santé une offre de soins et de services de santé de proximité répondant aux besoins du patient et de son parcours de santé

La gradation des soins a pour objet de promouvoir la notion de « bon soin au bon endroit avec le bon professionnel » et de privilégier, dans tous les cas où c'est possible, la prise en charge de proximité, en ambulatoire ou à domicile.

L'objectif est de répondre aux besoins du patient, d'organiser, de coordonner et de suivre son parcours de santé.

La gradation du parcours de santé du patient :



1.1 Positionner l'offre du premier recours au sein des bassins de santé

1.1.1 La nature de l'offre du premier recours

L'offre du premier recours recouvre :

- La prévention : repérage des populations et conduites à risque, conseils personnalisés, vaccinations, participation aux programmes de prévention ;
- Le dépistage : organisé (cancers du sein et du colon) - individuel (vis-à-vis des patients à risque et cancer du col de l'utérus) ;
- La prise en charge des pathologies aiguës et intercurrentes ;
- Le suivi et la prise en charge des pathologies chroniques avec notamment :
 - L'éducation thérapeutique,
 - Le maintien à domicile,
 - Les soins de support dont les soins palliatifs.

1.1.2 L'équipe du premier recours

La prise en charge du premier recours est assurée par le médecin traitant et l'équipe de proximité qui se constitue autour du patient : l'infirmier, le pharmacien d'officine, le chirurgien dentiste, le masseur kinésithérapeute, la sage-femme,... L'orthophoniste, l'orthoptiste et le pédicure-podologue viennent renforcer l'équipe en fonction des besoins. Ce sont les premiers interlocuteurs du patient qui l'orientent dans le système de soins, coordonnent les prestations et le suivent dans son parcours de santé.

L'offre du premier recours doit correspondre à une approche globale de la santé du patient et s'intégrer dans une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée.

1.1.3 Les services garantis par l'équipe du premier recours

L'équipe du premier recours doit garantir :

- Un délai de réponse ou un temps d'attente dans les situations aiguës et non urgentes d'une journée ;
- Un accès à des consultations et des soins non programmés ;
- Un accès à des consultations dédiées avec un suivi programmé pour les patients porteurs d'une maladie chronique ou complexe et les personnes âgées dépendantes maintenues au domicile ;
- La continuité des soins, notamment l'information des patients en cas d'absence et les conditions dans lesquelles est assurée la permanence des soins.

1.2 Préciser la nature des prestations spécialisées de proximité disponibles dans les bassins de santé

Pour soutenir les professionnels du premier recours dans leur démarche, éviter les retards de diagnostic, faciliter les prises en charge et éviter les hospitalisations inutiles, des dispositifs permettant un accès à certaines prestations spécialisées, publiques ou libérales, doivent être mis à la disposition des patients dans chaque bassin de santé.

1.2.1 Les dispositifs supports :

- **Imagerie médicale :**
 - Radiologie conventionnelle et échographie ;
 - Scanner pour les services d'accueil des urgences ayant plus de 10 000 passages et disposant d'un SMUR.
- **Biologie médicale :**
 - Lieux de prélèvements adaptés et conformes à la réglementation.

1.2.2 Les dispositifs de diagnostic, d'orientation et de traitements :

- **Cardiovasculaire :**
 - Explorations cardiologiques non invasives : électrocardiogramme de repos, échographie, échodoppler et mesure de l'index de pression systolique ;
 - Avis d'expertise et consultation avancée pour suivi : insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne et hypertension artérielle (HTA) sévère,...
- **Médecine interne et infectiologie, dermatologie :**
 - Avis d'expertise, éventuellement par télémédecine.
- **Rhumatologie, médecine physique et réadaptation :**
 - Avis d'expertise, consultation avancée ou par télémédecine.
- **Gériatrie :**
 - Évaluation de la situation de la personne ; contribution à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients ; orientation dans la filière de soins gériatriques et participation à l'organisation de la sortie de l'établissement en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile ; conseil, information et formation des équipes soignantes ;
 - Consultation mémoire, maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) et de maladies apparentées, unité de court séjour gériatrique ou lits spécifiques en service de médecine polyvalente, intervention d'une équipe mobile gériatrique ;
 - Avis d'expertise.
- **Endocrinologie et nutrition :**
 - Évaluation et prise en charge des personnes atteintes d'obésité ;
 - Suivi des diabétiques et dépistage des complications macro et micro-angiopathiques : rétinienne par rétinographie, réalisée par un orthoptiste ou un infirmier avec interprétation à distance par un ophtalmologiste ; examen du fond d'œil au biomicroscope dans les 15 jours suivant un dépistage positif ;
 - Équipe pluri-professionnelle, spécifique et coordonnée dédiée à la prévention et à la prise en charge des maladies métaboliques, pour accompagner les personnes à risque et pour promouvoir les comportements favorables à la santé dans les milieux de vie et de travail.
- **Pleuro-pulmonaire :**
 - Radiographie pulmonaire, exploration fonctionnelle respiratoire ;
 - Avis d'expertise, consultation avancée ou par télémédecine pour le suivi des patients asthmatiques ou atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).
- **Gynéco-obstétrique, pédiatrie :**
 - Accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG médicamenteuse ou instrumentale) ;
 - Suivi de la grossesse et consultation psycho sociale du 4^{ème} mois de la grossesse ;
 - Suivi de la mère et de l'enfant à la sortie de la maternité, suivi pédiatrique ;
 - Équipe pluri-professionnelle et coordonnée (médecin généraliste, gynécologue, sage femme, pédiatre, puéricultrice,...) organisée autour de la maternité ou du centre périnatal de proximité ou d'un pôle ou d'une maison de santé et en collaboration avec le service de protection maternelle et infantile.
- **Psychiatrie :**
 - Avis d'expertise, consultation avancée ou par télémédecine pour la prise en charge et le suivi des enfants, des adolescents et des adultes ;
 - Suivi et prise en charge des pathologies chroniques par une offre libérale, vacation ou autres ;
 - Centre Médico-Psychologique (CMP) ou Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP), Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).
- **Dentisterie générale :**
 - Éducation à l'hygiène dentaire dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
 - Soins dentaires sous Mélange Equimoléculaire Oxygène-Protoxyde d'Azote (MEOPA) aux personnes à mobilité réduite ou en situation de handicap, réalisés en établissement de santé par des chirurgiens dentistes formés.
- **Chirurgie orthopédique et digestive :**
 - Consultations avancées.

1.2.3 Les dispositifs de maintien et de soins à domicile :

Les équipes de proximité qui se constituent autour du patient assurent une forte part du maintien et des soins à domicile.

Ils doivent pouvoir recourir ou s'appuyer en fonction des besoins du patient à des structures et services :

- **Sanitaires :**
 - Intervention d'un service d'hospitalisation à domicile (HAD) ;
 - Intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ;
 - Intervention d'un réseau de santé.
- **Médico-sociaux :**
 - Pour personnes âgées :
Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ;
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), adapté à la prise en charge des personnes les plus dépendantes, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.
 - Pour personnes handicapées (déficience intellectuelle, mentale, sensorielle, motrice et handicap psychique) :
Enfants et adolescents : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) ;
Adultes : Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ; Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).
- **Sociaux :**
 - Travailleurs sociaux ;
 - Professionnels du maintien à domicile : auxiliaires de vie sociale, gardes-malades à domicile,....
- **Soutien psychologique :**
 - Psychologue.
- **Service de transport sanitaire dans le bassin.**

1.2.4 Les activités de soins en établissement de santé :

- **Service d'accueil des urgences** (à l'exception des bassins de Nogaro, l'Isle Jourdain et Espalion).
- **Service de médecine polyvalente.**
- **Courts séjours gériatriques et lits identifiés en gériatrie.**
- **Service de soins de suite et de réadaptation non spécialisé**
- **Service de soins de suite et de réadaptation avec mention « Personnes âgées polypathologiques ou à risque de dépendance »** (à l'exception des bassins de Nogaro, l'Isle Jourdain).

1.3

Préciser les modalités d'accès aux prestations spécialisées de proximité dans les bassins de santé et les professionnels et structures sollicités

Les évolutions actuelles autorisent des modes d'intervention variés : consultation, consultation avancée, vacation, exercice multi-site, délégation de tâche dans le cadre d'un protocole de coopération validé par la Haute Autorité de Santé (HAS), télé-médecine, télé-expertise. Les locaux d'un établissement, d'un cabinet, d'une maison de santé ou d'une collectivité locale peuvent être mis à disposition.

Les professionnels sollicités sont des spécialistes d'organe ou des médecins généralistes formés.

Les modalités d'accueil, d'accès et d'organisation de la continuité des soins sont définies entre les professionnels du premier recours et les praticiens spécialistes au sein des bassins de santé ou font l'objet d'un travail du COTER premier recours. Elles sont partagées et valorisées, et font l'objet de retours d'expérience.

Ces modalités portent notamment sur :

- Les conditions d'accès à un avis d'expert pour décider d'une prise en charge, dégager une conduite à tenir, adapter un traitement, et en particulier au sein de l'équipe de proximité où l'infirmier doit pouvoir joindre le médecin traitant pour la réalisation des prescriptions.
- Les conditions d'accès à un plateau technique spécialisé de proximité (2^{ème} recours) pour éviter de passer obligatoirement par une hospitalisation ou un service d'accueil des urgences (notamment pour les personnes âgées).
- L'organisation de l'entrée d'un patient dans l'établissement sans passer obligatoirement par les urgences.
- L'organisation du suivi post hospitalisation : compte rendu d'hospitalisation, ordonnance au pharmacien, protocoles de soins pour l'infirmier, protocoles de suivi ; respect d'un délai de transmission des informations médicales à l'équipe de proximité.
- Le retour à domicile suite à une chirurgie ambulatoire : le patient doit pouvoir être accueilli par une équipe de proximité (médecin traitant, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pharmacien) disponible et coordonnée avec l'équipe spécialisée. Les conditions et modalités d'organisation sont définies en commun. Les procédures doivent être écrites et concertées, avec coordination assurée par le médecin traitant et diffusion par les établissements et professionnels médicaux de deuxième recours.

Un numéro de téléphone dédié aux professionnels de santé est mis en place dans les établissements de santé de bassin leur permettant un recours pertinent aux prestations spécialisées, en évitant si possible l'hospitalisation.

Une réflexion sur la place et les modalités d'utilisation des transports sanitaires sera mise en place en concertation avec l'ensemble des partenaires et professionnels du premier recours.

1.4 Ajuster le dispositif de permanence des soins ambulatoires aux besoins à couvrir justement mesurés pour en atténuer les contraintes

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 modifient le cadre réglementaire de la permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA), afin d'apporter souplesse et cohérence à son organisation et son pilotage pour répondre à un double enjeu :

- Améliorer la qualité de l'accès aux soins des personnes qui cherchent un médecin aux heures de fermeture des cabinets médicaux ;
- Accroître l'efficacité du dispositif, en l'adaptant aux spécificités des bassins de santé tant au niveau des ressources humaines que des contraintes géographiques.

Son organisation fait l'objet d'un cahier des charges régional (CCR) qui précise :

- L'organisation de la régulation des appels ;
- L'organisation générale de l'offre de soins de PDSA pour chaque département et notamment :
 - Le nombre d'effecteurs ;
 - Les modalités d'effectif et notamment la mention des lieux fixes de consultation ;
 - Les modalités de participation des établissements sanitaires à la PDSA le cas échéant ;
- L'information de la population ;
- La rémunération forfaitaire des personnes participant aux gardes de PDSA et à la régulation médicale (dans des limites définies par arrêté et sur la base d'une enveloppe fermée) ;
- Les indicateurs de suivi et des conditions d'évaluation du fonctionnement de la PDSA (notamment l'impact sur l'évolution de l'activité des services des urgences).

L'arrêté fixant le cahier des charges régional est pris par le Directeur général de l'ARS, après avis des CODAMUPS, de la CRSA et de l'URPS des médecins. Les conditions propres aux départements sont soumises au CDOM et au préfet de département.

Orientation

2

Centrer dans chaque bassin de santé l'action des professionnels du premier recours autour des priorités de santé publique

Le projet de santé du bassin de santé définit les objectifs en matière de qualité des prestations et rend lisible les modes d'organisation et de fonctionnement :

- Il procède d'une approche globale du patient et de son parcours de santé ;
- Il répond aux besoins de santé du bassin tels qu'ils ressortent des données sur l'état de santé des bassins fournies par l'ARS ;
- Il tient compte des priorités stratégiques régionales, déclinées ci-après en objectifs opérationnels ;
- Il se concentre dans un premier temps sur un nombre limité de priorités, de façon à démontrer son efficacité.

Il concerne tous les professionnels et structures du premier recours qui l'élaborent, le mettent en œuvre et le suivent à travers un travail de coordination pluri-professionnel dans un esprit d'équipe.

L'objectif est de faire des professionnels de santé du premier recours des acteurs de santé publique, pour porter dans les bassins de santé les priorités stratégiques régionales et relever les enjeux de santé publique de notre région.

2.1 Développer des approches de santé publique, de prévention, de dépistage et d'éducation pour la santé

Chaque professionnel de santé du premier recours veille à cibler son approche sur les priorités régionales pour en améliorer les performances.

2.1.1 Utiliser systématiquement « les outils de repérage » et prendre en charge les patients ou les orienter si nécessaire

Les professionnels du premier recours qui occupent une place privilégiée, peuvent et doivent au quotidien adopter une posture professionnelle de repérage et de prévention plus particulièrement ciblée sur :

- Les comportements à risque vis-à-vis de l'alcool et du tabac ;
- Le surpoids et l'obésité ;
- Les jeunes qui se livrent à des conduites à risque ;
- Les signes d'anxiété et de dépression ;
- Le risque cardiovasculaire global.

Ainsi repéré, le patient fait l'objet d'une prise en charge spécifique par le médecin du premier recours dans le cadre de consultations dédiées avec un suivi programmé.

Il peut, en fonction de la situation et des besoins, s'appuyer sur les différents professionnels du premier recours ou se rapprocher, se coordonner ou, en cas de comorbidités ou de complications associées, orienter le patient vers :

- Un autre spécialiste de proximité ;
- Une unité de coordination en tabacologie ;
- Une équipe multidisciplinaire de prise en charge de l'obésité ;
- Une consultation d'addictologie ;
- Un dispositif d'accueil et d'écoute des jeunes (maison des adolescents, point écoute,...) ;
- Un dispositif de soutien à la parentalité.

2.1.2 Développer une stratégie structurée de dépistage et de vaccination

Compte tenu des résultats insuffisants constatés dans notre région, les professionnels du premier recours doivent :

- Renforcer leur participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon.
- Cibler le dépistage individuel :
 - Sur le cancer du col de l'utérus :
La pratique du frottis cervico utérin peut être réalisée par le médecin généraliste mais aussi par d'autres professionnels de santé formés comme les gynécologues médicaux et les sages femmes ;
 - Sur les maladies chroniques :
Des stratégies de dépistage des patients à risque figurent dans les recommandations de bonnes pratiques (sociétés savantes, HAS). Leur diffusion doit être promue et chaque professionnel de santé du premier recours doit jouer un rôle de relais auprès des patients.
Certains pharmaciens ont expérimenté l'utilisation de lecteurs de glycémie pour dépister le diabète, celle d'appareils de mesure du souffle pour l'asthme et la BPCO et d'appareils d'auto mesure de la tension artérielle pour l'hypertension artérielle. Ces expériences doivent être encouragées, voire codifiées et généralisées.
Un questionnaire d'autorepérage sélectionné par les COTER « Premier recours » et « Maladies chroniques » sera largement diffusé auprès de la population permettant de cibler les personnes à risque. Sa diffusion pourra être relayée par les professionnels du premier recours : pharmacien, infirmier...
- Faire porter leur effort sur les vaccinations contre la rougeole, la grippe et le tétanos, mais également contre la coqueluche et le pneumocoque.

Une stratégie structurée consiste pour les médecins traitants et les infirmiers à repérer les populations cibles dans leurs patientèles, mettre en place des alertes et faire des rappels auprès de leurs patients. Les logiciels de tenue des dossiers médicaux fournissent ces fonctions. Les pharmaciens d'officine étudieront la possibilité d'utilisation du dossier pharmaceutique qu'ils rendront compatible avec le dossier médical personnel.

2.2 Favoriser l'autonomie des personnes en situation particulière de fragilité (personnes âgées et handicapées) et faciliter leur maintien à domicile

2.2.1 Retarder l'âge d'entrée en dépendance par la prévention des risques liés à l'âge

Les professionnels de santé du premier recours doivent s'impliquer dans le projet régional de préservation de l'autonomie, mis en œuvre par le Gérontopôle, qui prévoit de :

- Repérer les personnes fragiles et/ou isolées : Tous les professionnels de santé du premier recours ont un rôle important à jouer sur cet axe là, et notamment le pharmacien, l'infirmier, le médecin généraliste et tous les acteurs du domicile.
- Évaluer leur situation : Le médecin traitant et/ou l'équipe de proximité, dès l'apparition des premiers troubles mnésiques ou de fragilités, pose l'indication d'une évaluation médicale et sociale approfondie et adaptée. Si nécessaire, il adresse le patient à la « plate forme d'évaluation et d'orientation gérontologique » qui est créée dans chaque territoire de santé. Un programme de prévention personnalisé élaboré avec la personne âgée et son entourage, lui est proposé.
- Agir pour préserver leur autonomie : Ce programme utilise les ressources locales proposées par les différents partenaires (Collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale, Mutualité, associations...). Il est mis en œuvre par le médecin traitant, accompagné si besoin par l'équipe de proximité, avec un suivi périodique (médical et social) et un soutien à la famille.

2.2.2 Prévenir les hospitalisations injustifiées chez la personne âgée

Dans certaines situations, l'hospitalisation peut être plus nuisible que bénéfique et être à l'origine de troubles du comportement, de désorientation, de régression ou de perte d'autonomie,...

Les professionnels de santé du premier recours doivent veiller à :

- Avoir une bonne connaissance du champ de compétence et du métier de chaque professionnel de santé intervenant dans le domaine du premier recours, et des outils mis à disposition :
 - Diagnostic et projet de soins infirmiers (PSI),
 - Diagnostic et projet de soins kinésithérapiques ;
 - Dossier pharmaceutique qui devra être compatible avec le dossier médical personnel.
- Prévenir la survenue ou l'aggravation de la maladie en :
 - Promouvant les actions de prévention vis-à-vis des personnes âgées (vaccinations contre la grippe et le pneumocoque, bonne hydratation, alimentation équilibrée, hygiène bucco-dentaire,...), mais aussi vis-à-vis des professionnels de santé (lavage des mains, port de masque, vaccinations, ...) :
 - Améliorant l'observance aux traitements.
- Utiliser les outils permettant d'assurer la sécurité des prescriptions :
 - Les démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques (EPP et DPC) ;
 - Les logiciels d'interactions médicamenteuses ;
 - La dispensation des médicaments : préparation du pilulier par les infirmiers.
- Prendre l'avis, si besoin, de l'équipe du plateau technique référent de gériatrie pour des expertises complémentaires :
 - Avis directs ou interventions brèves auprès des patients qui posent problème ;
 - Avis indirects sans voir le patient (télémédecine, télé-expertise) sous forme de RCP.
- Évaluer le bénéfice/risque de l'hospitalisation et les possibilités de soins à domicile ou en institution (y compris l'hospitalisation à domicile) pour en poser l'indication :
 - Évaluer les aides nécessaires, leur nature, leur périodicité (mensuelle, hebdomadaire, quotidienne, pluriquotidienne), leur caractère prévisible ou non ;
 - Évaluer l'état de dépendance, l'acceptation de la maladie et du traitement ;
 - Évaluer le pronostic médical, fonctionnel, psychologique et social ;
 - Anticiper le futur lieu de vie : domicile ou institution ?
 - Recueillir le consentement du patient et de sa famille ;
 - Coordonner les équipes qui se constituent autour du patient et des aidants.

En EHPAD, les professionnels de santé du premier recours doivent s'appuyer sur les protocoles de prise en charge élaborés au sein de l'établissement et la rédaction de prescriptions anticipées pour éviter les hospitalisations en urgence.

2.3 Coordonner le parcours de santé du patient atteint d'une maladie chronique (diabète-nutrition, maladies cardio-vasculaires et respiratoires, cancers, ...)

La coordination du parcours du patient porteur d'une maladie chronique est assurée par le médecin traitant, en lien avec les autres acteurs de proximité et l'équipe spécialisée qui apporte son expertise et met à disposition son plateau technique.

2.3.1 Positionner le médecin traitant et l'équipe de proximité dans leur rôle d'interlocuteur privilégié du patient et de sa famille

Les liens et la façon de travailler ensemble autour du patient doivent :

- Favoriser le rôle du médecin traitant et de l'équipe de proximité lors de l'annonce du diagnostic avec une recherche de :
 - Cohérence dans la continuité de l'information entre l'équipe spécialisée et l'équipe de proximité ;
 - Rapidité dans les échanges d'information médicale.
- Favoriser les prises de décision collectives impliquant le patient :
 - En cancérologie mais aussi dans les situations complexes des autres maladies chroniques, l'équipe spécialisée veille à prendre en compte l'avis des professionnels du premier recours et à inviter systématiquement le médecin traitant aux réunions de concertation pluri-professionnelles ;

- Des réunions de l'équipe soignante autour du patient dans les situations complexes sont organisées par le médecin traitant ;
- Le médecin traitant doit s'appuyer sur les outils de la télé médecine et de la télé expertise.
- Permettre à chaque patient atteint d'une maladie chronique de bénéficier d'une synthèse de son état de santé et d'un projet de prise en charge personnalisée : stratégie programmée de suivi et de prise en charge pour les diabétiques, plan personnalisé de soins (PPS) pour les patients atteints d'un cancer, projet d'accueil individualisé (PAI) pour les enfants atteints de troubles de santé ou d'apprentissage évoluant sur une longue période. Ils sont élaborés et remis au patient ou aux parents par le médecin traitant.
- Prévenir les effets iatrogènes de la polymédication et les hospitalisations qui s'y rapportent, en renforçant les relations entre le médecin traitant, coordonnateur de la prescription, l'infirmier et le pharmacien qui doivent l'alerter sur les risques : utilisation du dossier pharmaceutique et de logiciels d'interactions médicamenteuses. Référent de la prescription, le médecin traitant bénéficie aussi d'avis d'expert en médecine interne par l'identification d'un interlocuteur territorial. Des « Staff téléphoniques » sont organisés à sa demande, réunissant plusieurs prescripteurs pour un même patient.
- S'appuyer si besoin sur les réseaux de santé territoriaux pour la prise en charge complexe de patients porteurs de maladie chronique.
- Participer aux prises en charges spécialisées :
 - Consultations alternées en cancérologie.
 - Expérimentation du suivi psychiatrique ambulatoire par les infirmiers libéraux (Haute-Garonne et Hautes-Pyrénées).

2.3.2 Permettre aux patients atteints d'une maladie chronique d'accéder à une éducation thérapeutique dans le bassin où ils résident

L'éducation thérapeutique « vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie » (OMS). Elle améliore l'efficacité des soins et rend le patient acteur de sa prise en charge.

Afin de permettre l'accès du plus grand nombre de patients, elle doit s'exercer prioritairement en proximité de leur lieu de vie et être assurée ou relayée par des équipes du premier recours :

- Des appels d'offres annuels sur trois thèmes prioritaires régionaux (diabète-nutrition, pathologie cardiovasculaire, pathologie respiratoire) sont lancés auprès des professionnels de santé du premier recours.
- Les professionnels de santé du premier recours volontaires doivent se former à l'éducation thérapeutique pour pouvoir proposer des programmes : l'université met en place un diplôme d'éducation thérapeutique permettant cette formation (40 heures de formation obligatoires). Les organismes agréés FMC/EPP (futur DPC) de libéraux proposent des programmes de formation à l'ETP.
- Ils peuvent constituer une équipe d'éducation thérapeutique (médecin, infirmier ou pharmacien ou diététicien ou ergothérapeute ou éducateur physique ou kinésithérapeute,...) et développer des programmes conformes au cahier des charges, en s'appuyant éventuellement sur EVACET qui les accompagne dans leur élaboration et leur mise en place.

Les programmes d'éducation thérapeutique existants et leurs promoteurs dans les bassins de santé sont portés à la connaissance des professionnels de santé du premier recours sur la Plate-forme d'appui aux professionnels de santé de Midi-Pyrénées (PAPS).

L'inter-professionnalité, le décloisonnement ville/hôpital et la fluidité du parcours du patient trouvent ici toute leur signification.

Le médecin traitant, garant de la coordination des soins, est l'animateur de l'équipe de proximité qui est constituée autour du patient :

- Il organise des réunions régulières de l'équipe soignante (infirmier, masseur-kinésithérapeute, psychologue) au domicile du patient en s'appuyant, si nécessaire sur l'équipe mobile de soins palliatif (EMSP) ou le réseau de santé ou l'HAD ;
- Il favorise les prises de décision collectives et partagées ;
- Il rédige des prescriptions anticipées.

L'infirmier, acteur de proximité souvent le plus à l'écoute, le plus disponible et le plus proche du patient et de sa famille, participe activement à la coordination des soins à domicile.

Le pharmacien d'officine, en lien avec les prestataires du secteur d'activité, informe et guide le patient sur la mise en place de matériels et d'équipements (achat ou location) et des fournitures nécessaires à son maintien à domicile : protections contre l'incontinence, alimentation entérale, etc...

L'orientation du patient et de son entourage par les professionnels du premier recours vers des travailleurs sociaux doit permettre de les informer et de les guider sur les prestations nécessaires à son maintien à domicile : gardes malades, auxiliaires de vie, service de repas, etc...

Dans les situations palliatives lourdes et complexes, à domicile comme en institution, le médecin traitant et l'équipe de proximité peuvent solliciter l'hospitalisation à domicile (HAD).

En fin de vie, les professionnels de santé peuvent orienter le patient et son entourage, s'ils le souhaitent, vers les associations de bénévoles et conseiller le recours à un psychologue.

Il faut souligner l'importance de la communication entre l'équipe soignante et les proches du patient pour préserver leur santé. Tous les professionnels de santé du premier recours, intervenants auprès du patient, sont vigilants sur l'état de santé de l'aidant quel que soit son âge ; ils lui proposent si nécessaire les dispositifs de soutien et les solutions de répit existant dans le bassin de santé.

Orientation

3

Accompagner des organisations ambulatoires pour porter les évolutions attendues

La vision actuelle de l'ambulatoire, également partagée par les professionnels de santé, est celle d'un secteur « morcelé » à différents niveaux :

- Régionalement : disparités de répartition des professionnels de santé ;
- Professionnellement : faible niveau de collaboration entre professions de santé et avec les établissements (sanitaires et médico-sociaux) ;
- Financièrement et socialement : inégalités entraînant des disparités dans l'accès aux soins.

A cet éclatement du paysage s'ajoute une évolution démographique défavorable de certaines professions de santé pouvant entraîner à terme une désertification médicale de multiples zones.

Dans une vision dynamique des transformations de l'offre de santé, la mise en cohérence de l'offre de proximité au niveau des offreurs de soins qu'ils soient en activité individuelle, regroupée ou au sein d'établissements, est l'élément essentiel pris en compte par l'ARS.

La diversité des réponses qu'ils apportent ne doit pas être un frein à une logique d'ensemble.

L'objectif est de mobiliser et responsabiliser les professionnels de santé dans l'organisation de l'offre de soins et de services dans les bassins de santé, en les incitant à se coordonner et en leur confiant l'animation de l'organisation des parcours de santé dans les bassins de santé.

L'exercice coordonné, sous tous ses aspects, est la modalité pratique d'organisation et de soins que l'ARS souhaite développer.

Au-delà de la réponse à donner à la problématique démographique, l'objectif à long terme est toujours d'améliorer le service médical rendu aux patients et les conditions d'exercice des professionnels de santé.

3.1 Promouvoir l'utilisation des moyens et des outils de la coordination des soins

L'exercice coordonné s'appuie sur une concertation autour de la prise en charge du patient et un partage d'expériences. Il se traduit par un échange d'informations médicales et une analyse des pratiques.

3.1.1 Développer les techniques de communication partagées, informatisées et sécurisées

En 2011, afin de faire avancer la e-santé et de développer les technologies numériques au service de la politique régionale de santé, l'ARS Midi-Pyrénées a accompagné la structuration de l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS) et en a confié la maîtrise d'ouvrage au GCS Télésanté Midi-Pyrénées, structure de coopération fédérant professionnels de santé libéraux, établissements sanitaires et médico-sociaux, usagers et partenaires institutionnels.

Dans cet espace, se déploient des services métiers mais également des outils et supports technologiques qui doivent être intégrés aux pratiques professionnelles et répondre aux besoins des professionnels de santé, afin de favoriser les échanges et le partage d'information pour une meilleure coordination des prises en charge.

Ainsi, afin de favoriser le développement des coopérations des acteurs en santé et d'apporter une réponse à l'important besoin d'échanges d'informations de santé nominatives exprimé par les professionnels de santé, plusieurs chantiers prioritaires ont été confiés par l'ARS Midi-Pyrénées au GCS Télésanté Midi-Pyrénées.

Le Dossier médical personnel (DMP), aujourd'hui techniquement opérationnel sur l'ensemble du territoire national, constitue l'outil central de la coordination des soins au service du patient. Dès 2012, le territoire du Tarn constitue le territoire pilote de déploiement et mobilise fortement le GCS Télésanté Midi-Pyrénées. Celui-ci accompagne également l'ensemble des acteurs de la région, soit pour répondre aux dynamiques de coopération et de coordination des bassins de santé expérimentateurs, soit pour soutenir les acteurs de santé (établissements et libéraux) se lançant sur le DMP.

En complément du DMP, le GCS Télésanté est chargé d'accompagner dès 2011 l'échange sécurisé des données de santé via la messagerie sécurisée, en assurant une certaine cohérence au niveau de la région dans l'intérêt des professionnels et des patients, dans l'attente du système national annoncé pour 2013. L'ASIP Santé vient de publier un appel d'offre relatif à la fourniture d'un service d'échange d'informations de santé entre acteurs de santé, et à moyen terme du domaine social, appelé « Messagerie Sécurisée de Santé Unifiée » (MSSU).

La poursuite de la mise en place du Répertoire opérationnel des ressources (ROR), son articulation avec les annuaires et les référentiels (Référentiel des Acteurs Santé Social – RASS) doit permettre aux professionnels de disposer d'une cartographie fiable et actualisée de l'offre de soins afin d'optimiser l'orientation des patients, notamment dans le cadre de la gradation des soins.

Enfin, l'ARS Midi-Pyrénées inscrit le développement de la télémédecine au service du premier recours, comme l'une des priorités de son Projet régional de santé, avec la volonté de faire passer la télémédecine d'un stade où les usages restent encore confidentiels à une phase de généralisation. Son usage dans les territoires constitue une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis auxquels fait face le système de santé.

Le Programme régional de télémédecine vient compléter et décliner de façon opérationnelle ces orientations.

En parallèle, les professionnels de santé du premier recours doivent poursuivre et mettre à jour l'informatisation de leur cabinet. La plupart des logiciels métier sont compatibles avec le DMP.

3.1.2 Développer les réunions d'échange/concertation/coordination pluri-professionnelles

Ces réunions permettent aux professionnels de santé de :

- Soumettre à la discussion les problèmes soulevés dans la pratique clinique (soins ou organisation) ;
- Adopter et/ou participer à l'adaptation ou l'actualisation de protocoles de soins, en référence à des données de la science de type Evidence based medicine (EBM) et de les mettre en œuvre ;
- Analyser et suivre les améliorations mises en place, à l'aide de critères, indicateurs ou paramètres cliniques notés dans les dossiers.

Elles sont, actuellement et le plus souvent, mono-disciplinaires (groupes de pairs, groupes d'analyse de pratique, groupes d'échange de pratique, groupes qualité,...) et doivent évoluer vers l'inter et le pluridisciplinaire dans un cadre territorial.

L'ARS met en place un partenariat avec les URPS et le COTER « Premier recours » pour étudier les possibilités :

- D'une montée en charge progressive : « Groupes de développement professionnel continu (DPC) pluri et interprofessionnels » ;
- D'intégrer les priorités régionales du PRS dans les thèmes nationaux du DPC ;
- De permettre aux participants de valider ainsi leur obligation légale.

3.1.3 Développer les pôles et les maisons de santé pluri-professionnelles

Les pôles et maisons de santé pluri-professionnels (MSP) sont des organisations en pleine émergence. Ils constituent des structures d'avenir dans l'accès aux soins du premier recours :

- Ils doivent être implantés prioritairement dans les zones fragiles pour favoriser une bonne répartition des professionnels de santé ;
- Ils doivent être attractifs et favoriser le maintien des professionnels de santé : il est important qu'ils puissent être un terrain de stage pour les internes en médecine générale ainsi que pour les étudiants des autres professions de santé ;
- Ils sont dotés d'un projet de santé et professionnel qui comporte au moins les points suivants :
 - Démarche inter et pluri-professionnelle,
 - Mutualisation des moyens matériels,
 - Système d'information partagé et messagerie sécurisée,
 - Coordination de l'exercice : des professionnels de santé au sein de la structure elle-même, mais aussi avec ceux des établissements sanitaires et médico-sociaux de proximité,
 - Accès à des consultations non programmées,
 - Nouvelles formes de prises en charge, notamment par le biais de l'éducation thérapeutique du patient.
- L'accueil et le secrétariat commun sont des éléments intrinsèques de l'organisation et de la coordination ;
- La télémédecine y sera installée de façon prioritaire. Elle permettra aux professionnels de santé d'organiser des télé-consultations et d'accéder à la télé-expertise en lien avec les établissements de santé et médico-sociaux ;
- Ils peuvent mettre enfin à disposition des locaux pour des consultations spécialisées décentralisées.

Pour étudier les possibilités d'implantation dans la région, l'ARS s'appuie sur l'instance régionale où l'ensemble des acteurs concernés sont représentés, en particulier les professionnels de santé et les élus.

L'ARS accompagne les acteurs du premier recours dans leurs démarches et initiatives locales, notamment pour veiller à la faisabilité et la viabilité du projet. Elle développe avec les pôles et maisons de santé pluri-professionnelles, une politique contractuelle autour d'un cahier des charges des services à rendre et la possibilité de signature de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Cette contractualisation peut engager d'autres partenaires, notamment les collectivités territoriales et l'assurance maladie.

Les pôles et maisons de santé pluri professionnelles qui s'implantent dans des zones situées à plus de 30 minutes d'un site d'accueil des urgences peuvent être sollicités pour être un point relais d'accueil des urgences. Un cahier des charges sera élaboré en lien avec les COTER concernés (salles d'accueil, formation des professionnels,...).

De nouveaux modes de rémunération sont en cours d'expérimentation : ils concernent la coordination, les nouveaux services au patient dont l'éducation thérapeutique, les protocoles de coopération entre professionnels de santé et des nouvelles modalités de financement, en complément du paiement à l'acte (forfait...). Ces expérimentations ne concernent pour l'instant que quelques maisons, pôles et centres de santé. Leur pérennisation et leur généralisation sont soumises aux résultats des évaluations menées en 2014.

3.1.4 Accompagner les réseaux dans leur évolution

Il existe une vraie convergence d'organisation et d'objectifs entre réseaux et pôles de santé :

- La coopération entre professionnels de santé ;
- La coordination dans la prise en charge du patient ;
- L'informatisation des données (facilite la communication entre professionnels de santé).

Les réseaux territoriaux participent à la coordination du parcours de soins pour des pathologies chroniques, lourdes et complexes au niveau sanitaire et social. Ils font l'objet d'une évaluation de leur action.

Les réseaux régionaux peuvent intervenir en tant qu'appui (apport de bonnes pratiques transversales,...) à la demande du premier recours et en se ciblant sur les parcours de santé qui le nécessitent. En plus des missions réglementaires, ils peuvent se voir attribués des objectifs régionaux spécifiques.

RESOMIP est chargé de la coordination des réseaux de santé de la région en lien avec l'ARS et d'apporter une fonction support pour des expériences innovantes (expérimentation de l'animation des bassins de santé).

3.1.5 Encourager les protocoles de coopérations entre professionnels de santé

L'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) définit la coopération entre professionnels de santé comme suit : « *par dérogation aux conditions légales d'exercice, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient* ».

Les protocoles de coopération sont issus du terrain et formalisés par une lettre d'intention adressée à l'ARS qui rencontre les professionnels concernés pour définir les contours du protocole : objet et nature de la coopération, liste des actes dérogatoires, réponse à un besoin de santé régional et cohérence avec le PRS.

L'ARS accompagne les professionnels dans l'écriture du protocole, pour décrire le processus et procéder à une analyse des risques. Une concertation régionale est systématiquement effectuée avec les URPS et les Ordres des professions concernées ainsi que les sociétés savantes visées par le protocole, avant envoi à la HAS.

Suite à avis favorable de la HAS, le Directeur général de l'ARS publie un arrêté autorisant le protocole. Il s'agit d'un arrêté autorisant nominativement les professionnels à l'origine de la demande. D'autres arrêtés peuvent être pris pour étendre ce même protocole à d'autres professionnels ou pour étendre un protocole autorisé dans une autre région. Les professionnels qui souhaitent mettre en place un protocole déjà autorisé doivent faire la démarche d'adhérer à ce protocole.

3.2 Soutenir prioritairement les zones fragiles ou susceptibles de le devenir

3.2.1 Favoriser l'installation et le maintien de professionnels de santé en zones fragiles

La définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des pôles de santé, des maisons de santé et des centres de santé, prévues à l'article L 1434-7 du code de la santé publique fait l'objet d'un arrêté du Directeur général de l'ARS.

Il s'agit :

- Des aides de l'État et notamment des contrats d'engagement de service public ;
- Des aides conventionnelles de l'Assurance maladie : options « démographie » et « santé solidarité territoriale » pour les médecins, les « contrats incitatifs » pour les masseurs kinésithérapeutes, les infirmiers, les sages femmes et les orthophonistes ;
- Des aides des collectivités territoriales.

3.2.2 Proposer des alternatives lorsque l'offre libérale ne permet pas de répondre aux besoins

Quand une difficulté de renouvellement en professionnels de santé est identifiée dans la région, l'ARS, en collaboration avec le préfet, les élus, l'assurance maladie, les URPS, les ordres professionnels et les professionnels de santé de la zone concernée, étudie, au cas par cas, le niveau de carence et propose des solutions tenant compte des possibilités d'accueil et de financement.

Les solutions apportées revêtent des modes d'exercices différents selon les situations :

- Organisation de professionnels autour d'un établissement de santé de proximité ;
- Consultations décentralisées, remplacement, vacation ;
- Pôle ou maison de santé pluri-professionnelle ;
- Exercices multi-sites ;
- Centres de santé.

Les collectivités locales et territoriales sont sollicitées pour apporter leur soutien logistique ou financier et leur appui en locaux et secrétariat.

En collaboration avec les ordres professionnels et les URPS, l'ARS met en place et diffuse sur la PAPS, une « bourse d'emploi et de remplacement » des postes disponibles et des étudiants et professionnels de santé volontaires, susceptibles de venir renforcer l'offre de soins.

3.3 Instaurer un partenariat avec les universités (notamment le département de médecine générale) autour de la formation et de la démographie des professionnels de santé

3.3.1 Développer des terrains de stage notamment en milieu rural et/ou en zones fragiles

Il s'agit d'ouvrir des perspectives aux futurs professionnels et de rendre attractif l'exercice de la médecine de proximité, en leur offrant l'opportunité de découvrir et d'exercer leur spécialité ailleurs qu'à l'hôpital ou dans des cabinets de ville.

Dans ce cadre, l'ARS soutient le développement de la formation initiale en médecine générale par le biais :

- De la constitution d'un maillage homogène des maîtres de stage formés et des lieux de stage dans la région. A terme, tous les bassins de santé doivent compter au moins un praticien maître de stage agréé ;
- De la mise en place et du développement du Contrat d'engagement de service public : les signataires sont accompagnés individuellement dans la construction de leur projet professionnel et le choix de leur lieu d'installation ;
- De l'agrément des terrains de stage et de la répartition semestrielle des postes d'internes.

3.3.2 Renforcer la filière universitaire de médecine générale dans l'organisation des soins du premier recours

Un maillage cohérent des Pôles de santé universitaires ambulatoires (PSUA) participe à une bonne organisation des soins du premier recours.

L'intérêt est de permettre une « universitarisation » du réseau de soins primaires et l'amélioration de l'organisation des soins à l'échelle d'un territoire régional.

Les PSUA peuvent intervenir dans trois domaines en tenant compte de la spécificité des soins du premier recours :

- Le soin : permanence, égalité, qualité et organisation des soins ;
- L'enseignement : formation des internes en médecine générale, formation interprofessionnelle et interdisciplinaire ;
- La recherche : développement de la recherche en soins primaires (travaux de thèses, publications), programme ambulatoire de recherche clinique, projets de recherche sur les soins du premier recours dans leur globalité, en s'ouvrant aux autres professions de santé,...

Leur niveau de participation est à définir. L'ARS accompagne le département universitaire de médecine générale dans sa réflexion et sa mise en place.

3.4 Structurer le secteur ambulatoire par une meilleure coordination entre les professionnels autour du patient mais aussi l'articulation avec l'hospitalier et le médico-social, à l'échelle du bassin de santé

L'ARS souhaite mobiliser et responsabiliser les professionnels de santé dans l'organisation des soins du premier recours des bassins de santé. En effet, une telle démarche est la mieux à même de garantir l'atteinte des objectifs fixés dans le PRS.

Une animation de bassin de santé est mise en place progressivement. Elle vise à créer une dynamique de coordination inter et pluri-professionnelle, ville-hôpital et à évaluer les bénéfices attendus :

- Pour les patients, notamment en termes d'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge ;
- Pour les professionnels de santé, notamment en termes d'amélioration des conditions de travail (réelles et perçues) et de nouvelles compétences acquises ;
- Pour la collectivité, en terme de bon usage des moyens alloués à la santé.

3.4.1 Mettre en place une expérimentation d'animation en vue d'une généralisation progressive dans tous les bassins confiée à des professionnels de santé du premier recours

Suite à un appel à candidatures, une équipe « socle » d'animation est missionnée.

Elle est composée de professionnels libéraux du premier recours (médecin généraliste, infirmier, pharmacien d'officine, chirurgien dentiste, masseur kinésithérapeute), de représentants des établissements de santé (directeur et président de la CME) et médico-sociaux (directeur et médecin ou infirmier coordonnateur).

L'ARS leur fournit un « tableau de bord des bassins » où sont présentés des indicateurs socio-sanitaires permettant d'apprécier l'adaptation de l'offre aux besoins.

L'expérimentation aux trois objectifs suivants :

Améliorer la réponse aux besoins de santé des patients, en développant la continuité et la coordination des soins entre les différents intervenants :

La continuité est le résultat de la combinaison d'une accessibilité adéquate aux soins pour les patients, d'une bonne entente entre professionnels de santé, d'une bonne circulation de l'information entre les soignants et les structures, ainsi que d'une bonne coordination des soins entre les intervenants pour maintenir la cohérence, c'est à dire :

- Améliorer le partage de l'information médicale et la fluidité des parcours de prise en charge ;
- Éviter les ruptures de prise en charge des patients ;
- Favoriser le maintien et le retour à domicile ;
- Éviter les hospitalisations inadaptées et/ou itératives (maladies chroniques), notamment dans les services d'accueil des urgences.

Maintenir une répartition des professionnels de santé adaptée aux besoins du bassin de santé :

Au-delà des incitations financières et des aides à l'installation, le maintien ou l'installation d'un professionnel de santé dans un bassin est fortement corrélé aux conditions de travail et d'accueil. Ce qui implique de :

- Analyser les problèmes de démographie et de répartition des professionnels du premier recours, identifier les projets émergents et proposer des solutions adaptées à la situation locale ;
- Rendre les conditions d'exercice attractives, en particulier en milieu rural : libérer du temps soignant ; diversifier les modes d'exercices ; favoriser les regroupements de professionnels (dans ou hors les murs) ; favoriser la collégialité ; accéder à un plateau technique et à un accompagnement social et médico-social du patient,...
- Favoriser l'accueil et la formation des stagiaires en ambulatoire, quelle que soit sa profession.

Améliorer la qualité de l'offre du premier recours : qualité, sécurité et efficience médico-économique

Cette expérimentation est pilotée localement par l'ARS qui fait le lien avec les équipes de professionnels de santé et la conférence de territoire.

Au terme de deux ans, une analyse des expériences permettra d'envisager les modalités et l'opportunité d'une éventuelle généralisation.

L'objectif à cinq ans est qu'existe un plan d'actions élaboré et animé par une équipe de professionnels de santé, mis en œuvre dans chaque bassin, en collaboration étroite avec l'ARS, ciblé sur les priorités stratégiques régionales et qui préfigure un projet de santé de bassin de santé.

3.4.2 Veiller à ce que chaque expérimentation fasse l'objet d'échanges et d'analyses associant les autres niveaux territoriaux et les instances professionnelles

L'équipe d'animation présente son plan d'actions à la conférence de territoire ou à son bureau élargi avant sa mise en œuvre.

Des partenariats étroits devront se mettre en place avec toutes les autres structures ou organismes utiles à la conduite des projets : URPS, Conseils ordinaires, sociétés savantes, organismes agréés de DPC et d'EPP,...

- **Loi HPST** Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- **ARS** Agence régionale de santé
- **ASIP Santé** Agence des systèmes d'information partagée de santé
- **BPCO** Broncho-pneumopathie obstructive
- **CATTP** Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- **CCR** Cahier des charges régional
- **CDOM** Conseil départemental de l'Ordre des médecins
- **CESP** Contrat d'engagement de service public
- **CMP** Centre médico-psychologique
- **CMPP** Centre médico-psycho-pédagogique
- **COTER** Comité technique régional
- **CPOM** Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- **CRSA** Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- **DMP** Dossier médical personnel
- **DPC** Développement professionnel continu
- **EBM** Evidence Based Medicine
- **EHPAD** Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **EMSP** Equipe mobile de soins palliatifs
- **ENRS** Espace numérique régional de santé
- **EPP** Evaluation des pratiques professionnelles
- **ETP** Education thérapeutique
- **FMC** Formation médicale continue
- **FPC** Formation professionnelle continue (formation conventionnelle)
- **GCS** Groupement de coopération sanitaire
- **HAD** Hospitalisation à domicile
- **HAS** Haute autorité de santé
- **HTA** Hypertension artérielle
- **IMC** Indice de masse corporelle
- **IVG** Interruption volontaire de grossesse
- **MAIA** Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
- **MCO** Médecine chirurgie obstétrique
- **MEOPA** Mélange équimoléculaire oxygène-protoxyde d'azote
- **MMU** Maisons médicales universitaires
- **MSP** Maison de santé pluri professionnelle
- **OMS** Organisation mondiale de la santé
- **PAI** Projet d'accueil individualisé
- **PAPS** Plate-forme d'appui aux professionnels de santé
- **PDSA** Permanence des soins ambulatoires
- **PPS** Plan personnalisé de soins
- **PRS** Projet régional de santé
- **PSI** Plan de soins infirmiers
- **PSUA** Pôle de santé universitaire ambulatoire
- **RCP** Réunion de concertation pluridisciplinaire
- **RPIB** Repérage précoce et intervention brève
- **SAMSAH** Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- **SESSAD** Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
- **SMR** Service médical rendu
- **SMUR** Structure mobile d'urgence et de réanimation
- **SROS** Schéma régional d'organisation sanitaire
- **SSIAD** Services de soins infirmiers à domicile
- **URPS** Union régionale des professionnels de santé



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Offre de soins hospitalière

2012 / 2017



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Médecine

2012 / 2017



Orientation

1

Assurer une offre de soins graduée

p. 33

- 1.1 Élaborer des projets médicaux de territoire de spécialité (PMTS)
- 1.2 Structurer l'offre de spécialité par territoire
- 1.3 L'offre de soins dans les bassins de santé
- 1.4 Garantir l'accès à un niveau de recours

Orientation

2

Impulser une nouvelle approche des maladies chroniques

p. 37

- 2.1 Promouvoir le dépistage des maladies chroniques et de leurs complications afin d'initier une prise en charge la plus précoce possible dans chaque bassin
- 2.2 Développer l'éducation thérapeutique pour rendre un plus grand nombre de patients acteurs de leur prise en charge
- 2.3 Améliorer le parcours des patients par une meilleure interaction des intervenants pour garantir la qualité de la prise en charge et l'adéquation des hospitalisations

Orientation

3

Améliorer la prise en charge des personnes âgées

p. 44

- 3.1 Développer les structures et services dans chaque bassin de santé

Cartographie des implantations actuelles

p. 49

- 3.2 Consolider les dispositifs territoriaux
- 3.3 Assurer une meilleure qualité de prise en charge
- 3.4 Structurer la filière avec des outils partagés

Implantations cibles

p. 54

Cartographie des implantations actuelles

p. 55

Implantations cibles

p. 56

Assurer une offre de soins graduée

L'objectif est de garantir l'accès à une offre hospitalière de territoire, graduée pour l'ensemble des spécialités y compris la gériatrie, reposant sur des projets médicaux de territoire de spécialité.

1.1 Élaborer des projets médicaux de territoire de spécialité (PMTS)

Dans le chef-lieu de chaque territoire et à Castres, pour optimiser au mieux les ressources, l'offre de soins se structurera dans chaque spécialité autour des plateaux techniques des établissements et des équipes médicales y compris de ville, situés dans le territoire participant à la spécialité, qu'ils soient publics ou privés. Elle sera construite sur un projet médical par spécialité qui répond aux besoins de santé de la population desservie. Ce projet médical sera établi et configuré par l'ensemble des établissements et équipes présents sur le territoire participant à la spécialité, y compris de premier recours, ainsi que de l'ensemble des professionnels de santé et ce, quel que soit leur statut public ou privé.

Les COTER contribueront à animer la réflexion et apporter leur expertise sur les projets médicaux de territoire de spécialité. Ils s'appuieront sur un dispositif territorial regroupant les professionnels de santé concernés.

Les projets médicaux de territoire de spécialité ont pour objectif :

- De développer, renforcer les partenariats pour une utilisation optimale des équipements : Les établissements participant à la spécialité, qu'ils soient publics ou privés, seront amenés à développer, renforcer leurs partenariats et coopérations entre eux afin d'optimiser l'utilisation des plateaux, la qualité et la sécurité de prise en charge des soins dans la spécialité pour le territoire.
- De fédérer les ressources médicales : Chaque établissement public ou privé contribuera avec son équipe médicale à la réponse aux besoins de soins dans la spécialité sur le territoire. Cette activité rentrera dans le cadre des projets médicaux de territoire de spécialité qui identifieront les besoins en ressources humaines et en équipements accessibles à tous et décrira le fonctionnement de la spécialité en question. Les orientations de ces projets médicaux de territoire de spécialité seront alors déclinées dans le projet médical de chaque établissement et pourront donner lieu à des déclinaisons dans les CPOM.

1.2 Structurer l'offre de spécialité par territoire

1.2.1 Définir une offre de territoire

Dans le chef-lieu de chaque territoire et à Castres, une offre de soins spécialisés en établissement de santé doit exister dans chacune des spécialités médicales décrites ci après, avec au moins un plateau technique par spécialité.

Chaque plateau technique par spécialité devra disposer :

- Des autorisations nécessaires pour réaliser les actes techniques de la spécialité (à l'exception de l'activité de recours régional),
- D'un nombre de praticiens suffisant pour garantir la qualité et la continuité des soins ainsi que son attractivité vis-à-vis de jeunes professionnels (permanence des soins, sur-spécialisation ...), et lui permettant d'avoir un rôle dans la formation et la recherche clinique dans le cadre de missions de service public attribuées par l'ARS,
- De lits d'hospitalisation complète et éventuellement de jour pour les spécialités concernées,
- De l'accès aux spécialités supports suivantes :
 - Imagerie,
 - Biologie,
 - Surveillance continue,
 - Plateau d'anesthésie-réanimation,
 - Anatomopathologie (ACP).

1.2.2 Descriptif par spécialité

Les COTER ont proposé une évaluation des ressources dont les plateaux techniques sus-cités devront disposer pour chaque spécialité concernée :

Hépatogastro-entérologie :

- Un nombre de médecins permettant d'assurer une astreinte H24 (endoscopies en urgence et suivi),
- Un plateau technique d'endoscopie,
- La capacité de recevoir des urgences, en relation sur le même site avec une équipe de chirurgie viscérale.

Pneumologie :

- Un nombre de médecins de la spécialité permettant d'assurer une astreinte H24,
- Un plateau technique d'endoscopie, d'exploration fonctionnelle respiratoire et d'exploration polygraphique du sommeil,
- Un accès sur le même site ou par convention à l'imagerie avec tomodensitométrie et à des unités de cardiologie et réanimation.

Cardiologie :

- Un nombre de médecins de la spécialité permettant d'assurer une astreinte H24, dont 1 ayant des compétences de rythmologie,
- Un plateau technique d'explorations non invasives (ECG d'effort, Holter ECG, Echocardiographie trans-thoracique et trans-oesophagienne, Echo de stress, Echo doppler),
- Des matériels et compétences pour le suivi des dispositifs implantables,
- Un accès à l'imagerie par coroscanner et IRM cardiaque,
- Un accès à des lits de surveillance continue sur le même site.

Neurologie :

- Une unité adossée à une UNV et un nombre de médecins de la spécialité permettant d'assurer une astreinte H24,
- Un plateau technique d'exploration (électrophysiologie, accès à l'imagerie en coupe et IRM).

Médecine interne, infectiologie, dermatologie :

- Un nombre de médecins de la spécialité permettant d'assurer une astreinte H24 dont des médecins compétents en infectiologie en mesure d'assurer une prise en charge en hospitalisation et assurer l'ensemble des besoins d'expertise territoriale, notamment dans le domaine de l'antibiothérapie.
- L'accès à un médecin dermatologue en mesure d'assurer une prise en charge en hospitalisation et un accès à un plateau technique de consultations équipé d'une cabine de photothérapie, d'un laser CO₂, et d'un bloc de chirurgie ambulatoire.
- L'accès à un médecin allergologue.
- Ces trois disciplines pourraient être regroupées dans une même unité permettant d'optimiser les moyens matériels et humains notamment pour assurer l'astreinte.

Rhumatologie, Médecine Physique et Réadaptation (MPR) :

- Des médecins rhumatologues avec accès à un plateau technique d'exploration : échographie, imagerie de coupe, IRM, électromyographie, réalisation de gestes d'infiltration radio-guidée,
- Le recours à un médecin de MPR en mesure d'assurer des prises en charge de poly déficiences,
- Ces deux disciplines pourraient être regroupées au sein d'un pôle neuro-locomoteur permettant la mutualisation de moyens matériels humains et techniques.

Oncologie :

- L'organisation cible est décrite dans le SROS « Prise en charge des personnes atteintes de cancer ».

Néphrologie :

- L'organisation cible est décrite dans le SROS « Traitement de l'insuffisance rénale chronique ».

Endocrinologie, diabète et nutrition :

- Une unité commune diabète-nutrition-endocrinologie,
- Des matériels adaptés à la prise en charge des personnes atteintes d'obésité,
- Une offre de programme d'éducation thérapeutique du patient sur le thème diabète-obésité,
- Un plateau technique sur place ou accessible dans l'établissement = examens de dépistage de l'ischémie myocardique silencieuse, rétinographe, ECG, accès à un avis cardiologique, échodoppler vasculaire, accès à la polygraphie et à l'exploration fonctionnelle respiratoire,
- Des ressources humaines : des médecins endocrinologues dont un médecin titulaire du DESC de nutrition, IDE, diététicien, podologue, kinésithérapeute, éducateur médicosportif, psychologue, assistant social, ayant tous une compétence dans le diabète et l'obésité,
- L'accès à un centre de cicatrisation avec une équipe multi-professionnelle,
- L'accès aux spécialistes nécessaires au suivi des patients et à la prise en charge des complications.

Pédiatrie :

- Un nombre de médecins de la spécialité pouvant assurer une astreinte H24 dont 1 au moins a une compétence en endocrinologie, obésité et diabète de l'enfant,
- Un service adossé à une maternité de niveau 2 en mesure d'assurer la prise en charge néonatale,
- L'accès à l'imagerie en coupe,
- L'accès à la chirurgie pédiatrique en s'appuyant sur le réseau.

1.3 L'offre de soins dans les bassins de santé

L'offre de soins assurée par le ou les établissements de santé de bassin en lien éventuellement avec les autres établissements du territoire, est décrite dans les projets médicaux de territoire de spécialité qui préciseront notamment comment s'organisent et y sont assurés des consultations avancées ou des avis spécialisés y compris par le moyen de la télémédecine

1.3.1 Conforter l'hospitalisation à domicile (HAD)

Ce mode de prise en charge fait l'objet un volet spécifique du schéma régional de l'offre sanitaire « SROS HAD ».

L'hospitalisation à domicile est un mode d'hospitalisation qui permet à un patient atteint d'une pathologie grave, aiguë ou chronique, évolutive ou instable, d'avoir recours à des actes complexes et fréquents, dans son environnement quotidien. La prise en charge au domicile associe à la fois une dimension clinique liée à la pathologie et une dimension psychologique et sociale fortement liée à l'entourage.

Les structures HAD ont un caractère généraliste et polyvalent, pouvant néanmoins développer des prises en charge spécifiques (obstétricale, néonatale, oncologique...).

1.3.2 Garantir l'accès à un service de médecine polyvalente dans chaque bassin de santé

Une offre d'hospitalisation complète de médecine doit exister dans chaque bassin de santé.

En dehors du chef lieu de chaque territoire et du bassin de Castres au sein desquels la médecine est organisée par spécialités et à l'exception du bassin de santé de Nogaro, cette offre sera structurée au minimum autour d'une unité de médecine polyvalente. Le bassin de santé de Nogaro est desservi par un établissement de santé du département des Landes : le centre hospitalier du bassin devra, par convention avec un établissement, assurer des prises en charge médicales relais pour les habitants du bassin de santé.

Les missions de cette unité de médecine polyvalente sont en priorité :

- La prise en charge des malades chroniques lorsqu'elle ne nécessite pas l'intervention en continue de spécialistes (décompensation, gestion des pathologies intercurrentes +/- aiguës, ajustements thérapeutiques, ...). L'accès à un avis spécialisé doit être possible et organisé, notamment avec des outils de télé-santé,
- La prise en charge des patients en sortie de soins aigus (soins continus / soins intensifs) lorsqu'une surveillance d'un état instable est nécessaire avant le retour au domicile,
- L'accompagnement des patients en fin de vie (lits de soins palliatifs),
- La prise en charge globale médico-psycho-sociale, la préparation du retour à domicile et la participation au maintien à domicile.

Ces unités seront composées de 28 lits minimum, pouvant inclure si nécessaire des lits de court séjour à orientation gériatrique. Les centres hospitaliers qui ne remplissent pas ces conditions devront atteindre ce seuil dans les cinq ans qui suivent la publication du projet régional de santé.

La présence médicale d'au moins un médecin devra être quotidienne. La structure doit disposer de la compétence de deux médecins gériatres, assurant une continuité, dont les activités pourront être mutualisées au sein de la filière gériatrique (SSR, Court séjour, USLD, EMG, ...). Les médecins de médecine générale auront la possibilité d'assurer ou de participer à la prise en charge dans les unités de médecine polyvalentes, sous forme de temps partagé, vacations ou autre.

La Faculté de médecine de Toulouse mettra en place un master professionnel de médecine polyvalente pour former les médecins généralistes qui interviendront dans ces unités.

D'autres établissements peuvent offrir une activité de médecine dans les bassins de santé, éventuellement couplée avec une activité de chirurgie et/ou une activité de soins de suite et de réadaptation, à condition d'atteindre un nombre de 30 lits minimum (MCO plus SSR).

1.4 Garantir l'accès à un niveau de recours

Le niveau de recours régional ou interrégional concerne les activités :

- Situations complexes, techniques innovantes, maladies rares.
- Ou relevant des SIOS (périmètre interrégional)
(Prise en charge des grands brûlés...)

A ce niveau sont assurés :

- Une expertise, notamment au moyen de la télémédecine,
- Des actes hautement spécialisés et la prise en charge des cas complexes,
- Le maintien des compétences des praticiens y compris sur l'évolution des techniques,
- L'impulsion d'une dynamique dans chaque spécialité,
- Des missions de recherche et d'enseignement.

Impulser une nouvelle approche des maladies chroniques

Le nombre total des affections de longue durée (ALD) en 2010 en Midi-Pyrénées est de 617 500 et 58 000 nouvelles admissions sont comptabilisées chaque année. Actuellement, on dénombre environ 95 000 ALD pour diabète, 200 000 pour les affections cardio-vasculaires, 18 000 pour les affections respiratoires.

L'organisation actuelle des soins est plus adaptée à la prise en charge des maladies aiguës répondant aux caractéristiques de courte durée, de nombre limité d'intervenants et de la faible implication des patients. Elle doit évoluer vers une organisation adaptée aussi à la prise en charge des maladies chroniques : relevant de traitements de longue durée, d'interventions nombreuses et variées de professionnels différents, faisant appel à une implication et à des modifications de comportement du patient.

L'intérêt de l'éducation thérapeutique n'est plus à démontrer mais son déploiement est à assurer. Actuellement, 130 programmes sont autorisés et prennent en charge environ 20 000 patients au total dont 13 000 sur les priorités thématiques (7 300 diabète-nutrition, 3 900 affections cardio-vasculaires, 1 700 affections respiratoires).

L'objectif est d'assurer une meilleure prise en charge des maladies chroniques tout au long de leurs évolutions en tenant compte de leurs spécificités.

2.1 Promouvoir le dépistage des maladies chroniques et de leurs complications afin d'initier une prise en charge la plus précoce possible dans chaque bassin

Afin d'augmenter et de cibler le nombre de personnes à dépister, les établissements, les institutions, les professionnels diffuseront le questionnaire d'auto repérage élaboré en lien avec les COTER, en lien avec les professionnels du premier recours et les associations de patients.

Les personnes « à risques » s'étant auto-identifiées, pourront, soit consulter leur médecin traitant pour confirmer le diagnostic, soit se rendre dans des lieux permettant un dépistage de plusieurs pathologies et la réalisation concomitante de plusieurs examens. En collaboration avec les professionnels du premier recours, ces lieux pourront se situer en ville (cabinet infirmier, MSP, pôle de santé,..) ou être adossés à un établissement. Ces lieux de dépistage doivent être en mesure de proposer un entretien avec un professionnel de santé et des examens tels que :

- Un bilan biologique sanguin : glycémie, exploration d'une anomalie lipidique, créatininémie et estimation du Débit de Filtration Glomérulaire (DFG), sérologies VIH et Hépatite C,
- Des examens urinaires : bandelette réactive (protéinurie, hématurie), dosage de la micro-albuminurie,
- Une prise tensionnelle et éventuellement une éducation à l'automesure,
- La mesure du poids, de la taille, du périmètre abdominal, le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC),
- Une estimation de la capacité respiratoire et du rapport VEMS/CVF par une spiromètre portable,
- Le repérage des conduites addictives.

Ils doivent aussi être en mesure d'effectuer :

- Les examens recommandés annuels de dépistage de complications du diabète : rétinographe non mydriatique, ECG, monofilament, plateforme de mesure des pressions plantaires, échographie-doppler pour la mesure des index de pression systolique, dosage HbA1C.
- Les examens permettant d'orienter le diagnostic de pathologie respiratoire chronique : spirométrie.

Ils devront s'adjoindre pour ce faire les compétences complémentaires nécessaires.

Pour faciliter la mise en œuvre de ces dépistages élargis aux maladies chroniques, des protocoles de coopération devront être formalisés et initiés pour permettre à des IDE de les réaliser.

Une première interprétation et une synthèse des résultats devront être effectuées et transmises au médecin traitant. C'est lui qui est en charge du diagnostic, d'en faire l'annonce et d'établir les éléments de la prise en charge.

2.2 Développer l'éducation thérapeutique pour rendre un plus grand nombre de patients acteurs de leur prise en charge

Les programmes d'éducation thérapeutique doivent être adaptés aux besoins des patients tout au long de l'évolution de la maladie et intégrés aux soins. Les programmes autorisés dans les établissements des territoires et au niveau régional doivent être complétés par une offre de proximité portée par les professionnels de santé libéraux.

2.2.1 Assurer une offre d'éducation thérapeutique dispensée par les professionnels du premier recours dans chaque bassin

Pour compléter l'offre déjà déployée par les établissements de santé, l'objectif est de développer au moins un programme d'éducation thérapeutique initiale par bassin sur un des trois thèmes prioritaires (Diabète-Nutrition, Pathologies Cardio-vasculaires, Pathologies Respiratoires) :

- En favorisant l'émergence de programmes dispensés par les acteurs du premier recours sur la base du cahier des charges élaboré en lien avec le COTER. La contribution des associations de patients devra être prise en compte. Un minimum de 50 patients par an et par programme devra être effectif.
- En structurant ces projets en lien avec les équipes existantes dispensant des programmes autorisés dans le bassin ou le territoire, la plupart du temps au sein des établissements de santé.
- Par l'accompagnement des projets par une cellule dédiée (EVACET).

L'ARS lancera chaque année un appel à projet.

A la suite de cette première phase de mise en œuvre (2012-2013), une évaluation du déploiement sera conduite par l'ARS en collaboration avec la commission régionale d'ETP. L'objectif d'un programme sur chacune des thématiques dans chaque bassin (soit 3 programmes par bassin) est à retenir à la fin du schéma.

2.2.2 Assurer une offre territoriale et régionale

Les autorisations de programmes de renforcement et de suivi approfondi permettront d'assurer une offre d'éducation thérapeutique complémentaire dans chaque territoire pour les thèmes prioritaires.

L'éducation thérapeutique de renforcement fait suite en général à une ETP initiale et vise à consolider les compétences du patient et à les faire évoluer si besoin.

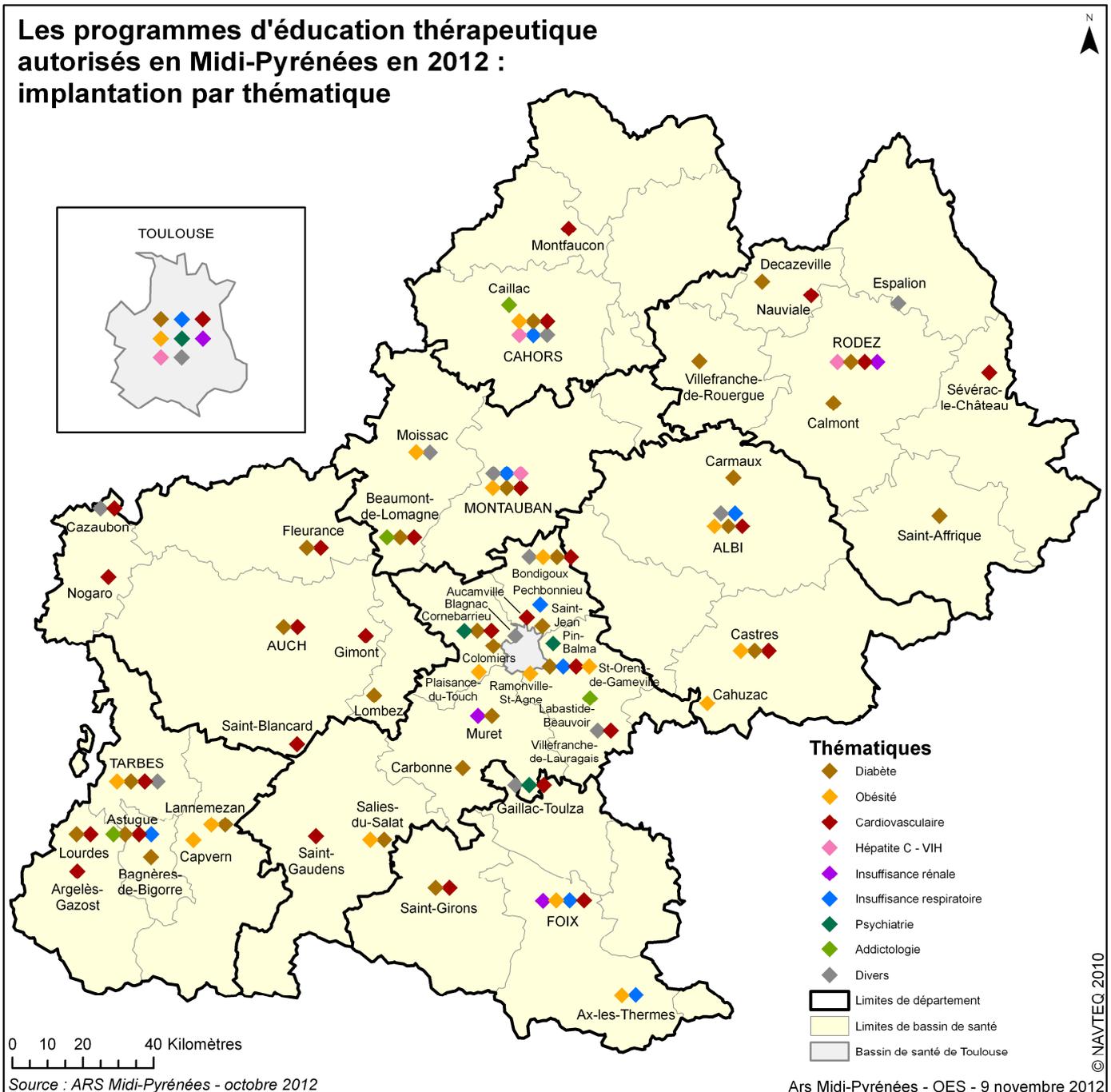
L'ETP de suivi approfondi est nécessaire lors de difficultés d'apprentissage, de modifications de l'état de santé ou de l'environnement.

Une offre régionale répondant à des situations cliniques complexes ou spécifiques (diabète de type 1 de l'enfant, obésité morbide, transplantation d'organe...) nécessitant des compétences et des moyens humains renforcés, sera prise en compte.

L'ARS mettra en place, dès 2012, une commission régionale d'éducation thérapeutique multi-professionnelle, prenant en compte l'éducation thérapeutique dans sa globalité.

Elle sera chargée en particulier :

- De proposer des orientations régionales basées sur une cohérence de l'offre à disposition,
- D'analyser les conditions de déploiement de l'ETP de proximité et de proposer des mesures d'adaptation si besoin.



Améliorer le parcours des patients par une meilleure interaction des intervenants pour garantir la qualité de la prise en charge et l'adéquation des hospitalisations

2.3.1 Mettre en place des organisations transversales entre les professionnels du premier recours et les services spécialisés

Les projets médicaux de territoire de spécialité prévoient des organisations permettant d'assurer au médecin du premier recours un avis spécialisé rapide afin d'éviter le recours aux services d'urgences. Cet avis relève de plusieurs niveaux :

- Téléphonique, par la mise en place d'une hotline,
- Consultations non programmées,
- Hospitalisations de jour.

Les projets médicaux de territoire de spécialité prendront en compte la position du médecin traitant comme référent de la prescription médicamenteuse afin d'éviter les effets iatrogéniques de la polymédication et les hospitalisations afférentes :

- Par l'identification d'un interlocuteur territorial en médecine interne susceptible de répondre aux demandes d'avis,
- Par la mise en place de staffs téléphoniques réunissant plusieurs médecins prescripteurs pour un même patient,
- Par la mise en place d'outils de communication appropriés : messagerie sécurisée, télé médecine, web-conférences,...

Dans chaque territoire il devra être organisé une offre en hospitalisation de jour en médecine, permettant une analyse clinique et paraclinique des cas complexes et s'assurer d'une bonne coordination avec le médecin traitant par la transmission d'une synthèse du séjour, via la messagerie sécurisée, dans un délai de 24 heures, et ce pour toutes les spécialités médicales le nécessitant.

2.3.2 Mettre en place des organisations spécifiques ou filières de prise en charge pour certaines pathologies ou situations cliniques

Les patients ayant présenté un Accident vasculaire cérébral (AVC) :

L'information du public et la formation des soignants sur la prise en charge des AVC doit être renforcée. Tout patient présentant des signes d'AVC doit être orienté vers un établissement disposant d'une Unité neuro-vasculaire (UNV). Cette prise en charge dans une UNV doit être organisée dans chaque territoire. Des collaborations, conventions ou tout autre moyen doivent être mis en œuvre pour la réalisation de cet objectif.

Les établissements et les professionnels doivent mettre en place des organisations permettant un accès en urgence à l'IRM. Il sera nécessaire de s'appuyer sur les neurologues pour promouvoir, en partenariat avec les radiologues, un dispositif de lecture et d'interprétation des examens en urgence que ce soit à distance ou au sein de l'établissement. La formation des radiologues à la neuro-radiologie sera développée. La télé médecine doit trouver toute sa place dans ce dispositif et passe par l'amélioration des moyens techniques actuellement disponibles.

Des réunions de concertation pluridisciplinaire autour des UNV, pour des cas complexes, garanties de la qualité de la prise en charge, devront être initiées par les professionnels.

Tout patient ayant présenté un AVC doit bénéficier de tous les moyens nécessaires à la maîtrise des facteurs de risques vasculaires. Dans cet objectif, une sensibilisation des patients et des soignants à la place de l'éducation thérapeutique sera conduite par les équipes prenant en charge les AVC. Elles mettront en place des consultations post-AVC (cf plan AVC) permettant une réévaluation des fonctions cognitives, des handicaps et des paramètres cliniques témoins de facteurs de risques. Cette consultation doit permettre d'élaborer un véritable programme personnalisé de soins en direction du patient, de son médecin traitant et de l'équipe soignante du premier recours.

La nomination d'un coordonnateur régional permettra d'assurer la mise en place de la filière neuro-vasculaire et sa fluidité.

Les personnes atteintes d'obésité :

L'amélioration du parcours de soins relève de la prise en compte d'une prise en charge spécifique et d'adaptations du système de soins, en écho au « Plan Obésité 2010-2013 ». Dans cette optique, il convient de mettre en œuvre le Programme Personnalisé de Soins, en lien avec les acteurs du premier recours, pour assurer une prise en charge individualisée afin de garantir une meilleure orientation dans le système de soins.

Dans ce cadre, les objectifs sont de :

- Professionnaliser la prise en charge par la présence d'au moins un médecin formé à la nutrition au sein de l'équipe territoriale de spécialité (endocrinologie-diabétologie-nutrition),
- Organiser avec les chirurgiens des concertations pluridisciplinaires où seront discutées les indications de la chirurgie bariatrique,
- Assurer par l'autorisation de programmes, une offre d'éducation thérapeutique (personnes atteintes d'obésité) en ambulatoire, en établissement au niveau des territoires et au niveau régional, et en SSR spécialisés notamment pour les cas complexes. (polypathologiques, obésité morbide, ...),
- Mettre en place des équipes PNNS (diététicienne, psychologue, éducateur médico-sportif,...). Elles auront des missions en proximité de prévention, dépistage, et prise en charge ambulatoire, intervenant ainsi dans les bassins de santé. La prise en charge se fera à la demande et en lien avec le médecin traitant. La mobilisation de ces équipes par les professionnels sera définie au sein de la filière de prise en charge de l'obésité sous l'égide du Centre Spécialisé régional.
- S'appuyer sur les compétences existantes, en particulier celles des réseaux (Diamip, Repop) et des associations (Efformip,...).

L'ARS a identifié un centre « spécialisé » reconnu aussi centre « intégré » pour la prise en charge de l'obésité sévère et multi compliquée afin de répondre à la gradation de prise en charge recommandée.

Le centre spécialisé contribuera à organiser la filière dans la région, à assurer la lisibilité de l'offre aussi bien au niveau des acteurs que des prises en charge effectuées et à faciliter la diffusion des compétences dans les territoires.

Le centre intégré est un centre spécialisé développant une politique d'enseignement, de formation et de recherche. Il comprend l'activité pédiatrique de prise en charge de l'obésité et le centre de références maladies rares.

Les personnes atteintes de diabète :

L'amélioration de la prise en charge de cette pathologie implique une gradation entre l'offre de proximité, le recours territorial et régional incluant la prévention, le dépistage, la prise en charge et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage.

Dans ce cadre, les objectifs sont de :

- Favoriser le dépistage du diabète : diffusion du questionnaire d'auto-repérage élaboré en lien avec le COTER dans la population générale, création de partenariats avec les acteurs intervenant auprès des populations en précarité, diffusion auprès des médecins traitants, gynéco-obstétriciens, PMI, des recommandations pour la femme enceinte, sensibilisation sur les situations à risque de diabète de type 1...
- Améliorer le dépistage et le suivi des complications, soit sur un plateau technique regroupant la réalisation de tous les examens sur un seul lieu, soit par un dépistage itinérant ou semi-itinérant type DIABSAT, après évaluation de ce dispositif. L'accès à une consultation d'ophtalmologie sera organisé à la suite d'un dépistage positif par un rétinographe dans un délai maximum de 15 jours.
- Garantir les compétences de recours territorial par la présence d'au moins deux médecins spécialistes en Endocrinologie - Diabète - Maladies métaboliques. Le plateau technique devra proposer une consultation de cicatrisation (médecin et podologue), au moins un programme d'éducation thérapeutique autorisé et être en mesure de prendre en charge les cas complexes et les maladies intercurrentes en lien avec les autres spécialités.
- Assurer par l'autorisation de programmes, une offre d'éducation thérapeutique en ambulatoire, en établissement au niveau des territoires et au niveau régional, ainsi qu'en SSR spécialisés,
- S'appuyer sur les compétences existantes, notamment celle du réseau DIAMIP.
- Utiliser les ressources de l'Hospitalisation à domicile (HAD) lors de prises en charge longues impliquant le recours à des techniques spécifiques telles que notamment la pression négative dans les troubles de la cicatrisation,

- Un niveau de recours régional est identifié pour tout type de prise en charge des situations complexes : explorations, programmes d'éducation thérapeutique spécifiques, thérapeutiques innovantes...

Les patients souffrant de douleurs chroniques :

La douleur chronique est un syndrome douloureux évoluant depuis plus de trois mois associé à des conséquences multidimensionnelles.

Le médecin traitant est le premier confronté à la plainte du patient douloureux. Les liens à établir avec les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) doivent permettre au médecin traitant d'adresser les patients pour lesquels les traitements usuels sont inefficaces. Le médecin traitant doit être associé aux décisions thérapeutiques de la SDC dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée.

La prise en charge de la douleur chronique s'appuie sur l'identification contractuelle de structures (SDC) toutes obligatoirement rattachées à un établissement de santé. Un premier maillage repose sur l'identification de consultations, structures aux missions simplifiées. Un second niveau repose sur l'identification de centres dotés de l'accès à un plateau technique et de lits d'hospitalisation

Les SDC doivent conjointement aider à la prise en charge de la douleur aiguë. Elles participent à la détection et à la prise en charge précoce des patients présentant des facteurs de risque de chronicisation de la douleur en liaison avec les anesthésistes réanimateurs et les chirurgiens.

Dans chaque territoire, la prise en charge en SDC sera assurée par l'identification d'au moins une consultation. La consultation douleur est en mesure, en sus de l'évaluation clinique et bio-psycho-sociale, de proposer des prises en charge pluri-professionnelles (médicamenteuses ou non) et d'assurer un suivi.

Les consultations seront organisées dans les territoires de santé en privilégiant l'accès de proximité dans les bassins de santé et le lien avec les différents intervenants existants (établissements, médecins généralistes, réseaux spécialisés, hospitalisation à domicile). Ainsi, des consultations avancées seront progressivement déployées dans les bassins de santé en tant que de besoin.

L'identification de centres d'étude et de traitement de la douleur chronique sera faite dans un premier temps au niveau territorial ou inter-territorial. Le centre assure une prise en charge pluridisciplinaire. Le plateau technique inclut les explorations fonctionnelles neurophysiologiques, la radiologie interventionnelle, un bloc opératoire et permet d'effectuer certains gestes à visée antalgique. Le centre assure aussi des consultations.

Le centre doit participer et promouvoir la recherche clinique et contribuer à la formation initiale et continue.

Toutes les structures doivent assurer pour les consultations des délais de rendez-vous inférieurs à un mois.

Des démarches d'éducation thérapeutique pourront être initiées et développées dans chaque territoire de santé.

Un suivi d'activité sera réalisé annuellement sur la base d'un travail collaboratif entre l'ARS et le COTER concerné. A terme, au moins un centre par territoire pourra compléter le dispositif si le besoin le justifie.

Les SDC pourront être amenées à prendre en charge en lien avec le Centre Douleur pédiatrique, des enfants de plus de 7 ans et des adolescents notamment en ce qui concerne le suivi psychothérapeutique, l'apprentissage des méthodes non médicamenteuses de prise en charge, le suivi médicamenteux des traitements. La consultation régionale de prise en charge de la douleur de l'enfant sera consolidée par le renforcement des moyens humains et par la formation de pédiatres.

Chaque structure de prise en charge de la douleur chronique identifiée devra positionner un infirmier ressource dédié à la consultation et aux missions du CLUD, notamment pour assurer le lien ville-hôpital et la continuité de la prise en charge, en privilégiant une dynamique de travail en lien avec les professionnels de santé du premier recours.

L'ARS assurera la lisibilité du dispositif de prise en charge de la douleur chronique au sein de la région, sur son site internet. L'appropriation de ces informations par les professionnels du premier recours sera portée par les équipes d'animation des bassins de santé et les COTER concernés.

Tous les établissements de santé doivent assurer la formation des professionnels de santé et l'organisation de la prise en charge de la douleur dans leur établissement. Les actions entreprises au sein des institutions devront pouvoir bénéficier aux professionnels du premier recours intervenant en relais. Ces actions seront soutenues par le partage d'expérience et la mise en commun de protocoles sur le site Internet MipyCLUD.

Une attention toute particulière sera apportée aux soins en santé mentale en renforçant les liens avec les services de psychiatrie et d'addictologie, aux besoins spécifiques de populations particulières (personnes âgées, toxicomanes etc...)

Améliorer la prise en charge des personnes âgées

Les orientations fixées doivent permettre des prises en charge coordonnées tant dans l'accessibilité aux soins et aux dispositifs de soutien que dans le fonctionnement des structures et services. Le maintien à domicile constitue la priorité.

La gradation des services et des soins doit être organisée. La présentation détaillée des différents dispositifs ne doit pas conduire à des approches cloisonnées et fragmentées. En effet, cette fragmentation des services et le fonctionnement de ceux-ci génèrent des ruptures dans le parcours des personnes âgées.

Ils doivent donc être lus comme participant d'une approche globale et utilisés en synergie.

3.1 Développer les structures et services dans chaque bassin de santé

L'organisation de la filière de soins et sa connaissance par tous les acteurs du bassin doit permettre l'orientation des personnes âgées dès le repérage du besoin de soins par les professionnels du premier recours avec l'appui des structures spécialisées.

Cette organisation vise à permettre le maintien à domicile ou à réunir les conditions qui facilitent le retour.

3.1.1 Court séjour gériatrique et hospitalisation de jour

L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation des patients généralement âgés de 75 ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeur, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques.

L'unité de court séjour gériatrique permet en hospitalisation complète :

- D'assurer une hospitalisation directe pour notamment établir les diagnostics et pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire ;
- D'assurer le cas échéant une hospitalisation après passage aux urgences ;
- De procéder à une évaluation globale et individualisée du patient gériatrique ;
- D'envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et de contribuer à leur organisation ;
- De participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

L'hospitalisation de jour gériatrique :

Chaque bassin doit disposer d'une offre d'hospitalisation individualisée respectant les normes de fonctionnement à temps partiel. La coordination de l'équipe pluridisciplinaire est réalisée par un gériatre lors de la prise en charge de personnes âgées de 70 ans et plus le requérant. Elle permet une évaluation diagnostique et/ou thérapeutique et un bilan médico-psycho-social notamment l'évaluation de la fragilité.

Si une unité médicale dédiée à la prise en charge gériatrique ne peut être individualisée (minimum 5 places), l'organisation de cette prise en charge se fera de façon séquentielle (par demi-journée et au mieux par journée) afin d'une meilleure lisibilité pour les patients et les professionnels adresseurs. Il serait préférable qu'elle soit couplée le même jour à des consultations dédiées aux personnes âgées.

L'évaluation de l'activité de l'hospitalisation à temps partiel sera effectuée en 2015 selon les activités des deux années précédentes. Un objectif seuil de 250 personnes âgées prises en charge par an par site selon cette modalité devra être atteint pour que l'unité d'hospitalisation de jour gériatrique puisse être pérennisée dans le bassin.

Les établissements disposant d'une unité de court séjour gériatrique doivent :

- S'organiser avec les acteurs du premier recours :
 - L'accès direct des patients sur demande d'un médecin est le mode d'entrée à privilégier.
 - Cette admission en hospitalisation donne lieu à un contact préalable entre le médecin traitant et le médecin du court séjour gériatrique. Elle peut être programmée.
 - Le court séjour gériatrique est organisé pour répondre durant la journée aux appels des professionnels du premier recours afin d'éviter le passage aux urgences des personnes âgées ou une hospitalisation complète.
 - L'hospitalisation de jour est, quant à elle, nécessairement programmée.
- S'organiser pour disposer d'avis spécialisés :
 - L'unité de court séjour gériatrique garantit l'accès à des consultations spécialisées (neurologie, psychiatrie, cardiologie, pneumologie et oncologie) qui peuvent être réalisées au décours de l'hospitalisation ou de manière différée.
- S'organiser pour faciliter le retour rapide au domicile :
 - Le projet thérapeutique est finalisé en lien avec le médecin traitant.
 - L'établissement de santé anticipe la préparation de la sortie, l'organise et s'assure avec le médecin traitant de la mobilisation des différents services intervenant à domicile.
 - La sortie donne lieu à un compte-rendu d'hospitalisation transmis au médecin traitant dans un délai de 24 heures.

3.1.2 Equiper les bassins pour répondre au besoin de proximité

Les bassins susceptibles de disposer d'une unité de court séjour gériatrique (CSG) :

L'unité de court séjour gériatrique de 20 lits au minimum constitue une unité médicale de soins individualisée au sein d'un établissement de santé.

Pour assurer un maillage territorial satisfaisant, chaque territoire doit disposer d'une unité de CSG. Compte tenu de leur population, le territoire de la Haute-Garonne disposera d'au moins deux unités, celui du Tarn, disposera de deux unités.

Pour remplir ses missions, un court séjour gériatrique devrait disposer d'une équipe pluri-disciplinaire composée d'au moins :

- Deux équivalents temps plein de médecin gériatre ;
- Douze équivalents temps plein d'infirmiers et douze équivalents temps plein d'aides soignants ;
- Du temps de psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien et assistant social ;
- Une permanence médicale, infirmière et aide soignante est assurée H24.

L'unité de court séjour gériatrique sera implantée sur le site du plateau technique de gériatrie.

Autres modalités d'organisation : les lits de court séjour à orientation gériatrique

Pour répondre aux besoins d'hospitalisation de proximité du bassin, d'autres dispositifs sont mis en place en fonction des ressources humaines disponibles et plus spécifiquement les gériatres.

Lorsque le volume de la population âgée de 75 ans et plus, du bassin de santé ne permet pas la création d'une unité de CSG, une prise en charge doit être organisée et identifiée au sein du service de médecine polyvalente.

Cette organisation reposera sur l'intervention de deux médecins gériatres. Elle permettra de mutualiser les ressources médicales et paramédicales de la filière gériatrique (SSR, USLD, EHPAD), formées spécifiquement à la prise en charge des personnes âgées et d'assurer la continuité des soins.

Une évaluation de ces dispositifs sera conduite sous la responsabilité du groupe de professionnels ayant élaboré le projet médical de territoire «vieillesse et prévention de la dépendance ».

3.1.3 Les soins de suite et de réadaptation (SSR)

Les SSR non spécialisés :

Ils ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles (physiques, cognitives, psychologiques, sociales...) des déficiences et limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation du patient.

Ils participent donc pleinement à la réponse aux besoins de proximité en particulier pour des patients âgés. Une attention particulière doit être portée sur la prévention de la dépendance iatrogène (cf. Partie 3.3.5). Tous les bassins disposent d'un recours possible à un SSR non spécialisé.

Les SSR avec mention personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance :

Ils accueillent en hospitalisation complète ou partielle des patients âgés de 75 ans et plus, présentant des risques particuliers de décompensation, pouvant relever d'une ou de plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience, source de dépendance physique ou psychique, difficilement réversible.

Ils prennent en charge des patients :

- Soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, notamment dans les suites d'une affection médicale aiguë ou d'une intervention chirurgicale afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle garantissant le retour dans le milieu de vie, domicile ou un substitut du domicile (EHPAD, USLD...),
- Soit directement du domicile ou d'une structure médico-sociale dans une approche programmée.

L'offre actuelle se caractérise par l'autorisation de 29 implantations dans la région qui couvrent environ les deux tiers des besoins (évalués nationalement à 3 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus.) Ces implantations couvrent deux tiers des bassins.

Des mentions spécialisées seront autorisées dans l'ensemble des bassins, par qualification de lits existants, à l'exception des bassins de Nogaro et de l'Isle-Jourdain où le potentiel de personnes âgées de 75 ans et plus, ne permet pas la mise en place d'une unité de 20 lits.

Les établissements disposant d'une autorisation de SSR polyvalent de ces deux bassins de santé, signeront une convention avec les établissements autorisés en SSR avec mention personne âgée poly-pathologique ou à risque de dépendance, situés à proximité.

Ces objectifs sont inscrits dans l'orientation 1 du SROS SSR (Partie 1.3.2 SSR avec mention « Affection de la personne âgée poly-pathologique dépendante ou à risque de dépendance »).

Afin d'assurer une meilleure coordination entre tous les intervenants, les SSR doivent intégrer la filière gériatrique.

Afin de garantir l'adéquation de la prise en charge, un médecin gériatre valide en amont (directement ou indirectement par un protocole) l'orientation des patients dans cette spécialité.

Cette mention doit répondre à un besoin de proximité. Un accès à un SSR avec mention personne âgée poly-pathologique dépendante ou à risque de dépendance, doit être organisé pour chaque bassin, lorsque la densité de population concernée le justifie et, à défaut, en assurant une prise en charge gériatrique à partir d'un autre SSR spécialisé.

Cet accès est organisé selon le cas :

- soit dans un service SSR spécialisé sur le bassin ;

- soit dans un SSR non spécialisé avec l'appui et le soutien de compétences techniques gériatriques du SSR spécialisé le plus proche.

3.1.4 Les équipes mobiles de gériatrie (EMG)

L'objectif est de garantir une prestation d'avis spécialisés dans chaque bassin pour le traitement des cas complexes.

L'équipe mobile gériatrique intervient, à la demande pour :

- Evaluer la situation de la personne ;
- Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients ;
- Orienter dans la filière de soins gériatriques et participer à l'organisation de la sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile ;
- Accompagner les équipes soignantes.

Une équipe mobile peut intervenir sur un ou plusieurs bassins ou dans l'ensemble du territoire de santé.

Les EMG sont pluri-professionnelles. Elles peuvent intégrer des compétences spécialisées (psychiatrie, neurologie, cardiologie, oncologie...).

Elles interviennent dans l'ensemble des services de l'établissement de santé où elles sont implantées et dans les établissements qui n'en disposent pas. Elles garantissent la prise en charge et l'orientation des patients âgés hospitalisés en apportant un avis spécialisé (le cas échéant à distance).

Leur intervention est indispensable dans le service des urgences.

Leur intervention en extrahospitalier se fera en priorité vers les EHPAD sur des thématiques ciblées et prévalentes comme les troubles du comportement (télé médecine à privilégier). A domicile, les EMG interviendront selon les critères de complexité présents et définis par la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer (MAIA) en lien avec le médecin traitant.

Le COTER « Vieillesse - Dépendance » proposera la composition et le fonctionnement de ces équipes mobiles et leurs missions.

Les EMG se conformeront au cahier des charges défini. Ce dernier s'attachera à préciser les conditions des interventions en établissement de santé, en EHPAD ou à domicile, dans les cas de situations complexes.

3.1.5 Adapter les dispositifs du bassin de santé à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Le nombre annuel moyen de nouvelles admissions en ALD 15 (Maladie d'Alzheimer et autres démences) est de l'ordre de 3 200 en Midi-Pyrénées.

Consultations mémoire :

Dispositif supplémentaire de proximité, la consultation mémoire permet, selon un protocole établi, de confirmer ou d'infirmer une suspicion de maladie d'Alzheimer. Elle permet d'évaluer la réalité, la nature et l'étendue des troubles de la mémoire et, dans l'affirmative, de commencer à en rechercher l'origine.

Une consultation mémoire mobilise une équipe pluridisciplinaire composée notamment d'un médecin neurologue, gériatre ou psychiatre, d'un psychologue, d'un orthophoniste, d'un temps de secrétariat. 24 consultations mémoire sont identifiées en mars 2012, 2250 nouveaux patients ont bénéficié d'une consultation en 2011, selon le recueil effectué dans la Banque Nationale Alzheimer (BNA).

Les objectifs sont :

- D'étendre l'accès à une consultation mémoire dans chaque bassin. Ces consultations seront présentes dans chaque bassin, à titre principal, sous forme d'antenne ou sous forme de consultation mémoire libérale identifiée.
- De permettre l'accueil en consultation pour tout patient dans un délai de deux mois maximum. Chaque consultation doit améliorer son organisation pour réduire le délai entre l'appel et le rendez-vous fixé. Chaque consultation mémoire établit un partenariat avec la MAIA la plus proche et les équipes spécialisées Alzheimer des Services de Soins Infirmiers à Domicile. Cette liaison a pour objectif de simplifier le parcours des personnes et de leurs aidants.
- De généraliser un recueil exhaustif d'activité des consultations mémoire et le suivi épidémiologique des patients conformément au plan Alzheimer (2008-2012). Chaque consultation mémoire exporte régulièrement l'intégralité des items du corpus minimum d'information de la maladie d'Alzheimer (CIMA) vers la BNA. Ce recueil exhaustif associé à des critères de qualité et de proximité sera un élément majeur pour la labellisation des consultations mémoire ou l'identification de consultations mémoire libérales. A défaut, les financements feront l'objet d'un ajustement. Le recueil permettra de constituer une base de données utile pour la recherche, notamment dans le domaine du suivi des cohortes.

Ces données ont vocation à être exploitées par le Centre mémoire de ressources et de recherche régional adossé aux CHU.

Ce dernier a pour mission d'assurer :

- Le rôle de consultation de premier niveau pour le secteur géographique où le centre est implanté ;
- Le recours pour les consultations dans les cas difficiles ;
- Le développement de travaux de recherche ;
- Les formations ;
- Une réflexion sur les questions à caractère éthique.

Autres dispositifs :

En complément

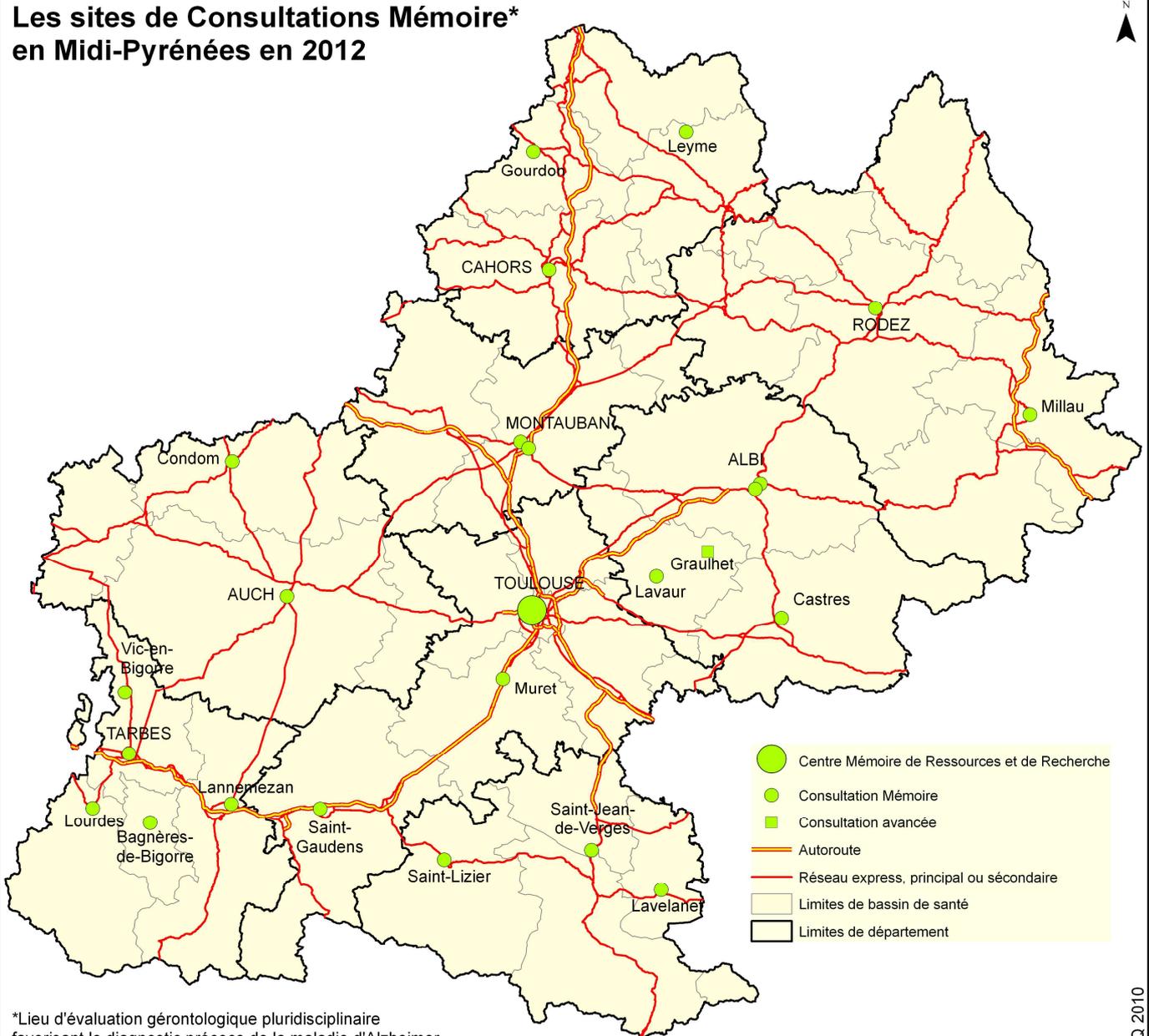
SROMS

Le schéma régional d'organisation médico-sociale « Personnes âgées » précise dans son thème 3 – Orientation 3, l'objectif d' « Adapter la prise en charge en établissement aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ».

Au sein de chaque bassin, les EHPAD s'adaptent à la prise en charge des personnes âgées les plus dépendantes, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés en créant ou identifiant des unités adaptées pour les patients présentant des troubles comportementaux :

- les pôles d'activités et de soins adaptés ;
- les unités d'hébergement renforcé.

**Les sites de Consultations Mémoire*
en Midi-Pyrénées en 2012**



*Lieu d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire favorisant le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée.

0 10 20 40 Kilomètres

Source : ARS Midi-Pyrénées - mars 2012

ARS Midi-Pyrénées - OES - 30 octobre 2012

© NAVTEQ 2010

3.2 Consolider les dispositifs territoriaux

3.2.1 Unités de soins de longue durée (USLD)

Les USLD sont des unités fonctionnelles, accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale et infirmière et l'accès à un plateau technique minimum.

Chaque territoire doit disposer d'une USLD.

La validation de la charge en soins par la validation des coupes PATHOS fin 2011 début 2012 de la totalité des USLD, constate une inadéquation entre le niveau de soins exigé pour la prise en charge en USLD et les personnes admises : seuls 51% des patients relèvent de soins médicaux techniques importants (SMTI), 10% ne relèvent pas d'une USLD.

Le COTER participera à l'élaboration d'un cahier des charges précisant les critères d'admission et de sortie des USLD et diffusera une fiche d'admission unique dans la région pour homogénéiser les pratiques.

Chaque USLD doit accueillir une proportion de 70% de personnes nécessitant des soins médico-techniques importants. Les personnes âgées présentant uniquement des pathologies chroniques stabilisées ne relèvent pas ou plus d'une USLD.

Les autorisations des structures qui n'arrivent pas à ces taux, pourront être reconsidérées, pour permettre un rééquilibrage interdépartemental en faveur de l'Ariège, du Tarn-et-Garonne et de la Haute-Garonne sur la base d'unités de 30 lits.

Les USLD devront s'inscrire dans une dynamique de coordination avec l'ensemble du dispositif sanitaire et médico-social pour permettre :

- Un accès à la demande du premier recours ;
- Un accueil de personnes en sortie d'hospitalisation ;
- Un appui pour l'organisation de la réponse aux besoins dans les bassins (cf partie 3.1.1).

3.2.2 Adapter les dispositifs du territoire de santé à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

La création d'unités d'hébergement renforcées (UHR) sera poursuivie : ces unités prennent en charge au sein des USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de la vie de la personne et des autres résidents.

Sept unités en USLD sont à ce jour identifiées. Au terme du plan Alzheimer (2008-2012), 13 dispositifs devraient être installés en USLD. Leurs implantations seront définies en cohérence avec celles des EHPAD prévues dans le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS).

Des unités cognitivo-comportementales (UCC) seront créées. Les unités cognitivo-comportementales sont des unités de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et à titre dérogatoire elles peuvent être installées au sein d'unités de psychiatrie avec un pré-requis de compétences en gériatrie. Elles s'adressent à des patients valides et présentant des troubles comportementaux majeurs.

A ce jour, trois UCC sont fonctionnelles, deux desservent d'une part les territoires de l'Aveyron et du Tarn Nord, et d'autre part les territoires des Hautes-Pyrénées et du Gers, la troisième est implantée en Haute-Garonne. Au terme du plan Alzheimer, le dispositif sera étendu à six unités pour permettre de répondre au besoin des territoires de l'Ariège, du Lot, du Tarn Sud et du Tarn-et-Garonne.

3.2.3 Expérimenter la mise en place de plateformes de maintien de l'autonomie et de prévention de la dépendance

Cette expérimentation est portée par le Gérontopôle.

La plateforme a pour missions :

- Le repérage des personnes âgées fragiles à risque de dépendance (la fragilité étant un état potentiellement réversible);
- L'évaluation gériatrique approfondie des personnes âgées à risque de dépendance ;
- La mise en place d'interventions préventives ou thérapeutiques pour améliorer l'état de santé des personnes âgées ;
- L'éducation de la population ;
- La formation des professionnels de santé aux problématiques du vieillissement ;
- Le développement de programmes de recherche sur le vieillissement.

Son fonctionnement reposera sur un cahier des charges en cours d'élaboration par le Gérontopôle, selon les normes de fonctionnement de l'hospitalisation à temps partiel.

A titre expérimental, en 2012, une plateforme de maintien de l'autonomie et de prévention de la dépendance sera mise en place au CHU de Toulouse, dans un premier temps sur le site de l'Hôpital Garonne puis sur le site de La Grave.

En 2013, après validation médico-économique du modèle expérimental du CHU, le déploiement de la plateforme territoriale d'évaluation et d'orientation gérontologique pourra être envisagé dans les autres départements.

3.2.4 Expérimenter la mise en place de pôles de promotion de la santé et de l'autonomie

Un autre dispositif de proximité, les pôles de promotion de la santé et de l'autonomie, créés à partir de structures existantes (établissements de santé ou maison de santé pluri-professionnelles) seront expérimentés. Sur une population d'au moins 1 000 personnes âgées de 60 ans et plus, l'objectif est d'évaluer la population pré-fragile et fragile et de suivre l'effet de la proposition d'un plan personnalisé de prévention.

Une première expérimentation dans le canton de Labastide-Murat, suivie de son évaluation médico-économique permettra, le cas échéant, un déploiement dans d'autres cantons de la région.

3.3 Assurer une meilleure qualité de prise en charge

3.3.1 Inscrire la promotion et la préservation de l'autonomie comme fondement de toute intervention pour chaque intervenant de la filière

Ce principe de base fonde le programme de prévention de la perte d'autonomie et du repérage des signes d'alerte.

Tous les acteurs médicaux, paramédicaux ou sociaux du domicile, du monde hospitalier ou médico-social participent à ce programme sur la base d'outils communs.

Ils sont invités à repérer les signaux d'alerte, encourager une activité physique et cognitive adaptée, une alimentation équilibrée et rythmée.

Les acteurs hospitaliers s'approprient les recommandations et outils prévus dans le Schéma régional de prévention, leur permettant d'appuyer cette orientation.

Chaque établissement de santé ou médico-social doit mettre en place des formations spécifiques sur la prise en charge des personnes âgées.

3.3.2 Repérer et orienter la personne âgée dès la plainte mnésique

Les professionnels du premier recours devront être sensibilisés et formés pour réaliser les tests (Mini mental status examination) aux personnes âgées.

Ce test de référence recommandé par la Haute autorité de santé (HAS) est pratiqué lorsqu'on suspecte une démence ou pour permettre de suivre l'évolution de la maladie. Il explore l'orientation temporo-spatiale, l'apprentissage, la mémoire, l'attention, le calcul, le raisonnement, le langage et les praxies constructives.

A l'issue de cette évaluation, les personnes âgées le requérant seront orientées vers les consultations mémoire afin de réaliser un bilan approfondi.

Les professionnels du premier recours, observateurs privilégiés de l'évolution du trouble de la personne âgée devront anticiper la prise en charge future tant médicale que sociale, en association avec les aidants.

3.3.3 Valoriser l'exercice professionnel auprès des personnes âgées

Pour les soignants, la gériatrie semble être un secteur peu attractif en raison de conditions de travail difficile. Les professionnels considèrent souvent à tort que les soins sont peu techniques.

Il est nécessaire d'augmenter le niveau de connaissance de la pratique gériatrique :

- En systématisant les stages en milieu gériatrique pour les IDE, les étudiants en médecine ;
- En impliquant les professionnels dans la recherche ;
- En créant des postes d'assistant spécialiste.

3.3.4 Diminuer les hospitalisations inadaptées

Le médecin traitant doit pouvoir disposer d'avis spécialisés lui permettant :

- De maintenir la personne âgée à son domicile, y compris en EHPAD ;
- D'avoir recours à des consultations programmées ;
- De prévoir une hospitalisation directe et ses modalités (hospitalisation de jour, HAD...).
- De réserver le recours au service d'urgence à des situations de réelle urgence (les personnes âgées de plus de 75 ans représentent entre 12 et 15% des passages)

L'établissement de santé du bassin définit et fait connaître son organisation (ligne d'appel, téléconsultation...) pour répondre à ce besoin.

Dans les situations complexes, l'intervention précoce de l'équipe mobile de gériatrie dans les services d'urgence peut permettre une admission dans les services spécialisés, s'il y a lieu, dans un délai rapide. Des protocoles d'intervention doivent être formalisés.

3.3.5 Prévenir les dépendances induites par les soins

L'étude de la prévention de la dépendance induite par le soin conduite dans un premier temps au CHU pourra être, après évaluation, élargie aux autres établissements de santé.

La poly-médication ou la prescription de certains médicaments délétères peut induire des aggravations de situations cliniques.

3.4 Structurer la filière avec des outils partagés

3.4.1 Utiliser le répertoire partagé des ressources gériatriques

L'animation de bassin s'appuiera sur les référentiels nationaux pour établir et diffuser la connaissance de l'offre de service et des missions des structures sanitaires, médico-sociales, sociales et associatives qui peuvent intervenir tout au long du parcours de la personne âgée.

Pour ce faire, elle utilisera les données du Référentiel des Acteurs Santé Sociaux (RASS) qui offrira un accès web aux données publiques concernant les établissements, les professionnels de santé, les acteurs sociaux et associatifs.

La mise en production de la version grand public est prévue au second semestre 2012.

Cet outil a vocation à répondre à l'objectif fondamental que constitue l'amélioration de la visibilité et la connaissance des ressources disponibles.

Pour favoriser des admissions au plus près des objectifs du projet thérapeutique du patient, Trajectoire deviendra le support privilégié des orientations du court séjour vers le SSR.

Les structures de court séjour intégreront graduellement cet outil commun dans leurs procédures pour gérer l'échange d'informations relatif aux orientations.

Dans l'avenir, ce système d'information devrait s'étendre aux EHPAD, USLD et médecins libéraux au gré des possibilités offertes par les évolutions applicatives.

3.4.2 Développer des outils supports de coopération

Le dossier médical partagé constituera l'outil commun permettant l'échange et le partage des informations relatives au patient, entre les différents acteurs sanitaires.

Des supports seront définis en lien avec le COTER « Vieillesse » et le COTER « Premier Recours » portant, par exemple, sur :

- Le dossier de liaison d'urgence (EHPAD/urgence) qui doit être adapté à l'hospitalisation programmée ;
- La sortie d'hospitalisation qui est aménagée : le médecin traitant doit disposer, dans un délai de 24 heures, du compte-rendu d'hospitalisation et du courrier de sortie d'hospitalisation (traitement médical, conduite à tenir...) ;
- Des réunions de professionnels libéraux, hospitaliers, du médico-social autour de cas complexes ou d'un thème ;
- L'analyse des dysfonctionnements (fiches recueil).

Des protocoles de coopération pourront être élaborés (exemple : une partie de l'évaluation gérontologique devrait pouvoir être réalisée par un IDE).

3.4.3 Mise en place d'une équipe régionale « Vieillesse et prévention de la dépendance »

Afin d'assurer le suivi de la mise en place des orientations données par l'ARS, en lien avec les COTER, une équipe régionale « Vieillesse et prévention de la dépendance » est opérationnelle depuis le 1^{er} mars 2012 au sein du Gérontopôle. Elle s'appuiera dans chaque territoire sur une équipe territoriale « Vieillesse et prévention de la dépendance ».



Implantations cibles des Unités de soins de longue durée (USLD)

Territoire de santé	Cible
Ariège	Borne basse : 1 Borne haute : 2
Aveyron	Borne basse : 7 Borne haute : 8
Haute-Garonne	7
Gers	5
Lot	2
Hautes-Pyrénées	5
Tarn	5
Tarn-et-Garonne	Borne basse : 2 Borne haute : 4

Les établissements de santé en Midi-Pyrénées en 2012 : implantations de médecine autorisées en hospitalisation complète





Implantations cibles de Médecine

Territoire de santé	Implantation cible * HC + Htp	Implantation en Htp. Seule
Ariège	3	0
Aveyron	Borne basse : 6 Borne haute : 7	0
Haute-Garonne	Borne basse : 25 Borne haute : 27	Borne basse : 0 Borne haute : 2
Gers	8	0
Lot	Borne basse : 4 Borne haute : 6	0
Hautes-Pyrénées	Borne basse : 5 Borne haute : 6	0
Tarn	8	0
Tarn-et-Garonne	4	0

* Toute implantation en hospitalisation complète (HC) ouvre la possibilité d'une implantation en hospitalisation à temps partiel (Htp)



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Hospitalisation à domicile

2012 / 2017



Contexte

p. 61

Orientation

1

**Promouvoir le recours à l'HAD
auprès des prescripteurs**

p. 65

- 1.1 Positionner l'HAD comme un élément du parcours de soins
- 1.2 Créer un comité régional de l'HAD
- 1.3 Assurer la lisibilité de l'offre en HAD

Orientation

2

**Faciliter l'organisation et le fonctionnement
des structures et des acteurs**

p. 66

- 2.1 Clarifier la place des acteurs
- 2.2 Assurer la coordination

Orientation

3

**Assurer une offre d'HAD de qualité
dans tous les territoires**

p. 69

- 3.1 Compléter une politique d'autorisation et de contractualisation répondant aux besoins des patients
- 3.2 Promouvoir la qualité des prises en charge

Implantations cibles

p. 71

Périmètre du SROS Hospitalisation à domicile (HAD)

Les structures d'HAD sont des établissements de santé d'hospitalisation sans hébergement soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers privés ou publics : sécurité et qualité de soins, certification par l'HAS et continuité des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

L'HAD concerne des malades de tous âges, atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissements de santé avec hébergement. L'objectif est d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.

Les établissements d'HAD permettent d'assurer au domicile du patient, pour une période révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. L'HAD est avant tout généraliste et polyvalente.

L'admission en HAD est obligatoirement soumise à prescription médicale et doit recueillir l'accord explicite du patient ou de son représentant et du médecin traitant. L'HAD est proposée pour une période limitée et révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

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

- Faire reconnaître l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière,
- Préciser la notion de domicile qui peut être soit le lieu de résidence ordinaire du patient, soit un établissement médico-social avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles.

L'HAD en psychiatrie est abordée dans le schéma régional de cette spécialité.

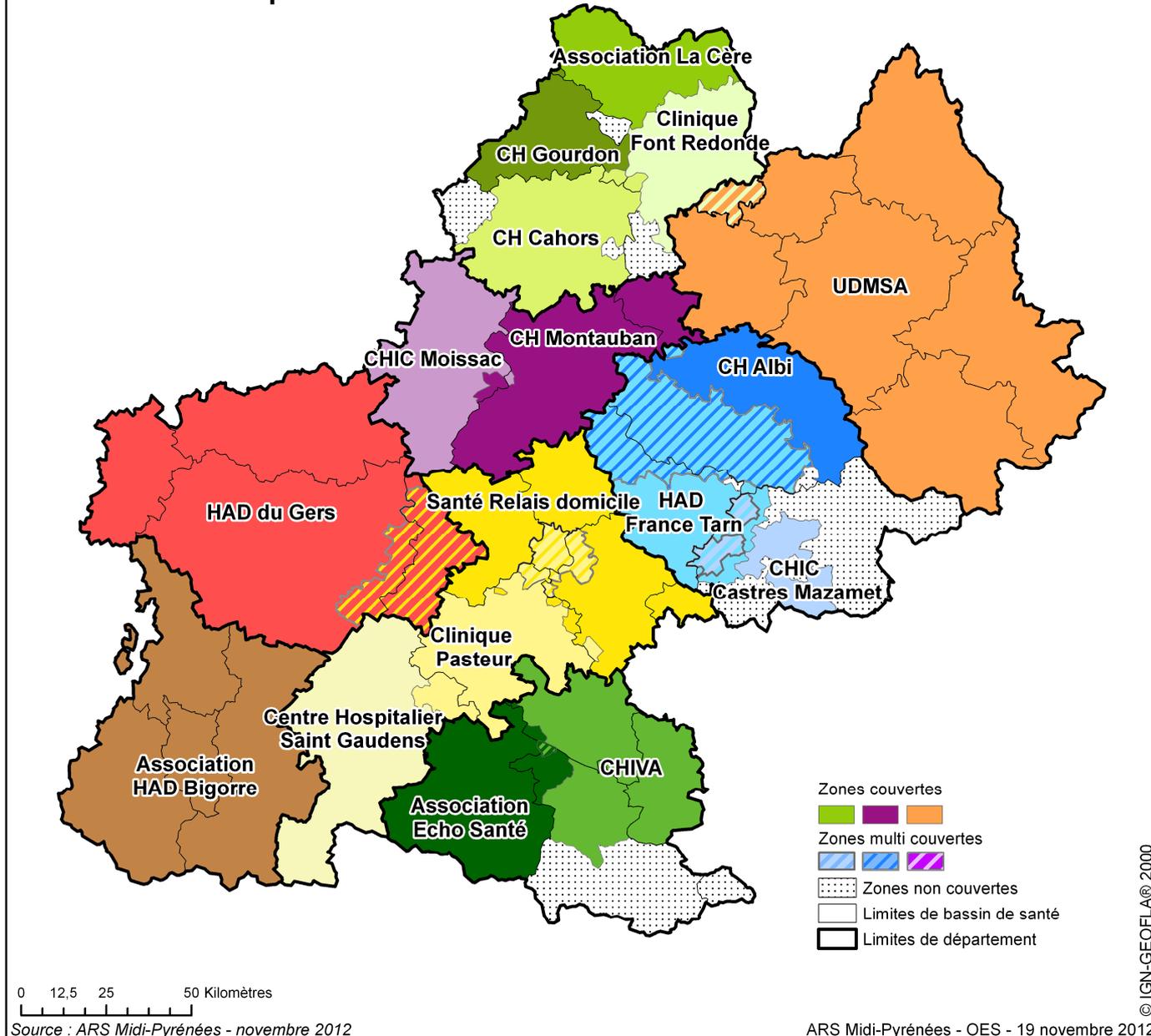
Diagnostic régional : les autorisations en cours

En 2011, les 15 structures actives en HAD médecine polyvalente ne couvrent pas totalement la région (voir carte ci-dessous). Les territoires du Lot, du Tarn, voire de l'Ariège ne le sont pas en totalité et l'HAD du Gers débutera son activité en 2012.

Concernant l'activité de périnatalité (anté-partum, post-partum, nouveau-né), 5 structures répondent au cahier des charges spécifique dans les territoires de l'Ariège, de la Haute-Garonne, du Lot, du Tarn (2). Le CHU est autorisé à l'activité exclusive d'HAD en néonatalogie.

Des chevauchements de zone d'intervention existent dans les territoires de Haute Garonne, du Tarn pour des mêmes activités et modalités autorisées.

La prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) "médecine polyvalente" en Midi-Pyrénées en 2012 : couverture théorique des structures autorisées



Diagnostic régional : l'activité PMSI 2010

Le nombre de journées est de 128 552 pour 15 structures HAD installées.

L'activité régionale est en moyenne de 4 485 journées pour 100 000 habitants.

L'HAD représente 4.1 % des journées facturées en MCO.

Les quatre principaux modes de prise en charge parmi les 22 possibles dans le PMSI, sont les soins palliatifs (20.7%) , les pansements complexes et soins spécifiques (19,7%), les soins de nursing lourd (15,1%) et la nutrition entérale (6%), classement équivalent à celui France entière. Ces 4 modes représentent 61% des prises en charge.

La part de l'activité en soins palliatifs en HAD représente 28,3 % du volume total des hospitalisations (HAD+MCO) pour « soins palliatifs » en 2010.

La parution de référentiels de bonnes pratiques en périnatalité conduit à faire un focus régional sur ce type de prise en charge. Il représente 11 572 journées, en 2010, soit 9,1 % des journées en HAD et est en progression de 2,2% sur la dernière année.

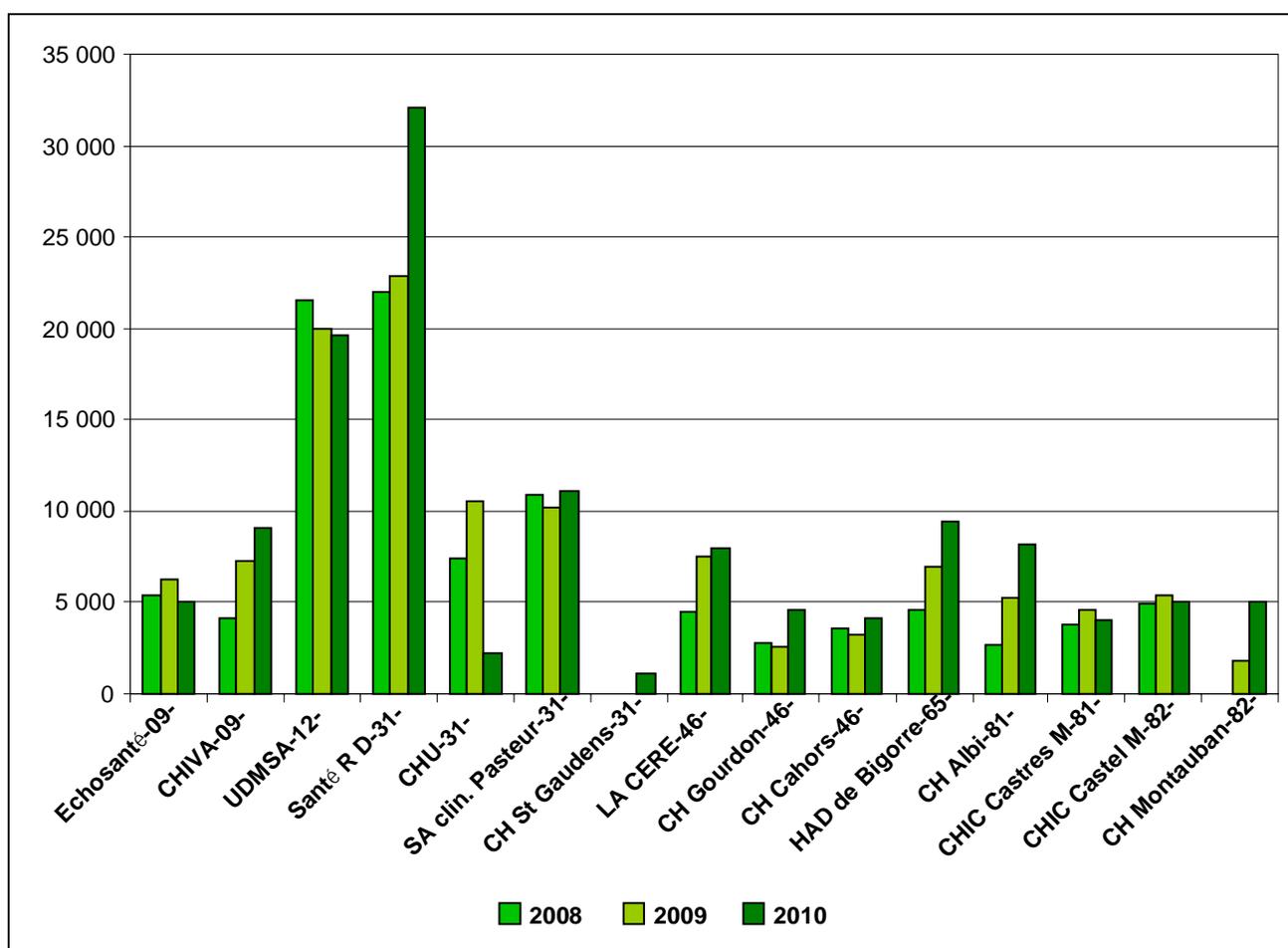
Seulement 5 structures (hors CHU) sur 15 ont eu une activité de périnatalité. Elle se mesure par les journées réalisées pour un des modes de prise en charge (MPP) suivants :

- MPP 19 : surveillance de grossesse à risque,
- MPP 20 : retour précoce à domicile après accouchement,
- MPP 21 : post partum pathologique,
- MPP 22 : prise en charge du nouveau né à risque.

Pour deux structures, l'activité périnatalité est majeure ou très conséquente : le CHIC Castres Mazamet (60,8%) et le CHIVA (32,9%).

En 2010, 8 structures installées depuis au moins 3 ans ont enregistré une activité de moins de 9 000 journées (niveau minimum d'activité préconisé¹). Les écarts sont de 4 000 à 32 000 journées.

Évolution du nombre de journées HAD entre 2008 et 2010 :



Source : PMSI 2008, 2009, 2010

En 2010 l'activité du CHU s'est exclusivement orientée sur le spécialité de néonatalogie.

L'ensemble de la population n'a pas accès à un service de HAD polyvalente malgré l'augmentation du nombre de structures autorisées, de 5 en 2005 à 17 en 2010. L'indice de référence de 24 places installées pour 100 000 habitants* n'est pas atteint (16 places /100 000 hab. en 2010).

¹ * Circulaire DHOS du 1er décembre 2006.

Évolution de l'activité d'hospitalisation à domicile :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre d'établissements de santé autorisés en HAD	6	9	11	14	15	17
Nbre de places installées	111	161	225	309	392	466
Nbre de journées réalisées	33 870	47 934	66 217	96 637	111 537	128 552

Source : rapport IGAS N° RM2010-109P et pour l'année 2010 : SAE 2010, base ARHGOS-ARS MP, ATIH e-pmsi MAT2A

Les recrutements en HAD proviennent essentiellement du court séjour à 64 % (36% par mutation au sein du même établissement) et à 32% du domicile. La répartition par territoire se fait de la façon suivante :

Mode d'entrée en HAD par territoire de santé

Mode d'entrée		Ariège	Aveyron	Haute Garonne	Lot	Hautes Pyrénées	Tarn	Tarn et Garonne	Midi-Pyrénées
Établissement	Court séjour	78,2%	70,7%	49,7%	56,8%	54,7%	82,3%	60,9%	63,9%
	Soins de Suite et réadaptation	3,4%	2,5%	1,2%	12,5%	4,5%	1,0%	7,7%	3,7%
	Long séjour	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,8%	0,0%	0,2%	0,1%
	Psychiatrie	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	HAD	0,3%	0,2%	0,1%	1,5%	0,5%	0,0%	0,0%	0,3%
Domicile	Domicile	10,5%	24,1%	48,8%	28,9%	36,9%	15,7%	30,0%	30,2%
	Médico-social	1,4%	0,2%	0,1%	0,0%	1,0%	1,0%	0,4%	0,5%
	SSIAD	5,9%	2,3%	0,1%	0,0%	1,6%	0,0%	0,8%	1,2%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : PMSI 2010

Les modes de sorties de HAD sont essentiellement, le domicile (60%), le transfert ou mutation en court séjour (28%) et les décès (9 %).

Accompagnement 2012 des structures d'HAD :

L'Assurance maladie en collaboration avec l'ARS, met en œuvre une campagne d'accompagnement dont l'objectif est de favoriser l'amélioration des pratiques, le respect des règles de codage et de facturation.

Toutes les structures de la région feront l'objet d'une visite de sensibilisation en 2012.

Hospitalisation à domicile

Orientation

1

Promouvoir le recours à l'HAD auprès des prescripteurs

L'hospitalisation à domicile tient sa particularité d'être positionnée à l'articulation des secteurs hospitaliers et ambulatoire. Elle est donc une structure mixte utilisant les compétences internes de ses propres équipes et coordonnant les interventions des professionnels extérieurs. La caractéristique et l'originalité des établissements d'HAD consistent à instituer une coopération étroite entre professionnels de santé, salariés ou libéraux, fondée sur leur complémentarité et leur pluridisciplinarité. Pour ce faire, une appropriation de ce mode de prise en charge par tous les acteurs est nécessaire.

1.1 Positionner l'HAD comme un élément du parcours de soins

L'HAD est un mode de prise en charge encore insuffisamment connu et de ce fait encore à promouvoir auprès des prescripteurs. Une campagne d'information sera initiée par l'ARS via le comité régional de l'HAD, en direction des professionnels de santé libéraux ou exerçant dans des établissements sanitaires ou médico-sociaux et des usagers.

Le COTER « Premier recours », les URPS, l'animation de bassin serviront aussi de relais à cette information. Pour améliorer les connaissances, ce thème sera intégré aux formations, qu'elle soit initiale avec la possibilité de stage en structure HAD pour les internes en médecine générale ou continue par des EPU et FMC. L'objectif est d'assurer une bonne connaissance des indications de l'HAD. Les soins réalisés en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à l'acte ou par un SSIAD, par la complexité, la fréquence et donc la charge en soins

Les établissements de santé seront incités dans leurs CPOM à formaliser le recours à l'HAD par des conventions, des protocoles de sortie et des plans de sensibilisation de leurs personnels soignants, à ce mode de prise en charge. La mise en place de l'outil Trajectoire doit permettre à terme d'identifier l'HAD en soins de suite et réadaptation comme une des offres disponibles.

1.2 Créer un comité régional de l'HAD

Ce comité, mis en place par l'ARS, aura pour mission d'être un observatoire, une instance de réflexion sur le développement de l'HAD et un relais d'information des professionnels et des usagers. La mise à jour du cahier des charges régional, servant de référence au fonctionnement de l'HAD lui est confiée. Il est en mesure d'élaborer des outils facilitant la coordination (protocoles d'admission, de sortie, convention type...).

1.3 Assurer la lisibilité de l'offre en HAD

L'ARS mettra en place sur son site un annuaire des HAD autorisées dans les territoires ainsi que les documents élaborés par le comité régional.

Orientation

2

Faciliter l'organisation et le fonctionnement des structures et des acteurs

La vocation de l'hospitalisation à domicile est de mettre en place et de coordonner au domicile du patient l'intervention de multiples professionnels, salariés ou libéraux, autour du projet personnalisé de soins (PPS) du patient.

2.1 Clarifier la place des acteurs

2.1.1 HAD et médecin traitant

La prise en charge en HAD requiert l'accord formel du médecin traitant consigné au dossier médical, même dans des prises en charges très spécifiques comme la néonatalogie (pédiatre ou médecin traitant désigné par la famille).

Le médecin traitant est librement choisi par le patient et est le garant, avec le médecin coordonnateur de l'HAD, du suivi médical du patient. C'est le médecin traitant qui réalise les prescriptions médicales sauf en cas d'urgence, où le médecin coordonnateur de l'HAD peut se substituer à lui.

2.1.2 HAD et autres professionnels libéraux

Concernant les infirmiers, tous les modèles de fonctionnement au sein des structures HAD existent en Midi-Pyrénées : entièrement ou partiellement salarial, ou salariat réduit aux fonctions de coordination. Ce partenariat doit être formalisé par convention individuelle ou collective avec les professionnels libéraux, précisant notamment les modalités de tarification des actes.

Les IDE libéraux souhaitent dans leur grande majorité être intégrés dans le dispositif d'HAD, positionnement soutenu par l'ARS dans le respect du libre choix du patient.

Les sages-femmes libérales participent à la prise en charge en HAD et des collaborations seront systématiquement recherchées. Toutes les patientes doivent être informées de ce mode de prise en charge lorsqu'il est disponible.

Tout professionnel de santé libéral peut intégrer la prise en charge en HAD dans la mesure où il est signataire de la convention proposée par l'établissement d'HAD.

2.1.3 HAD et SSIAD

Les prises en charge en HAD et en SSIAD se situent toutes deux dans le parcours de soins mais répondent à des niveaux de soins différents et ne peuvent être concomitantes.

Les relations entre HAD et SSIAD doivent être fixées par convention traitant des liens, des missions respectives et des organisations (signalement, fiches de liaison,...) afin d'assurer la fluidité des parcours au mieux de l'intérêt du malade.

2.1.4 HAD et pharmacies à usage intérieur et d'officine

Les HAD sont des établissements de soins dont certains possèdent des pharmacies à usage intérieur (PUI). C'est le pharmacien de la PUI qui est le responsable de l'organisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux. La réglementation ouvre la possibilité aux PUI de passer convention avec les pharmacies d'officine concernant les médicaments non réservés à l'usage hospitalier et les dispositifs médicaux. L'oxygène peut être fourni par les structures de dispensation à domicile de l'oxygène médical.

Les HAD ne possédant pas de PUI peuvent, pour les médicaments réservés à l'usage hospitalier, passer convention garantissant la continuité et la sécurité de l'approvisionnement, avec la PUI d'un autre établissement. Les PUI délivrent les spécialités pharmaceutiques reconstituées (en particulier les reconstitutions de chimiothérapie anticancéreuse et de nutrition parentérale). En ce qui concerne les médicaments non réservés à l'usage hospitalier, l'HAD pourra passer convention avec les pharmacies d'officine. Les dispositifs médicaux peuvent être fournis par les prestataires de matériel ou par les pharmacies d'officine.

2.1.5 HAD, réseaux et équipes mobiles

Les missions des HAD, des équipes mobiles et des réseaux sont différentes et complémentaires. Les réseaux, comme l'équipe mobile, ont vocation à apporter leur expertise aux équipes de l'HAD.

Tous les patients de Midi-Pyrénées doivent pouvoir bénéficier d'un recours à l'hospitalisation à domicile en coopération si besoin avec la fonction d'appui des réseaux pour toutes les situations complexes.

Il conviendra de fixer les champs et les modalités d'intervention de chacun dans des conventions.

Cette activité devra être identifiée en tant que telle dans le rapport d'activité du réseau ou de l'équipe mobile.

2.1.6 HAD et les établissements médico-sociaux

L'intervention de l'HAD dans les EHPAD en particulier, est encouragée afin d'éviter des hospitalisations classiques lorsque cela est possible. Des conventions seront passées et des rencontres régulières entre coordinateurs de l'HAD et coordinateurs de l'EHPAD sont à prévoir.

2.1.7 HAD et aidants au domicile

L'intervention de l'équipe d'HAD au domicile nécessite outre l'accord explicite du patient, un environnement matériel et humain en capacité d'assumer un certain transfert de charge, contribuant à assurer une présence et une surveillance continue du patient. Lors de la demande d'admission, l'HAD doit évaluer la capacité de l'entourage à s'inscrire dans la prise en charge.

L'entourage doit être informé et parfois même associé aux décisions thérapeutiques, en fonction des situations particulières.

2.2 Assurer la coordination

2.2.1 Formaliser les partenariats

Les professionnels de santé libéraux intervenant dans une structure d'HAD, formaliseront avec celle-ci leurs engagements concernant la mise en œuvre du PPS, la continuité des soins, les modalités de transmission de l'information et du dossier de soins notamment pour la prise en charge des personnes en fin de vie.

Avec les établissements, des conventions seront garantes des liens mis en place et de la fluidité du parcours qu'elles assurent. Leur efficacité sera évaluée dans les CPOM.

2.2.2 Promouvoir la coordination autour du PPS et du dossier patient

L'élaboration du PPS au domicile du patient, doit permettre de définir, en collaboration avec différents acteurs, les champs et les modalités d'intervention de chacun.

Les réunions hebdomadaires de réévaluation des soins sont des outils de coordination recommandés. Un effort particulier doit être attaché à la traçabilité dans le dossier patient des passages des professionnels de santé.

Le partage d'information par les différents acteurs est indispensable pour assurer des soins coordonnés et doit être mis en place par le médecin coordonnateur de l'HAD.

Le dossier patient accessible à tout moment au patient demande de respecter les règles rédactionnelles et la mise en place de mesures pour garantir la confidentialité des informations.

2.2.3 Promouvoir l'informatisation du dossier médical et du circuit du médicament

Le dossier informatisé contribue à la fois à l'efficacité, à la qualité et à la sécurité des soins.

Il est particulièrement recommandé pour la traçabilité du circuit des médicaments (guide HAS accréditation des HAD) et le logiciel utilisé doit être DMP compatible.

Chaque structure d'HAD devra à terme, mettre en place cette informatisation.

Orientation

3

Assurer une offre d'HAD de qualité dans tous les territoires

L'objectif est d'offrir une couverture optimale en hospitalisation à domicile polyvalente dans tous les territoires de la région.

3.1 Compléter une politique d'autorisation et de contractualisation répondant aux besoins des patients

Ce mode d'hospitalisation doit être accessible à toute personne amenée à en faire le choix et dans cet objectif :

- L'accès à une prise en charge en HAD quel que soit le lieu de résidence des patients sera assuré par l'autorisation d'activité d'au moins une structure d'HAD polyvalente par territoire,
- Tous les établissements MCO, s'ils n'assurent pas eux-mêmes cette prise en charge, devront passer convention avec les structures HAD de leurs territoires. Il en est de même pour les SSR.

Les demandes et les délivrances d'autorisation s'appuieront sur le cahier des charges actualisé par le Comité régional de l'HAD.

Les zones d'intervention des HAD visent à couvrir le territoire de santé et seront réexaminées lors des renouvellements d'autorisations. A titre exceptionnel, l'HAD d'un territoire pourra être autorisée à intervenir dans un territoire limitrophe, dans le cadre d'une convention avec l'HAD du territoire concerné.

En dehors de la Haute-Garonne, chaque structure d'HAD polyvalente a une zone d'intervention exclusive.

Les HAD autorisées devront mettre en place des organisations permettant de couvrir la totalité de leur zone d'intervention notamment par création d'antennes lorsque les interventions se situent à plus de 30 km ou 30 minutes du site d'implantation.

Les HAD autorisées ont une activité polyvalente à l'exception d'une structure en néonatalogie justifiée en Haute-Garonne.

3.2 Promouvoir la qualité des prises en charge

3.2.1 Des structures de taille efficiente

Pour une meilleure efficacité, tout établissement ou service d'HAD polyvalente devra atteindre un niveau d'activité minimum de 9 000 journées d'hospitalisation par an (ce niveau correspond à 30 places avec un taux d'occupation à 80% et 25 places avec un taux à 92%).

Dans cet objectif, les structures d'un même territoire devront se regrouper. La création d'antenne pour assurer la proximité sera privilégiée.

3.2.2 Évaluer la qualité et la pertinence

Les prises en charge doivent être en adéquation avec les critères d'inclusion, les référentiels HAS et le cahier des charges régional.

Les structures doivent être en mesure d'analyser les motifs de non-admission de prise en charge.

L'HAD doit prendre en compte la réflexion éthique de fin de vie.

3.2.3 Assurer la permanence et la continuité des soins

L'HAD doit garantir la continuité des soins et assurer au patient 24h/24 et 7j/7

- Un accès téléphonique à un professionnel de l'HAD,
- La visite d'un professionnel paramédical au domicile,
- Un avis médical.

La prise en charge des soins non programmés et des urgences (permanence des soins) est coordonnée par l'HAD mais n'est pas effectuée par la structure.

L'organisation exacte de la continuité et de la permanence des soins sera fixée dans les CPOM en fonction du contexte local et des activités de l'HAD.

La structure doit veiller à une accessibilité permanente aux éléments du dossier patient.



Implantations HAD polyvalente

Territoire de santé	Cible
Ariège	1
Aveyron	1
Haute-Garonne	3 + 1 *
Gers	1
Lot	Borne basse 1 Borne haute 2
Hautes-Pyrénées	1
Tarn	2 **
Tarn-et-Garonne	1

* Correspond à une implantation d'HAD spécialisée de néonatalogie.

** Dans le Tarn, le nombre d'HAD correspond au nombre minimum de plateaux techniques de spécialité préconisés (Albi et Castres)



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

Midi-Pyrénées

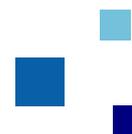
Soins de suite et de réadaptation

2012 / 2017



www.sante.midi-pyrenees.fr

ars
● Agence Régionale de Santé
Midi-Pyrénées



Contexte

p. 75

Orientation

1

Adapter le dispositif de soins de suite et de réadaptation (SSR) aux besoins identifiés

p. 78

Thème 1

Soins de suite et de réadaptation pour adultes

p. 78

Thème 2

Soins de suite et de réadaptation pour enfants

p. 99

Thème 3

Reconnaitances contractuelles de prises en charge spécifiques

p. 103

Orientation

2

Fluidifier le parcours du patient

p. 104

Orientation

3

Développer la prise en charge en ambulatoire

p. 105



L'offre de soins de suite et réadaptation en 2011 est caractérisée par l'autorisation d'activité de 106 implantations en hospitalisation à temps complet et 14 implantations en hospitalisation à temps partiel. Ces implantations (ou sites) correspondent à 99 entités juridiques (hospitalisation complète et/ou hospitalisation à temps partiel). Parmi les 99 entités autorisées, 9 concernent exclusivement des enfants. En 2010, une autorisation a été délivrée limitée à 2 ans pour 33 entités afin qu'une amélioration des prises en charge soit mise en œuvre (coopération ou mise en place de filière concertée dans un territoire ou correction de problèmes de fonctionnement spécifiques à certains établissements) ou pour laisser un délai suffisant à une reconversion hors du champ sanitaire.

La capacité d'accueil est de 4 975 lits d'hospitalisation à temps complet et 314 places d'hospitalisation à temps partiels (source SAE 2010). Le taux d'équipement est de 1,86 lits et places pour 1 000 habitants pour la région contre 1,69 pour la France. Au sein de la région, ce taux varie de 1,37 à 3,10 selon les territoires.

Taux d'équipement 2010

Territoires de santé	Population 2010	Capacité en lits et places	Ratio / 1000 habitants
Ariège	150 000	205	1,37
Aveyron	275 500	516	1,87
Haute-Garonne	1 209 000	2072	1,71
Gers	184 500	383	2,08
Lot	172 000	378	2,20
Hautes-Pyrénées	229 000	711	3,10
Tarn	383 000	637	1,66
Tarn-et-Garonne	234 500	387	1,65
Midi-Pyrénées	2 837 500	5289	1,86

Sources : SAE 2010

Taux national : 1,69

Les services de soins de suite et de réadaptation répondent à des besoins de soins polyvalents et de soins plus spécialisés en affections :

- De l'appareil locomoteur ;
- Du système nerveux ;
- Du système cardio-vasculaire ;
- De l'appareil respiratoire ;
- Du système digestif, métabolique et endocrinien ;
- Des brûlés ;
- Liées aux conduites addictives ;
- De la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Tous les établissements autorisés le sont pour une activité de soins polyvalents, certains sont exclusivement polyvalents, d'autres disposent en plus d'une ou plusieurs mentions spécialisées.

Les établissements polyvalents exclusifs représentent 1 160 lits et places, soit environ un établissement sur cinq. Ils se partagent à parts égales entre statut public et privé.

Les autorisations en cours offrent un potentiel de prises en charge spécialisées (mentions spécifiques) de 55% environ des lits.

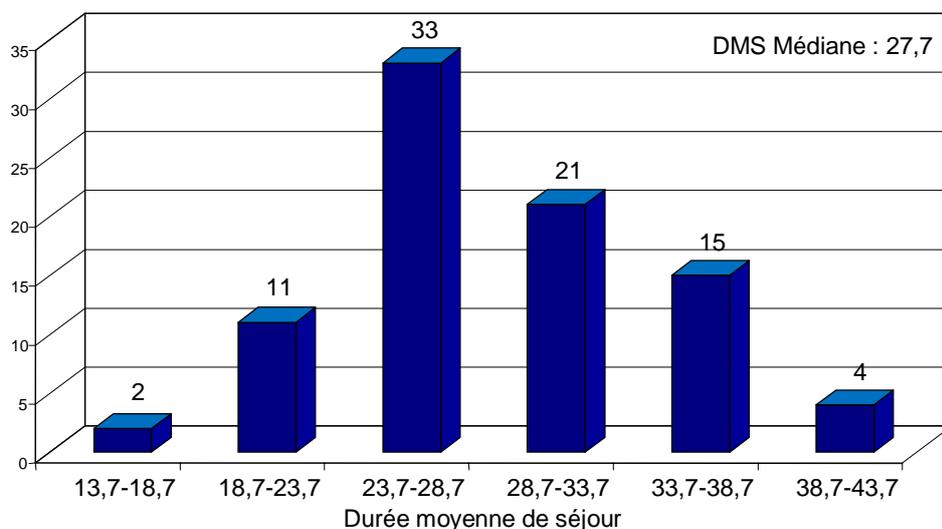
L'activité globale en 2010 (source PMSI) est de 1 740 165 journées, soit une augmentation de 4,23% par rapport à 2009, augmentation bien supérieure à l'évolution de l'ONDAM hospitalier, et confirmant les tendances des années précédentes.

Le taux d'occupation des structures se situe globalement à 92% (source SAE).

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 29 journées en 2010 pour toute l'activité de la région (adultes et enfants).

Durée moyenne de séjour des établissements SSR en 2010

Nombre
d'Établissements



Sources : PMSI 2010

Sur 86 établissements (établissements à activités spécifiques retirés de cette illustration), 38%, ont une DMS comprise entre 23,7-28,7 jours et 24% une DMS comprise entre 28,7-33,7 jours.

Le taux de recours régional (consommation en SSR des habitants de la région) en 2009 était de 5 203 journées pour 10 000 habitants, légèrement inférieur au taux national et légèrement supérieur au taux médian. Il existe cependant de gros écarts au sein même de la région avec un taux de recours à 6 071 pour les Hautes-Pyrénées et 4 150 pour le Tarn-et-Garonne.

CMC	Taux de recours 2009 standardisés pour 10 000 hab.									France Métropolitaine	
	Région	09	12	31	32	46	65	81	82	Taux national	Médiane
Toutes CMC	5 202,6	5 539,4	5 099,2	5 456,2	5 081,5	4 617,7	6 071,3	4 776,3	4 150,1	5 278,9	5 002,8

Sources : PMSI 2009 - Données nationales

Le taux d'hospitalisation à temps partiel est inférieur au taux national.

Le quart de l'activité à temps partiel est réalisé par des établissements pour enfants et adolescents. Pour les adultes, la part d'activité à temps partiel n'est que de 4,2%. Il y a donc une marge de progression de ce mode d'hospitalisation notamment en zone urbaine par substitution en mode d'hospitalisation à temps complet.

	Activité en hospitalisation temps partiel									
	Région	09	12	31	32	46	65	81	82	France
% Hospitalisation partielle/totale	5%	2%	1%	8%	5%	1%	5%	3%	3%	7%

Sources : PMSI 2009 - Données nationales

Le comité technique régional « Rééducation, réadaptation, réhabilitation et handicap physique » (COTER) a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Orientation

1

Adapter le dispositif de soins de suite et de réadaptation (SSR) aux besoins identifiés

Thème 1

Soins de suite et de réadaptation pour adultes

L'objectif est que les territoires, voire les bassins de santé de la région, disposent d'une offre de soins en SSR homogène et équilibrée. Cette répartition se fera à partir de l'offre existante sans augmentation globale de capacité, par ajustement des capacités, relocalisations, transformations, mutualisations.

Le dispositif évoluera notamment pour les autorisations délivrées pour une durée limitée à 2 ans et pour répondre, en particulier, aux besoins non couverts pour certaines spécialités, en intégrant la contrainte démographique des professionnels de santé.

1.1 Répondre aux contraintes démographiques pour toutes les implantations

Toute implantation sera étudiée au regard des ressources médicales nécessaires à son fonctionnement et des possibilités de mutualisation en lien avec les évolutions de la démographie médicale.

Les rapprochements, au sein d'une même implantation, des spécialités appareil locomoteur et système nerveux d'une part, et cardiovasculaire et respiratoire d'autre part, seront favorisés. Ils seront à privilégier, dans un objectif d'efficacité et de rationalisation des moyens (ressources médicales, paramédicales et plateaux techniques).

1.2 Assurer l'adéquation et la qualité des prises en charge

Les établissements adresseurs mettront en place des dispositifs permettant de garantir une orientation en SSR adaptée à l'état du patient, par l'élaboration systématique d'un programme personnalisé de soins (PPS) avec recours à un avis spécialisé en gériatrie ou en médecine physique et de réadaptation (MPR), si nécessaire. Ce PPS devra figurer au dossier du patient. Il intégrera le dispositif Trajectoire à sa mise en place. Les établissements adresseurs et receveurs devront prévoir dans leur convention de coopération, transmise à l'ARS, la réalisation d'un bilan annuel de ces PPS.

La présence médicale dans chaque établissement doit permettre de répondre notamment aux besoins d'évaluation initiale, hebdomadaire et finale du projet thérapeutique de chaque patient. Une évaluation initiale et finale des niveaux de dépendance devra être systématiquement conduite.

Cette évaluation a pour objectif de favoriser le retour précoce au domicile avec des prises en charge pouvant être inférieures à 21 jours. Elle devra figurer au dossier du patient.

Tout patient doit pouvoir bénéficier, si besoin, d'une évaluation nutritionnelle, d'une mesure des ingesta et d'un éventuel suivi des apports nutritionnels.

Afin de s'assurer de la qualité de la prise en charge, l'ARS veillera à ce que les effectifs en personnel déployés soient adaptés au nombre de patients pris en charge et à la nature et l'intensité des soins que leur état de santé requiert et, le cas échéant, au type de mention spécialisée autorisée. Cette vérification se fera au moment de la visite de conformité.

1.3 Assurer une prise en charge en SSR au niveau de chaque bassin de santé répondant à des besoins de proximité

1.3.1 « SSR non spécialisé »

Tous les SSR ont une autorisation dite « non spécialisée » ou SSR polyvalent qui constitue le tronc commun de prise en charge que doivent assumer tous les établissements autorisés en SSR :

« Les établissements dits non spécialisés sont en mesure d'assurer :

- Les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation, prévenir l'apparition de la dépendance, favoriser l'autonomie des patients

- Des actions de prévention et d'éducation thérapeutique

- La préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle. »
(CSP articles R. 6123-119 et -126).

Aujourd'hui, 99 implantations concernent les adultes, 60% disposent d'une mention spécialisée.

Tous les bassins bénéficient d'au moins une implantation à l'exception de celui de Lannemezan.

Les établissements situés à proximité de centres de dialyse rénale devront passer convention avec ces derniers afin d'être en mesure d'assurer une offre de rééducation pour des patients en dialyse péritonéale. Ces conventions permettront d'assurer la formation des personnels du SSR et de sécuriser le parcours des patients.

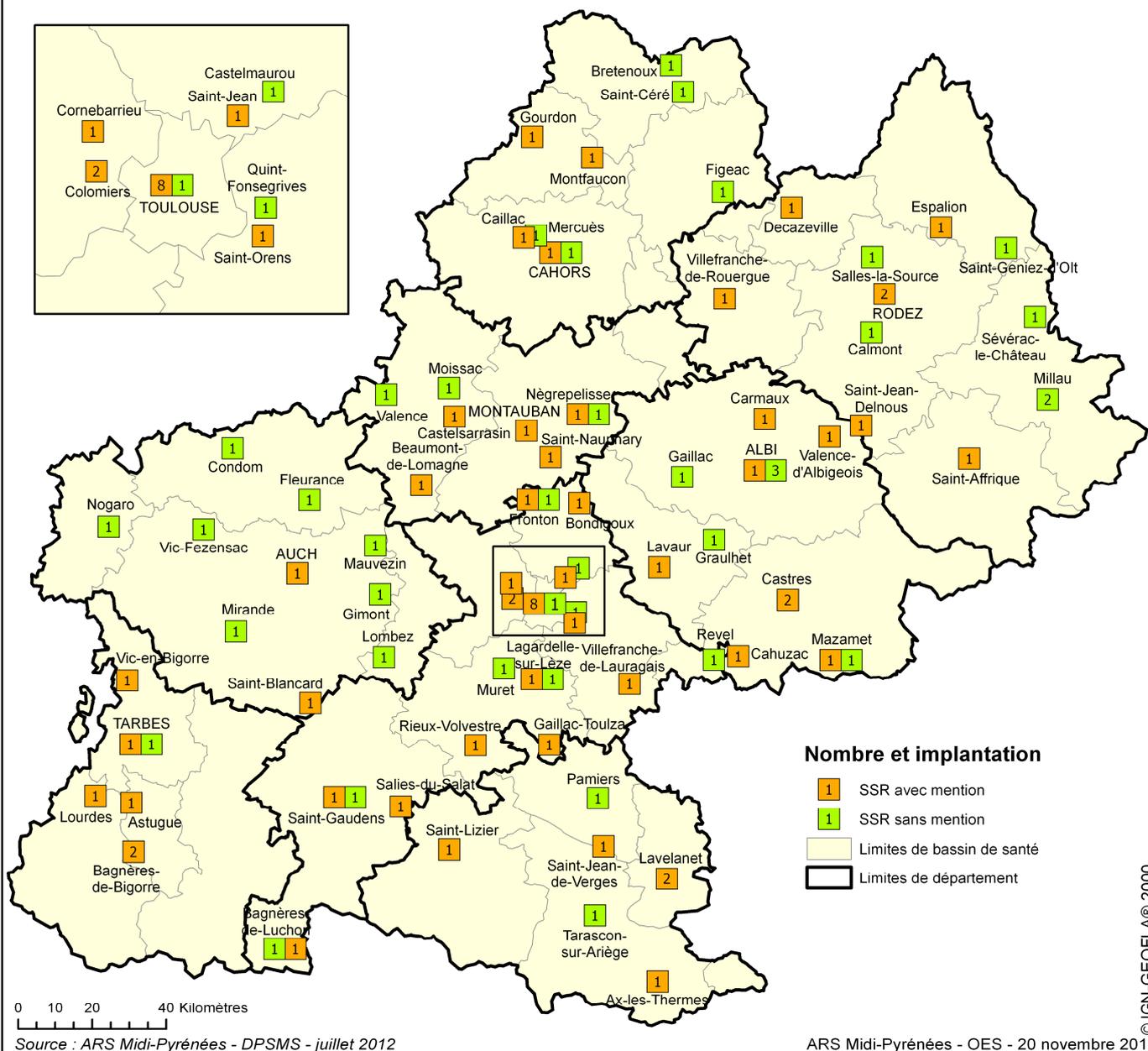
Une offre en SSR non spécialisé sera assurée dans chaque bassin de santé. La création d'un SSR dans les Hautes-Pyrénées est envisagée par reconversion et/ou relocalisation au sein de ce territoire.

Toute implantation d'un SSR devra comporter un minimum de 30 lits. Une capacité inférieure à ce seuil peut être envisagée si l'établissement dispose d'une autorisation de Médecine permettant de mutualiser des moyens, pour une capacité totale (SSR + Médecine) de 30 lits, dont un minimum de 20 lits de SSR.

Répartition des implantations existantes

Toutes implantations SSR adultes (non spécialisés)

La prise en charge en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pour adultes en Midi-Pyrénées en 2012





Implantations cibles SSR adultes (non spécialisés)

Nombre d'implantations cible en SSR non spécialisé par bassin :

Bassins de santé	Hospitalisation complète	Hospitalisation temps partiel
FOIX	Borne basse 2 / Borne haute 3	2
PAMIERS	1	0
LAVELANET	1	0
SAINT GIRONS	1	0
Total ARIÈGE	Borne basse 5 / Borne haute 6	2
MILLAU	3	0
SAINT-AFFRIQUE	1	0
ESPALION	2	1
RODEZ	5	2
DECAZEVILLE	1	0
VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE	1	0
Total AVEYRON	13	3
VILLEFRANCHE DE LAURAGAIS	3	2
CORNEBARRIEU	3	2
UNION	Borne basse 4 / Borne haute 5	Borne basse 0 / Borne haute 1
MURET	3	1
TOULOUSE	Borne basse 8 / Borne haute 9	Borne basse 3 / Borne haute 5
SAINT GAUDENS	Borne basse 4 / Borne haute 5	1
Canton de REVEL	1	0
Total HAUTE-GARONNE	Borne basse 26 / Borne haute 29	Borne basse 9 / Borne haute 12
CONDOM	2	0
AUCH	Borne basse 5 / Borne haute 6	1
L'ISLE JOURDAIN	1	0
NOGARO	1	0
Total GERS	Borne basse 9 / Borne haute 10	1
CAHORS	Borne basse 2 / Borne haute 3	1
GOURDON	2	1
FIGEAC	1	0
SAINT-CERE	2	0
Total LOT	Borne basse 7 / Borne haute 8	2
TARBES	3	1
LANNEMEZAN	1	0
BAGNERES-DE-BIGORRE	3	1
LOURDES	1	0
Total HAUTES-PYRÉNÉES	8	2
ALBI	6	4
LAVAUUR	2	1
CASTRES (Hors canton de Revel - 31)	4	2
Total TARN	12	7
MONTAUBAN	Borne basse 4 / Borne haute 5	2
MOISSAC	3	0
Total TARN-ET-GARONNE	Borne basse 7 / Borne haute 8	2

1.3.2 SSR avec mention :

« Affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance »

Les mentions spécialisées ne correspondent pas à des catégories d'affection (telles que ciblées par le PMSI-SSR) mais au caractère spécialisé de leur prise en charge.

C'est donc le niveau de cette prise en charge qui justifie la mention spécialisée et non la discipline médicale. C'est la réalité de la lourdeur de la prise en charge du patient qui déclenchera la tarification et non pas la mention spécialisée seule.

La prise en charge dans cette spécialité a pour objectif d'assurer une rééducation et une réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux.

Les conditions de prise en charge sont exigeantes en particulier en moyens humains et orientent vers des capacités minimales de 20 lits. En plus de la présence prévue par la réglementation de médecins gériatres, l'accès à des temps de kinésithérapeute, ergothérapeute, podologue, psychologue, diététicien, assistant social et orthophoniste doit être organisé. Les locaux et les équipements sont adaptés à ce type de patients.

Le besoin régional est estimé sur la base de 3 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus (population de 2015) soit 320 000 journées.

Le potentiel autorisé en 2010 correspond à une activité de 200 000 journées environ.

Vingt-deux bassins de santé de la région disposent de cette mention.

Une offre de soins SSR avec mention personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance sera organisée dans chaque bassin, sauf Nogaro et L'Isle Jourdain. Pour ces deux bassins de santé, afin de garantir une réponse de proximité, une convention entre le SSR non spécialisé du bassin et le SSR spécialisé le plus proche sera conclue pour permettre le recours à des compétences spécialisées.

L'évolution de ces prises en charge spécialisées représentera ainsi une augmentation de l'ordre de 40%.

Les SSR autorisés avec la mention personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance devront intégrer la filière gériatrique du territoire pour une meilleure coordination et s'assurer qu'un médecin gériatre valide en amont l'orientation des patients afin de garantir l'adéquation de la prise en charge.

Pour assurer la prise en charge de patients de type Alzheimer, une unité cognitivo-comportementale devra être mise en place au minimum dans chaque territoire, adossée à un SSR spécialisé ou, à titre exceptionnel, à un établissement autorisé en psychiatrie et ayant des compétences en gériatrie.



Implantations cibles SSR avec mention « affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance »

Nombre d'implantations cible avec mention « affection de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance » :

Territoires de santé	Total des mentions cibles	Dont mentions supplémentaires dans les bassins de
Ariège	3	
Aveyron	7	Villefranche-de-Rouergue Espalion Millau
Haute-Garonne	10	
Gers	2	Condom
Lot	4	Cahors, Figeac, Saint-Céré
Hautes-Pyrénées	5	Lannemezan
Tarn	6	Castres, Albi
Tarn-et-Garonne	2	Montauban

1.4 Organiser au sein du territoire la prise en charge en SSR spécialisés

1.4.1 SSR avec mention « Affections de l'appareil locomoteur »

Les recommandations de prise en charge en rééducation de certaines pathologies sont en évolution. Dans un contexte de partenariat ARS/Assurance maladie, formalisé par un programme de gestion du risque (GDR) et dans l'objectif d'optimiser le parcours de soins du patient par l'amélioration de l'adéquation des prises en charge, une nouvelle modalité d'admission en SSR (Mise sous accord préalable) est mise en place. Cette modalité concerne plusieurs établissements de la région pour la prise en charge en rééducation, faisant suite à certaines interventions (arthroplastie de genou par prothèse totale de genou en première intention, arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche en première intention, ligamentoplastie du croisé antérieur du genou).

La mesure de l'incidence de cette action temporaire sur le volume d'activité de ces établissements sera évaluée dans l'année suivant sa mise en œuvre.

Les conditions de prise en charge reposent sur les compétences médicales d'un médecin MPR (ou d'un médecin justifiant d'une formation en MPR), et les compétences non médicales d'IDE, masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistants de service social, et orthoprothésistes. La continuité des soins est assurée par au minimum une astreinte médicale, la présence d'un infirmier la nuit et par la possibilité de kinésithérapie les week-ends et jours fériés. Le temps de rééducation multidisciplinaire doit être d'au moins deux heures par jour.

Les taux de recours régionaux observés sont nettement supérieurs à la moyenne nationale :

CMC	Taux de recours 2009 standardisés pour 10 000 hab.									France Métropolitaine	
	Région	09	12	31	32	46	65	81	82	Taux national	Médiane
Rhumato-orthopédique (y compris les brûlures)	1 027,2	1122,4	1054,8	1085,7	1012,3	920,2	1202,8	894,0	761,6	918,0	900,1
Post-traumatique	958,9	1159,8	891,7	1000,2	750,4	1012,2	1185,9	843,9	737,9	855,0	809,5

Sources : PMSI 2009 - Données nationales

Cette mention concerne 23 SSR et tous les territoires de santé disposent au moins de cette mention.

Le bassin de santé de Bagnères-de-Bigorre dispose de deux établissements avec cette mention.

Taux d'équipement des territoires en spécialité locomoteur :

Territoires de santé	Taux d'équipement
Ariège	0,20
Aveyron	0,21
Haute-Garonne	0,43
Gers	0,25
Lot	0,26
Hautes-Pyrénées	0,50
Tarn	0,26
Tarn-et-Garonne	0,15
Midi-Pyrénées	0,34

Estimations sur les autorisations 2010

Cette prise en charge relève d'une organisation territoriale et chaque territoire bénéficiera d'au moins une implantation.

Tout établissement avec cette mention s'assurera qu'un médecin MPR valide l'orientation des patients dans cette spécialité, garantissant ainsi l'adéquation de la prise en charge sur la base d'un projet de soins formalisé. L'activité devra en priorité répondre aux besoins du territoire.

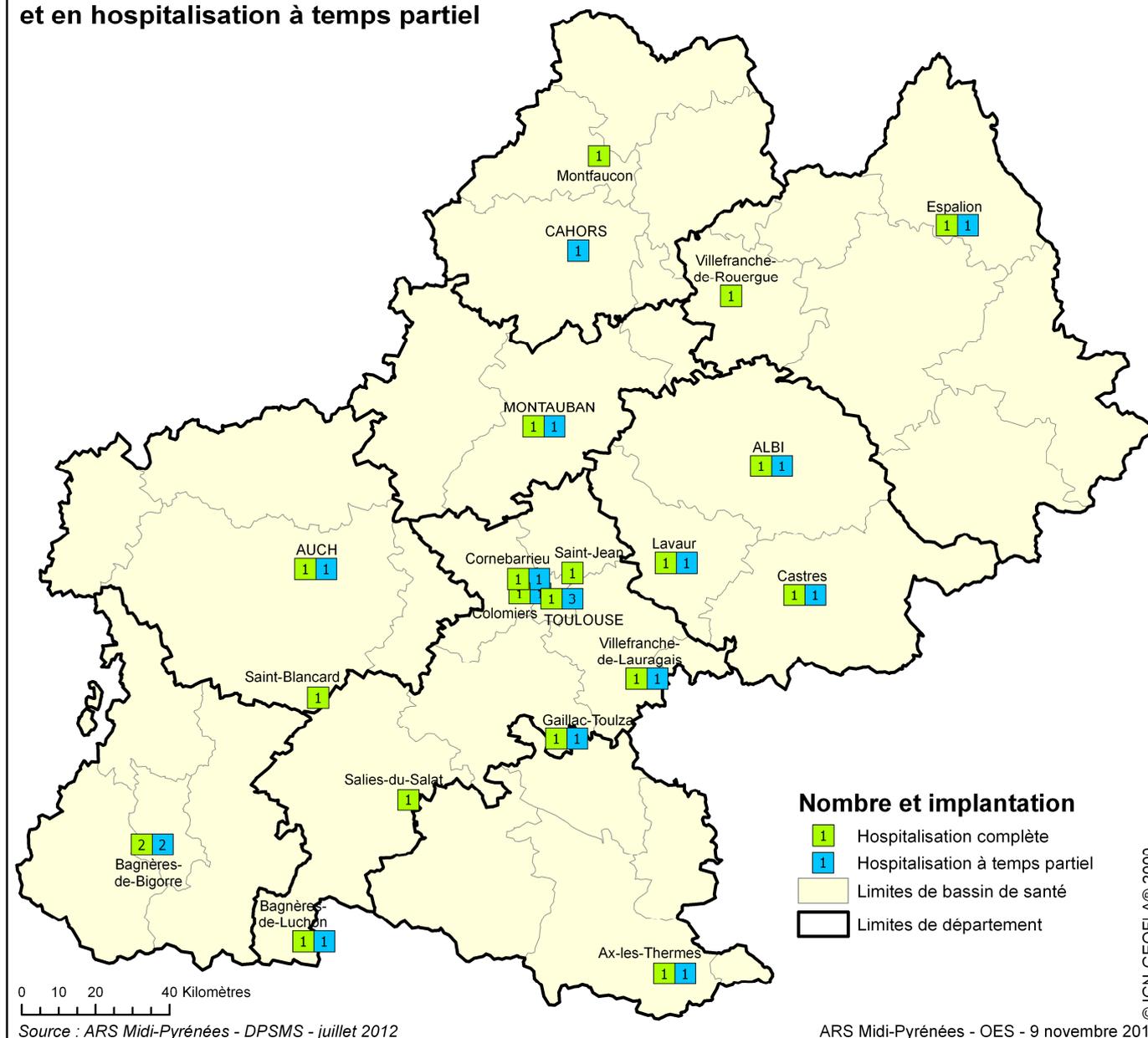
Les implantations autorisées en 2010 seront réexaminées au terme de l'action GDR conduite en partenariat avec l'Assurance maladie. Des regroupements ou des relocalisations de structures seront effectués si nécessaire. Les implantations à proximité de plateaux disposant de ressources médico-techniques regroupées et spécialisées seront favorisées ainsi que les évolutions vers des prises en charge à temps partiel.

D'ores et déjà, compte tenu du taux d'équipement et du taux de recours particulièrement élevés dans les Hautes-Pyrénées, la réduction à une implantation dans le bassin de Bagnères-de-Bigorre est retenue. Une réduction de l'offre en Haute-Garonne sera recherchée.

Répartition des implantations existantes

Implantations avec mention « Affections de l'appareil locomoteur »

La prise en charge en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) mention "Locomoteur" en Midi-Pyrénées en 2012 : implantations autorisées en hospitalisation complète et en hospitalisation à temps partiel





**Implantations cibles SSR avec mention
« Affections de l'appareil locomoteur »**

**Nombre d'implantations cible avec mention
« Affections de l'appareil locomoteur » :**

Territoires de santé	Nombre de mentions prévues	
	HC	Htp
Ariège	1	1
Aveyron	2	1
Haute-Garonne	Borne basse 7 Borne haute 8	Borne basse 7 Borne haute 8
Gers	Borne basse 1 Borne haute 2	1
Lot	1	1
Hautes-Pyrénées	1	1
Tarn	3	3
Tarn-et-Garonne	1	1

1.4.2 SSR avec mention « Affections du système nerveux »

La prise en charge spécialisée « Affections du système nerveux » s'adresse à des personnes souffrant d'affections du système nerveux central et/ou périphérique, tels que les AVC, paraplégie, tétraplégie, sclérose en plaque, maladie de Parkinson,.... nécessitant au cours de leur parcours de soins une rééducation réadaptation pluri-professionnelle et coordonnée.

La prise en charge nécessite réglementairement l'accès à un neurologue et à un MPR, ce qui peut être un frein à l'offre de prise en charge dans des territoires où la démographie médicale est faible. Le temps de rééducation multidisciplinaire doit être d'au moins deux heures par jour.

Le taux de recours régional est à un niveau comparable au taux observé nationalement :

CMC	Taux de recours 2009 standardisés pour 10 000 hab.									France Métropolitaine	
	Région	09	12	31	32	46	65	81	82	Taux national	Médiane
Neuro-musculaire	998,5	938,5	808,4	1162,3	900,8	719,8	1076,2	855,3	840,1	1 020,6	948,4

Sources : PMSI 2009 - Données nationales

Tous les territoires de santé disposent au moins de cette mention avec des disparités géographiques : nord et ouest moins pourvus et une concentration dans le sud (11 implantations en Haute Garonne et limitrophe).

Au total 18 SSR disposent de cette mention dont 7 uniquement en hospitalisation complète et 2 uniquement en hospitalisation à temps partiel.

L'accès dans chaque territoire à une prise en charge spécialisée « affections du système nerveux » sera organisé :

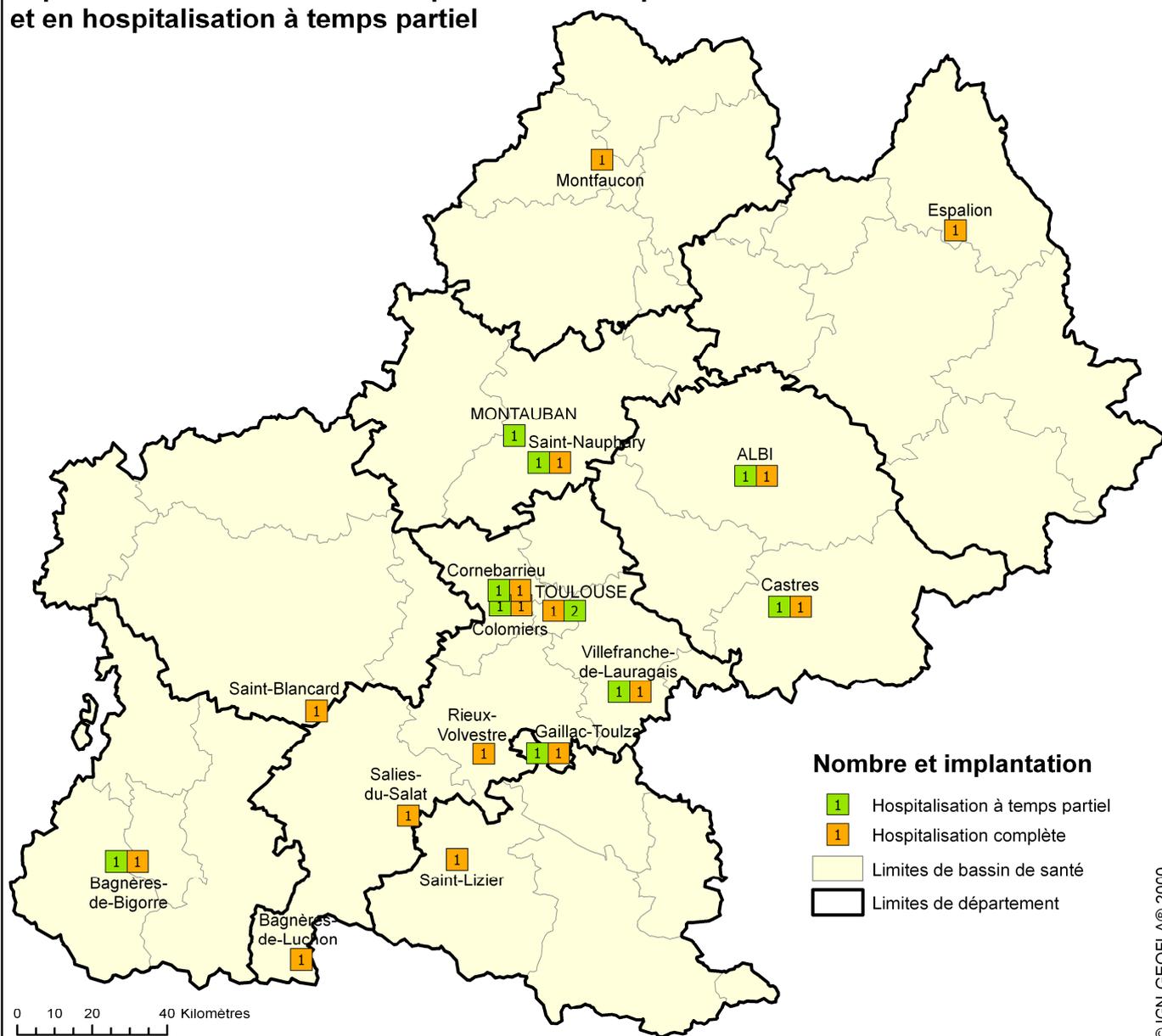
- En mettant en place pour les accidents vasculaires cérébraux, une filière de territoire permettant une prise en charge de qualité, coordonnée. Les liens entre Unités neuro-vasculaires (UNV) et SSR spécifiant en particulier les modalités d'intervention croisée des neurologues et des MPR seront formalisés par convention pour garantir la qualité de la prise en charge. Le recours à la télémédecine confortera le dispositif,
- En développant, dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité géographique, les autorisations de mentions à temps partiel sur des sites à proximité d'une UNV pour la prise en charge des AVC où cette implantation serait pertinente au regard de la densité de population, par réorganisation ou transfert d'activité existante.
- En développant des conventions inter-établissements permettant l'intervention au sein d'un service de neurologie ou de médecine, d'un médecin MPR, pour mettre en place conjointement le projet thérapeutique et assurer une rééducation la plus précoce possible.

Afin de répondre au déficit d'offre à temps complet, relevé par les professionnels, dans des territoires peu pourvus du nord et nord-est de la région des travaux spécifiques seront menés sous l'égide du COTER afin d'évaluer les besoins quantitatifs et qualitatifs et de proposer des solutions de prises en charge dans ces territoires.

Répartition des implantations existantes

Implantations avec mention « Affections du système nerveux »

La prise en charge en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) mention "Nerveux" en Midi-Pyrénées en 2012 : implantations autorisées en hospitalisation complète et en hospitalisation à temps partiel



0 10 20 40 Kilomètres

Source : ARS Midi-Pyrénées - DPSMS - juillet 2012

ARS Midi-Pyrénées - OES - 9 novembre 2012

© IGN-GEOFLA® 2000



Implantations cibles SSR avec mention « Affections du système nerveux »

Nombre d'implantations cible avec mention « Affections du système nerveux » :

Territoires de santé	Nombre de mentions prévues	
	HC	Htp
Ariège	1	0
Aveyron	1	1
Haute-Garonne	6	6
Gers	1	1
Lot	1	1
Hauts-Pyrénées	1	1
Tarn	2	2
Tarn-et-Garonne	1	2

1.4.3 SSR avec mentions « Affections cardio-vasculaires » et « Affections de l'appareil respiratoire »

SSR avec mention « Affections cardio-vasculaires » :

Les SSR spécialisés dans la prise en charge des pathologies cardiaques ont pour objectif de prendre en charge des patients atteints de maladies cardio-vasculaires (coronaropathies post-infarctus, pontages, remplacement valvulaires, insuffisances cardiaques) dans le but d'augmenter les capacités physiques, de réduire les facteurs de risques et d'améliorer la qualité de vie. Les patients doivent être à même d'effectuer 3h de rééducation quotidienne et ne pas présenter de troubles cognitifs.

Le recours à cette mention requiert un niveau de plateau technique exigeant (salle d'urgence, équipements spécifiques) ainsi que la présence et les compétences de médecins cardiologues.

Le taux de recours régional pour cette spécialité est inférieur à la moyenne nationale.

Actuellement, 7 SSR disposent de cette mention : 3 en hospitalisation complète uniquement et 2 à temps partiel uniquement.

Deux unités prévues ne sont pas installées : Ariège et Aveyron.

Deux territoires ne disposent pas d'offre spécialisée, et un territoire dispose uniquement d'une autorisation à temps partiel.

Deux établissements assurent presque 50% de la prise en charge en hospitalisation complète.

CMC	Taux de recours 2009 standardisés pour 10 000 hab.									France Métropolitaine	
	Région	09	12	31	32	46	65	81	82	Taux national	Médiane
Affections de l'appareil circulatoire	382,7	388,4	438,7	390,7	363,3	394,4	400,2	351,4	308,1	422,6	418,9

Sources : PMSI 2009 - Données nationales

Un meilleur accès des patients à une prise en charge spécialisée « affections cardio-vasculaires » se fera sur chaque territoire en développant les autorisations de mentions à temps partiel et à temps complet où ces implantations sont pertinentes au regard de la densité de population.

Elle se situera, de préférence, à proximité des plateaux techniques spécialisés (en cardiologie), assurant ainsi la présence indispensable de cardiologues ainsi que les transferts si besoin.

SSR avec mention « Affections de l'appareil respiratoire » :

Les SSR spécialisés dans la prise en charge des affections respiratoires s'adressent à des patients atteints d'affections broncho-pulmonaires avec handicap respiratoire transitoire ou permanent (BPCO stade 3 et 4, mucoviscidose, ...)

Le recours à cette mention requiert notamment un niveau de plateau technique exigeant (salle d'urgence, accès à une unité de réanimation ou de soins intensifs, équipements spécifiques) ainsi que les compétences d'un médecin pneumologue, une prise en charge de rééducation multidisciplinaire quotidienne d'au moins 2h, la présence d'une IDE la nuit.

Le taux de recours régional est supérieur à la moyenne nationale.

CMC	Taux de recours 2009 standardisés pour 10 000 hab.									France Métropolitaine	
	Région	09	12	31	32	46	65	81	82	Taux national	Médiane
Affections de l'appareil respiratoire	344,1	361,3	289,9	376,0	300,9	243,5	453,8	279,9	330,7	296,4	272,9

Sources : PMSI 2009 - Données nationales

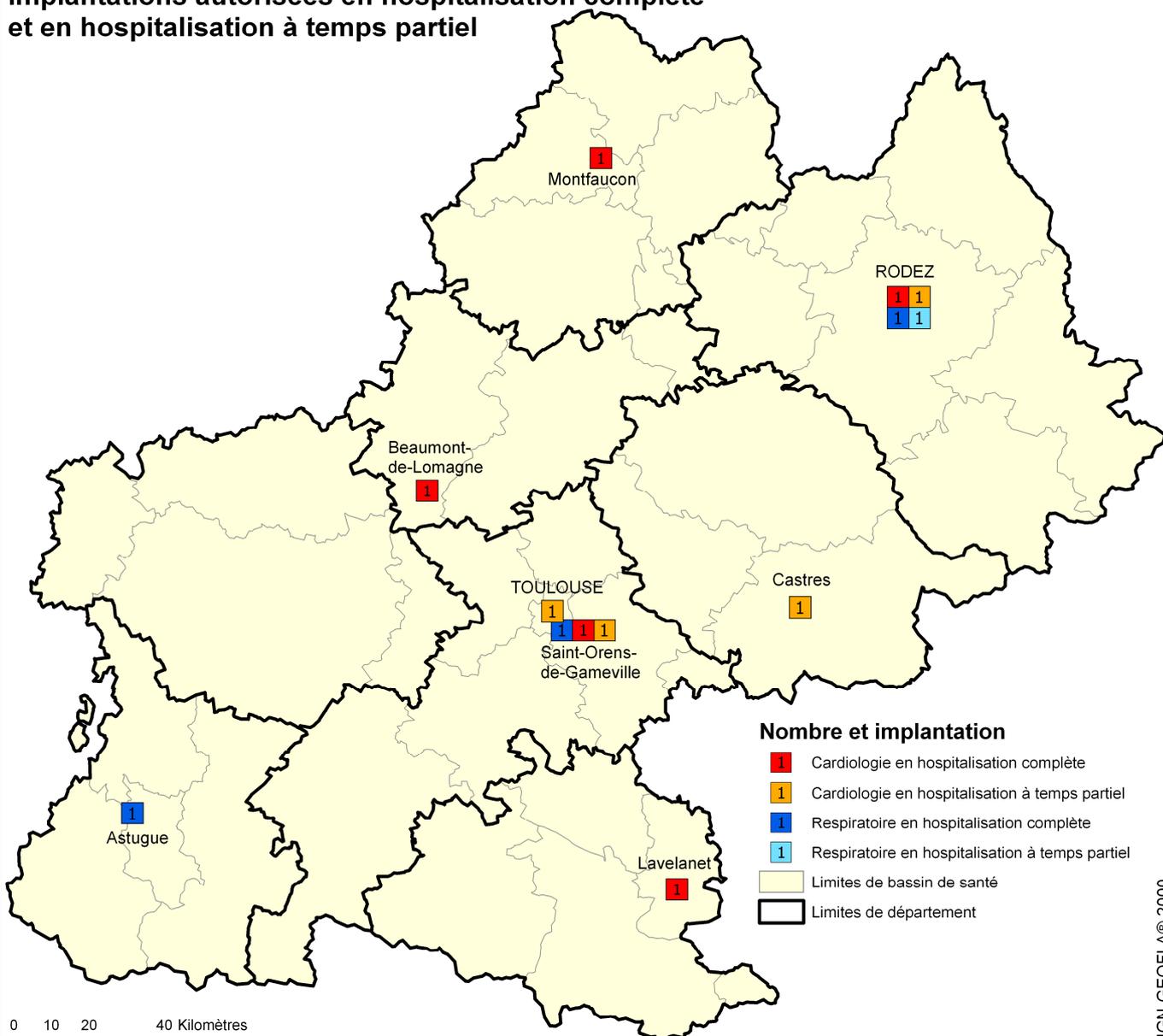
Actuellement, 3 SSR disposent de cette mention dont une qui n'est pas encore effective à Rodez.

Une meilleure accessibilité des patients à une prise en charge spécialisée «affections respiratoires» se fera en développant les autorisations de mentions à temps partiel et à temps complet où ces implantations seraient pertinentes au regard de la densité de population.

Répartition des implantations existantes

Implantations avec mentions « Affections de l'appareil cardio-vasculaire » et « Affections de l'appareil respiratoire »

La prise en charge en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) mentions "Cardiologie" et "Respiratoire" en Midi-Pyrénées en 2012 : implantations autorisées en hospitalisation complète et en hospitalisation à temps partiel



0 10 20 40 Kilomètres

Source : ARS Midi-Pyrénées - DPSMS - juillet 2012

ARS Midi-Pyrénées - OES - 9 novembre 2012

© IGN-GEOFLA® 2000

Implantations cibles



Implantations cibles SSR avec mention « Affections cardio-vasculaires »

Nombre d'implantations cible avec mention
« Affections cardio-vasculaires » :

Territoires de santé	Nombre de mentions prévues	
	HC	Htp
Ariège	0	1
Aveyron	1	1
Haute-Garonne	2	2
Gers	0	1
Lot	1	0
Hautes-Pyrénées	0	1
Tarn	0	2
Tarn-et-Garonne	1	0

Implantations cibles SSR avec mention « Affections de l'appareil respiratoire »

Nombre d'implantations cible avec mention
« Affections de l'appareil respiratoire » :

Territoires de santé	Nombre de mentions prévues	
	HC	Htp
Ariège	0	0
Aveyron	1	1
Haute-Garonne	2	2
Gers	0	0
Lot	0	0
Hautes-Pyrénées	1	0
Tarn	0	1
Tarn-et-Garonne	0	0

1.4.4 SSR avec mentions « Affections du système digestif, métabolique, endocrinien »

Actuellement, 3 SSR disposent de cette mention uniquement en hospitalisation complète, en Haute-Garonne à Bondigoux et à Salies du Salat et dans le Tarn à Cahuzac.

Le taux de recours régional est nettement plus élevé que le taux national et aucun besoin supplémentaire n'a été relevé par les professionnels.

CMC	Taux de recours 2009 standardisés pour 10 000 hab.									France Métropolitaine	
	Région	09	12	31	32	46	65	81	82	Taux national	Médiane
Soins nutritionnels	245,9	235,8	167,6	252,7	237,3	154,3	234,3	339,8	244,8	205,1	170,4

Sources : PMSI 2009 - Données nationales

La mention requiert notamment l'accès à des compétences médicales spécialisées d'endocrinologue ou gastro-entérologue, ou médecin justifiant d'une formation. Le temps de rééducation multidisciplinaire doit être d'au moins trois heures par jour.

L'offre existante, s'appuyant sur trois implantations régionales, sera maintenue avec une évolution possible d'hospitalisation à temps partiel sur la région toulousaine sur les sites des mentions existantes.

1.4.5 SSR avec mentions « Affections liées aux conduites addictives »

Actuellement, 4 SSR disposent de cette mention, uniquement en hospitalisation complète : dans le Lot à Caillac, en Haute Garonne à Fronton, dans les Hautes-Pyrénées à Astugue et en Tarn-et-Garonne à Nègrepelisse. Celui de Fronton en Haute-Garonne n'est pas encore en fonctionnement, son installation est liée au transfert de l'établissement de la Recouvrance des Hautes-Pyrénées sur le site de la clinique Becq.

Les SSR spécialisés en addictologie sont des structures de niveau 2 qui font partie intégrante de la filière de prise en charge. Ces établissements doivent passer convention avec des établissements de MCO ou psychiatrie disposant de services d'addictologie.

L'offre de soins de suite et réadaptation en addictologie répond à des besoins d'hospitalisations programmées ayant pour objectif principal de consolider l'abstinence et de prévenir les rechutes. Elles permettent de poursuivre les soins résidentiels au-delà des soins aigus pour des patients relevant de soins complexes ou souvent dépendants après un sevrage.

La mention requiert notamment l'accès à des compétences médicales (Médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en addictologie). Le temps de rééducation multidisciplinaire doit être d'au moins cinq heures par jour.

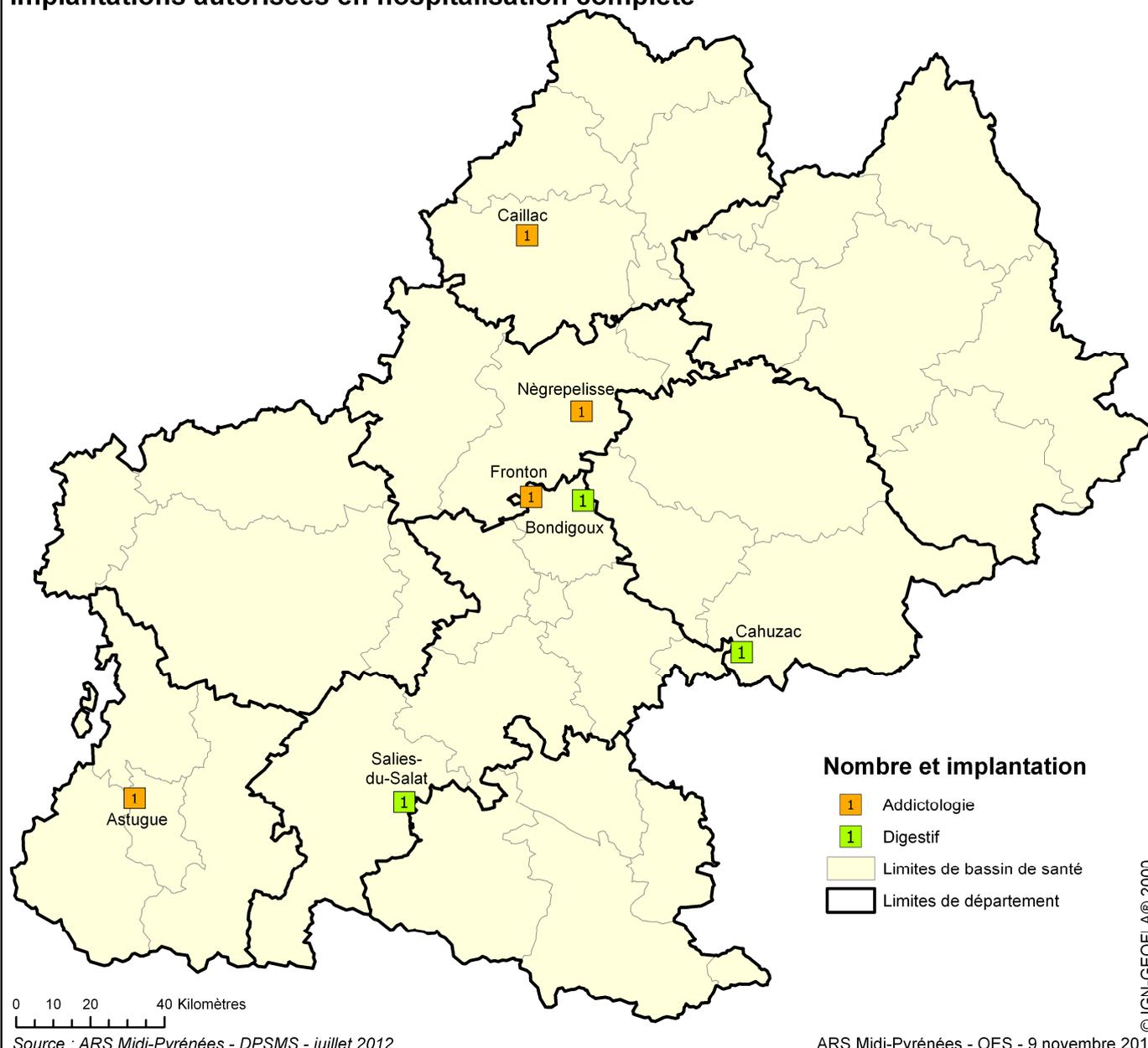
L'offre existante pourra être ajustée en Haute-Garonne dans le cadre de la restructuration d'activités.

Répartition des implantations existantes

Implantations avec mentions

« Affections du système digestif, métabolique, endocrinien »
et « Affections liées aux conduites addictives »

La prise en charge en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
mentions "Digestif" et "Addictologie" en Midi-Pyrénées en 2012 :
implantations autorisées en hospitalisation complète



Implantations cibles



Implantations cibles SSR avec mention « Affections du système digestif, métabolique, endocrinien »

Nombre d'implantations cible avec mention
« Affections du système digestif, métabolique, endocrinien » :

Territoires de santé	Nombre de mentions prévues	
	HC	Htp
Ariège	0	0
Aveyron	0	0
Haute-Garonne	2	Borne basse 0 Borne haute 2
Gers	0	0
Lot	0	0
Hautes-Pyrénées	0	0
Tarn	1	0
Tarn-et-Garonne	0	0

Implantations cibles SSR avec mention « Affections liées aux conduites addictives »

Nombre d'implantations cible avec mention
« Affections liées aux conduites addictives » :

Territoires de santé	Nombre de mentions prévues	
	HC	Htp
Ariège	0	0
Aveyron	0	0
Haute-Garonne	Borne basse 1 Borne haute 2	0
Gers	0	0
Lot	1	0
Hautes-Pyrénées	1	0
Tarn	0	0
Tarn-et-Garonne	1	0

Orientation

1

Adapter le dispositif de soins de suite et de réadaptation (SSR) aux besoins identifiés

Thème 2

Soins de suite et de réadaptation pour enfants

L'objectif est de faire évoluer le dispositif des autorisations délivrées pour une durée limitée à 2 ans en particulier pour la spécialité « systèmes digestif, métabolique et endocrinien » et pour les établissements ayant un fonctionnement saisonnier, pour mieux répondre aux besoins et à l'adéquation de la prise en charge en SSR.

Un deuxième objectif est d'améliorer le parcours des enfants entre les établissements médico-sociaux et les SSR.

Rappel du contexte :

L'activité enfants et adolescents en SSR représente annuellement environ 2100 séjours (63 500 journées - PMSI 2009).

Actuellement 9 établissements ont une autorisation (dont 4 délivrées pour une durée limitée à 2 ans) :

- 5 sans aucune mention spécialisée. Trois d'entre eux (ex Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire) sont en fonctionnement saisonnier (Luchon - 31, Ax-les-Thermes - 09 et Cauterets - 65). Ces derniers assurent en particulier un hébergement pour des enfants effectuant des cures thermales à visée ORL. Aucune mention à visée respiratoire n'a été attribuée. Les 2 autres situés en Haute-Garonne, assurent une prise en charge sur l'année, dont un pour les enfants en dessous de 6 ans.
- 2 avec mention « affections du système digestif, métabolique, endocrinien » à Capvern - 65 et à Saint-Pé-de-Bigorre - 65.
- 2 avec mentions locomoteur et neurologique (Ramonville - 31 et Roquetaillade - 32) celui du Gers accueille des brûlés.

Afin d'assurer une meilleure réponse aux besoins sur les territoires, 4 établissements pour adultes (SSR Espalion - 12, Bagnères-de-Bigorre - 65, Clinique de Verdaich - 31 et Médipôle - 31) peuvent accueillir à titre ponctuel des adolescents.

1.1 Réorienter l'activité des établissements pour enfants et adolescents sur la réponse aux besoins régionaux relevant de soins de suite et réadaptation

1.1.1 SSR sans mention

Les établissements à activité saisonnière, doivent offrir des prestations relevant des soins de suite et de réadaptation, conditionnant l'autorisation, par la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS et par la mise en place d'un projet thérapeutique individuel en sus de celui effectué dans les centres de thermalisme.

Ces établissements devront recentrer leur activité sur un recrutement régional.

Les autorisations actuelles ne seront maintenues que si ces conditions sont remplies.

Les établissements non autorisés devront se reconvertir hors du champ sanitaire.

Par ailleurs, l'offre de prise en charge à temps complet sur toute l'année (2 autorisations) est maintenue.

1.1.2 SSR avec mention « affections de l'appareil digestif, métabolique et endocrinien »

En réponse aux besoins de la Haute-Garonne, à la nécessité de renforcement des liens avec les familles, une mention dans la région toulousaine est envisagée. Elle pourra se faire par transfert des lits d'un établissement des Hautes-Pyrénées dans un établissement existant de Haute-Garonne. Ce projet devra intégrer des modes de prise en charge diversifiés et proposer des programmes d'éducation thérapeutique adaptés et autorisés. Il devrait ainsi constituer une structure innovante en réponse à la priorité de santé que constitue la lutte contre l'obésité.

Les établissements devront recentrer leur activité sur un recrutement régional.

1.1.3 SSR avec mention « affections de l'appareil locomoteur » et « affections de l'appareil neurologique »

Les deux établissements détenant la mention répondent aux besoins de la région.

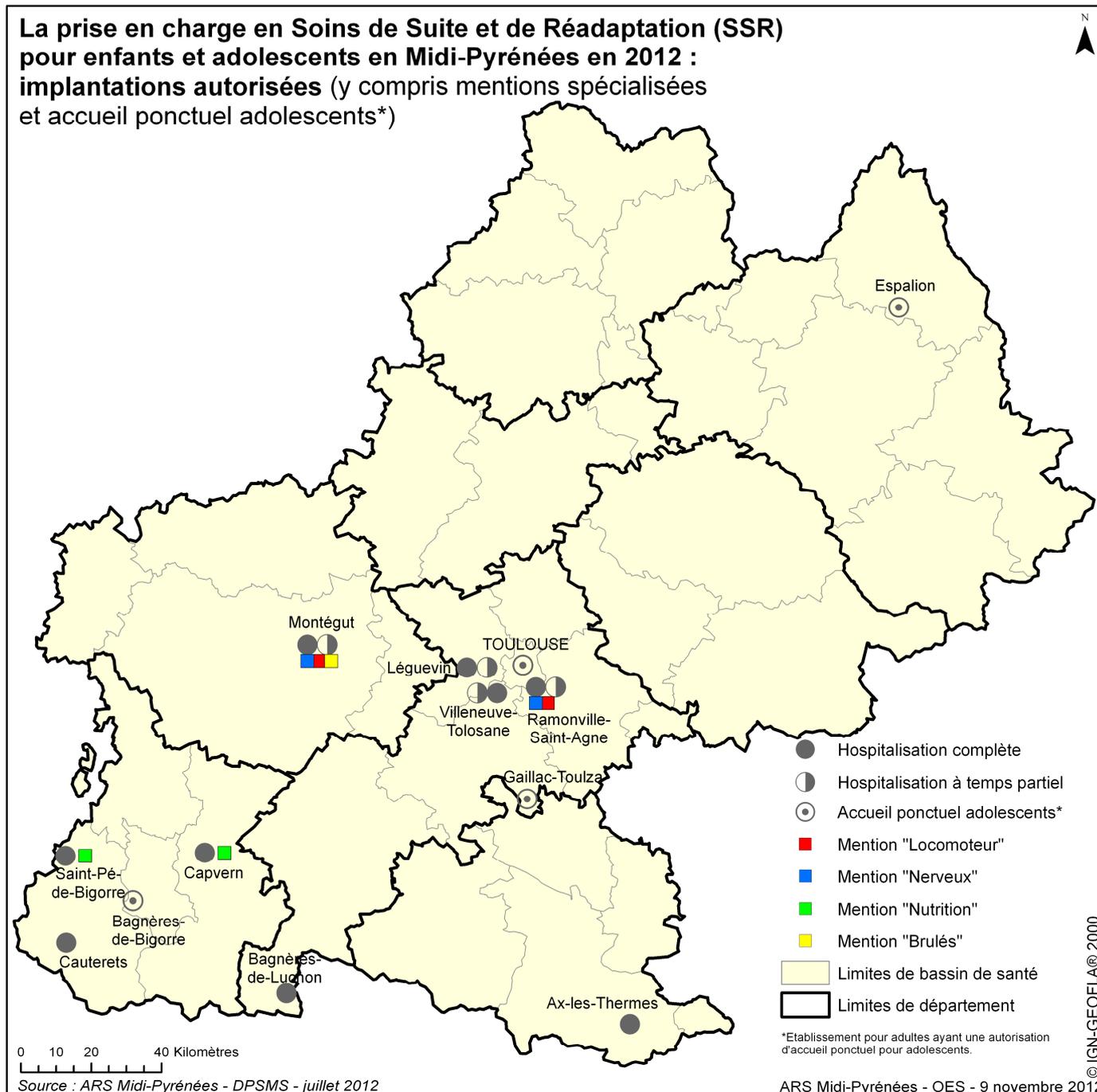
1.2 Améliorer le parcours de prise en charge des enfants et des adolescents entre le sanitaire et le médico-social

Dans chaque territoire de santé, les liens, à type de convention d'intervention, entre les établissements médico-sociaux pour enfants (Instituts d'éducation motrice et Instituts médico-éducatifs pour polyhandicapés) et les établissements sanitaires devront être développés pour la coordination des prises en charge précoces et pluridisciplinaires. Ainsi, les prises en charge en soins doivent être régulièrement réévaluées par les professionnels de rééducation dans les institutions médico-sociales pour permettre un accès aux nouvelles techniques médicales de traitement (pour le système nerveux par exemple).

Répartition des implantations existantes

Implantations avec mention « Enfants et adolescents »

La prise en charge en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pour enfants et adolescents en Midi-Pyrénées en 2012 : implantations autorisées (y compris mentions spécialisées et accueil ponctuel adolescents*)





**Implantations cibles SSR avec mention
« Enfants et adolescents »**

Nombre d'implantations cible avec mention « Enfants et adolescents » :

Territoires de santé	Implantations		Mentions							
	SSR non spécialisés		Affections appareil locomoteur		Affections système nerveux		Affections syst. digestif méta. endo.		Affections brûlés	
	HC	Htp	HC	Htp	HC	Htp	HC	Htp	HC	Htp
Ariège	Borne basse 0 Borne haute 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haute-Garonne	Borne basse 3 Borne haute 4	3	1	1	1	1	1	1	0	0
Gers	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0
Hautes-Pyrénées	Borne basse 1 Borne haute 2	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Orientation

1

Adapter le dispositif de soins de suite et de réadaptation (SSR) aux besoins identifiés

Thème 3

Reconnaitances contractuelles de prises en charge spécifiques

La reconnaissance de prises en charge spécifiques relève d'une négociation dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens. Elles répondent à des conditions particulières traitées pour certaines d'entre elles dans différents volets du SROS :

- Les prises en charge très spécifiques des traumatisés crâniens sont actuellement assurées par 6 établissements SSR de la région. Elles le sont dans des unités identifiées Etats végétatifs chroniques et les Etats pauci-relationnels (EVP-EPR). Trois d'entre eux disposent de lits d'éveil (environ 40 lits)
- Les lits de soins palliatifs
- Les Unités cognitivo-comportementales (UCC)
- La rééducation pour les pathologies ORL maxillo-faciales ou des voies aériennes supérieures feront l'objet de reconnaissances dans les CPOM.
- Les déficients sensoriels.

Afin d'ajuster l'offre de soins aux besoins, l'ARS en lien avec le COTER conduira des travaux d'analyse de l'existant permettant de proposer des ajustements si nécessaire.

Orientation

2

Fluidifier le parcours du patient

L'objectif est de mettre en œuvre le dispositif Trajectoire pour une meilleure adéquation de l'orientation des patients vers le SSR.

2.1 Organiser la mise en place du dispositif « Trajectoire »

L'amélioration de la fluidité de la prise en charge du patient à l'admission en SSR est une priorité fixée aux structures qui orientent et à celles qui accueillent, tant en terme d'adéquation avec un projet thérapeutique individuel adapté, qu'en terme de diminution des délais d'attente.

2.1.1 Mettre en place l'organisation porteuse du dispositif

L'Agence a désigné le GCS Télésanté Midi-Pyrénées comme structure porteuse du dispositif « Trajectoire », intégré dans le portefeuille de services de l'Espace numérique régional de santé.

La cellule de pilotage est constituée de représentants du COTER « Rééducation, réadaptation, réhabilitation et handicap physique », associés au GCS Télésanté. Le déploiement progressif de ce dispositif est prévu sur une durée de deux années.

2.2.2 Contribuer au fonctionnement du système d'information favorisant les orientations

Pour favoriser des admissions au plus près des objectifs du projet thérapeutique du patient, le dispositif « Trajectoire » deviendra le support privilégié des orientations du court séjour vers le SSR. Pour ce faire, les structures SSR ont l'obligation de participer à la mise à jour permanente des informations les qualifiant dans « Trajectoire », ainsi que de gérer leurs admissions par ce dispositif, au fur et à mesure de sa montée en charge.

Les structures de court séjour intégreront graduellement cet outil commun dans leurs procédures pour gérer l'échange d'informations relatif aux orientations.

Dans l'avenir, ce système d'information devrait s'étendre aux EHPAD, USLD, médecins libéraux au gré des possibilités offertes par les évolutions applicatives.

Orientation

3

Développer la prise en charge en ambulatoire

L'objectif est d'assurer en ambulatoire, une prise en charge de rééducation et de réadaptation coordonnée autour du patient sur chaque bassin.

Contexte :

- La densité de kinésithérapeutes est satisfaisante ;
- Il existe des métiers non représentés ou dont la prise en charge financière n'est pas en place en soins de ville : ergothérapeutes, neuropsychologues, éducateurs sportifs, diététiciennes....
- Les médecins généralistes sont peu impliqués dans la prescription de rééducation ;
- L'intervention de la prise en charge en ambulatoire (médecine de ville) est renforcée par des référentiels HAS concernant la rééducation de certaines pathologies de l'appareil locomoteur.

Des moyens seront donnés aux professionnels du premier recours afin d'assurer une prise en charge de qualité et coordonnée :

- Par la mise en place d'outils de communication entre les professionnels, en particulier entre la ville et l'hôpital. Les COTER participeront à l'élaboration d'un document type, retraçant les éléments d'une consultation de synthèse d'un séjour en médecine, chirurgie ou SSR à destination des professionnels du premier recours. Ce document a pour objet la transmission d'éléments clairs et descriptifs de la prise en charge adéquate et des éléments de suivi recommandés ;
- En renforçant la formation des médecins pour qu'ils assurent des orientations adéquates en SSR en accès direct et par la diffusion de guides préexistants ou élaborés par l'ARS en lien avec le COTER. Cette diffusion peut être assurée par les équipes territoriales de spécialité, en concertation avec l'assurance maladie (échanges confraternels), avec l'appui du COTER ;
- En permettant à tout médecin de pouvoir faire appel à un avis spécialisé de MPR, que ce soit en consultation physique ou à distance, sur chaque territoire ;
- En donnant la possibilité de réunion de télémédecine pluri disciplinaire pour avis spécialisé dans des cas complexes, en EHPAD notamment ;
- En favorisant les échanges de compétences sur le thème de l'éducation thérapeutique entre les SSR dont c'est une des missions et les professionnels du premier recours.



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Chirurgie

2012 / 2017



Contexte

p. 109

Orientation

1

Renforcer le développement de la chirurgie ambulatoire

p. 110

- 1.1 Etendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles, en substitution à des prises en charge à temps complet
- 1.2 Réunir les conditions techniques de fonctionnement optimales

Cartographie des implantations existantes

p. 113

Orientation

2

Assurer une offre de soins graduée

p. 114

- 2.1 Elaborer des projets médicaux de territoire de spécialité
- 2.2 Définir l'offre de soins de spécialités par territoire de santé
- 2.3 Garantir l'accès à un niveau de recours et en définir l'accès

Situation cible

p. 117

- 2.4 Conforter l'organisation de la chirurgie pédiatrique dans la région

Répartition des implantations existantes

p. 119

Orientation

3

Assurer la qualité et la sécurité des soins

p. 120

- 3.1 Garantir la continuité des soins par le partage de l'information
- 3.2 Promouvoir les démarches d'accréditation des professionnels de santé
- 3.3 Promouvoir une démarche du « juste » soin



L'offre chirurgicale en Midi-Pyrénées s'apprécie dans un contexte de diminution à venir du nombre de professionnels, associée à une évolution des techniques tendant à l'hyperspécialisation, au développement de la chirurgie ambulatoire et à une exigence accrue de sécurité et de qualité.

Ainsi, des réorganisations majeures sont à engager concernant la pratique ambulatoire, l'organisation territoriale de la chirurgie, l'amélioration globale du système d'information au bénéfice du parcours de soins du patient et de l'évaluation de la pratique.

Par ailleurs, si le taux de recours standardisé âge et sexe de Midi-Pyrénées est inférieur au taux national tant pour la chirurgie dans son ensemble (78,4 pour 1000 habitants versus 79,6) que pour la chirurgie ambulatoire (25,4 pour 1000 habitants versus 28,8), la situation est très hétérogène entre les territoires de santé de la région.

Le comité technique régional « Chirurgie, anesthésie-réanimation et réanimation médicale » (COTER) a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Chirurgie

Orientation

1

Renforcer le développement de la chirurgie ambulatoire

L'objectif est de mieux répondre aux besoins des patients et d'optimiser le recours aux soins hospitaliers, en tenant compte des recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR - 2009).

1.1 Étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles, en substitution à des prises en charge à temps complet

Le faible développement de la chirurgie ambulatoire en Midi-Pyrénées à mener une politique volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire, prenant en compte les spécificités régionales.

1.1.1 Informer et former sur l'évolution des pratiques

Les recommandations émises par la SFAR en 2009 ont étendu les indications relatives à la pratique chirurgicale ambulatoire :

- sont potentiellement concernés (sous réserve de dispositifs de prise en charge de la douleur) :
 - tous les actes y compris en urgence ;
 - les patients de statut (1)ASA I, II et les patients ASA III sous réserve de pathologies stabilisées.
- une condition est importante : en post-opératoire, le parcours et l'hébergement du patient doivent prendre en compte l'éventuelle nécessité d'accès à une structure hospitalière adaptée.

La décision d'une prise en charge ambulatoire doit se faire au cas par cas après analyse bénéfice/risque du triptyque acte, patient et structure.

La pratique ambulatoire doit être promue. Le manque d'informations des médecins traitants, anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, est un des éléments identifié comme frein à la pratique de la chirurgie ambulatoire.

Un effort particulier doit être engagé en ce sens :

- Dans le cadre de la formation initiale des médecins et plus particulièrement des chirurgiens et des anesthésistes-réanimateurs, la Faculté de médecine et les services du CHU sont invités à mettre l'accent sur la chirurgie ambulatoire. L'ARS engagera une réflexion avec l'université pour s'assurer que les internes en chirurgie et les anesthésistes-réanimateurs soient formés aux indications et à la pratique de la chirurgie ambulatoire. Dans ce cadre, des terrains de stages pourront être ouverts dans les établissements privés ;
- Il est essentiel que les fédérations et instances professionnelles relaient et soutiennent l'évolution de cette pratique par tous moyens à leur disposition (formation continue des professionnels, congrès...).

L'ARS en lien avec l'Assurance maladie mènera une action de sensibilisation du grand public sur la pratique de la chirurgie ambulatoire, mettant l'accent sur le bénéfice attendu en termes de confort et de satisfaction du patient.

1.1.2 Associer étroitement le médecin traitant

Une attention particulière doit être portée aux liens entre structure hospitalière et premier recours, facteur de qualité de la prise en charge. Des expériences positives de nature à garantir la satisfaction tant du patient que du médecin sont le meilleur gage d'un développement du recours à ces pratiques.

Le développement des pratiques ambulatoires doit être soutenu par l'information et la formation des médecins traitants, notamment sur la gestion de la douleur post opératoire.

L'établissement autorisé à pratiquer la chirurgie ambulatoire organisera dans chaque bassin de sa zone de recrutement des rencontres entre l'équipe médicale (chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs) et les médecins traitants pour présenter les indications en matière de pratique ambulatoire, ainsi que l'organisation postopératoire.

Anticiper le retour à domicile :

Les équipes hospitalières et le médecin traitant doivent anticiper la prise en charge post-opératoire, avant même la phase hospitalière (choix du lieu de sortie, conditions de vie...), avec une attention particulière pour les situations complexes qui peuvent nécessiter l'intervention de professionnels médicaux et sociaux.

Partager l'information :

Les équipes s'appuieront sur les outils que constituent la messagerie sécurisée, le dossier médical personnel. Les informations relatives à l'intervention chirurgicale (compte rendu opératoire, compte rendu de séjour et lettre de sortie) doivent être formalisés et tracés dans le dossier du patient.

Une transmission en temps réel du compte-rendu d'hospitalisation est attendue. Elle conditionne la continuité des soins et la qualité de la prise en charge après la sortie.

1.1.3 Mesurer l'évolution de la pratique, au regard des objectifs de gestion du risque

Le développement de la chirurgie ambulatoire est une priorité de gestion du risque menée par l'ARS et l'Assurance maladie.

Le suivi de cette action sera évalué pour la région et pour chaque établissement par l'évolution de l'indicateur de résultat portant sur le taux de chirurgie ambulatoire :

- Taux de pratique au regard des séjours en hospitalisation complète (indicateur de suivi de la mise en œuvre GDR) ;
- Taux de chirurgie ambulatoire réalisé sur 38 actes marqueurs :

Accès vasculaire	Chirurgie de l'avant-pied	Chirurgie des maxillaires	Exérèses de kystes synoviaux
Adénoïdectomies	Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	Chirurgie des varices	Fistules artérioveineuses
Angioplasties des membres supérieurs	Chirurgie de la main	Chirurgie du cristallin	Geste sur l'uretère
Angioplasties périphériques	Chirurgie de la main Chirurgie de la maladie de Dupuytren	Chirurgie du nez	Geste sur l'urètre
Arthroscopie de la cheville	Chirurgie de la main Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main)	Chirurgie du sein / tumorectomie	Geste sur la vessie
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	Chirurgie des bourses	Chirurgie de l'épaule	Interruption tubaire
Avulsion dentaire	Chirurgie des bourses de l'enfant	Chirurgie du strabisme	LEC
Chirurgie anale	Chirurgie des hernies de l'enfant	Chirurgie de l'utérus	Prélèvement d'ovocytes
Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)	Chirurgie des hernies abdominales	Cholécystectomie	
Chirurgie col, vulve, vagin	Chirurgie des hernies inguinales	Cure de paraphimosis	

1.1.4 Définir une liste d'actes marqueurs régionaux

Pour encourager le développement de la pratique de la chirurgie ambulatoire dans la région au-delà de ces 38 gestes marqueurs, l'ARS demande au COTER de proposer d'établir, pour chaque spécialité, une liste d'actes, qui peuvent être effectués en chirurgie ambulatoire afin de mesurer la pratique au plan régional. Cette liste prendra en compte les expériences menées sur le sujet (notamment dans d'autres pays) et évoluera tout au long de la durée du schéma.

1.2 Réunir les conditions techniques de fonctionnement optimales

Le projet médical détermine le périmètre d'activité de l'établissement du point de vue des bonnes pratiques, de l'organisation de l'activité. Il définit les conditions optimales dans l'objectif d'un engagement résolument orienté vers la pratique ambulatoire.

1.2.1 Organiser les structures de chirurgie ambulatoire

Dans chaque établissement de santé, une ou plusieurs unités de soins individualisées doivent être identifiées, l'objectif étant de développer la chirurgie ambulatoire substitutive à la chirurgie en hospitalisation complète. Des moyens en locaux, en matériel et en personnel doivent y être affectés.

L'organisation logistique doit permettre une maîtrise des flux (patients, informations, matériel, ...) en tenant compte de la qualité de la prestation et de la maîtrise des risques. L'unité doit préciser ses plages et ses heures d'ouverture afin d'optimiser les moyens.

L'ARS veillera au respect de cette organisation spécifique.

1.2.2 Assurer la continuité des soins

La structure de chirurgie ambulatoire prévoit les conditions de repli H24 pour gérer les événements indésirables, per ou post opératoire immédiat, soit en interne, soit avec un établissement désigné par convention formalisant les conditions d'accueil.

Dans tous les cas, l'organisation mise en place pour garantir la continuité des soins doit permettre une accessibilité immédiate au dossier médical du patient et préciser les coordonnées des chirurgiens ayant pratiqué les actes ambulatoires. Ces dispositions figurent dans le dossier de sortie remis au patient et transmis au médecin traitant. Elles peuvent être délivrées à tout moment par l'établissement.

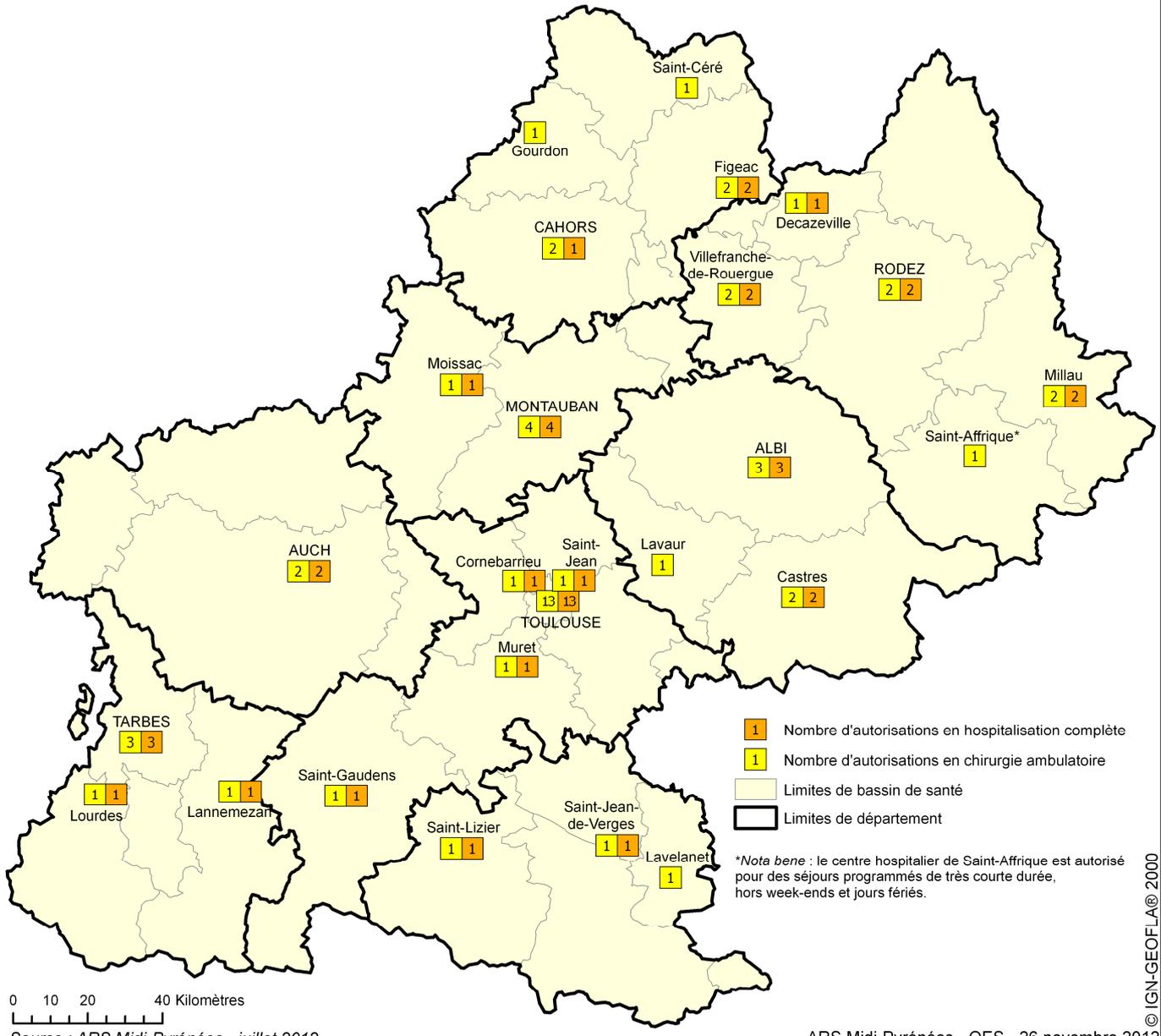
1.2.3 Mettre en place une équipe de conseil régionale

L'ARS mandate le COTER pour proposer la constitution d'une équipe pluri-professionnelle mobilisable pour conseiller les établissements, si besoin est, afin d'optimiser la pratique. L'équipe est constituée de différents professionnels (médicaux, paramédicaux, qualitatif, architecte..) identifiés comme experts. L'ARS finance cette prestation contractualisée dans le cadre du CPOM.

1.2.4 Échéances

- L'organisation identifiée de la chirurgie ambulatoire fait partie intégrante des conditions d'autorisation et est d'application immédiate.
- Mise en place de l'équipe conseil régionale : 2013.

**La prise en charge en chirurgie en Midi-Pyrénées en 2012 :
sites autorisés en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation complète**



0 10 20 40 Kilomètres

Source : ARS Midi-Pyrénées - juillet 2012

ARS Midi-Pyrénées - OES - 26 novembre 2012

© IGN-GEOFLA © 2000

Assurer une offre de soins graduée

L'objectif est de garantir l'accès à une offre hospitalière de territoire, graduée pour les différentes spécialités.

Dans chaque territoire, une offre de soins spécialisée doit exister dans les disciplines suivantes :

- Anesthésie-réanimation ;
- Urologie ;
- Chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Chirurgie ORL ;
- Chirurgie digestive et viscérale ;
- Chirurgie ophtalmologique du segment antérieur.

L'offre de soins pourra être assurée, en fonction des ressources disponibles en inter-territorial pour ce qui concerne :

- La chirurgie ophtalmologique du segment postérieur autour de quatre pôles (Tarbes, Toulouse, Montauban, Rodez) ;
- Pour les autres spécialités telles que la chirurgie vasculaire, maxillo-faciale etc, il est demandé au COTER d'émettre des propositions quant à l'organisation sur ces différentes spécialités.

En complément

SROS

L'offre de soins en chirurgie carcinologique est développée dans le SROS Cancérologie.

2.1 Élaborer des projets médicaux de territoire de spécialité

Dans chaque territoire, pour optimiser au mieux les ressources, l'offre de soins se structurera dans chaque spécialité autour des plateaux techniques des établissements et des équipes médicales, y compris de ville, situés dans le territoire participant à la spécialité, qu'ils soient publics ou privés.

Elle sera construite sur un projet médical par spécialité qui répond aux besoins de santé de la population desservie. Ce projet médical sera établi et configuré par l'ensemble des établissements et équipes présentes sur le territoire participant à la spécialité, y compris de premier recours, ainsi que de l'ensemble des professionnels de santé et ce, quel que soit leur statut public ou privé.

Les COTER contribueront à animer la réflexion et à apporter leur expertise sur les projets médicaux de territoire de spécialité. Ils s'appuieront sur un dispositif territorial regroupant les professionnels de santé concernés.

Les projets médicaux de territoire de spécialité ont pour objectif de :

- **Développer, renforcer les partenariats pour une utilisation optimale des équipements** : Les établissements participant à la spécialité, qu'ils soient publics ou privés, seront amenés à développer, renforcer leurs partenariats et coopérations entre eux afin d'optimiser l'utilisation des plateaux, la qualité et la sécurité de prise en charge des soins dans la spécialité pour le territoire.
- **Fédérer les ressources médicales** : Chaque établissement public ou privé contribuera avec son équipe médicale à la réponse aux besoins de soins dans la spécialité sur le territoire. Cette activité rentrera dans le cadre des projets médicaux de territoire de spécialité qui identifieront les besoins en ressources humaines et en équipements accessibles à tous. Elle décrira également le fonctionnement de la spécialité en question. Les orientations de ces projets médicaux de territoire de spécialité seront alors déclinées dans le projet médical de chaque établissement et pourront donner lieu à des déclinaisons dans les CPOM.

2.2 Définir l'offre de soins de spécialités par territoire de santé

Dans chaque territoire de santé, une offre de soins spécialisés en établissement de santé doit exister :

- Dans les spécialités chirurgicales d'orthopédie et traumatologie, d'urologie, viscérale, d'ophtalmologie et d'ORL.
- Avec au moins un plateau technique par spécialité.

Ce plateau technique devra disposer :

- Des équipements et autorisations nécessaires pour réaliser les actes techniques de la spécialité (à l'exception de l'activité de recours régional) y compris en prise en charge ambulatoire, et le cas échéant par convention :
 - Imagerie ;
 - Biologie ;
 - Surveillance continue ;
 - Plateau d'anesthésie-réanimation ;
 - Anatomocytologie (ACP) ...
- D'un nombre de praticiens suffisant pour garantir la qualité et la continuité des soins ainsi que son attractivité vis-à-vis de jeunes professionnels (permanence des soins, sur-spécialisation ...), et lui permettant d'avoir un rôle dans la formation et la recherche clinique dans le cadre de missions de service public attribuées par l'ARS.

Les travaux du COTER « Chirurgie, anesthésie-réanimation et réanimation médicale » sont en cours pour proposer des éléments permettant à l'ARS d'élaborer un cahier des charges par discipline chirurgicale précisant le nombre cible de professionnels médicaux et les plateaux techniques associés.

L'offre de soins hospitalière des bassins de santé est organisée et coordonnée dans le cadre des projets médicaux de territoire de spécialité.

2.3 Garantir l'accès à un niveau de recours et en définir l'accès

Le niveau de recours régional ou interrégional concerne principalement les activités :

- Régionales : situations complexes, techniques innovantes ;
- Ou relevant d'un schéma interrégional d'organisation des soins
 - Chirurgie cardiaque ;
 - Neurochirurgie ;
 - Greffes ;
 - Grands brûlés.

A ce niveau sont assurés :

- Une expertise pour les équipes territoriales, notamment au moyen de la télémédecine ;
- Des actes hautement spécialisés et la prise en charge des cas complexes ;
- Le maintien des compétences des praticiens y compris sur l'évolution des techniques ;
- L'impulsion d'une dynamique dans chaque spécialité ;
- Des missions de recherche et d'enseignement.



Chirurgie : hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire

	Hospitalisation complète	Chirurgie ambulatoire
Ariège	2	3
Aveyron	Borne basse 3 Borne haute 7	Borne basse 5 Borne haute 7
Haute-Garonne	Borne basse 16 Borne haute 18	Borne basse 16 Borne haute 18
Gers	2	2
Lot	2	Borne basse 4 Borne haute 5
Hautes-Pyrénées	Borne basse 4 Borne haute 5	Borne basse 4 Borne haute 5
Tarn	5	6
Tarn-et-Garonne	Borne basse 4 Borne haute 5	5

2.4 Conforter l'organisation de la chirurgie pédiatrique dans la région

L'organisation de la chirurgie pédiatrique en Midi-Pyrénées vise à orienter chaque enfant vers l'établissement correspondant à son besoin de soins, compte tenu de son lieu de résidence. Il tend à garantir les meilleures conditions médicales et psychologiques possibles.

Cette organisation s'appuie sur trois points essentiels : la proximité, la qualité, la sécurité.

Pour répondre à ces trois points, à la demande de l'ARS, des cahiers des charges ont été élaborés par les professionnels de santé. Ils sont basés, sur les référentiels de bonnes pratiques, sur l'adéquation entre la pathologie et les moyens disponibles afin de favoriser l'offre de proximité et augmenter le niveau de compétence de l'ensemble des soignants.

Trois niveaux de prise en charge ont été déterminés en fonction de l'âge de l'enfant, de la pathologie et du protocole définis dans les cahiers des charges, en respectant les **principes de subsidiarité et de réciprocité** entre les trois niveaux :

- Les unités de chirurgie pédiatrique de proximité s'engagent à prendre en charge H24 les enfants de un an et plus ;
- Les unités de chirurgie pédiatrique spécialisées s'engagent à prendre en charge H24 les enfants quel que soit l'âge. L'équipe médicale et paramédicale est spécifique, composée entre autres de chirurgiens pédiatres qualifiés ;
- Le centre de recours régional.

Les unités de chirurgie pédiatrique spécialisées et le centre de recours régional s'engagent à ré-adresser les enfants aux praticiens qui les leur ont adressés.

Un établissement pourra être à la fois centre de proximité et centre spécialisé en fonction de la pathologie et du respect des cahiers des charges.

L'ARS a labellisé les établissements répondant aux cahiers des charges. Ces établissements ont constitué un réseau de chirurgie pédiatrique.

2.4.1 Étendre la labellisation à tous les établissements qui pratiquent la chirurgie pédiatrique

L'ARS engage les autres établissements de santé prenant en charge des enfants à s'inscrire dans la démarche de labellisation. L'obtention de ce label engage l'établissement dans le réseau.

Dans chaque territoire de santé, une offre de centre de chirurgie pédiatrique de proximité doit être accessible dans les disciplines suivantes : traumatologie orthopédique, viscéral, ORL, ophtalmologie et maxillo-faciale. A ce titre l'offre de proximité doit être étendue dans les territoires de l'Ariège, du Gers et du Lot.

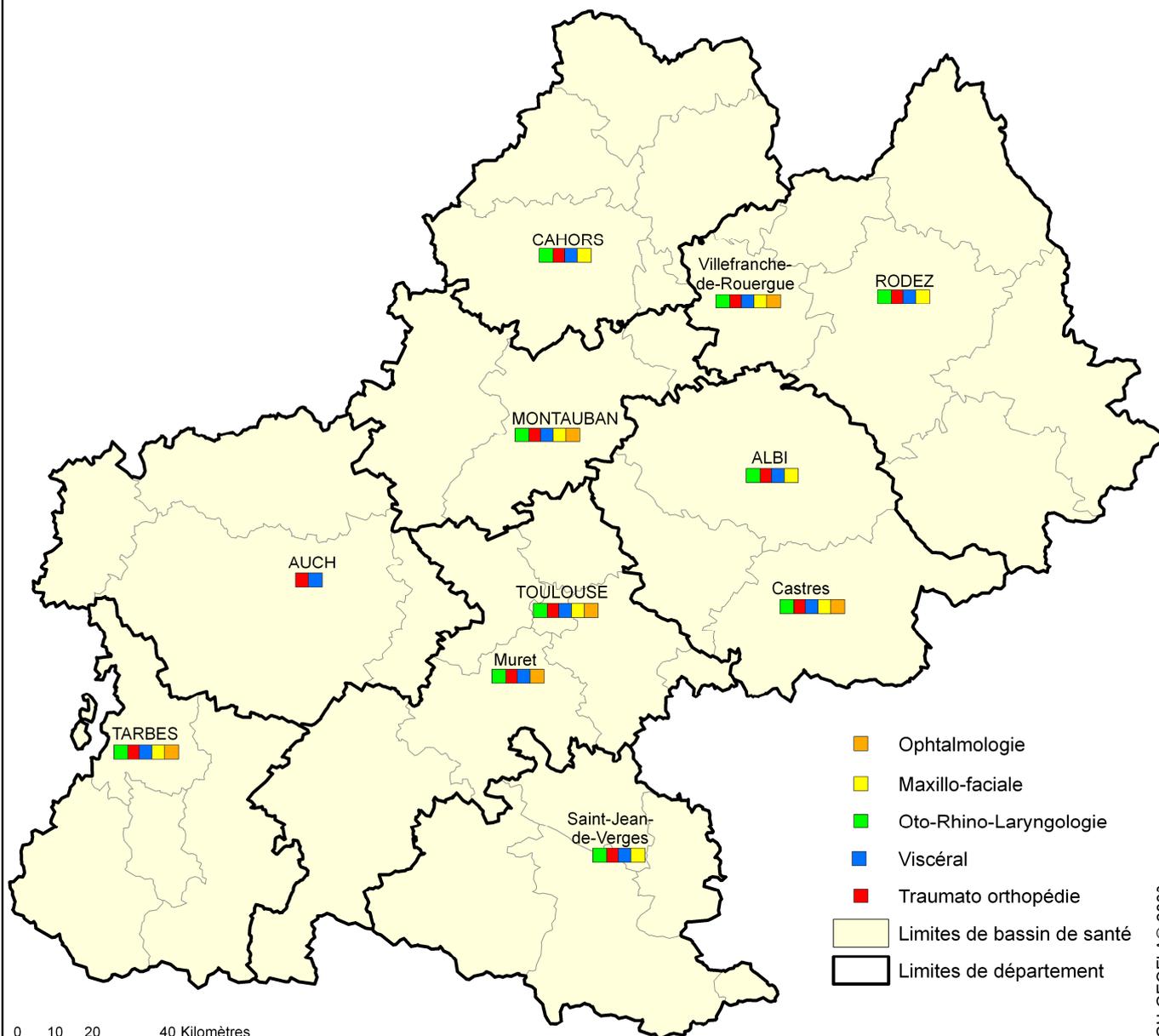
2.4.2 Informer les professionnels de santé et le grand public

L'ARS diffuse sur son site internet la liste des établissements adhérents au réseau et établit un plan de communication (diffusion d'une lettre d'information auprès des médecins généralistes et des pédiatres).

Répartition des implantations existantes



Les centres de proximité en chirurgie pédiatrique labellisés en Midi-Pyrénées au 15 mars 2011



0 10 20 40 Kilomètres

Source : ARS Midi-Pyrénées - DPSMS - juillet 2012

ARS Midi-Pyrénées - OES - 30 octobre 2012

© IGN-GEOFLA® 2000

Centres de proximité en chirurgie pédiatrique labellisés au 15/03/2011 en Midi-Pyrénées

	Centre de Chirurgie Pédiatrique de Proximité					Centre de Chirurgie Pédiatrique Spécialisé					Centre de recours régional
	traumato orthopédie	viscéral	ORL	maxillo-facial	Ophthalmo-logie	traumato orthopédie	viscéral	ORL	maxillo-facial	ophthalmo logie	
Ariège	1	1	1	1							
Aveyron	2	2	2	2	1						
Haute-Garonne	4	5	3	3	3	1	1	3	1	3	1
Gers	1	1									
Lot	1	1	1	1							
Hautes-Pyrénées	2	2	2	2	2						
Tarn	4	4	3	3	2						
Tarn-et-Garonne	3	3	2	3	3						
MIDI-PYRENEES	18	19	14	15	11	1	1	3	1	3	1

Assurer la qualité et la sécurité des soins

L'objectif défini est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé.

3.1 Garantir la continuité des soins par le partage de l'information

3.1.1 Améliorer le lien avec le médecin traitant

Le PSRS donne les axes d'un partenariat entre professionnels de santé, véritable guide de bonne conduite au bénéfice des patients, des professionnels de santé et du système de soins.

Cette action s'inscrit dans la nécessité d'un lien renforcé ville/hôpital.

(Cf. Partie 1.1.2 « Associer étroitement le médecin traitant »- Utilisation des outils permettant le partage de l'information)

3.1.2 Améliorer l'adéquation entre projet thérapeutique et orientation en SSR

L'amélioration de la fluidité de la prise en charge du patient à l'admission en SSR est une priorité fixée aux structures qui orientent et à celles qui accueillent, tant en terme d'adéquation avec un projet thérapeutique individuel adapté, qu'en terme de diminution des délais d'attente

En complément
SROS

Le volet du SROS consacré aux soins de suite et de réadaptation précise, dans son orientation 2 « Fluidifier le parcours du patient », que les structures SSR ont l'obligation de participer à la mise à jour permanente des informations les qualifiant dans le dispositif « Trajectoire », afin de favoriser un processus d'admission au plus près des objectifs du projet thérapeutique du patient.

Les structures de court séjour intégreront graduellement cet outil commun dans leurs procédures pour gérer l'échange d'informations relatif aux orientations.

Toute autorisation de chirurgie sera conditionnée à cet impératif.

3.2 Promouvoir les démarches d'accréditation des professionnels de santé

La démarche d'accréditation est un dispositif volontaire de gestion des risques médicaux en établissement de santé. L'accréditation des médecins fait partie d'un dispositif global de qualité et de sécurité des soins et d'amélioration des pratiques.

Au vu du niveau d'accréditation au 31 janvier 2011, soit moins du quart des chirurgiens et des anesthésistes de Midi-Pyrénées, la progression du taux d'accréditation dans la région est un objectif majeur.

L'accréditation des médecins notamment dans les spécialités d'anesthésie-réanimation et de chirurgie permet de répondre à certains critères de la procédure de certification des établissements de santé.

L'ARS engage les établissements de santé à promouvoir la démarche d'accréditation des médecins exerçant sur leur site.

Les établissements de santé publieront sur leur site internet la liste des médecins accrédités.

Le suivi sera évalué au terme du schéma.

3.3 Promouvoir une démarche du « juste » soin

L'analyse de la pertinence des prises en charge pose la question du « juste » soin, c'est-à-dire répondant à un réel besoin, conforme aux données actuelles de la science, aux recommandations des sociétés savantes, de la HAS et au souhait du patient.

L'ARS, dans le PSRS, fixe un axe stratégique d'optimisation de l'organisation de l'offre de soins afin de garantir à la population l'accès à des soins de qualité.

Cette volonté se traduit également dans le Plan pluriannuel de gestion du risque et le Contrat d'objectifs et de moyens, avec un objectif spécifique concernant l'analyse de la pertinence des actes chirurgicaux.

Le suivi et l'analyse par territoire de santé des taux de recours standardisés des résidents de Midi-Pyrénées en chirurgie sur des gestes chirurgicaux ciblés dits « marqueurs » mettent en évidence des disparités entre territoires de santé.

L'ARS organisera chaque année un échange avec les professionnels de santé concernés et le COTER « Chirurgie, anesthésie-réanimation et réanimation médicale » sur les résultats observés afin d'identifier une éventuelle variabilité des pratiques et de mettre en place, le cas échéant, des démarches d'amélioration des pratiques professionnelles. L'ARS publiera sur son site internet une synthèse annuelle des taux de recours.

Tout établissement souhaitant solliciter une autorisation de chirurgie doit :

- S'engager à rentrer dans une démarche d'analyse de la pertinence des soins ;
- Mettre en œuvre la tenue d'une revue de morbidité et de mortalité (RMM : analyse a posteriori des événements indésirables graves). Le bilan de la tenue des RMM sera transmis chaque année à l'ARS.



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Périnatalité, santé de la femme et de l'enfant

2012 / 2017



www.sante.midi-pyrenees.fr

ars
● Agence Régionale de Santé
Midi-Pyrénées

Contexte

p. 125

Orientation

1

Assurer une prise en charge de qualité en proximité

p. 126

- 1.1 Conforter les organisations de proximité
- 1.2 Promouvoir le libre choix de l'arrivée d'un enfant
- 1.3 Encourager la création de filières ville-hôpital
- 1.4 Favoriser le partage d'informations

Orientation

2

Anticiper, dépister et prendre en charge les situations pathologiques et/ou à risque psycho-social

p. 129

- 2.1 Anticiper et détecter les situations à risque
- 2.2 Dépister au plus tôt pour prendre en charge précocement
- 2.3 Conforter les organisations de prise en charge obstétricale et néonatale

Orientation

3

Assurer les prises en charge d'aval coordonnées

p. 133

- 3.1 Proposer des soins pédo-psychiatriques précoces pendant les 18 à 24 premiers mois de vie
- 3.2 Suivre les enfants à risque de handicap

Cartographie des implantations existantes

p. 135

Implantations cibles

p. 136



Le plan périnatalité 2005-2007 avait initié une restructuration de l'offre afin d'améliorer à la fois la sécurité des prises en charge et les contraintes de proximité. La conciliation de ces deux objectifs est toujours d'actualité.

La démographie des professionnels de santé est une contrainte particulièrement prégnante à prendre en compte, même si la situation de la région est globalement plus favorable que la situation nationale.

Le comité technique régional « Périnatalité, santé de la femme et de l'enfant » (COTER) a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Orientation

1

Assurer une prise en charge de qualité en proximité

1.1 Conforter les organisations de proximité

1.1.1 Identifier les organisations dans les bassins de santé

Les missions de suivi des grossesses et du post-partum, de gynécologie et de pédiatrie, d'éducation et de prévention doivent être assurées dans chaque bassin de santé.

Ces missions sont assurées selon les cas, par les maternités, les centres périnataux de proximité et/ou les professionnels de santé libéraux.

L'organisation des centres périnataux de proximité (CPP) relève de la responsabilité des maternités avec lesquelles ils ont passé convention. Le personnel est commun aux deux structures. Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes travaillant en CPP exercent leur activité sur le site d'accouchements et sur le site des CPP. Les CPP doivent conforter les liens qu'ils entretiennent avec leur environnement : Services de la Protection Maternelle et Infantile, Centre de Planification et d'Éducation Familiale s'il existe à proximité et avec les professionnels de santé libéraux.

Dans les bassins de santé dépourvus de maternité et de centre périnatal de proximité, il est opportun de créer les conditions favorables à la collaboration entre pédiatres, gynécologues médicaux, sages-femmes, puéricultrices et médecins généralistes. Ces collaborations entre professionnels libéraux devront se structurer, par exemple au sein des maisons ou pôles de santé pluriprofessionnel(le)s, ou des centres de santé, pour exercer les missions habituellement dévolues aux CPP.

Les six CPP identifiés dans la région doivent harmoniser leurs fonctionnements et remplir pleinement chacune de leur mission. Maternip les accompagnera dans cette démarche, en leur proposant des indicateurs communs sur la base du cahier des charges des CPP. Maternip accompagnera également la structuration des organisations libérales.

Afin de rendre l'offre lisible, le réseau Maternip utilisera les données du Répertoire des Acteurs Santé Sociaux (RASS) pour permettre le recensement dans une zone géographique donnée des professionnels libéraux, des centres de Protection Maternelle et Infantile, des établissements proposant une offre de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.

1.1.2 Prévoir l'aménagement des conditions de prise en charge des parturientes éloignées des établissements de recours territorial

La prise en charge des parturientes éloignées de l'établissement de recours territorial, en situation pathologique et/ou urgente, notamment le transport sécurisé, fera l'objet d'un cahier des charges proposé par Maternip.

1.1.3 Garantir la formation des médecins généralistes en gynécologie et en pédiatrie

L'ARS s'assurera en lien avec l'université que la pédiatrie et la gynécologie font l'objet de stages obligatoires dans la formation initiale des généralistes.

Les médecins qui participeront à l'activité des équipes pluridisciplinaires décrites en 1.1.1 auront la possibilité d'accès aux dispositifs de formation tels que le DIU de gynécologie médicale, le DU de pédiatrie ambulatoire (diplôme en cours de construction).

1.2 Promouvoir le libre choix de l'arrivée d'un enfant

1.2.1 Prévenir des grossesses non désirées

En complément

SRP

Le schéma régional de prévention (SRP) propose une programmation d'actions d'information sur la contraception et l'éducation affective et sexuelle.

Voir > Orientation 3 - Agir sur les priorités régionales de prévention / Partie 3.3.4 - Développer l'éducation affective et sexuelle chez les enfants et les jeunes.

1.2.2 Faciliter l'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse

La permanence téléphonique régionale doit être maintenue et promue.

Les établissements au sein desquels sont pratiquées les Interruptions Volontaires de Grossesses doivent s'inscrire dans des démarches d'amélioration de la qualité, notamment pour :

- la prise en charge des mineures,
- la prise en charge des femmes en situation de précarité
- les Interruptions Volontaires de Grossesses « tardives » (entre 12 et 14 semaines),
- la permanence de l'activité lors des périodes creuses (décembre, juillet, août).

Un label qualité, porté par Maternip, viendra attester de l'engagement des établissements et de l'atteinte des objectifs fixés.

L'IVG médicamenteuse en ville sera développée en incitant les professionnels concernés à passer convention avec les établissements. Des formations seront proposées aux professionnels de ville (médecins généralistes, gynécologues médicaux et pharmaciens). Elles seront coordonnées par le réseau Maternip.

1.2.3 Faciliter l'accès à l'Assistance Médicale à la Procréation

La prise en charge initiale des stérilités doit être améliorée. Des efforts doivent en particulier être réalisés pour faciliter l'adressage des patientes et la juste prescription des examens. Pour cela, les équipes pluridisciplinaires qui se seront organisées dans les bassins collaboreront avec les autres spécialistes pouvant intervenir dans le champ de la périnatalité (endocrinologues, diabétologues, cardiologues, neurologues, biologistes, échographistes...). Ils devront intégrer l'offre accessible en second recours et pourront définir des règles communes d'organisation et d'orientation des patientes.

Cf. Tableau des implantations des sites d'activité d'assistance médicale à la procréation (p. 14)

1.3 Encourager la création de filières ville-hôpital

1.3.1 Favoriser la coordination entre sages-femmes libérales, équipes de proximité, maternités et centres périnataux de proximité

Les interactions ville-hôpital doivent être favorisées pour faciliter la continuité de prise en charge pré-partum / accouchement / post-partum.

Ensemble, les maternités, les médecins généralistes, les sages-femmes libérales et les services de Protection Maternelle et Infantile mettront en place des organisations permettant l'accompagnement au retour à domicile en sortie de maternité.

Lors de situations pathologiques, les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) permettent le maintien ou le retour à domicile. Dans cette optique, les établissements MCO passeront une convention avec les structures HAD de leur territoire.

1.3.2 Développer des filières physiologiques

Des salles de naissance physiologique pourront être aménagées dans les maternités existantes. Leur accès pour les sages-femmes libérales sera encadré par un cahier des charges régional élaboré par Maternip et validé par l'ARS. Afin de limiter le nombre d'accouchements à domicile, les conditions d'ouverture de ces plateaux techniques aux médecins généralistes et aux sages-femmes libérales seront étudiées notamment sur les aspects assurantiels et tarifaires.

Compte-tenu de la proportion importante d'accouchements à domicile dans le Gers et l'Ariège, ces deux territoires devront faire l'objet en priorité d'une expérimentation.

1.4 Favoriser le partage d'informations

Afin de soutenir l'ensemble des organisations décrites, le GCS Télésanté et Maternip travailleront à la création d'un projet DMP-périnatalité.

Orientation

2

Anticiper, dépister et prendre en charge les situations pathologiques et/ou à risque psycho-social

2.1 Anticiper et détecter les situations à risque

2.1.1 Généraliser la tenue de l'entretien du 4^{ème} mois

Des sessions de formation à l'entretien du 4^{ème} mois doivent continuer à être programmées pour tous les professionnels prenant en charge les femmes enceintes, au cours du 1^{er} trimestre : sages-femmes (en établissement ou libérale), médecins généralistes ou spécialistes.

Les médecins généralistes, gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens seront informés et incités à orienter leur patiente vers un professionnel formé pour que cet entretien soit effectivement tenu.

Maternip assurera la mise à jour des annuaires disponibles.

Afin de pouvoir suivre l'exhaustivité de la tenue de ces entretiens, une traçabilité fiable doit être instaurée, dans le cadre du projet DMP-périnatalité développé par Maternip et le GCS télésanté.

Lorsqu'une difficulté psycho-sociale ou un risque est repéré, le professionnel doit attirer l'attention des équipes qui prennent en charge la patiente afin qu'elle fasse l'objet d'un suivi plus attentif et au besoin faire le lien avec les équipes de PMI et éventuellement avec les équipes de pédopsychiatrie qui interviennent dans les maternités.

2.1.2 Former et sensibiliser tous les acteurs

Tous les professionnels intervenant dans la prise en charge des grossesses, des accouchements ou des enfants doivent être vigilants pour identifier les situations présentant des risques psycho-sociaux. L'attention des professionnels doit être particulièrement attirée sur le dépistage des vulnérabilités susceptibles de compromettre l'état de santé de l'enfant et/ou de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant (conduites addictives, précarité, violences, pathologies psychiatriques...). Des campagnes d'information et des formations destinées à l'ensemble des professionnels doivent être organisées en concertation avec les partenaires de la Commission de Coordination des Politiques Publiques dans le domaine de la prévention.

Les procédures d'alerte et de signalement (PMI, signalement judiciaire, etc.) doivent être définies avec les partenaires de la CCPP et diffusées, afin que l'ensemble des professionnels puisse accéder aisément aux conduites à tenir.

2.1.3 Repérer les conduites addictives pendant la grossesse

Les femmes enceintes présentant des conduites addictives (tabac, alcool, drogues illicites) doivent être dépistées et prises en charge le plus précocement possible. Pour cela, il faut :

- Sensibiliser les professionnels sur les risques Alcool et Tabac chez la femme enceinte,
- Orienter les femmes vers les dispositifs de consultation déjà en place,
- Mettre en place des parcours de soins appropriés en mobilisant les services spécialisés pouvant assurer le soutien en ambulatoire.

2.2 Dépister au plus tôt pour prendre en charge précocement

Lors de tout acte ou processus de dépistage, une prise en charge globale de la femme, de l'enfant et de la famille doit être assurée. L'accent doit particulièrement être mis sur la clarté des informations transmises et si besoin sur l'accompagnement psychologique.

2.2.1 Assurer la qualité du dépistage de la trisomie 21 et des dépistages prénataux

Maternip est chargé d'organiser des formations sur le dépistage combiné de la trisomie 21 (dépistage associant échographie et mesure de marqueurs sériques) à destination des professionnels du 1^{er} recours prescripteurs.

Les acteurs du dépistage combiné de la trisomie 21 doivent être mobilisés :

- Les échographistes doivent s'engager dans un programme d'assurance qualité portant sur la mesure de la clarté nucale. Ils adhèrent pour cela à l'association Echomip ;
- La montée en charge du dépistage combiné sera appréciée.

L'évolution technique du dépistage prénatal de la trisomie 21 va modifier dans un proche avenir l'organisation actuelle. Une méthode non invasive (analyse de l'ADN foetal circulant dans le sang maternel) est en cours d'évaluation. Elle permettrait d'être certain de la trisomie 21 d'un foetus sans passer par les techniques invasives (amniocentèse ou biopsie du trophoblaste).

2.2.2 Accompagner les parents lors des diagnostics prénataux

Au sein de la maternité de niveau 3, une sage-femme dédiée à la coordination du diagnostic prénatal sera identifiée et formée pour coordonner l'itinéraire patient dans ce contexte difficile.

2.2.3 Dépister et prendre en charge en période périnatale les risques de psychopathologie (troubles du lien, dépression du nourrisson, dépression du post-partum ...)

Près de 10% des parturientes auraient besoin au moins d'une aide ponctuelle.

Les équipes de psychiatrie périnatale issues des secteurs doivent intervenir au sein des maternités :

- elles sont intégrées aux équipes des services d'obstétrique et de néonatalogie de niveau 2 et 3 ;
- elles doivent se rendre disponibles en moins de 48 heures ;
- elles doivent être mobiles auprès de l'ensemble des maternités du territoire et si besoin à domicile.

Elles peuvent assurer la prise en charge psycho-sociale pour des risques identifiés lors de l'entretien du 4^{ème} mois. Elles peuvent prendre en charge les mères et leurs nouveaux-nés. Elles doivent être les moteurs de l'organisation des staffs de périnatalité auxquels elles participent avec les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes de l'établissement. D'autres acteurs peuvent si besoin être associés (Sages-femmes libérales, services de Protection Maternelle et Infantile...).

Maternip et le COTER de Psychiatrie feront une proposition relative à la création d'une unité régionale de psychiatrie mère-enfant.

2.2.4 Prendre en charge précocement les nouveaux-nés à risque de handicap

L'évaluation des risques de handicap des nouveaux-nés doit se développer en néonatalogie et en maternité, parallèlement au travail des CAMSP qui assurent cette mission dans chaque département. Le réseau P'titMip est mandaté pour soutenir l'organisation standardisée de dépistage du risque de handicap d'origine périnatale et des prises en charge en :

- élaborant des référentiels de diagnostic et de prise en charge ;
- formant des professionnels référents qui seront acteurs dans tous les territoires.

L'inclusion de tous les nouveaux-nés à risque sera ainsi facilitée dans le réseau P'titMip. Une vigilance particulière sera portée à la qualité du dépistage des nouveaux-nés à risque modéré.

L'ARS accompagnera le développement de programmes de psychomotricité précoce du nouveau-né et du nourrisson. Une évaluation du développement global (psychologique, psychomotrice et orthophonique) des enfants les plus à risque sera réalisée à l'âge de 2 et 5 ans dans le cadre du réseau P'titMip.

2.2.5 Dépister, évaluer et prendre en charge les troubles de l'apprentissage

Le dépistage et le diagnostic des troubles spécifiques de l'apprentissage sont réalisés par des équipes pluri professionnelles (pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens...).

Différents types de structures s'organisent en une offre graduée :

- les deux centres de référence régionaux de Toulouse et de Tarbes remplissent des missions de recours ;
- au moins un centre de compétences par territoire assure l'évaluation pluridisciplinaire des troubles de l'apprentissage. Les centres existants doivent être renforcés, des centres de compétences doivent être créés dans les territoires qui en sont dépourvus et en Haute Garonne. Ils peuvent se structurer dans les établissements de santé (publics ou privés) où des pédiatres formés exercent ou dans les CMP et CMPP orientés vers la prise en charge neuropsychologique des troubles de l'apprentissage ;
- les centres de compétences territoriaux doivent assurer le lien avec les équipes libérales et hospitalières assurant les suivis et les prises en charge de proximité : orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, éducation nationale, CAMSP, CMP et CMPP...

Certains enfants présentant des troubles complexes des apprentissages ou du développement nécessitent une prise en charge rééducative associant plusieurs professionnels (orthophoniste, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute). Cette prise en charge s'effectue soit avec des praticiens exerçant principalement en libéral soit en institution. Les soins rééducatifs pratiqués tout au long de l'année nécessitent une coordination individualisée, en lien avec la famille et l'école.

2.3 Conforter les organisations de prise en charge obstétricale et néonatale

2.3.1 Identifier des équipes territoriales

Des équipes pluridisciplinaires regroupant des gynécologues-obstétriciens ayant la qualification chirurgicale, anesthésistes, pédiatres, sages-femmes, s'organisent dans chaque territoire pour garantir la qualité des soins apportés aux parturientes et aux nouveaux-nés. Un projet médical commun structure cette organisation à laquelle les équipes soignantes des unités de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et des CPP doivent appartenir. Ce projet intègre autant la périnatalité que la prise en charge de la femme et de l'enfant.

2.3.2 Assurer l'accès aux outils de télémédecine

Les équipes territoriales doivent pouvoir accéder aux équipements de télémédecine dans toutes les maternités dans lesquelles elles interviennent.

2.3.3 Garantir une réponse aux urgences obstétricales

Les démarches de protocolisation et d'harmonisation des pratiques doivent se poursuivre dans le cadre de Maternip. La prise en compte des compétences disponibles dans les établissements -notamment lors de menace d'accouchement prématuré, d'hémorragies de la délivrance, etc... - sera prévue. Pour garantir et améliorer la sécurité à la naissance et le suivi des enfants, Maternip analysera les besoins en formation des professionnels et fera des propositions pour s'assurer que l'offre de formation soit adaptée aux besoins.

L'accès aux plateaux d'imagerie interventionnelle doit être facilité pour les embolisations d'urgence. Pour cela, chaque maternité devra établir une convention avec un plateau de radiologie interventionnelle (*Cf. SROS Imagerie*).

2.3.4 Conforter l'offre de néonatalogie

Une prise en charge néonatale de qualité passe par une limitation des séparations mère-enfant.

Les niveaux d'accueil des nouveaux-nés doivent être structurés :

- Les services de maternité accueillent le nouveau-né bien portant avec sa mère ;
- Les lits kangourous permettent la prise en charge du nouveau-né nécessitant des soins et actes infirmiers en maternité, qui peut ainsi rester avec sa mère. Ils sont identifiés dans des maternités de niveau 2.
- L'unité mère-enfant permet l'hospitalisation du nouveau-né relevant d'une prise en charge en néonatalogie avec sa mère. Elle est identifiée dans les unités de niveau 2 et 3.
- L'unité de néonatalogie en secteur traditionnel propose l'hospitalisation du nouveau-né seul.

La mise en place des soins de développement (Nidcap : Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) est favorisée dans toutes les unités de néonatalogie, afin d'améliorer la nécessaire évolution des pratiques dans le domaine du handicap.

La sortie des nouveaux-nés de néonatalogie peut être anticipée lorsqu'une prise en charge par un service d'HAD néonatale permet d'assurer et de soutenir la transition.

L'offre de prise en charge en néonatalogie sur Toulouse sera augmentée pour apporter une réponse aux besoins identifiés de soins intensifs. Le projet médical de territoire de périnatalité en Haute-Garonne devra prévoir les modalités de coopération entre les équipes de néonatalogie des maternités de niveau 2b et 3.

Orientation

3

Assurer les prises en charge d'aval coordonnées

3.1 Proposer des soins pédo-psychiatriques précoces pendant les 18 à 24 premiers mois de vie

3.1.1 Identifier les ressources

Il existe plusieurs structures proposant des prises en charge en pédopsychiatrie : CAMSP, CMP, CMPP, cabinets libéraux...

Afin de garantir le bon adressage des bébés et de leur famille, il faut en priorité procéder à un recensement exhaustif des structures, à une clarification des missions de chaque type d'organisation et réaliser sur ces bases des annuaires territoriaux.

En complément

SROMS

Le schéma régional d'organisation médico-sociale « Personnes handicapées » (SROMS) prévoit la réalisation d'une étude portant sur les trois dispositifs CAMSP, CMPP, CMP, pour clarifier les missions de chaque type d'organisation.

Voir > Thème 1 - Développer le diagnostic précoce chez l'enfant

Orientation 1 - Améliorer l'accès au diagnostic et à la prise en charge précoce / Partie 1.1

3.1.2 Développer la coordination entre les acteurs et les staffs post-nataux

Les équipes de maternité voient leurs interventions limitées dans le temps ; le relais doit être pris par des équipes de proximité.

Le risque de perte de vue des familles vulnérables repérées par les équipes des maternités est particulièrement important lors de la sortie de la maternité. Aussi, les prises en charge à l'issue de la période post-natale précoce doivent être organisées par les équipes intervenant dans les maternités, en lien étroit avec celles qui interviendront à l'extérieur.

Les staffs post-nataux font partie des dispositifs qui permettent cette collaboration et qui concourent à la continuité des prises en charge.

3.2 Suivre les enfants à risque de handicap

3.2.1 Organiser le maillage des ressources dans toute la région

Le suivi des enfants à risque de handicap est organisé par des pédiatres identifiés. Les formations proposées par le réseau P'titMip doivent permettre l'identification d'au moins un pédiatre par territoire. Ce médecin assurera l'évaluation des enfants au regard du risque de handicap identifié et la coordination dans le territoire.

Les médecins pédiatres et généralistes sont encouragés à assurer le suivi pédiatrique habituel de ces enfants, les pédiatres formés dans le réseau P'titMip assurant le suivi spécifique lié au risque de handicap.

3.2.2 Élaborer des protocoles, collecter et analyser des données

Le réseau P'titMip, en lien avec les professionnels de la région, est chargé d'élaborer les référentiels relatifs au diagnostic et à la prise en charge du risque de handicap. Il développera des actions de formation afin que les professionnels se les approprient et évaluera leur application.

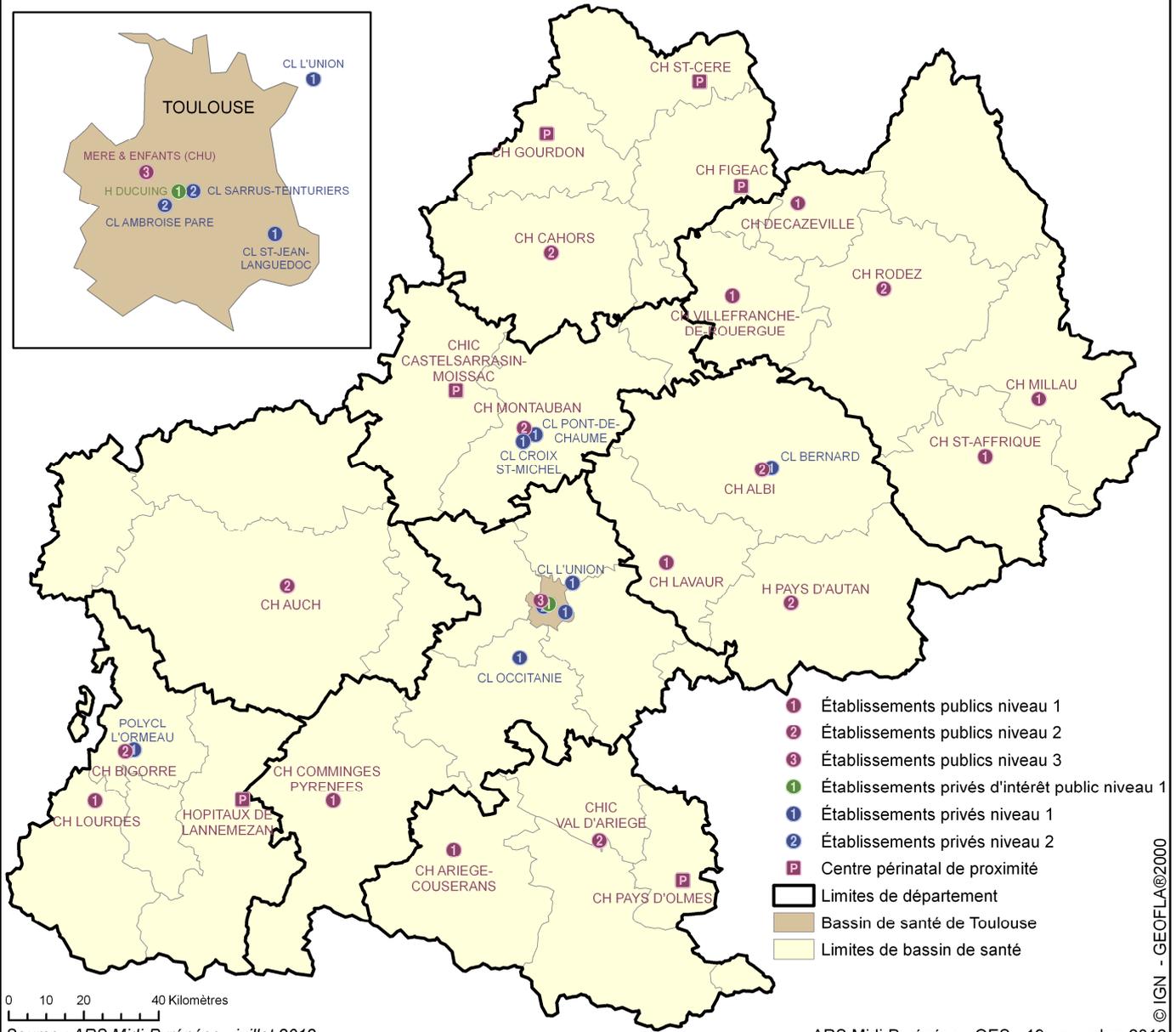
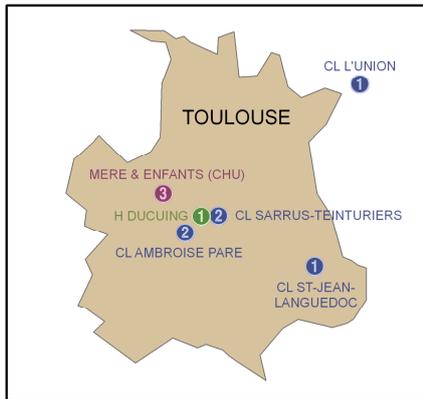
P'titMip assurera par ailleurs la collecte des données sur le devenir des nouveaux-nés à risque.

3.2.3 Faciliter les liens avec le secteur médico-social lorsque le handicap est avéré

Lorsque le handicap est avéré, le médecin qui a posé le diagnostic doit être en mesure d'orienter les familles vers le dispositif ad'hoc, de leur apporter une première information sur les dispositifs existants et de les accompagner dans leur parcours.

Un accès rapide aux structures médico-sociales sera promu. Pour atteindre cet objectif, l'ARS fera une étude de l'offre disponible et des délais d'accès, et renforcera si besoin les structures existantes.

**La périnatalité en Midi-Pyrénées en 2012 :
implantation des sites autorisés et des centres périnataux de proximité**



- 1 Établissements publics niveau 1
- 2 Établissements publics niveau 2
- 3 Établissements publics niveau 3
- 1 Établissements privés d'intérêt public niveau 1
- 1 Établissements privés niveau 1
- 2 Établissements privés niveau 2
- P Centre périnatal de proximité
- ▬ Limites de département
- Bassin de santé de Toulouse
- Limites de bassin de santé

© IGN - GEOFLA©2000

1 Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale

Territoire de santé	Cible					
	Gynécologie obstétrique			Néonatalogie		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 1	Soins intensifs	Réanimation
09 - Ariège	1	1	0	1	0	0
12 - Aveyron	Borne basse : 2 Borne haute : 4	1	0	1	1	0
31 - Haute-Garonne	4	3	1	4	2	1
32 - Gers	0	1	0	1	0	0
46 - Lot	0	1	0	1	0	0
65 - Hautes-Pyrénées	Borne basse : 0 Borne haute : 2	1	0	1	1	0
81 - Tarn	Borne basse : 1 Borne haute : 2	2	0	2	0	0
82 - Tarn-et-Garonne	Borne basse : 1 Borne haute : 2	1	0	1	0	0

L'ARS soutiendra toute initiative de regroupement des maternités dans chaque territoire de santé pour tenir compte de la démographie médicale et de la sécurité des soins.

2 Assistance médicale à la procréation (AMP)

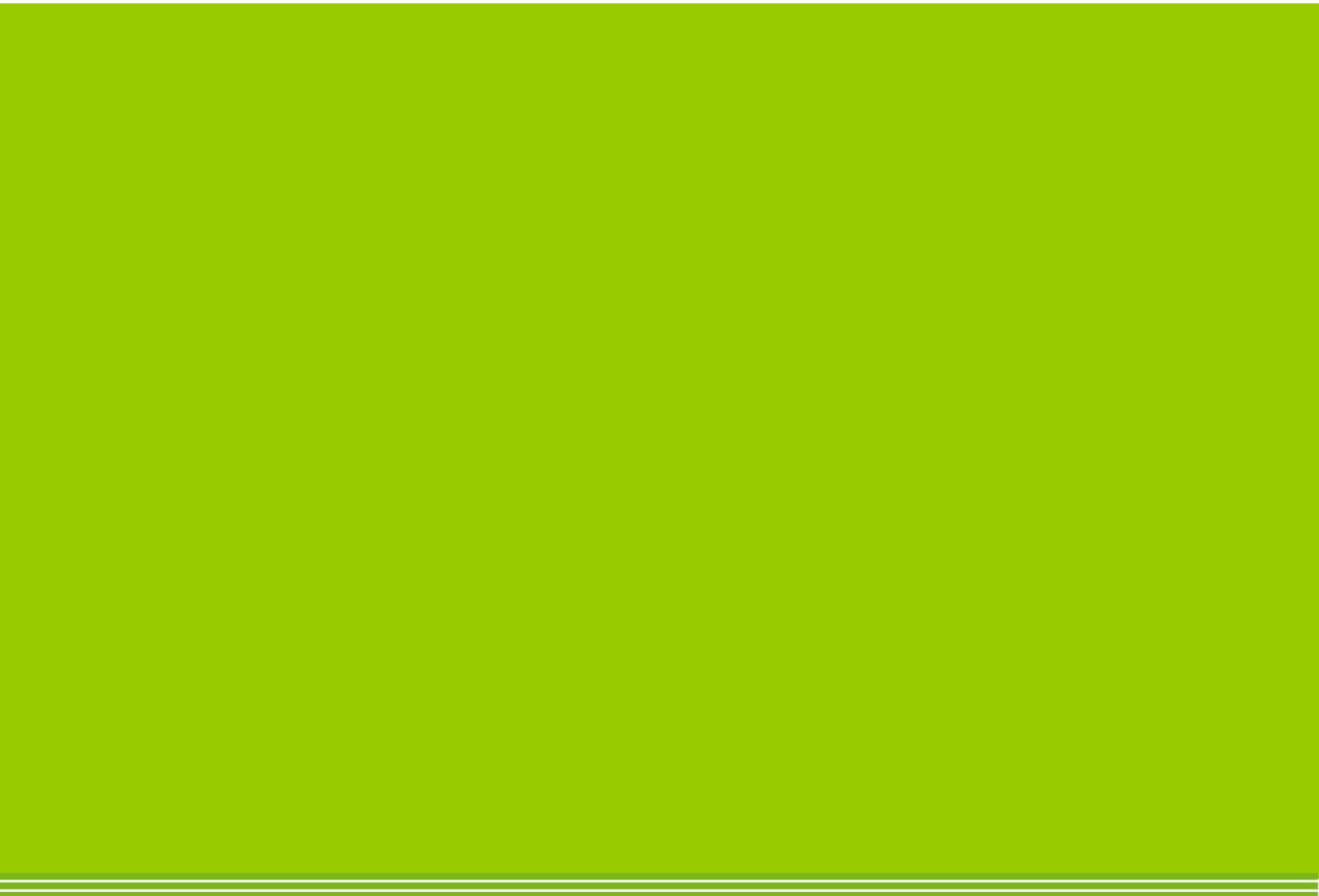
Activités cliniques d'assistance médicale à la procréation

Activités cliniques	Haute-Garonne
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	3
Prélèvement de spermatozoïdes	2
Transfert des embryons en vue de leur implantation	3
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	2
Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1

Activité biologique d'assistance médicale à la procréation

Activités biologiques	Aveyron	Haute-Garonne	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne
Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle	1	3	1	1	1
Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation		2			
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don		2			
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don		2			
Conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux		2			
Conservation des embryons en vue de projet parental		2			
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci		1			

Activités de diagnostic prénatal	Haute-Garonne	Tarn
Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	2	
Analyses de génétique moléculaire	1	
Analyses en vue du diagnostic de maladie infectieuses, y.c analyses de biologie moléculaire	2	
Analyses d'hématologie, y.c analyses de biologie moléculaire	0	
Analyses d'immunologie, y.c analyses de biologie moléculaire	0	
Analyses de biochimie foetale, y.c analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	2	1



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Psychiatrie adulte

2012 / 2017



www.sante.midi-pyrenees.fr

Contexte

p. 141

Orientation

1

Faciliter le diagnostic des pathologies mentales et leur prise en charge précoce

p. 142

- 1.1 Aider en amont les professionnels du premier recours et les familles dans chaque bassin de santé
- 1.2 Organiser le parcours de soins dans les bassins de santé
- 1.3 Organiser l'arrivée aux urgences

Orientation

2

Améliorer la fluidité des prises en charge

p. 147

- 2.1 Favoriser le maintien ou le retour des patients en milieu ordinaire
- 2.2 Renforcer les liens avec les structures médico-sociales
- 2.3 Corriger les points critiques

Orientation

3

Améliorer l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie

p. 150

- 3.1 Structurer l'organisation de l'offre en psychiatrie
- 3.2 Mettre en place le dispositif des soins psychiatriques sans consentement
- 3.3 Définir les conditions d'organisation de la réponse pour les populations spécifiques

Cartographie des implantations existantes

p. 155

Implantations cibles

p. 157



La santé mentale des populations est un enjeu majeur de société et un problème de santé publique. Les pouvoirs publics et l'Organisation mondiale de la santé envisagent la santé publique sous un angle élargi et une conception positive et dynamique. Dans cette perspective, l'union européenne a érigé la santé mentale au rang de priorité de la santé.

Les soins en santé mentale concernent des situations de souffrance psychique, parfois corrélées aux situations de violence, aux phénomènes sociaux. Ces situations relèvent de l'aide psychologique et de l'accompagnement social. Les acteurs du premier recours sont mobilisés à cet égard (médecins généralistes, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux...).

Les soins en psychiatrie doivent s'adresser en priorité aux patients présentant une maladie mentale (schizophrénie, névroses graves, troubles bipolaires qui se compliquent de diverses addictions...). Les pathologies mentales s'inscrivent dans la durée, avec des périodes de crises et des rémissions, des conséquences lourdes autant pour la personne que pour sa famille. Les dispositifs de soins spécialisés risquent d'être débordés par des demandes qui pourraient être gérées par le premier recours. Il est précisé que la psychiatrie adulte s'adresse aux personnes de 16 ans et plus.

Les soins en psychiatrie ne concernent pas que des pathologies chroniques. Les décompensations aiguës des aspects situationnels et/ou des périodes de vie, les composantes psychosomatiques complexes peuvent bénéficier d'une prise en charge globale du patient par un psychiatre. Une évaluation réalisée par le médecin traitant doit pouvoir orienter vers cette prise en charge.

La maladie mentale altérant le rapport à l'autre, est source d'exclusion par l'incapacité de l'individu malade à s'intégrer dans le groupe et par les tabous que la maladie mentale véhicule. Cette discrimination conjuguée au déni des troubles et au refus de soins développés par certains malades, limitent l'accès aux soins et leur continuité. Par ailleurs, la maladie mentale conforte le patient et parfois ses proches dans leur isolement social peu favorable pour réagir. La discrimination dont peuvent souffrir les personnes malades mentales et leur entourage relève d'une responsabilité collective qui appelle la vigilance de tous et un soutien auprès des aidants (Cf. *Plan de santé mentale*).

Actuellement, l'offre est encore fortement cloisonnée : les médecins généralistes adressent peu vers leurs confrères spécialistes, les secteurs sanitaire et médico-social sont encore insuffisamment articulés pour permettre un accompagnement des patients.

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, impacte fortement le dispositif de prise en charge en introduisant la notion de soins (et non plus hospitalisations) sans consentement.

Le comité technique régional (COTER) « Santé mentale et handicap psychique » a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Orientation

1

Faciliter le diagnostic des pathologies mentales et leur prise en charge précoce

L'objectif est de développer l'accès aux soins psychiatriques dans les bassins de santé, notamment pour les populations spécifiques (personnes âgées, personnes handicapées, personnes isolées ou en situation de précarité, jeunes adultes).

1.1 Aider en amont les professionnels du premier recours et les familles dans chaque bassin de santé

Cet objectif est en lien avec le schéma régional de prévention et le SROS ambulatoire pour la formation des professionnels du premier recours.

1.1.1 Porter à connaissance les structures existantes au niveau du bassin de santé

Les acteurs du bassin s'appuieront sur les répertoires et systèmes d'information nationaux pour diffuser au sein du bassin la connaissance de l'offre de service et des missions des structures sanitaires, médico-sociales, sociales et associatives qui peuvent intervenir tout au long du parcours des personnes en situation de fragilité psychique ainsi que sur les sites internet des établissements spécialisés.

Pour ce faire, ils utiliseront notamment les données du référentiel des acteurs santé sociaux (RASS). Le RASS, piloté par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP) regroupe un ensemble de données d'intérêt commun, certifiées par les autorités d'enregistrement (ordres professionnels, ARS, DRJSCS). L'ARS inscrit l'annuaire des ressources de bassin comme un des services de l'Espace numérique régional de santé, confié au Groupement de coopération sanitaire Télésanté Midi-Pyrénées, à destination des professionnels et associations d'aidants.

Cet annuaire a vocation à répondre à l'objectif fondamental que constitue l'amélioration de la connaissance et la visibilité des ressources disponibles pour tous les âges de la vie (enfants, adolescents et transition vers l'âge adulte, adultes, personnes âgées).

1.1.2 Apporter un soutien aux aidants

Les aidants familiaux sont des ressources essentielles dans l'évaluation de la personne et un relais potentiel dans l'accompagnement et le rétablissement. Ils sont des acteurs de premier recours qu'il convient d'informer, d'entendre et de soutenir. Les soignants psychiatriques des établissements autorisés en psychiatrie, publics et privés, proposeront un soutien aux familles, organisé par eux-mêmes ou par les associations : réunions d'information et d'échanges, groupes de parole, ateliers d'entraide.

1.2 Organiser le parcours de soins dans les bassins de santé

1.2.1 Organiser l'offre de psychiatrie ambulatoire

Deux modes d'entrée dans le dispositif sont possibles : les professionnels libéraux ou le secteur public (Centres Médico-Psychologiques - CMP).

Le psychiatre libéral est un spécialiste de proximité dont l'exercice doit se coordonner avec celui des professionnels du premier recours et de l'offre de soins psychiatrique des établissements, qu'elle soit publique ou privée. En effet, la plupart des territoires n'a quasiment plus de psychiatres libéraux, ce qui appelle des organisations différenciées.

Les CMP offrent une prise en charge pluri-professionnelle. Ils jouent le rôle de point d'entrée dans le dispositif psychiatrique public et doivent être mieux identifiés, au sein de chacun des bassins de santé de Midi-Pyrénées.

Si le maillage est à ce jour considéré comme satisfaisant (au moins un par bassin), les CMP sont toutefois invités à adapter leur fonctionnement :

- Ils diffusent le cahier des charges régional aux professionnels du premier recours ;
- Ils améliorent leur accessibilité et réactivité en adaptant leurs heures d'ouverture aux contraintes d'organisation sociale des patients, jusqu'à 19H et le samedi matin ;
- Ils effectuent des visites à domicile ;
- Chaque CMP intègre dans son projet de service les dispositions prises pour répondre à l'urgence. Il prévoit la continuité des soins.

Les CMP situés en zones rurales, peuvent être intégrés à des maisons de santé pluri-professionnelles.

Le COTER participera à l'actualisation du cahier des charges régional des CMP, notamment sur le délai préconisé de premier rendez-vous, dans la perspective d'un rapprochement avec les délais du dispositif libéral ambulatoire.

1.2.2 Développer l'apport de la psychiatrie ambulatoire aux professionnels de santé du premier recours

Au sein du bassin, les professionnels du premier recours doivent pouvoir disposer d'avis, de conseils, ou d'orientations sur les conduites à tenir par un professionnel de la psychiatrie privée ou publique, afin de permettre une meilleure accessibilité à un psychiatre dans un délai réduit.

La consultation du psychiatre libéral, à la demande du médecin traitant, peut intervenir dans un délai de 48 heures ouvrables.

Les établissements de santé et les psychiatres libéraux doivent coordonner leurs interventions pour rendre accessible ce recours à un avis spécialisé.

Cette démarche pourra se mettre en place à distance (télémédecine, téléconférence...).

1.2.3 Éviter les arrivées au service d'accueil des urgences par défaut

Une des priorités est d'éviter un recours inapproprié au service d'accueil des urgences en première intention, ou dans des situations de rupture de soins, qui peuvent aboutir à des hospitalisations injustifiées voire des soins sans consentement.

Tous les dispositifs permettant d'obtenir un avis ou une prise en charge psychiatrique ambulatoire sans délai, doivent être mobilisés en amont, afin de limiter ce recours inapproprié aux urgences.

Lorsqu'une personne présente certains signes d'appel, deux cas de figure peuvent se rencontrer (hors procédure de soins sans consentement) :

- Le patient est déjà suivi en psychiatrie ou relève manifestement d'une prise en charge psychiatrique. Sous réserve d'un examen somatique préalable en préhospitalier, une prise en charge immédiate par le dispositif spécialisé est à privilégier sans passer par la structure de médecine d'urgence ;
- Lorsque la personne présente une urgence mixte somato-psychiatrique (agitation, tentative de suicide, troubles du comportement), elle doit être orientée vers la structure de médecine d'urgence pour avoir une évaluation psychiatrique et un bilan somato-psychique dans les 24 heures.

Dans le territoire de santé, un recours à un avis spécialisé de médecin psychiatre dans la journée aux heures ouvrables doit être apporté aux médecins traitants par les établissements autorisés en psychiatrie, en lien avec les professionnels libéraux. Les ressources existantes sont mobilisables et les réponses peuvent être diverses : coopérations intersectorielles pour mutualiser les ressources, équipe mobile, CMP référent, cabinets libéraux, télémédecine ...

Chaque SAMU doit avoir un accès à une compétence psychiatrique par le biais d'une convention entre les médecins régulateurs et les intervenants psychiatriques publics ou libéraux.

1.2.4 Organiser la coordination et le travail en réseau entre professionnels du premier recours et professionnels de la psychiatrie

Les établissements de santé autorisés en psychiatrie et les psychiatres libéraux organiseront des rencontres à l'intention des médecins traitants, en lien avec l'animation de bassin lorsque elle est constituée, pour :

- Améliorer le parcours du patient dans le bassin de santé ;
- Analyser les cas complexes ;
- Développer les prises en charge conjointes psychiatriques et somatiques, notamment pour les patients souffrant de troubles addictifs, ainsi que les échanges collaboratifs entre médecin traitant et psychiatre, selon les recommandations de la HAS.

Ils pourront également organiser des rencontres thématiques avec les établissements médico-sociaux, les professionnels du premier recours, les collectivités territoriales (maires, services sociaux des conseils généraux...), les aidants familiaux et autres aidants. Ces rencontres visent à instaurer un dialogue et à favoriser une connaissance réciproque des missions des acteurs de terrain. Cette démarche pourra s'appuyer sur les Conseils locaux de santé mentale, d'initiative communale ou hospitalière.

1.2.5 Suivi

Chaque établissement de santé organisera des rencontres avec les acteurs institutionnels :

- Dès constitution des équipes d'animation, dans les bassins « expérimentateurs » ;
- Dans les 2 années suivant la publication du schéma pour les autres bassins.

1.3 Organiser l'arrivée aux urgences

1.3.1 Poursuivre l'adaptation de l'accueil dans les services d'urgence

L'Observatoire régional des urgences (ORUMIP) analyse le nombre de passages aux urgences nécessitant une prise en charge psychiatrique immédiate ou au décours d'une phase d'exploration et/ou de surveillance somatique.

Ce chiffrage est cependant en deçà de la réalité des besoins de prises charge psychiatriques. En effet, en dehors des cas où le motif somatique est d'emblée le marqueur d'un trouble psychiatrique associé (Intoxication médicamenteuse volontaire, Tentative d'autolyse traumatique), les décompensations psychiatriques s'exprimant par une plainte somatique dominante (malaise, douleur abdominale, ...) ne seraient pas, dans les chiffres collectés, repérées comme passage de nature psychiatrique. Un travail sera effectué avec l'ORUMIP sur la pertinence du codage des urgences psychiatriques.

En 2010, on dénombre 22 399 passages aux urgences pour une prise en charge psychiatrique :

- Ces passages représentent 3,3% des passages totaux, ils varient fortement selon les établissements et notamment selon le type d'établissements (publics et ESPIC de 1,4 à 7,7% - privés de 0,2 à 1,2 %) ;
- Le nombre de passages est globalement stable entre 2009 et 2010, sauf pour la Haute-Garonne (+ 4%) ;
- Le nombre de passages varie peu selon les jours de la semaine, contrairement aux autres types d'urgences. Le tiers des passages est observé entre 20 heures et 8 heures.

Le nombre de ces patients relativement faible mobilise fortement les services, ce qui demande une réponse adaptée. De nombreux patients présentent également une co-morbidité psychiatrique et somatique.

Chaque établissement doté d'un service d'urgence doit organiser la prise en charge des urgences psychiatriques en propre ou par convention avec l'établissement disposant d'une autorisation en psychiatrie pour :

- Permettre une évaluation ou réaliser un diagnostic, préparer une orientation, voire gérer une prise en charge spécifique de crise ;
- Donner un accès à une compétence psychiatrique (équipe de secteur psychiatrique et professionnels libéraux).

Ceux d'entre eux qui n'exercent pas la mission de service public « prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement » conventionnent avec un établissement exerçant la mission de service public afin d'assurer un transfert de ces patients au plus tard sous 48 heures.

Dans chaque territoire, au moins un établissement de santé doit s'organiser pour améliorer la gestion de la crise par une prise en charge de très courte durée dans des lits individualisés au sein ou à proximité des urgences :

- **Si l'activité est supérieure à 25 000 passages annuels au service d'accueil des urgences**, cet accueil est réalisé dans une unité spécifique d'accueil et de crise de 72 heures fonctionnant 24 heures sur 24, avec la présence d'une équipe pluri-professionnelle. Cette unité a pour rôle de dépasser la simple fonction de tri, d'apaiser les symptômes les plus importants et de hiérarchiser les difficultés. Elle pourra permettre d'éviter une hospitalisation en psychiatrie inadéquate. L'articulation avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge ultérieure est essentielle. Elle doit être préparée pour être opérationnelle dès la sortie du patient (consultation de post-urgence, secteur psychiatrique, établissements de santé privés, médecins généralistes et psychiatres libéraux, services sociaux et médico-sociaux, réseaux d'aval...). Une telle unité est justifiée à Tarbes et à Albi.
- **Pour les services d'accueil des urgences qui ont un nombre de passages inférieur à 25 000**, cette prise en charge peut être réalisée dans l'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), avec l'appui de professionnels qualifiés.
- En Haute-Garonne, trois établissements prennent en charge les crises dans le cadre d'une organisation identifiée (le CHU, le Centre hospitalier Marchant et la Clinique Beaupuy).

1.3.2 Organiser la prise en charge en aval du service d'urgence

La fluidité de l'aval des urgences doit être améliorée, en termes de délais et de coordination des dispositifs.

Les COTER « Santé Mentale », « Urgences » et « Santé des Jeunes » seront missionnés pour mener une réflexion conjointe sur un protocole de sortie prenant en compte les étapes du processus de préparation de sortie (contacts préalables, rendez-vous pris avec un psychiatre, transmission rapide du compte-rendu d'hospitalisation au médecin traitant...).

Ce document sera communiqué aux services d'urgence de la région en tant que référentiel régional. Il s'appuiera sur les recommandations nationales.

- **Sortie à domicile :**
Si l'état du patient et sa situation familiale le permettent, l'établissement recherche une solution de suivi à domicile. Une attention toute particulière doit être accordée à ces patients fragilisés lors du retour à domicile, a fortiori lors d'épisodes suicidaires. Les aidants familiaux doivent également être soutenus.

Pour organiser la continuité de prise en charge dès la sortie de la personne, il revient au service de prendre les contacts nécessaires et d'assurer le relais avec le médecin traitant et l'ensemble des acteurs de la prise en charge ultérieure. Ce suivi peut s'appuyer sur les équipes extrahospitalières des centres hospitaliers autorisés en psychiatrie, et/ou sur les infirmiers libéraux en application du cahier des charges expérimental et du projet personnalisé de soins, défini ci-après (Cf. partie 2.1.1).

▪ **Sortie en hospitalisation complète :**

Lorsque l'orientation en hospitalisation complète est justifiée, la sortie du service d'urgence sera facilitée par l'engagement de tous les établissements autorisés en psychiatrie à participer à la post-urgence. Le COTER participera à l'élaboration d'un cahier des charges qui servira de base à la contractualisation entre les établissements autorisés en psychiatrie et les établissements autorisés pour l'accueil des urgences.

Pour répondre à un besoin de meilleure lisibilité de l'offre disponible en lits post-urgence, chaque établissement aura obligation de communiquer ses données. Ces informations seront gérées sur le serveur de l'ORUMIP.

1.3.3 Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire

Les personnes ayant fait une tentative de suicide doivent faire l'objet d'une attention particulière à chaque stade de la prise en charge : accueil, évaluation globale et suivi en sortie d'hospitalisation, afin de prévenir les récidives.

Des recommandations organisationnelles seront mises en place, en cohérence avec le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

L'articulation entre le psychiatre et le médecin traitant reste essentielle.

Orientation

2

Améliorer la fluidité des prises en charge

Le renforcement de l'articulation des acteurs passe par des réponses collectives cliniques, médico-sociales ou sociales, au profit de personnes le plus souvent vulnérables. La fluidité des prises en charge doit être améliorée en développant les dispositifs d'aval.

Les objectifs majeurs de la psychiatrie d'aval sont de favoriser le désengorgement hospitalier et de développer la réhabilitation psychosociale en tant que soin visant la réinsertion des malades et la consolidation sur le long terme.

2.1 Favoriser le maintien ou le retour des patients en milieu ordinaire

2.1.1 Améliorer la continuité des soins au sein du bassin de santé

La prise en charge au domicile par l'ensemble des professionnels du premier recours constitue le droit commun pour tous les patients.

Le médecin traitant est le garant de la coordination des soins pour le patient. La famille ou les aidants professionnels accompagnent le patient vers une prise en charge somatique assurée par le médecin traitant. Celui-ci favorise le relais par les services sociaux et médico-sociaux d'aide à la vie quotidienne (SAMSAH, SAVS) pour faciliter la réinsertion sociale (logement, travail, milieu scolaire/universitaire et de formation...).

En complément

SROMS

Le schéma régional d'organisation médico-sociale « Personnes handicapées » précise dans son thème 2 - Partie 1.2.1 l'objectif de « développer les SAMSAH » et dans son thème 4 partie 3.2 l'objectif de « développer l'accompagnement du handicap psychique à domicile » : Afin d'améliorer une prise en charge de proximité pour les personnes handicapées psychiques, l'ARS favorisera le développement d'alternatives à l'hébergement. Des besoins en places de SAMSAH pour personnes handicapées psychiques sont plus particulièrement identifiés dans le département de l'Aveyron, de la Haute-Garonne, des Hautes-Pyrénées et du Tarn-et-Garonne.

Une démarche d'éducation à la santé permet également de consolider le retour à domicile.

Les soins en psychiatrie sont assurés dans le secteur public par les équipes extrahospitalières.

Dans le secteur libéral, pour les situations complexes, le COTER « Santé Mentale » a initié une réflexion régionale sur l'intégration des infirmiers libéraux dans des prises en charge prescrites et suivies par un psychiatre exerçant en libéral ou en établissement en lien avec le médecin traitant. Ces travaux ont abouti à un cahier des charges régional et à l'élaboration d'un cadre de projet personnalisé de soins qui feront l'objet d'une expérimentation portée au niveau national par l'ARS. Dans un premier temps, elle s'adresse au territoire de la Haute-Garonne et elle fera l'objet d'une évaluation.

2.1.2 Favoriser la réhabilitation

Tous les modes de prise en charge favorisant la réinsertion et la réhabilitation sociale sont à mobiliser avec l'ensemble des partenaires concernés pour permettre à la personne, en lien avec son projet de soins, de :

- Vivre avec sa pathologie ;
- Savoir la gérer ;
- Mener une vie sociale ;
- Pouvoir accéder à un travail : toute forme de remise au travail ou en stage des malades psychiatriques dans des entreprises ordinaires ou adaptées sera recherchée.

L'hébergement dans des logements autonomes ou les dispositifs de réadaptation et de réinsertion sociale tels que maisons-relais, appartements communautaires, appartements thérapeutiques, placement familial thérapeutique... doivent être consolidés. Y sera associé l'appui apporté par les Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et Groupes d'entraide mutuelle (GEM).

Un recensement et une évaluation des dispositifs seront effectués par l'ARS en lien avec le COTER.

L'ARS engagera, dans le cadre de la Commission de coordination des politiques publiques, une réflexion des partenaires concernés pour apporter des solutions adaptées.

2.2 Renforcer les liens avec les structures médico-sociales

L'objectif de l'ARS est aussi d'améliorer les prises en charge des personnes handicapées psychiques en structure médico-sociale.

Les établissements de santé autorisés en psychiatrie ont pour mission de développer une culture commune au sein du bassin. Ils mettent notamment en place des formations croisées pluri-professionnelles destinées aux acteurs du sanitaire et du médico-social.

Ils formalisent des coopérations par des conventions entre les établissements de santé du territoire et les établissements médico-sociaux qui prévoient conjointement :

- La mise en place de projets personnalisés de soins définis pour assurer le suivi psychiatrique de ces personnes en structure médico-sociale ;
- L'aide et le soutien des professionnels de ces structures par des conseils et interventions ;
- Des temps partagés de ressources médicales et paramédicales entre établissements médico-sociaux et sanitaires, pour pallier les difficultés de recrutement de personnel ;
- Des engagements pour faire face aux phases de décompensation :
 - une définition de conduite à tenir en situation de crise ;
 - une garantie de prise en charge lorsqu'une hospitalisation est nécessaire ;
 - une garantie de retour dans la structure médico-sociale.

2.3 Corriger les points critiques

2.3.1 Améliorer l'adéquation des modes de prise en charge aux besoins des personnes hospitalisées au long cours

Les établissements autorisés en psychiatrie doivent identifier les personnes hospitalisées au long cours, susceptibles de bénéficier de solutions de sortie et de les accompagner par un projet de vie et de soins établi en ce sens.

Lorsque la prise en charge relèvera d'une structure médico-sociale, l'ARS envisagera une reconversion de lits sanitaires en places médico-sociales.

2.3.2 Améliorer la continuité de prise en charge entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie adulte

Avant qu'un jeune suivi en psychiatrie n'atteigne l'âge de 16 ans révolus, les professionnels de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie adulte s'entendent sur les modalités de transition et de continuité de la prise en charge. La définition du projet thérapeutique fera l'objet d'un compte rendu qui sera joint au dossier du patient.

Des unités charnières pour les adolescents pourront être constituées à partir des moyens de la psychiatrie adulte ou infanto-juvénile.

En complément

SROS

Le schéma régional d'organisation des soins en psychiatrie infanto-juvénile intègre cette disposition dans son orientation 3 - Partie 3.2.2 « Développer les prises en charge spécifiques des adolescents »

2.3.3 Renforcer le lien entre les soins somatiques et psychiatriques

Tout établissement de santé de court séjour doit avoir accès (sur site ou à distance) à une compétence psychiatrique en propre ou par convention avec les établissements autorisés en psychiatrie, pour une meilleure coordination des soins psychiatriques et somatiques.

Orientation

3

Améliorer l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie

L'objectif est de faire évoluer les prises en charge actuelles pour mieux répondre aux besoins des populations, notamment en intégrant les dispositions législatives introduites par la loi du 5 juillet 2011.

3.1 Structurer l'organisation de l'offre en psychiatrie

L'objectif est d'assurer l'évolution du dispositif d'hospitalisation complète vers des modes de prise en charge alternatifs, de nature à favoriser les prises en charge séquentielles et l'insertion et d'harmoniser les offres territoriales.

3.1.1 Organiser une répartition équilibrée des différentes modalités de prise en charge

Privilégier les prises en charge de proximité dans les bassins de santé :

Chaque bassin de santé doit disposer de :

- Au moins, un CMP, éventuellement sous forme d'antenne. Actuellement, l'offre est accessible dans chaque bassin (*Cf. missions spécifiées supra*) ;
- Au moins, un CATTP, cet outil de réhabilitation et de réinsertion pouvant exister éventuellement sous forme d'antenne ;
- L'hospitalisation de jour (offre de soins plus intensive qui permet une prise en charge séquentielle éventuellement sous forme d'antenne). Les établissements privés poursuivront l'effort d'adaptation engagé vers des prises en charge de ce type par redéploiement de capacités d'hospitalisation complète.
- Les solutions de logement, élément clé d'un processus d'insertion, doivent être diversifiées et coordonnées avec les structures de soins et les dispositifs médico-sociaux et sociaux de soutien et d'aide au maintien au domicile (*Cf. partie 2.1.1*).

A terme, les secteurs de psychiatrie devront se recentrer sur une organisation autour des bassins de santé.

Cette organisation doit intégrer l'offre libérale ambulatoire disponible dans le bassin.

Maintenir certaines modalités de prises en charge au niveau territorial :

- Un service d'hospitalisation à domicile en psychiatrie (HAD) peut être ouvert dans chaque territoire de santé, par redéploiement de lits en hospitalisation complète. Le COTER participera à l'élaboration d'un cahier des charges régional, servant de référence au fonctionnement prévoyant les indications et les outils facilitant la coordination (protocoles d'admission, de sortie, convention type, etc...) ;
- L'hospitalisation complète relève du niveau territorial.

Le taux d'équipement cible pour chaque territoire de santé, est apprécié par rapport au taux moyen régional. A ce jour, celui-ci est supérieur au taux national (Cf. *Diagnostic partagé en Midi-Pyrénées*). Les territoires qui présentent un taux supérieur au taux régional seront appelés à reconsidérer leur organisation pour réaffecter les moyens en priorité au développement d'alternatives à l'hospitalisation ou de structures d'aval sanitaires ou médico-sociales.

De plus, pour rapprocher l'offre de soin des lieux de vie, le centre hospitalier autorisé en psychiatrie ariégeois devra implanter une partie de ses lits à proximité de l'établissement de santé du chef-lieu de département.

L'ARS, en lien avec le COTER, établira un cahier des charges des appartements thérapeutiques en priorité, des centres de post-cure et de l'hospitalisation à domicile.

3.1.2 Consolider les ressources professionnelles spécialisées

Pour faire face à l'évolution de la démographie médicale, la place des psychologues doit être réaffirmée et précisée.

Le psychiatre a la charge des diagnostics, des prescriptions, des certificats (...) et assure la responsabilité médico-légale. La pratique des échanges entre psychiatres et psychologues pourra faire l'objet d'une réflexion par le COTER.

En établissement de santé, le psychologue clinicien peut, s'il a reçu une formation suffisante en psychopathologie et aux échanges pluri-professionnels, effectuer des psychothérapies à la demande du psychiatre, dans le cadre du projet de soins.

3.2 Mettre en place le dispositif des soins psychiatriques sans consentement

La loi du 5 juillet 2011 introduit de nouvelles dispositions :

- L'organisation par l'ARS de la réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services d'incendie et de secours, les services de la police et de la gendarmerie nationale, les établissements chargés d'assurer la mission de service public, les groupements de psychiatres libéraux et les transporteurs sanitaires ;
- La désignation par le Directeur Général de l'ARS d'un ou plusieurs établissements sur chaque territoire chargés d'assurer la mission de service public « prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement » ;
- La signature de convention par les établissements de santé chargés de la mission de service public avec le représentant de l'État dans le département, les collectivités territoriales et le Directeur général de l'ARS en vue d'assurer le suivi et de favoriser la réinsertion sociale des personnes arrivant en situation d'urgence psychiatrique ;
- L'ARS veille à la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants.

3.2.1 Définir les modalités de mise en œuvre de la mission de service public

État des lieux :

- En Midi-Pyrénées, les établissements qui prennent en charge les personnes relevant des soins psychiatriques sans consentement sont au nombre de 11 : Ariège (CHAC), Aveyron (CH Sainte-Marie), Haute-Garonne (CHU Casselardit - CH Marchant - Clinique de Beaupuy - CH de Lannemezan pour le sud de la Haute-Garonne), Lot (CH Jean-Pierre Falret), Hautes-Pyrénées (CH de Lannemezan), Tarn (CH de Lavaur, CH Pierre Jamet à Albi), Tarn-et-Garonne (CH de Montauban).

En 2010, les hospitalisations sur demande d'un tiers (HDT) représentent 7% des hospitalisations complètes, les hospitalisations d'office (HO) 2% (source PMSI 2010 - HOPSY). Le nombre de nouvelles mesures est resté stable entre 2009 et 2010. Une tendance semble néanmoins se dessiner vers des prises en charge plus longues, le nombre des HDT de plus de trois mois et des HO de plus de quatre mois au 31 juillet 2011 atteint le niveau annuel de 2009. Cette tendance apparente est à confirmer et fera l'objet d'un suivi.

Le taux d'hospitalisation en HDT au regard de la population régionale de 18 ans et plus, et la proportion des HDT de plus de trois mois sont plus élevés dans l'établissement des Hautes-Pyrénées comparativement aux autres départements.

En introduisant la possibilité de soins psychiatriques en ambulatoire, la loi du 5 juillet 2011 devrait avoir un impact sur le recours à l'hospitalisation complète et induire une organisation des soins différente. Il n'est pas envisagé d'augmenter le nombre d'établissements autorisés à exercer la mission de service public. Cependant, l'organisation du fonctionnement dans l'agglomération toulousaine doit être améliorée.

- L'Unité pour Malades Difficiles (UMD) du CH Pierre Jamet à Albi accueillera 40 patients répartis en deux unités. Cette structure est conçue pour des hospitalisations de patients masculins présentant un danger pour autrui et pour eux-mêmes et qui nécessitent une surveillance et des soins particuliers. Elle répond à un besoin régional et extrarégional. Un bilan d'activité de l'UMD sera réalisé à mi-parcours de la durée du schéma.

Orientations :

Chaque établissement autorisé en psychiatrie et désigné par le DGARS pour exercer la mission de service public, doit disposer en propre ou par voie de convention de tous les modes de prises en charge :

- En hospitalisation complète ;
- Et sous toute autre forme, incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile.

Il définit dans son projet d'établissement les moyens mis en œuvre pour remplir cette mission. Il assure le suivi des personnes et favorise leur réinsertion sociale en concluant des conventions avec les intervenants concernés. L'ARS procédera à une évaluation annuelle de la mise en œuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

3.3 Définir les conditions d'organisation de la réponse pour les populations spécifiques

3.3.1 Prendre en compte la spécificité de la personne âgée

La symptomatologie psychique des personnes âgées présente un tableau clinique spécifique qui provient des modifications physiologiques liées à l'âge : une intrication des dimensions psychiques et organiques, une perte des capacités adaptatives avec des handicaps associés, sensoriels et moteurs. La médecine de la personne âgée est globale et pluridisciplinaire, la psychiatrie spécifique à la personne âgée y a toute sa place. L'évaluation de la personne âgée intègre les dimensions médico-psycho-sociales.

L'hospitalisation de la personne âgée en psychiatrie doit concerner la réalisation de diagnostics, d'évaluations en vue d'une réadaptation éventuelle. L'hospitalisation peut être complète, ou partielle au plus proche du domicile. Les autres modalités de prise en charge se feront sous forme de coordination des intervenants.

L'amélioration de la prise en charge de la personne âgée implique que, dans chaque territoire, au moins un établissement autorisé en psychiatrie dispose de compétences en psychiatrie du sujet âgé et a minima d'un psychiatre ayant reçu la formation.

Cet établissement met en place une organisation lui permettant de répondre aux besoins et attentes des acteurs intervenant auprès des personnes âgées :

- Apport de compétences en psychiatre du sujet âgé dans les plateformes gérontologiques expérimentales de maintien de l'autonomie et de la prévention de la dépendance ;
- Intervention en tant que de besoin au sein des équipes mobiles de gériatrie du territoire bassin, pour intervenir à domicile, en établissement sanitaire ou médico-social, le plus précocement possible ;
- Liaisons formalisées permettant des interventions réactives auprès des professionnels du premier recours (en particulier aide à la prescription de psychotropes), les EHPAD, les SSIAD, les établissements de court séjour, y compris par téléconsultation ;
- Organisation de formations relatives à la psychiatrie du sujet âgé à destination des professionnels des EHPAD, des SSIAD et des USLD.

En complément

SROS

Le schéma régional d'organisation des soins en médecine (filiale gériatrique) précise dans ses orientations n° 3.1.1 « Court séjour gériatrique hôpitaux de jour » et 3.1.4 « Equipes mobiles de gériatrie » :

« L'unité de court séjour gériatrique garantit l'accès à des consultations spécialisées, dont la psychiatrie, qui peuvent être réalisées au décours de l'hospitalisation ou de manière différée.

Les EMG sont pluri-professionnelles. Elles peuvent intégrer des compétences spécialisées dont la psychiatrie. Elles interviennent dans l'ensemble des services de l'établissement de santé où elles sont implantées et dans les établissements qui n'en disposent pas ».

La prise en charge des personnes handicapées est détaillée dans le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS).

En complément

SROMS

Le schéma régional d'organisation médico-sociale « Personnes handicapées » précise dans son thème 4 - Partie 1.2, l'objectif de « favoriser les liens avec la psychiatrie » : Il s'agit de favoriser la coordination des institutions susceptibles d'accueillir les handicapés psychiques, afin de garantir la continuité du parcours et assurer une prise en charge adaptée, notamment en matière d'hospitalisation d'urgence. La coordination entre les institutions médico-sociales prenant en charge ces personnes et l'établissement de santé autorisé en psychiatrie du territoire sera organisée et formalisée.

3.3.2 Répondre aux besoins spécifiques des populations en situation de précarité ou d'exclusion

L'accompagnement de ces populations vers le soin, qui parfois se heurte à l'absence d'une demande explicite, s'appuie sur des pratiques partagées entre équipes de psychiatrie et équipes sociales aux fins de :

- Faciliter l'accès au soin des personnes par une rencontre de ces publics sur les lieux d'accueil social pour une mission d'évaluation et d'orientation vers les lieux de soin et mettre en place des liens avec les services de pédopsychiatrie pour répondre aux besoins des enfants des personnes en situation d'exclusion ;
- Soutenir les équipes sociales qui accueillent en première ligne ces publics.

Les équipes mobiles santé mentale précarité doivent exister dans chaque territoire et orienter, si besoin, vers les permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Situées dans les établissements hospitaliers, les PASS facilitent l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

De plus, les PASS doivent avoir accès à une compétence psychiatrique par convention avec l'établissement autorisé en psychiatrie (renforcement des effectifs des permanences de professionnels en psychiatrie...).

En complément

SROS

L'orientation 3.2 du SROS « Missions de service public » est consacrée à la lutte contre l'exclusion sociale. Elle précise :

« Pour les soins en psychiatrie, l'ARS s'assurera que chaque PASS dispose de temps infirmier ou de psychologue dédié à ces thématiques. Une première étape consistera à pourvoir les établissements du chef lieu de territoire ».

En outre, l'expérimentation « un chez soi d'abord » à Toulouse fait l'objet d'un accompagnement spécifique.

3.3.3 La prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux

Les personnes détenues admises en soins psychiatriques ne peuvent l'être que sous la forme d'une hospitalisation complète, libre ou non. Cette hospitalisation est réalisée en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) au sein d'un établissement autorisé en psychiatrie.

L'UHSA implantée à Toulouse/CH Gérard Marchant, répond aux besoins des régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon, pour la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques (hommes/femmes/majeurs ou non).

Un bilan d'activité de l'UHSA sera réalisé à mi-parcours de la durée du schéma.

Pour les soins ambulatoires, la responsabilité en revient au secteur psychiatrique hospitalier dont dépend l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) implantée dans chaque établissement pénitentiaire. Elle peut aussi incomber au service médico-psychologique régional (SMPR) qui a une vocation de coordonnateur au sein de la région pénitentiaire. Dans la région, chaque établissement pénitentiaire est doté d'une UCSA par convention avec un établissement de court séjour et un établissement autorisé en psychiatrie.

Comme pour le dispositif non carcéral, les soins ambulatoires doivent être confortés et renforcés, notamment par des CATTP pour conforter la gradation de l'offre de soins.

En complément

SROS

Le schéma régional d'organisation des soins relevant des problématiques de santé des détenus précise les modalités de prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux dans son orientation 1.3 « Conforter une organisation en trois niveaux de soins psychiatriques ».

3.3.4 La prise en charge des patients souffrant de troubles addictifs

Certains établissements de santé autorisés en psychiatrie ont développé des savoirs faire permettant sevrages simples et complexes. La nécessité de combiner approches somatique et psychiatrique impose de formaliser les liens par convention entre les établissements de santé de court séjour et ceux autorisés en psychiatrie.

En complément

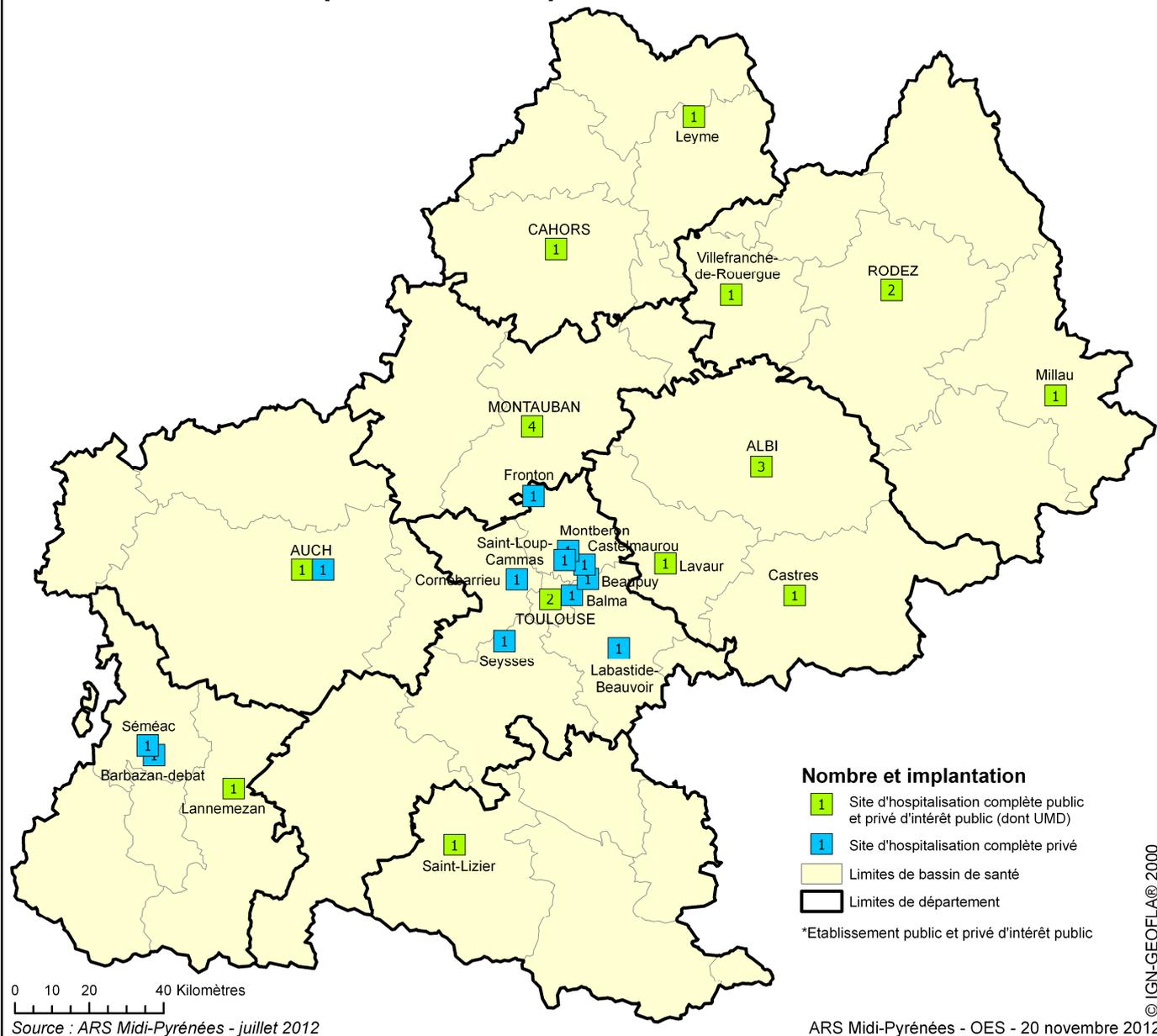
SROS

Le schéma régional d'organisation des soins en matière d'addictologie précise dans son orientation 1 - Partie 1.1 l'objectif de « finaliser le maillage territorial de niveau 1 ». Dans sa partie 1.2.3, visant à « développer les liens entre les services de court séjour et la psychiatrie » il précise l'articulation entre le soins somatique et les soins psychiatriques.

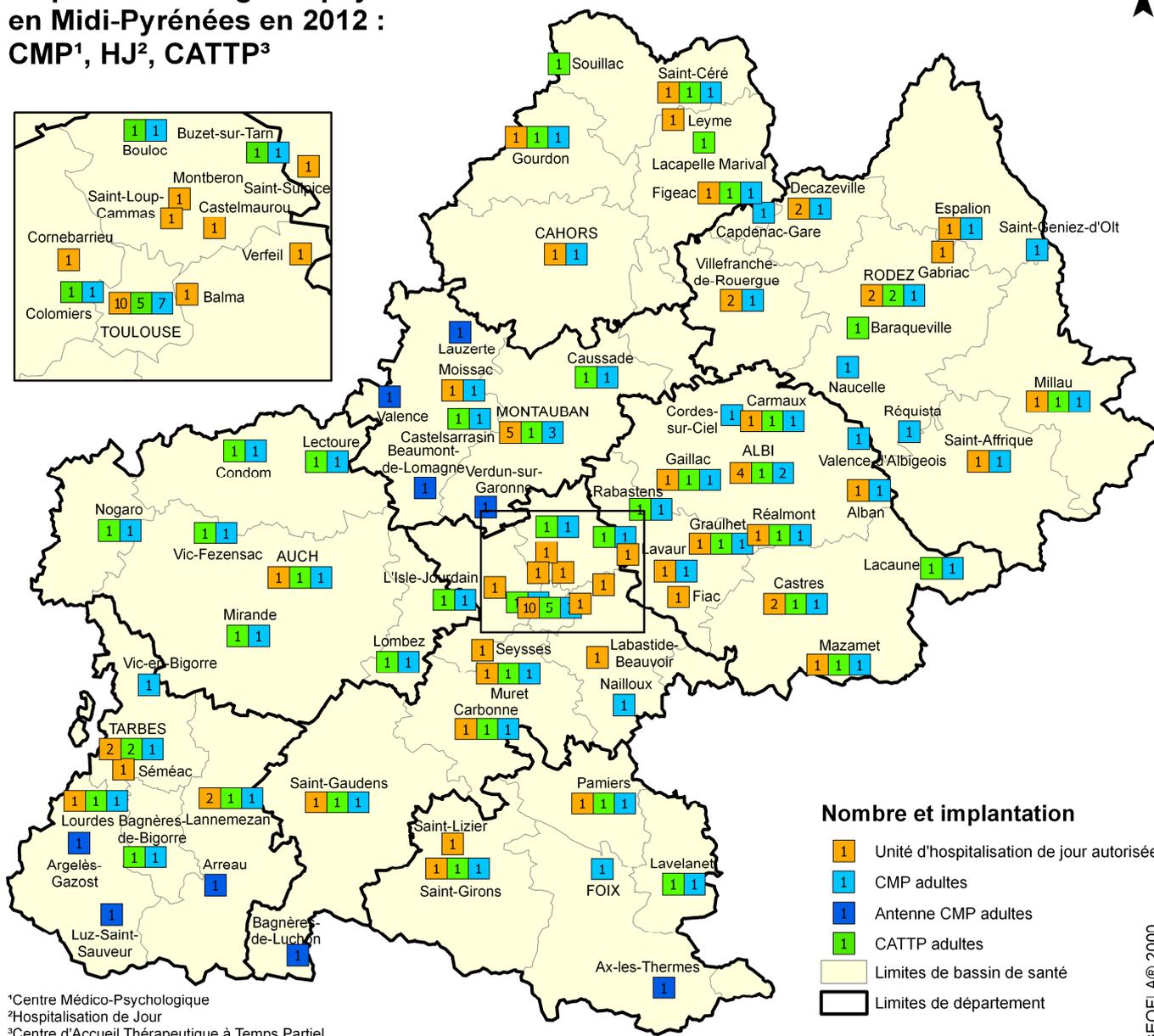
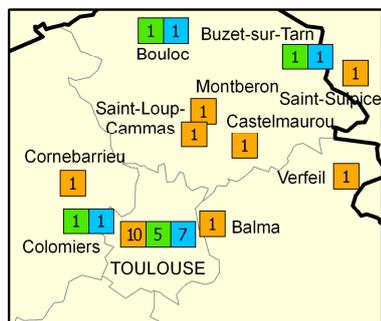
3.3.5 Autres prises en charge spécifiques

D'autres types de prises en charge spécifiques relèvent d'une organisation territoriale voire inter-territoriale : anorexie mentale, autisme, auteurs de violences sexuelles...

**La prise en charge en psychiatrie adulte
en Midi-Pyrénées en 2012 :
sites autorisés en hospitalisation complète**



La prise en charge en psychiatrie adulte en Midi-Pyrénées en 2012 : CMP¹, HJ², CATTP³



¹Centre Médico-Psychologique
²Hospitalisation de Jour
³Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel



Source : ARS Midi-Pyrénées - juillet 2012

ARS Midi-Pyrénées - OES - 20 novembre 2012

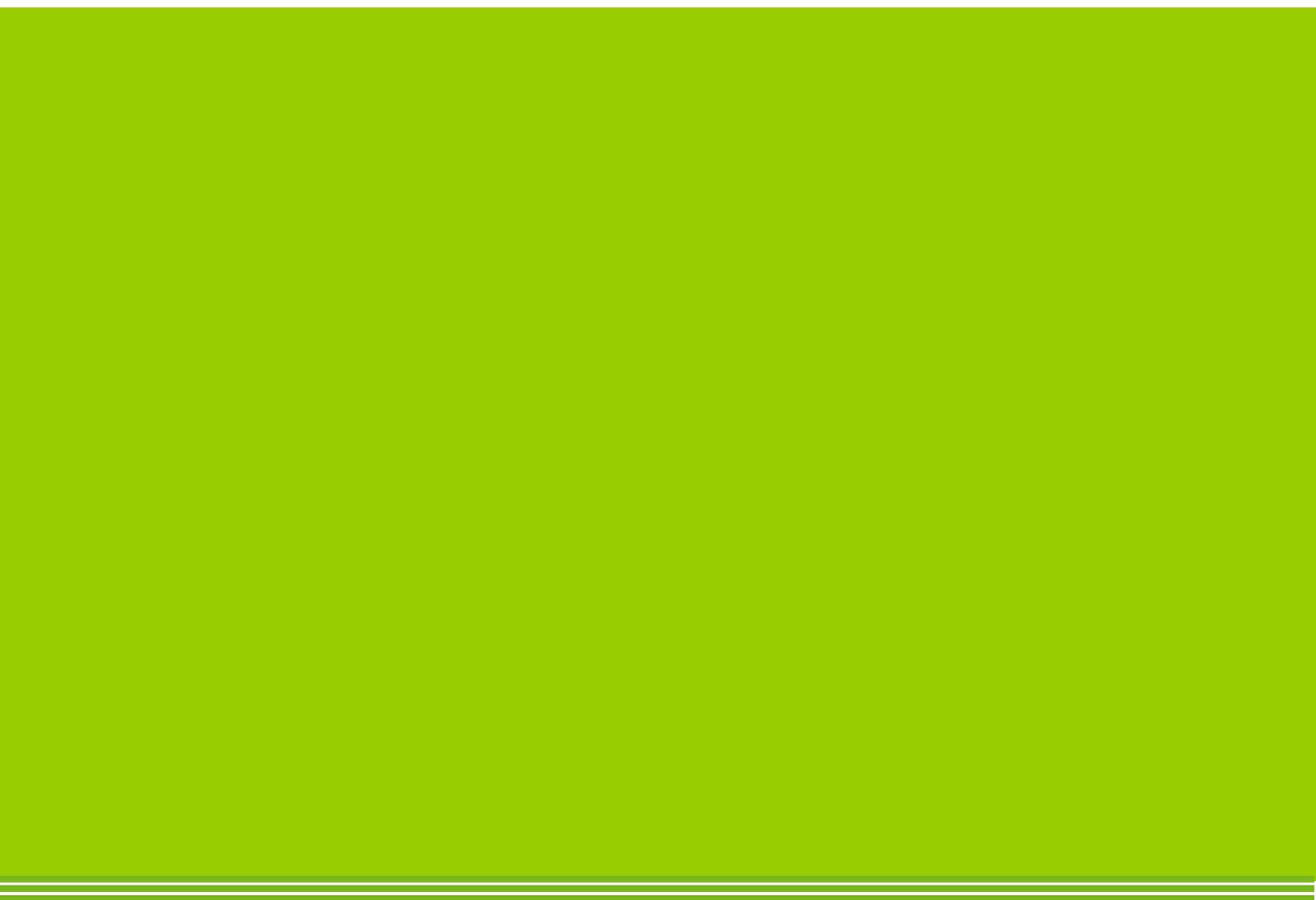
© IGN-GEOFLA® 2000



Psychiatrie adulte

Territoire de santé	Cible							
	Hospitalisation complète	Hospitalisation jour	Hospitalisation nuit	HAD	Placement familial thérapeutique	Appartement thérapeutique	Centre de crise	Post Cure
09 - Ariège	2	3	1	Borne basse 0 Borne haute 1	1			
12 - Aveyron	4	10	2	Borne basse 0 Borne haute 1	2	1		
31 - Haute-Garonne	11	Borne basse 21 Borne haute 22	4	Borne basse 1 Borne haute 2	1	3		5
32 - Gers	2	Borne basse 1 Borne haute 2	1	1	1			1
46 - Lot	2	5	2	Borne basse 0 Borne haute 1	2	2		
65 - Hautes-Pyrénées	3	Borne basse 5 Borne haute 6	2	Borne basse 0 Borne haute 1	1	1	1	1
81 - Tarn	5*	14	2	Borne basse 0 Borne haute 1	2	1	1	1
82 - Tarn-et-Garonne	4	6	2	1	1			1

* dont UMD



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière

Psychiatrie des enfants et adolescents

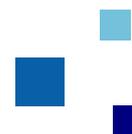
2012 / 2017



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées





Contexte

p. 161

Orientation

1

Assurer les prises en charge le plus précocement possible

p. 162

- 1.1 Sensibiliser et former les professionnels de première ligne dans chaque bassin de santé
- 1.2 Organiser le recours à un avis spécialisé
- 1.3 Aider et accompagner les familles

Orientation

2

Améliorer la fluidité des prises en charge

p. 164

- 2.1 Articuler les prises en charge
- 2.2 Promouvoir le travail en réseau

Orientation

3

Améliorer l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie infanto-juvénile

p. 168

- 3.1 Structurer l'organisation de l'offre en psychiatrie
- 3.2 Conforter les prises en charge spécifiques

Cartographie des implantations existantes

p. 172

Implantations cibles

p. 173



Le repérage précoce des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent est primordial.

Les réponses doivent s'appuyer sur un partenariat entre de nombreux acteurs, dont certains se situent hors du champ de la santé. Elles impliquent la prise en compte de l'enfant et de l'adolescent dans sa globalité en aidant et s'appuyant sur la famille dont le rôle est essentiel.

Les comités techniques régionaux (COTER) « Santé mentale et handicap psychique » et « Santé des jeunes » ont contribué à la construction de ce schéma. Ils accompagneront sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Orientation

1

Assurer les prises en charge le plus précocement possible

Dans chaque bassin de santé, l'objectif est de promouvoir le dépistage et la prise en charge précoces des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent.

1.1 Sensibiliser et former les professionnels de première ligne dans chaque bassin de santé

Le repérage des situations à risques et le diagnostic précoce des troubles psychiques, mené le plus en amont possible diminuent la perte de chance pour le jeune.

Les établissements de santé autorisés en psychiatrie infanto-juvénile, mettent en place sur leurs bassins de santé des rencontres thématiques, des actions de sensibilisation en direction des professionnels de maternité, de la petite enfance, des intervenants sociaux, des médecins généralistes et pédiatres, des médecins et infirmiers de l'Education Nationale, des enseignants et de tout professionnel exerçant sur les lieux où le repérage est possible (crèches, cabinets libéraux, écoles, structures sociales et médico-sociales...).

Les actions de formation auprès des professionnels de santé du premier recours :

- Aux problématiques adolescentes (conduites à risque, conduites addictives, troubles des conduites alimentaires...) continueront d'être actives ;
- Au repérage des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent, notamment de l'autisme et Troubles Envahissants du Développement (TED), doivent être poursuivies. Le Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées est chargé de l'organisation de ces actions d'information (diffusion des recommandations de bonnes pratiques...) et de formation au repérage.

Les professionnels concernés s'approprient ces actions dans leur pratique quotidienne.

En complément

SRP

SROS

SROMS

Le schéma régional de prévention prévoit, dans sa partie 3.3.2 « Clarifier et accompagner le dispositif régional d'écoute et d'accueil des jeunes », de faciliter les orientations des jeunes vers les maisons des adolescents, les points accueil écoute jeunes et les réseaux adolescents.

Le schéma régional d'organisation des soins ambulatoires précise dans sa partie 3.1.2, l'objet de « Développer les réunions d'échange/concertation/coordination pluri-professionnelles » : Ces réunions, qui devront être interdisciplinaires dans un cadre territorial, permettront aux professionnels de santé de discuter de problèmes soulevés dans la pratique clinique, d'adapter les protocoles de soins et d'analyser et suivre les améliorations mises en place. L'ARS mettra en place un partenariat avec les URPS et le COTER Premier Recours pour étudier les possibilités d'une montée en charge progressive dans du développement professionnel continu (DPC) pluri et interprofessionnels.

Le schéma régional d'organisation médico-sociale prévoit dans sa partie 2.2 « Diffuser les connaissances sur l'autisme » l'organisation de l'information et de la formation des professionnels, sur deux axes en Midi-Pyrénées :

- Le déploiement de formations interdisciplinaires et inter-institutionnelles.
- La diffusion auprès des procédures et outils de diagnostic auprès des acteurs impliqués dans le diagnostic et l'accompagnement.

1.2 Organiser le recours à un avis spécialisé

Au sein du bassin, les professionnels spécialisés s'organisent de façon à répondre aux sollicitations des professionnels du premier recours.

Ce recours à un avis spécialisé peut être assuré par un professionnel de la psychiatrie infanto-juvénile qui peut exercer en Centre médico-psychologique (CMP), pivot de la psychiatrie publique de proximité, en exercice libéral, ou en Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) ayant passé convention avec l'établissement autorisé en psychiatrie infanto-juvénile, y compris à distance avec recours à la télémédecine.

Ils portent cette organisation à la connaissance des acteurs, notamment à l'équipe d'animation du bassin de santé, en rappelant que les missions de prévention, de repérage précoce et d'accompagnement de la souffrance psychique relèvent aussi bien du champ sanitaire que du champ médico-social.

1.3 Aider et accompagner les familles

Le travail d'écoute et de soutien (lieux d'écoute, aide à la parentalité,...) doit être renforcé avec l'appui des associations, des organisations spécialisées et des professionnels.

Le soutien à la famille est essentiel pour faciliter son adhésion dans les différentes démarches qui seront entreprises et notamment l'élaboration du projet individualisé de soins, afin qu'elle soit plus résiliente et aidante.

Une attention particulière doit être portée à l'annonce du diagnostic, en application des référentiels élaborés par la Haute Autorité de Santé.

Les professionnels du COTER participent à la déclinaison régionale des référentiels et des recommandations nationales.

Orientation

2

Améliorer la fluidité
des prises en charge

Le maintien en milieu ordinaire est la priorité. L'articulation des acteurs intervenant autour de l'enfant/adolescent, qu'ils soient sanitaires, médico-sociaux, sociaux et éducatifs, y concourt.

2.1 Articuler les prises en charge

2.1.1 Améliorer l'accès au dispositif spécialisé

Deux modes d'entrée dans le dispositif de prise en charge sont possibles : par les professionnels libéraux ou par le secteur public (Centres Médico-Psychologiques et Centres Médico-Psycho-Pédagogiques).

Le psychiatre libéral est un spécialiste de proximité dont l'exercice doit se coordonner avec celui des professionnels du premier recours et de l'offre de soins psychiatriques institutionnelle qu'elle soit publique, privée, associative ou médico-sociale.

L'objectif fixé aux CMP intervenant en psychiatrie générale vaut pour les CMP relevant de la psychiatrie infanto-juvénile, en ce qui concerne la réponse à l'urgence, les soins (ouverture le mercredi) et la continuité des soins.

En complément

SROS

Le schéma régional d'organisation des soins en psychiatrie adulte précise dans son orientation 1 «Faciliter le diagnostic des pathologies mentales et leur prise en charge précoce » :

Partie 1.2.1 : « Organiser l'offre de psychiatrie ambulatoire »

Si le maillage est à ce jour considéré comme satisfaisant (au moins un par bassin), les CMP sont toutefois invités à adapter leur fonctionnement au regard de certains critères prévus dans le cahier des charges régional (accessibilité, visites à domiciles, réponse à l'urgence, continuité des soins).

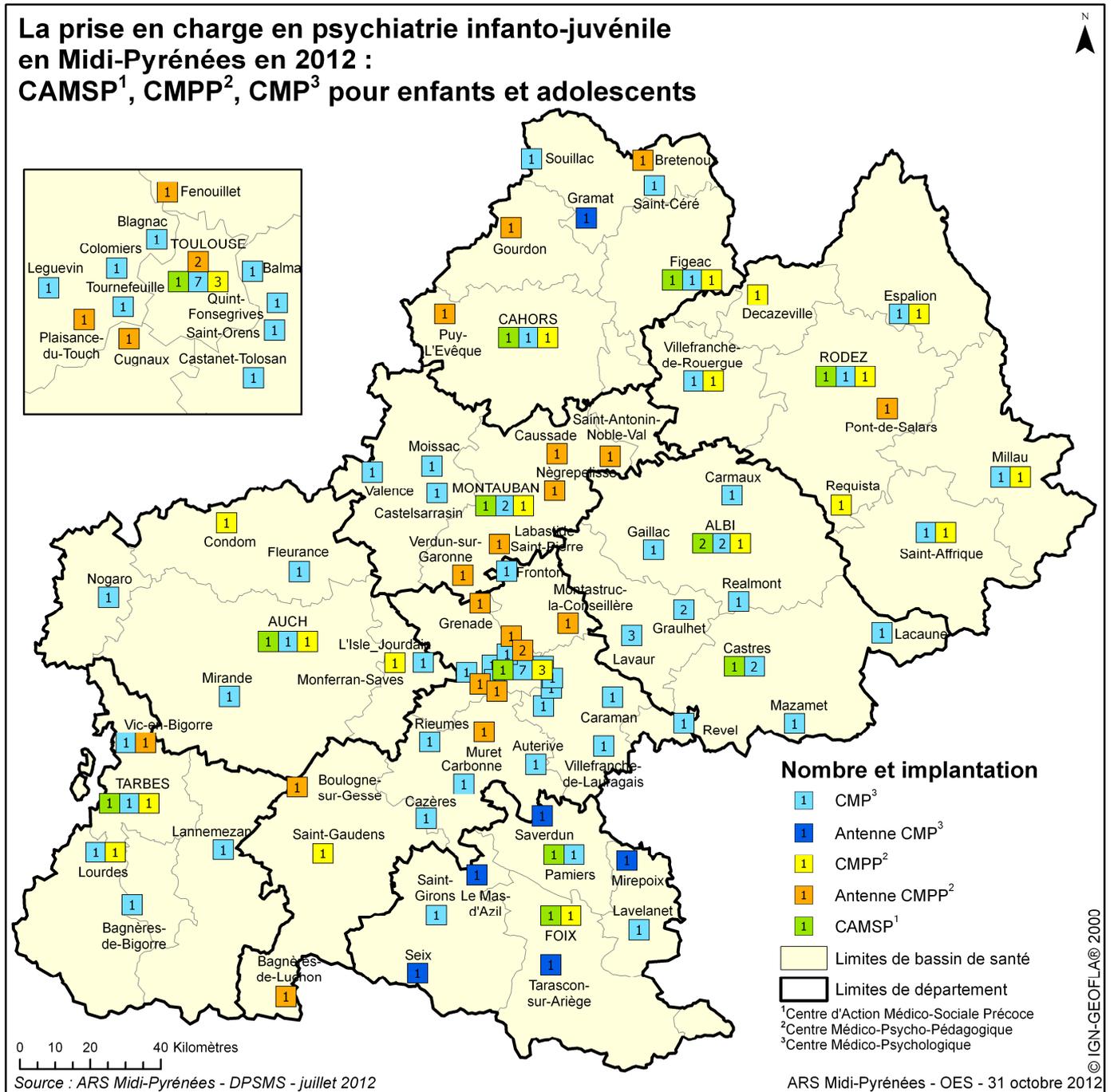
L'ARS n'exclut pas la possibilité que les CMP situés en zones rurales, soient à proximité voire intégrés à des maisons de santé pluridisciplinaires.

Le délai d'attente pour un premier rendez-vous avec un psychiatre ou avec un professionnel d'une équipe de psychiatrie infanto-juvénile doit être le plus rapide possible, inférieur à un mois.

Les professionnels intervenant auprès de l'enfant identifient un professionnel référent chargé d'assurer le suivi tout au long du parcours de l'enfant ou de l'adolescent. Il assure en attendant le premier rendez-vous spécialisé et dans le temps la coordination avec le médecin traitant, les autres professionnels et la famille. L'identification de ce professionnel est consignée dans le dossier médical.

2.1.2 Fixer les cadres d'intervention des CMP, Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) et Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Les missions des CMP, CMPP et des CAMSP se superposent par certains aspects (indications, missions, tranches d'âge...).



Des points de rapprochement sont à approfondir en termes de couverture territoriale et de gradation de la prise en charge, incluant l'articulation avec le libéral.

En complément
SROMS

Le schéma régional d'organisation médico-sociale « Personnes handicapées » précise dans son thème 1 « Développer le diagnostic précoce chez l'enfant », une orientation visant à améliorer l'accès au diagnostic et à la prise en charge précocé (CAMSP, CMPP).

Partie 1.1 : « Réaliser une étude sur les CAMSP, les CMPP et les CMP »

« Cette étude, réalisée par l'Observatoire régional de santé (ORS) et le Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREA) analysera le profil des enfants accueillis et les modalités de prise en charge. »

Le COTER « Santé des Jeunes » élargi aux représentants du médico-social, sur les bases de cet état des lieux, sera chargé d'émettre des propositions permettant à l'ARS d'établir un cahier des charges précisant les rôles et les missions spécifiques de chacune de ces structures et les modalités d'articulation, notamment avec le secteur libéral.

2.1.3 Conforter l'accès à un avis spécialisé pour les établissements de santé

Tout établissement de santé qui accueille des enfants doit avoir accès (sur site ou à distance) à une compétence pédopsychiatrique en propre ou par convention avec un établissement autorisé en psychiatrie infanto-juvénile, notamment dans les cas d'urgence.

Les équipes mobiles de liaison spécialisées en psychiatrie infanto-juvénile peuvent intervenir, en collaboration avec les équipes de pédiatrie et des urgences, auprès des enfants et adolescents de moins de 16 ans qui sont accueillis dans les différents services. Elles établissent des liens et des relais avec les partenaires extérieurs.

Le SROS « Périnatalité, santé de la femme et de l'enfant » prévoit des équipes pluri-professionnelles des secteurs de pédopsychiatrie qui interviennent au sein des maternités de niveau 2 et 3.

2.2 Promouvoir le travail en réseau

2.2.1 Garantir la continuité des soins

Les établissements de santé autorisés en psychiatrie infanto-juvénile doivent renforcer leurs articulations avec les médecins libéraux (généralistes et spécialistes), avec les services de protection de l'enfance (Aide Sociale à l'Enfance, Protection Judiciaire de la Jeunesse) avec le secteur médico-social et avec le secteur éducatif (Instituts médico-éducatifs, Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, Éducation nationale...).

Ils formalisent des coopérations par des conventions ou protocoles pouvant porter notamment sur :

- L'exercice partagé de psychiatres ;
- La mise en place de projets personnalisés de soins définis conjointement (notamment dans les périodes de crise et/ou pour les jeunes en très grande difficulté, où des prises en charge conjointes et coordonnées entre dispositifs sanitaires et médico-sociaux et leurs autres partenaires seront favorisés) ;
- L'aide et le soutien des professionnels de ces structures, notamment par la mise en place des formations croisées pluri-professionnelles ;
- Les engagements réciproques lors de décompensation à savoir :
 - la conduite à tenir en situation de crise ;
 - lorsqu'une hospitalisation est nécessaire : la prise en charge doit être garantie par l'établissement de santé. Dans le même temps, la structure médico-sociale s'engage à assurer le retour en institution ;
 - une fois la crise stabilisée, des dispositifs partenariaux et conventionnels entre sanitaire et médico-social doivent rester activés.

Le COTER « Santé des jeunes », en lien avec la commission spécialisée médico-sociale de la CRSA, fera des propositions à l'ARS sur la constitution d'une plate-forme médicale territoriale qui regrouperait les temps de psychiatres qualifiés en pédopsychiatrie. Cette plateforme pourrait constituer un pool de médecins qualifiés pour un travail d'évaluation, d'orientation et de suivi sur des situations critiques ou sur des moments difficiles vécus par les équipes des institutions.

2.2.2 Développer la coordination dans le milieu ordinaire de vie des enfants et des adolescents

La réintégration ou le maintien dans le milieu scolaire est un objectif à concilier avec la nécessité de soins.

Les cadres d'intervention complémentaires et combinés obligent chaque institution à s'engager dans un partenariat qui repose sur une connaissance réciproque (par exemple : équipe de psychiatrie et milieu scolaire, équipe IME et scolarisation à mi-temps, hôpital de jour couplé avec un ITEP...). Des protocoles définissant le rôle de chacun et les modes d'organisation entre eux doivent être formalisés.

Le projet de prise en charge individualisé doit associer l'Éducation nationale, les secteurs médico-social et sanitaire, les services de protection de l'enfance s'il y a lieu. Il peut également s'agir d'un projet d'accompagnement dans l'attente de places en institution médico-sociale pour éviter les situations d'exclusion et de rupture. Entre les différents intervenants (Éducation nationale, protection judiciaire de la jeunesse, aide sociale à l'enfance, centres de référence, réseaux existants...), des outils et des modes d'approche communs existent : formation au repérage des signes de souffrance psychique, formation sur les relations parents/enfants, formation sur l'autisme... Le COTER « Santé des jeunes » est chargé de les recenser, de valider leur intérêt au plan régional et de les promouvoir. Les intervenants concernés s'approprient ces outils. La Commission de coordination des politiques publiques dans le domaine médico-social appuiera la mise en synergie des différents intervenants cités.

Orientation

3

Améliorer l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie infanto-juvénile

L'objectif est d'assurer une prise en charge au plus près du domicile.

3.1 Structurer l'organisation de l'offre en psychiatrie

3.1.1 Privilégier les prises en charge de proximité dans les bassins de santé

Les constats :

- Actuellement, au moins un lieu de consultation est présent dans chaque bassin relevant, soit du secteur sanitaire (CMP), soit du secteur médico-social (CMPP) ;
- Deux territoires de santé (Aveyron et Ariège) sont totalement dépourvus de CATTP.

Des lieux de diagnostic, de consultation individuelle (CMP-CMPP) et d'activités à temps partiel de groupe (CATTP) doivent être accessibles dans chaque bassin.

Pour les bassins de santé ne disposant pas de l'intégralité du dispositif de prise en charge en ambulatoire, des antennes peuvent être créées à partir de structures existantes sanitaires (CMP - CATTP) mais aussi médico-sociales (CMPP) par convention.

3.1.2 Maintenir certaines modalités de prises en charge au niveau du territoire de santé

Moment particulier dans le projet thérapeutique et socio-éducatif de l'enfant/l'adolescent, l'hospitalisation partielle et complète répond à une indication précise. Elle est préparée en amont, dans ses différentes modalités, avec l'enfant/l'adolescent, sa famille, les équipes soignantes, sociales et éducatives.

L'hospitalisation de jour doit être réservée pour la réalisation de soins intensifs, prolongés si besoin et très spécialisés. Elle doit être adaptée en prenant en compte l'âge de l'enfant.

Les territoires de santé du Gers, de l'Aveyron, du Tarn-et-Garonne et de la Haute-Garonne devront être confortés en hospitalisation partielle par redéploiement de moyens.

Une offre de placement familial thérapeutique doit être créée dans l'Aveyron, seul territoire qui n'en dispose pas et en Haute-Garonne au regard des besoins.

L'équipement régional en hospitalisation complète apparaît élevé si on le compare au taux national mais il présente des disparités territoriales importantes.

Des disparités territoriales significatives existent en matière d'offre d'hospitalisation globale. Le département des Hautes-Pyrénées apparaît comme fortement doté au regard des moyennes nationales et régionales.

Les territoires sous-équipés (Aveyron, Gers), et les territoires qui seront impactés par l'augmentation de population (Haute-Garonne, Tarn-et-Garonne) seront renforcés à partir de redéploiements inter-territoriaux.

Taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 habitants de 0 à 16 ans inclus

	Hospitalisation complète		Places d'hospitalisation de jour/nuit		Total pédopsychiatrie PFT compris	
	Taux 2011	Taux 2017	Taux 2011	Taux 2017	Taux 2011	Taux 2017
MIDI-PYRENEES	0,19	0,18	0,90	0,84	1,2	1,1
Ariège	0,25	0,23	0,71	0,67	1,2	1,1
Aveyron	0,10	0,10	0,68	0,66	0,8	0,8
Haute-Garonne	0,14	0,13	0,88	0,82	1,1	1,0
Gers	0,15	0,14	0,33	0,32	0,7	0,7
Lot	0,33	0,32	0,83	0,81	1,3	1,3
Hautes-Pyrénées	0,40	0,40	1,77	1,77	2,3	2,3
Tarn	0,24	0,22	1,02	0,95	1,3	1,2
Tarn-et-Garonne	0,16	0,15	0,85	0,77	1,1	1,0

Ensemble lits et places publics et privés installés au 01/01/2011

Sources : DREES - ARS - Données SAE 2010 déclarées par les établissements ; INSEE - Population : RP 2008 (Taux 2011), Projection Omphale 2017 (Taux 2017)

Un redéploiement entre territoires sera engagé pour permettre à chacun d'eux d'atteindre le taux d'équipement régional :

- Soit par réduction des capacités des territoires les mieux dotés notamment les Hautes-Pyrénées au bénéfice de l'Aveyron, de la Haute-Garonne, du Gers et du Tarn-et-Garonne,
- Soit par une organisation inter-territoriale pour assurer la prise en charge des adolescents en crise (voir partie 3.2.2).

3.1.3 Clarifier les missions respectives des prises en charge à temps partiel

Le COTER « Santé des Jeunes » émettra des propositions permettant à l'ARS d'élaborer un cahier des charges des modalités de prise en charge en hospitalisation de jour, et en CATTP en termes d'indications, de missions...

3.2 Conforter les prises en charge spécifiques

3.2.1 Améliorer le diagnostic de l'autisme

Chaque établissement autorisé en psychiatrie infanto-juvénile doit être en capacité d'effectuer ou de participer à la réalisation du diagnostic de premier niveau. Les CMPP et les Centres d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP) y sont associés.

En complément
SROMS

Le schéma régional d'organisation médico-sociale « Personnes handicapées » précise dans son thème 1 « Développer le diagnostic précoce chez l'enfant », une orientation visant à diagnostiquer précocement les troubles envahissants du développement et l'autisme.

Partie 2.1 : « Structurer un dispositif de diagnostic chez les enfants de moins de 6 ans, dans l'ensemble de la région »

« Dans chaque territoire de santé, les diagnostics de « premier niveau » seront effectués par une équipe spécialisée pluridisciplinaire, constituée de professionnels de pédopsychiatrie, des CAMSP et des CMPP. Ces équipes seront coordonnées par le Centre Ressources Autisme (CRA) Midi Pyrénées.

[...]Les équipes spécialisées intervenant dans les champs du repérage des troubles et du diagnostic précoce conventionneront avec le CRA afin d'harmoniser les pratiques de diagnostic, d'adopter des procédures conformes aux recommandations de la HAS et d'augmenter le nombre de diagnostics précoces. Ces équipes seront encadrées et formées par le CRA, l'équipe de l'unité régionale étant chargée de l'animation, la coordination et la supervision clinique.

Au niveau régional, l'unité TED du CHU, positionnée en équipe régionale de recours, devra progressivement assurer la réalisation des seuls diagnostics de « second niveau », soit les cas les plus complexes. »

3.2.2 Développer les prises en charge spécifiques des adolescents

La prise en charge sanitaire des jeunes se situe à la frontière de la prise en charge infanto-juvénile et adulte.

Elle relève :

- Des établissements de santé de statut public, par les secteurs ¹ :
 - de psychiatrie infanto-juvénile lorsqu'ils répondent aux besoins de santé mentale des enfants et adolescents ;
 - de psychiatrie générale lorsqu'ils répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de seize ans ;
- De la psychiatrie libérale et des établissements de santé de statut privé.

Toutefois, de l'avis de pédopsychiatres, les tranches d'âge de l'adolescence peuvent aller du démarrage des manifestations physiologiques de la puberté à 20 ans, aux remaniements physiologiques et psychologiques achevés.

La prise en charge des adolescents présente des spécificités qui ne sont ni celles de l'enfant, ni celles de l'adulte. Elle appelle une réponse adaptée à la situation du jeune.

En prévention et soins

En complément de la prise en charge sanitaire ou médico-sociale (CMPP), des dispositifs communs aux professionnels du soin et du social peuvent concerner l'accueil des adolescents, du type :

- Maison des adolescents (lieux pluridisciplinaires d'accueil généraliste prenant en compte les problèmes dans leur dimension psychique et somatique) ;
- Point accueil écoute jeune ;
- Consultations dédiées pour jeunes consommateurs de cannabis ;
- Réseaux de santé mentale ;
- Equipes de santé et sociale de l'Education nationale, services inter-universitaires de médecine prévention et de promotion de la santé ;
-

En complément

SRP

Le schéma régional de prévention prévoit dans son volet « Prévention et promotion de la santé », la clarification de l'organisation des structures d'accueil des jeunes, l'harmonisation et la coordination de ces dispositifs.

Des organisations doivent être adaptées pour répondre à la prise en charge des adolescents en terme de projets thérapeutiques, au sein de CMP, CATTP, hospitalisation de jour.

Avant qu'un jeune suivi en psychiatrie n'atteigne l'âge de 16 ans, les professionnels de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie adulte s'entendent sur les modalités de transition et de continuité de la prise en charge. Les équipes médicales de la psychiatrie adulte et de la psychiatrie infanto-juvénile pourront élaborer conjointement des unités charnières pour les adolescents.

En complément

SROS

Le SROS « Psychiatrie adulte » intègre cette disposition dans son orientation 2 « Améliorer la fluidité des prises en charge ». Voir la partie 2.3.2 « Améliorer la continuité de prise en charge entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie adultes ».

Des personnels sont formés et dédiés (psychologue, éducateur, ou IDE) à la prise en charge de cette classe d'âge dans les structures publiques et privées.

L'ARS poursuivra un travail avec l'Université sur l'harmonisation du contenu pédagogique relatif à la formation initiale des IDE. La prise en charge psychiatrique des adolescents sera intégrée à cette réflexion. De plus, l'ARS s'engage à mener, en lien avec les professionnels de la pédopsychiatrie et les instituts de formation, un travail relatif au cadrage du contenu d'une formation d'adaptation à l'emploi en psychiatrie infanto-juvénile, à destination des prestataires de formation continue.

¹ Article R3221-1 du Code de la Santé Publique

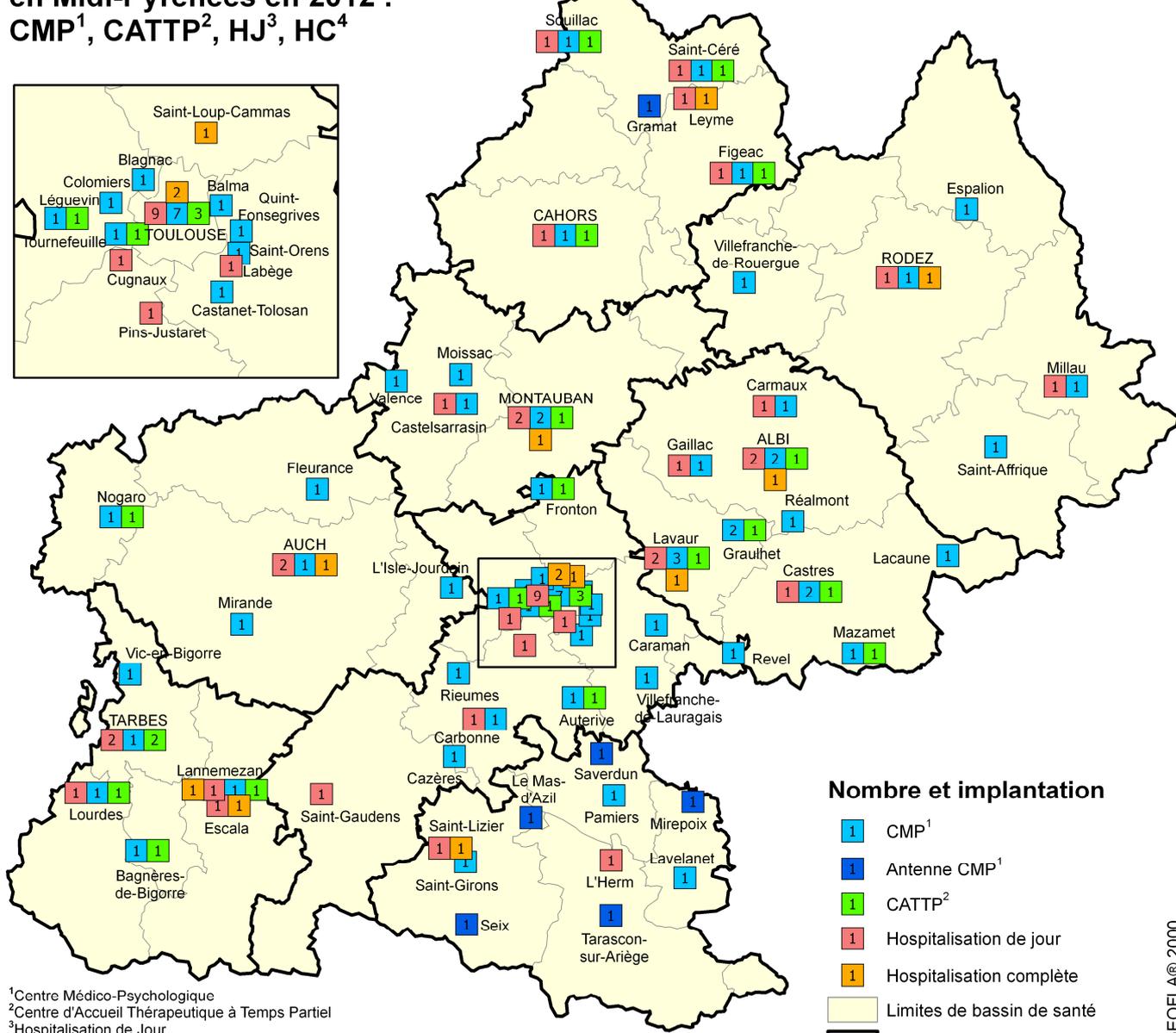
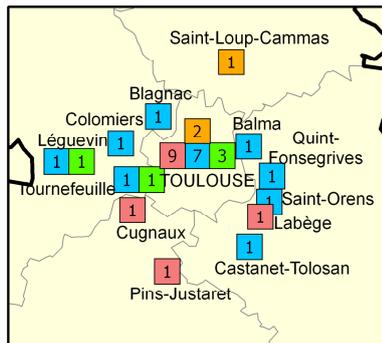
Les adolescents en situation de crise

Ces adolescents peuvent être orientés par les services d'urgence, les médecins généralistes, les médecins psychiatres, les médecins scolaires, les établissements médico-sociaux ou sociaux et les services de protection de l'enfance :

- Dans l'unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents (UCHA, gérée par le CH Gérard Marchant) de 8 lits qui répond aux situations de crise pour des jeunes de 13 à 17 ans de Haute-Garonne présentant des troubles psychiques aigus et nécessitant une hospitalisation de courte durée ;
- Dans les unités d'hospitalisation complète :
 - en Haute-Garonne : la clinique Marigny accueille les jeunes de 12 à 18 ans, dont certains ont fait des tentatives de suicide, et le service de pédiatrie du CHU accueille des enfants de moins de 15 ans.
 - dans les autres territoires, des unités sont dédiées aux adolescents (à l'exception de l'Ariège et de l'Aveyron), mais non spécifiques à la crise.

Les besoins de prise en charge spécifique « adolescents en crise » pourraient nécessiter de renforcer le maillage régional. Les COTER « Santé des jeunes » et « Santé mentale », en lien avec l'ARS, mèneront une étude précise des besoins par territoire et proposeront des modalités de réponse adaptées : unités dédiées, personnel renforcé, équipe mobile d'appui. Cette analyse précisera les modalités d'organisation communes entre les deux champs infanto-juvénile et adulte, pour une prise en charge concertée.

**La prise en charge en psychiatrie infant-juvénile
en Midi-Pyrénées en 2012 :
CMP¹, CATTP², HJ³, HC⁴**



Nombre et implantation

- 1 CMP¹
- 1 Antenne CMP¹
- 1 CATTP²
- 1 Hospitalisation de jour
- 1 Hospitalisation complète
- Limites de bassin de santé
- Limites de département

¹Centre Médico-Psychologique
²Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
³Hospitalisation de Jour
⁴Hospitalisation Complète

0 10 20 40 Kilomètres

Source : ARS Midi-Pyrénées - DPSMS - juillet 2012

ARS Midi-Pyrénées - OES - 30 octobre 2012

© IGN-GEOFLA® 2000



Psychiatrie des enfants et adolescents

Territoire de santé	Cible					
	Hospitalisation complète	Hospitalisation Jour	Hospitalisation nuit	HAD	Placement familial thérapeutique	Centre de crise
09 - Ariège	1	2			1	
12 - Aveyron	1	2			1	
31 - Haute-Garonne	3	15	1		2	Borne basse 1 Borne haute 2
32 - Gers	1	2	1		1	
46 - Lot	1	5	1		1	
65 - Hautes-Pyrénées	2	5			1	
81 - Tarn	2	Borne basse 6 Borne haute 7	2		2	
82 - Tarn-et-Garonne	1	3			1	



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

2012 / 2017



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées



Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Contexte

p. 177

Orientation

1

Adapter l'offre de soins de l'activité de type 1 aux besoins

(Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme de la chirurgie ambulatoire)

p. 178

- 1.1 Garantir l'accessibilité des patients aux techniques les plus adaptées dans un environnement de qualité et de sécurité
- 1.2 Privilégier le regroupement des équipes

Situation cible

p. 181

Orientation

2

Adapter l'offre de soins de l'activité de type 2 aux besoins

(Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales)

p. 182

Orientation

3

Adapter l'offre de soins de l'activité de type 3 aux besoins

(Actes portant sur les cardiopathies de l'adulte, plus particulièrement les sténoses coronariennes)

p. 183

- 3.1 Diminuer les délais de prise en charge dans le cadre de l'urgence coronarienne
- 3.2 Conforter la qualité de prise en charge dans le maillage régional
- 3.3 Apprécier la qualité de prise en charge

Situation cible

p. 186



Depuis 2009, les trois champs d'autorisation des activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie sont définis dans les dispositions inscrites au code de la santé publique. Ils sont limités aux activités les plus complexes nécessitant un plateau technique spécialisé.

En Midi-Pyrénées, l'activité de type 1 (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) est pratiquée sur deux sites toulousains.

L'activité de type 2 (actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales) est pratiquée sur un site.

L'activité de type 3 (actes portant sur les cardiopathies de l'adulte, plus particulièrement les sténoses coronariennes) est pratiquée sur dix sites.

Deux établissements situés à Toulouse sont autorisés à pratiquer la chirurgie cardiaque adulte. Dotés d'équipements et de compétences en cardiologie de haut niveau, ils assurent le recours au niveau régional et la formation aux techniques interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie. L'un de ces établissements est autorisé à pratiquer la chirurgie cardiaque pédiatrique.

Le comité technique régional « Risques vasculaires » (COTER) a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Orientation

1

Adapter l'offre de soins de l'activité de type 1 aux besoins

(Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme de la chirurgie ambulatoire)

« Les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme » constituent une seule et même activité.

L'autorisation de cette activité porte sur la totalité de ces actes, d'une part les implantations de défibrillateurs cardiaques (simple, double et triple chambre) et de stimulateurs triple chambre et, d'autre part, les ablations endocavitaires par radiofréquence. Elle ne peut être limitée à une seule composante de ce type d'actes.

Cette activité est essentiellement programmée.

Pour la région, l'activité observée au cours des trois dernières années montre que :

- Le nombre de procédures d'ablation du flutter atrial droit est stable, environ 800 par an, ce qui correspond à 25 procédures pour 100 000 habitants.
- Le nombre de procédures d'ablation de la fibrillation auriculaire progresse de 5% entre 2008 et 2010 pour une moyenne annuelle de 441.
- Le nombre d'implantations de défibrillateurs cardiaques (tout type confondu) et de stimulateurs triple chambre poursuit une progression mesurée avec une moyenne annuelle de 538 (+ 8% entre 2009 et 2010). Cette progression est essentiellement due à l'implantation de dispositifs pour la resynchronisation cardiaque. Cette technique est un élément thérapeutique de l'insuffisance cardiaque dans les stades symptomatiques. Elle concerne l'implantation de stimulateur triple chambre ou de défibrillateur triple chambre.

L'objectif est de développer l'activité de rythmologie interventionnelle au-delà des deux centres référents actuels afin d'améliorer l'accessibilité. L'offre de soins doit être adaptée à la population tout en garantissant un haut niveau de compétence technique.

1.1.1 Organiser la gradation des soins en s'appuyant sur les recommandations de la Société Française de Cardiologie (SFC)**Pour l'électrophysiologie interventionnelle :**

Les recommandations émises fin 2009 précisent entre autres les niveaux d'activité d'un centre d'électrophysiologie interventionnelle.

Les critères donnés sont les suivants : afin de concilier offre et qualité, les centres d'électrophysiologie interventionnelle doivent avoir un niveau minimal d'activité de 50 procédures d'ablation par an (nombre de procédures d'ablation endocavitaire autres que l'ablation de la jonction atrio-ventriculaire). C'est ce niveau minimal qui est demandé dans les conditions d'autorisation.

- **Centre de niveau 1** : pour un volume annuel de 50 à 100 procédures d'ablation, le centre est habilité pour des ablations à faible risque de complications graves (ablation du flutter atrial droit - indication la plus fréquente- et ablation de la jonction atrio-ventriculaire).
- **Centre de niveau 2** : pour un volume annuel de plus de 100 procédures d'ablation, le centre peut être habilité pour des ablations à risque plus élevé de complications graves (voie nodale lente, voies accessoires, tachycardies atriales et ventriculaires).
- **Centre niveau 2+ ou 3** : En plus du volume d'activité demandé pour le niveau 2, le centre peut être habilité pour l'ablation de la fibrillation atriale, à condition d'effectuer 50 ablations de fibrillation atriale par an. Dans le cadre particulier de l'ablation de la fibrillation atriale, il est nécessaire de pouvoir disposer d'une couverture chirurgicale immédiate pour assurer la prise en charge des complications vitales.

Pour la pose des défibrillateurs cardiaques implantables et des stimulateurs triple chambre :

Selon les recommandations de la SFC en 2006, les centres doivent avoir au minimum une activité de 50 poses de défibrillateurs cardiaques implantables ou de 35 systèmes de resynchronisation et de 100 stimulateurs simple et double chambre.

1.1.2 Structurer une organisation intégrée dans les territoires

Cette organisation doit permettre de concilier offre et qualité en assurant la continuité des soins par la mutualisation des moyens sur le territoire :

- Organiser des réunions de concertations entre professionnels, animées par les deux centres formateurs afin d'analyser les situations cliniques, de valider les indications et les techniques.
- Organiser et assurer un suivi coordonné pour les patients porteurs d'un stimulateur cardiaque, notamment défibrillateur cardiaque et stimulateur triple chambre. Les centres de rythmologie interventionnelle autorisés doivent assurer et organiser le suivi. Ce suivi peut être réalisé dans des lieux autres tels que préconisés dans les recommandations de la SFC, à condition d'être effectué par un cardiologue formé et de disposer notamment de matériel permettant l'interrogation du type de matériel implanté. Ce suivi doit se faire de manière coordonnée avec les centres de rythmologie interventionnelle autorisés. Les centres de rythmologie interventionnelle autorisés doivent apporter un soutien logistique et de formation (mobilité des rythmologues-stimulistes, accessibilité du dossier d'implantation 24h/24, astreinte de sécurité permettant de joindre 24h/24 et à tout moment un médecin capable de réaliser l'interrogation et/ou la programmation d'un défibrillateur cardiaque implantable).

La télémédecine et la télécardiologie (suivi des implantés à distance) doivent être des outils de support.

1.1.3 Garantir la sécurité des pratiques

Pour optimiser l'organisation de la rythmologie interventionnelle en Midi-Pyrénées, les centres pratiquant cette activité devront s'engager :

- Au respect des recommandations de bonne pratique de la SFC,
- A renseigner le registre national STIDEFIX et à rentrer dans la démarche d'analyse de la pertinence des soins,
- A élaborer des protocoles de prise en charge des patients entre les médecins pratiquant l'activité interventionnelle et le médecin cardiologue responsable de l'unité de soins intensifs de cardiologie.
- A un suivi coordonné des poses de défibrillateurs et de stimulateurs,
- A pouvoir prendre en charge les complications des actes de rythmologie,
- A assurer une astreinte de rythmologie interventionnelle 24h/24 notamment pour le suivi des défibrillateurs cardiaques implantables.

1.2 Privilégier le regroupement des équipes

1.2.1 Garantir l'accessibilité du plateau technique spécialisé aux professionnels formés

Chaque site autorisé devra développer et formaliser des coopérations pour garantir l'accessibilité du plateau technique spécialisé à tous les praticiens compétents extérieurs à l'établissement.

Ces praticiens peuvent être du territoire ou d'autres territoires dépourvus de plateau technique de cardiologie interventionnelle.

En effet, la population des territoires de santé de l'Ariège, du Gers et du Lot, ne permet pas de générer un volume d'activité suffisant pour atteindre les seuils fixés..

Les patients de l'Ariège et du Gers pourront être dirigés vers les sites autorisés de la Haute-Garonne et les patients du Lot vers le site autorisé du Tarn-et-Garonne.

Cette organisation vise :

- A maintenir le niveau de compétence des professionnels formés par une activité suffisante (les recommandations de la SFC préconisent par opérateur, au moins 30 procédures d'ablation par an ou au moins 20 implantations de défibrillateurs cardiaques par an),
- A garantir qualité et continuité des soins,
- A assurer une dynamique au sein de la spécialité.

1.2.2 Participer à l'organisation de la permanence des soins en cardiologie

Au-delà des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement liées à l'activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie, les cardiologues doivent s'organiser pour assurer ensemble la permanence des soins, notamment au niveau des Unités de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC).

1.2.3 Suivi

La demande d'autorisation comportera ces engagements à coopérer, la liste des intervenants extérieurs à la structure et leur implication dans la permanence des soins.

Les niveaux d'activité seront appréciés dans les seize mois faisant suite à la notification de l'autorisation.



Implantations pour activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie de TYPE 1 :

Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme de la chirurgie ambulatoire

Territoire de santé	Implantations cibles
Ariège	0
Aveyron	1
Haute Garonne	2
Gers	0
Lot	0
Hautes Pyrénées	Borne basse : 1 Borne haute : 2
Tarn	Borne basse : 1 Borne haute : 2
Tarn et Garonne	1

Les implantations prévues en Haute Garonne correspondent à des centres de niveau 2+, les implantations prévues dans les autres territoires relèvent du niveau 1.

**Activités interventionnelles sous imagerie médicale
par voie endovasculaire en cardiologie**

Orientation

2

**Adapter l'offre de soins
de l'activité de type 2 aux besoins**

(Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant
y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte
sur les cardiopathies congénitales)

Cette activité très spécifique est effectuée actuellement sur un site (CHU). Elle est assurée par un cardiopédiatre formé et expérimenté et un cardiopédiatre en cours de formation pour cette activité.

L'activité annuelle en regard des actes inscrits sur la liste pour le calcul du seuil est d'environ 80 actes pour la tranche d'âge 0-18 ans et entre 20 et 40 pour les plus de 18 ans.

Compte tenu des modalités actuelles de prise en charge, il est retenu une implantation sur la Haute-Garonne.

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Orientation

3

Adapter l'offre de soins de l'activité de type 3 aux besoins

(Actes portant sur les cardiopathies de l'adulte, plus particulièrement les sténoses coronariennes)

L'objectif est de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge tout en confortant les sites hors Haute-Garonne. En effet, selon l'avis du groupe d'experts, la stabilité de l'activité devrait perdurer dans les années à venir, les besoins de la population étant globalement couverts.

En Midi-Pyrénées, sur les trois dernières années, l'activité moyenne annuelle constatée est de 7 727 actes. C'est une activité relevant de l'urgence dans 10 à 15% des cas.

Le seuil minimal d'activité de 350 actes d'angioplastie coronarienne par an conditionne l'autorisation délivrée à l'établissement de santé.

3.1 Diminuer les délais de prise en charge dans le cadre de l'urgence coronarienne

3.1.1 Recommandations

Organiser la filière de prise en charge du syndrome coronarien aigu afin d'optimiser les délais entre prise en charge sur le lieu d'intervention et l'accès direct au plateau technique spécialisé :

- Devant toute douleur thoracique, l'appel au centre 15 doit rester la procédure recommandée ;
- Poursuivre la sensibilisation du public à la reconnaissance des symptômes et à l'appel au centre 15 et l'implication des médecins au déclenchement de l'alerte, par l'accompagnement et le relais des campagnes nationales ;
- L'orientation de la prise en charge vers le centre autorisé le plus proche et notamment lors d'épisode aigu doit être privilégiée dans la limite du respect du libre choix du patient, de la disponibilité du plateau technique et d'une qualité attendue de prise en charge dans les délais requis.

En complément

SROS

L'organisation de la prise en charge en urgence du syndrome coronarien aigu est développée dans l'orientation 1 du SROS Médecine d'urgence (Partie 1.3 - Organiser les filières de prise en charge)

Améliorer le parcours du patient au sein de l'établissement par la mise en place d'une organisation interne efficace pour un accès direct au plateau technique spécialisé (sans passage par le service d'urgence de l'établissement).

3.1.2 Suivi

L'évaluation du dispositif de prise en charge, au regard des recommandations de l'HAS, sera effectuée à partir des travaux de l'Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées (ORUMIP).

3.2 Conforter la qualité de prise en charge dans le maillage régional

3.2.1 Privilégier le regroupement des équipes

Chaque site autorisé devra développer et formaliser des coopérations pour garantir l'accessibilité du plateau technique spécialisé à tous les praticiens compétents extérieurs à l'établissement.

Ces praticiens peuvent être du territoire ou d'autres territoires dépourvus de plateau technique de cardiologie interventionnelle.

Cette organisation vise :

- A maintenir le niveau de compétence des professionnels formés par une activité suffisante (les recommandations de la SFC préconisent par opérateur au moins 100 à 150 procédures d'angioplastie coronarienne par an) ;
- A garantir qualité, continuité des soins et permanence des soins.

Au-delà des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement liées à l'activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie, les cardiologues doivent s'organiser pour assurer ensemble la permanence des soins, notamment au niveau des Unités de soins intensifs de cardiologie (USIC).

Cette organisation doit garantir une offre aux tarifs opposables en fonction de la réglementation en cours.

3.2.2 Impulser une dynamique de coopération

Les deux centres de recours régional doivent impulser une dynamique de coopération :

- Organiser les conventions de repli pour les patients à haut risque,
- Mettre en commun leur expérience,
- Assurer le maintien des compétences des praticiens formés.

Les sites périphériques doivent prendre en charge les patients de leur zone d'attraction et n'adresser au centre de recours que les situations complexes, permettant ainsi une pérennité de l'offre et de la qualité des soins dans la région.

L'attractivité des établissements des territoires de santé de l'Ariège, du Gers et du Lot, ne permet pas de générer un volume d'activité suffisant pour atteindre les seuils fixés.

Dans cette perspective,

- La prise en charge des patients du Lot et du Tarn-et-Garonne doit pouvoir être assurée dans le Tarn-et-Garonne ;
- La prise en charge des patients du Tarn doit pouvoir être assurée dans le Tarn ;
- La prise en charge des patients de l'Ariège et du Gers doit pouvoir être assurée dans la Haute-Garonne.

3.2.3 Suivi

La demande d'autorisation comportera ces engagements à coopérer, la liste des intervenants extérieurs à la structure et leur implication dans la permanence des soins.

Les niveaux d'activité seront appréciés dans les seize mois faisant suite à la notification de l'autorisation.

3.3 Apprécier la qualité de prise en charge

3.3.1 Mettre en place un registre régional

Constituer un registre régional sous l'égide du COTER :

Il doit permettre annuellement :

- De disposer d'une information exhaustive sur l'activité d'angioplastie coronarienne ;
- D'analyser avec les professionnels de santé cette activité ;
- D'évaluer les indications posées ;
- De proposer des axes d'amélioration du dispositif régional.

Engagement des établissements :

Tous les établissements souhaitant solliciter une autorisation de cardiologie interventionnelle pour l'activité de type 3 devront s'engager à :

- Renseigner le registre régional constitué à cet effet et transmettre leurs données dans les conditions définies par ce registre ;
- Rentrer dans une démarche d'analyse de la pertinence des soins.

3.3.2 Suivi

Dès la mise en œuvre du schéma et la délivrance des autorisations.



Implantations pour activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie - TYPE 3

Actes portant sur les cardiopathies de l'adulte,
plus particulièrement les sténoses coronariennes

Territoire de santé	Implantations cibles
Ariège	0
Aveyron	1
Haute Garonne	4
Gers	0
Lot	0
Hautes Pyrénées	Borne basse1 Borne haute 2
Tarn	1
Tarn et Garonne	1

Cette organisation garantit l'accès à un plateau technique de cardiologie interventionnelle dans le respect des recommandations émises par la Société française de cardiologie (SFC) et par la Société européenne de cardiologie (ESC).



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Médecine d'urgence

2012 / 2017



Contexte

p. 191

Orientation

1

Améliorer la qualité de la prise en charge de l'urgence

p. 192

- 1.1 Moderniser l'organisation des SAMU-Centre 15
- 1.2 Garantir la sécurité des prises en charge

Cartographie des implantations existantes

p. 196

- 1.3 Organiser les filières de prise en charge

Orientation

2

Renforcer les relations ville-hôpital

p. 202

- 2.1 Éduquer la population sur l'utilisation du dispositif
- 2.2 Assurer la complémentarité entre les structures d'urgence et les structures de permanence des soins en secteur ambulatoire
- 2.3 Intervenir précocement pour éviter l'arrivée dans les services d'urgence
- 2.4 Réorganiser les conditions d'accueil dans les services d'urgence

Implantations cibles

p. 204

Contexte



La région bénéficie d'un bon maillage territorial des structures de prise en charge des urgences, lesquelles sont toutefois très hétérogènes en termes de volumes d'activité et de modalités de fonctionnement. Des difficultés de fonctionnement dans les petites structures et une sollicitation forte des grosses unités d'urgence sont relevées.

Il est à noter que près de 80% des patients arrivant dans un service d'urgence ne présentent pas de critères de gravité (Classification Clinique des Malades des Urgences CCMU 1-2). Ce pourcentage varie toutefois selon les structures (source Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées ORU-MIP).

Le comité technique régional « Urgences » (COTER) a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Orientation

1

Améliorer la qualité de la prise en charge de l'urgence

Dans chaque bassin de santé, l'objectif est de garantir aux patients la bonne orientation dès le début de la prise en charge et les meilleures conditions de prise en charge par les structures d'urgence.

1.1 Moderniser l'organisation des SAMU-Centre 15

L'objectif de la modernisation des SAMU-Centre 15 est d'améliorer la qualité de la prise en charge de la régulation médicale et d'optimiser l'utilisation des ressources médicales pour améliorer l'efficacité du dispositif.

La régulation médicale, en apportant une réponse appropriée à chaque appel qu'elle reçoit, garantit au demandeur la qualité et la sécurité d'une orientation médicale. La mutualisation de plusieurs régulations médicales assure leur sécurisation réciproque. En cas de faible activité sur certaines plages horaires, un SAMU assurant la régulation de plusieurs départements, reçoit une masse critique d'appels suffisante pour assurer la qualité de l'acte de régulation.

La mutualisation des moyens entre les SAMU-Centre 15 permet également d'identifier des correspondants spécialisés dans plusieurs départements, voire plusieurs régions, susceptibles de participer à la régulation médicale (pédiatre, psychiatre, toxicologue, obstétricien, ...).

Ce dispositif est mis en place dans le cadre de l'organisation de la spécialité.

L'organisation des SAMU doit s'appuyer sur :

- La mutualisation des Centres de réception et de régulation des appels (CRRRA). L'expérimentation de la régulation supra-départementale du Lot et du Tarn-et-Garonne en nuit profonde est un exemple dont il conviendra de tirer les enseignements pour étendre la mutualisation à d'autres départements et à d'autres horaires.
- La poursuite de l'interconnexion des CRRRA par les télécommunications et les systèmes d'information afin de permettre une continuité de service en cas de panne ou de débordement d'appel.
- Le développement et la mise en œuvre de l'interconnexion informatique entre les logiciels métiers des CRRRA et des Centres de Traitement de l'Alerte (CTA) des SDIS.
- L'identification des correspondants spécialisés pouvant être mutualisés entre plusieurs SAMU.
- Le développement du rapprochement avec les régulateurs libéraux :
 - Physique, si possible, sur les sites des CRRRA.
 - Par interconnexion entre les deux régulations.

Pour garantir l'effectivité de la mission de service public de chaque service d'accueil des urgences, l'ARS demandera aux SAMU de communiquer à l'ORUMIP les refus de prise en charge par les établissements de santé autorisés à accueillir des urgences, ainsi que leurs motifs.

1.2 Garantir la sécurité des prises en charge

1.2.1 Conforter l'organisation territoriale des SMUR et des services d'urgence

Les implantations des structures d'urgence répondent à un besoin de proximité. La couverture de chaque territoire par les SMUR est garante de l'accès à des filières de soins spécialisées. Cette organisation repose toutefois sur le maintien de structures à faible activité dont les modalités de fonctionnement doivent être précisées.

Dans certaines structures, un seul médecin urgentiste assure à la fois l'activité du service d'urgence et les interventions pré-hospitalières. Une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), n'est pas systématiquement présente, quatre services d'accueil n'en sont pas dotés.

Afin de renforcer l'organisation existante :

- Une analyse des organisations présentant des fragilités sera effectuée dans les deux ans suivant la publication du SROS. Elle tiendra compte de l'évolution de l'activité du service d'urgence, de la démographie des médecins urgentistes, des besoins de la population et de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

Cette analyse pourra conduire à des évolutions de services d'urgence avec de nouvelles modalités d'organisation.

- Des complémentarités avec les structures d'urgence des régions limitrophes sont à étudier, tant pour le maillage des services d'urgence que pour la répartition des zones d'intervention des SMUR. Les structures concernées sont :
 - Gourdon / Sarlat
 - Condom / Nérac
 - Auch / Aire sur Adour - Mont de Marsan.
- Dans les bassins de santé sans structure d'urgence, une organisation alternative pourra être mise en place :
 - réponses apportées par les professionnels du 1er recours (bassin de santé d'Espalion),
 - accès aux structures d'urgence des bassins limitrophes : CH de Mont-de-Marsan et clinique d'Aire sur Adour pour le bassin de santé de Nogaro, services d'urgence de Toulouse et sa banlieue pour celui de L'Isle Jourdain et de Villefranche-de-Lauragais.
- Pour garantir une présence médicale à l'accueil des urgences dans les cas où un seul médecin urgentiste assure la permanence de l'accueil et la garde du SMUR, les modalités de son remplacement en cas d'intervention pré-hospitalière devront être formalisées avec les autres praticiens de l'établissement.
- Pour améliorer l'organisation de la prise en charge diagnostique et l'orientation des patients en aval de l'accueil des urgences, chaque service d'accueil doit être doté d'une UHCD.
- En dehors de la Haute-Garonne, dans les agglomérations où plusieurs sites d'urgence sont autorisés, il est préconisé de maintenir un seul site ouvert en nuit profonde, compte-tenu d'une faible activité et dans un souci d'optimiser l'utilisation des ressources médicales. Cet objectif pourra se réaliser dans le cadre d'une coopération entre les établissements (avec un site autorisé et une antenne) ou après une évolution de la réglementation. Les projets devront s'articuler avec la PDSA.

- Après évaluation, les zones d'intervention des SMUR pourront être adaptées aux bassins de santé.
- Pour permettre à l'ARS d'assurer sa mission de veille et d'alerte sanitaire, chaque service d'urgence transmettra obligatoirement à l'ORUMIP les données d'évaluation demandées. L'ORUMIP recueillera et analysera, en lien avec le réseau des urgences, les dysfonctionnements dans la prise en charge des patients par les structures d'urgence.

1.2.2 Maintenir les compétences médicales par l'activité

L'activité de médecine d'urgence est complexe et les situations cliniques nombreuses et variées.

Le maintien des compétences et de la polyvalence des médecins urgentistes impose de :

- Développer les coopérations entre structures d'urgence au sein d'un même territoire :

Un établissement de santé dont l'activité de médecine d'urgence est inférieure à 8 000 passages par an doit, selon la réglementation, participer à une fédération médicale interhospitalière ou à un groupement de coopération sanitaire afin de constituer une équipe commune avec des établissements autorisés pour la même activité et ayant une plus forte activité. Ce critère d'activité réglementaire est considéré comme insuffisant par le COTER « Urgences » pour repérer les services d'urgence en situation d'isolement.

Un service d'urgence est isolé s'il est concerné par au moins une de ces situations :

- Nombre de passages par an par ligne de garde < 8 000 /an.
- Absence de réanimateur /anesthésiste ou de chirurgien viscéral ou de radiologue, de garde sur place ou en astreinte opérationnelle.
- Nombre d'interventions SMUR < 70/médecin/an.

Des coopérations doivent être mises en place entre le service d'urgence en situation d'isolement et le service de l'établissement siège de SAMU :

- Soit par la constitution d'une équipe médicale commune, lorsque les deux établissements sont proches géographiquement, à moins de 45 mn environ.
- Soit par la participation des médecins de la structure en situation d'isolement à l'activité d'une structure plus importante à hauteur de 48 h/mois avec compensation du temps de travail.

Des équipes communes existent déjà :

- En Ariège, entre le CHIVA et le Centre hospitalier du Pays d'Olmes.
- Dans le Tam-et-Garonne, entre le Centre hospitalier de Montauban et le CHIC de Castelsarrasin-Moissac.
- Dans le Gers, entre le Centre Hospitalier d'Auch et celui de Condom.
- Dans les Hautes-Pyrénées, entre le Centre hospitalier de Tarbes et celui de Bagnères-de-Bigorre.

De nouvelles coopérations sont à développer dans les territoires suivants :

- En Ariège : CHAC avec le CHIVA.
- En Aveyron : Decazeville et Saint-Affrique avec le Centre hospitalier de Rodez.
- Dans le Lot : Gourdon, Saint-Céré et Figeac avec le Centre hospitalier de Cahors.
- Dans les Hautes-Pyrénées : Lannemezan avec les Centres hospitaliers de Tarbes et de Lourdes.

A terme ces différentes coopérations devront évoluer vers des fédérations médicales inter-hospitalières.

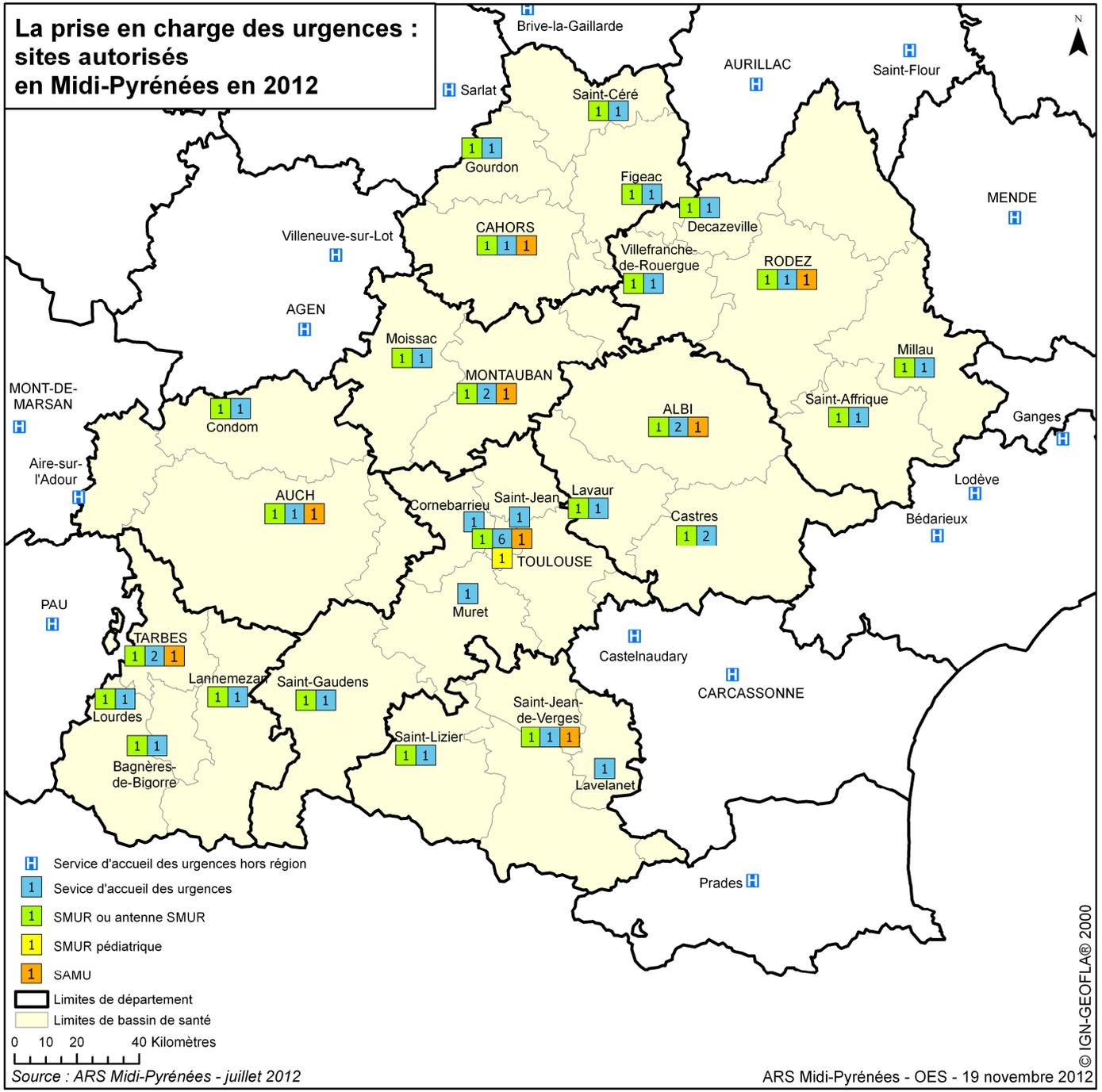
- Rendre obligatoire la formation médicale continue :

Le développement professionnel continu des équipes des structures d'urgence sera organisé au niveau régional, afin de maintenir les compétences (protocoles communs et partagés, télémédecine, poste de simulation médicale partagé, évaluation des pratiques professionnelles...).

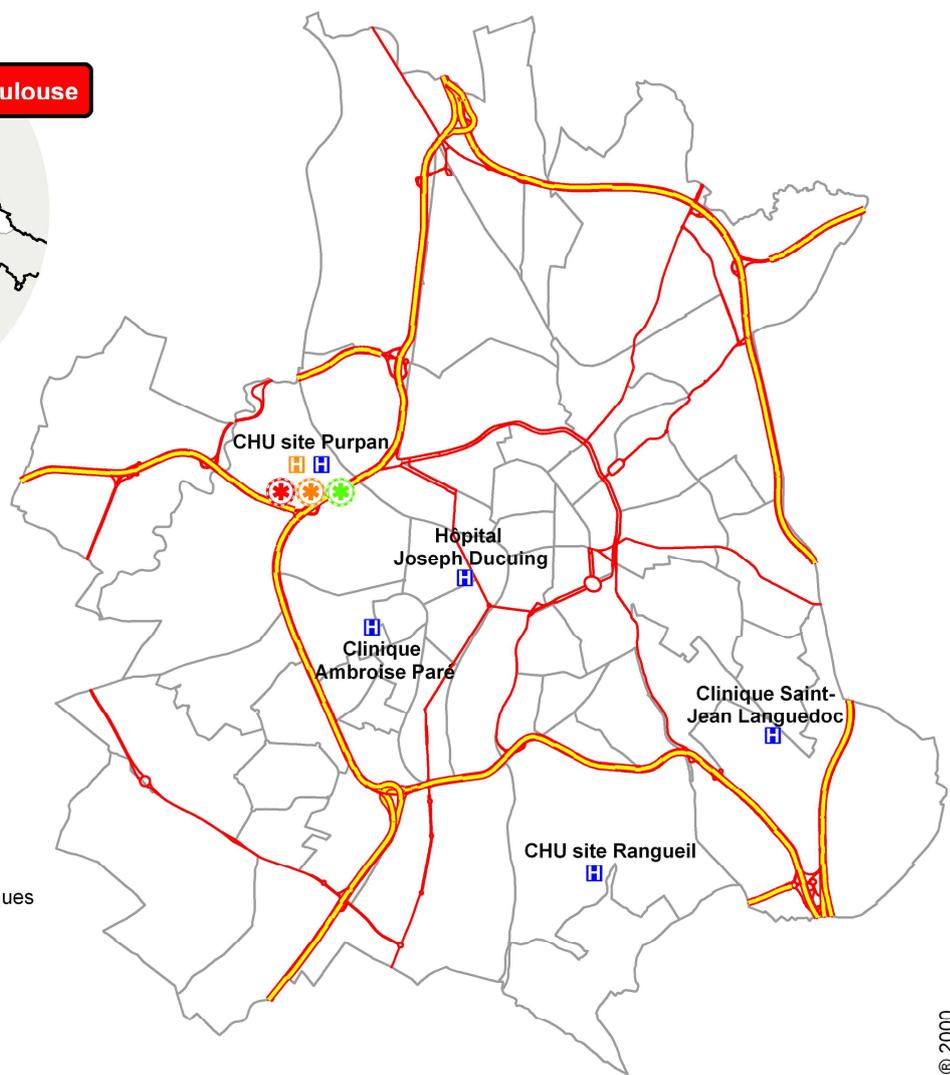
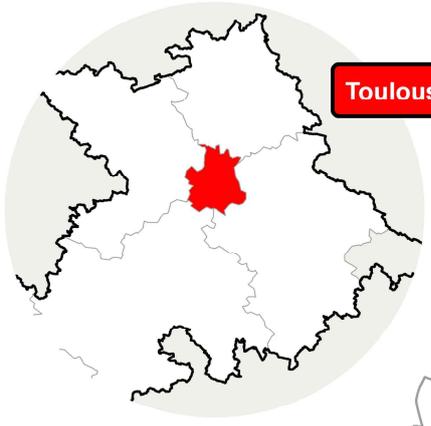
La mise en place d'un centre régional de formation par les établissements de santé permettra de mutualiser les ressources et devra être accessible à tous les professionnels publics et libéraux.

Ce centre pourra s'appuyer sur les compétences acquises par les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) en matière de formation initiale et continue relative à la prise en charge de l'urgence médicale, en situation quotidienne et d'exception, ainsi qu'à la formation relative à la gestion des crises sanitaires, pour les professionnels de santé.

Un CESU est nécessaire dans chaque département de la région.



Implantation des sites de prise en charge des urgences à Toulouse en 2012



-  Site d'accueil des urgences
-  Site d'accueil des urgences pédiatriques
-  SAMU
-  SMUR
-  SMUR pédiatrique
-  Autoroute
-  Réseau express, principal ou secondaire
-  Limites de quartier

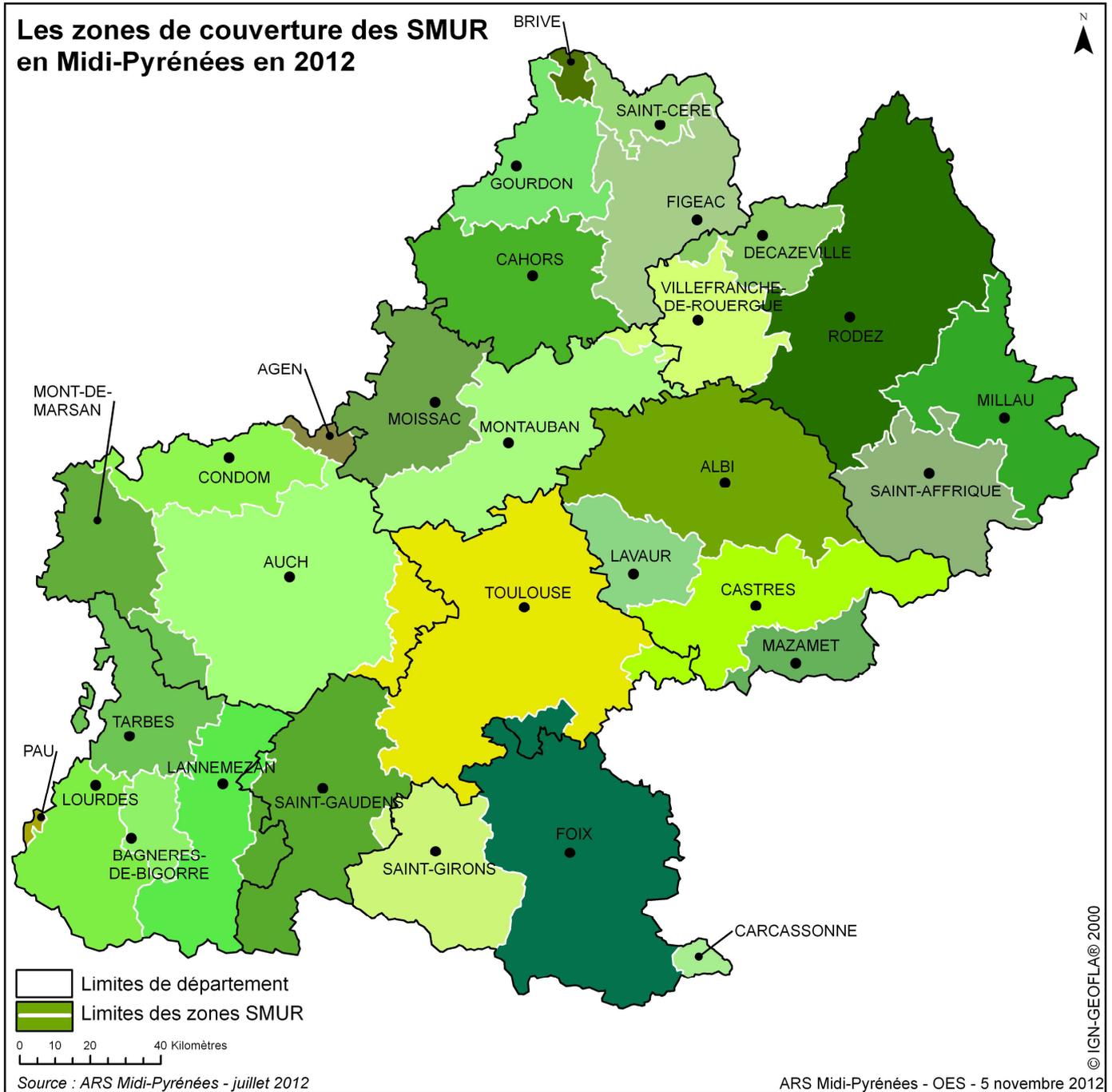
0 0,5 1 2 Kilomètres

Source : ARS Midi-Pyrénées - juillet 2012

ARS Midi-Pyrénées - OES - 29 octobre 2012

© IGN-GEOFLA® 2000

Les zones de couverture des SMUR en Midi-Pyrénées en 2012



1.3 Organiser les filières de prise en charge

L'organisation territoriale des structures d'urgence doit permettre d'optimiser l'orientation des patients en aval de leur prise en charge en urgence vers les structures sanitaires ou médico-sociales disposant des compétences et/ou des capacités d'hospitalisation nécessaires.

En Midi-Pyrénées, les professionnels de l'urgence ont identifié cinq filières spécialisées à organiser prioritairement : cardiologie (syndromes coronariens aigus), neurovasculaire (AVC), psychiatrie, pédiatrie et gériatrique.

Afin de garantir l'accessibilité et la qualité des soins, un réseau territorial doit être formalisé et porté à la connaissance de l'ensemble des partenaires pour chacune de ces filières, en tenant compte des ressources disponibles et des recommandations de bonne pratique. Le déploiement du répertoire opérationnel des ressources (ROR) optimisera le fonctionnement de ces réseaux territoriaux des urgences.

1.3.1 Filière cardio-vasculaire (SCA)

Une bonne collaboration entre cardiologues et urgentistes existe dans les départements et les filières de prise en charge en urgence du SCA sont bien organisées.

- L'appel du SAMU-Centre 15 doit rester la procédure recommandée en cas de douleur thoracique. La régulation de toute douleur thoracique par les SAMU-Centre 15 est fondamentale pour optimiser la prise en charge des SCA. De fait, les centres d'accueil des douleurs thoraciques n'ont pas vocation à accueillir les patients en première intention.
- L'orientation des patients vers un centre de coronarographie interventionnelle doit dépendre de sa disponibilité, du choix du patient et dans tous les cas être le plus proche du lieu de la prise en charge initiale. Les recommandations préconisent de re-perfuser par thrombolyse (pré-hospitalière ou hospitalière) si le délai entre le premier contact médical réalisant l'ECG qualifiant et l'arrivée dans un centre de cardiologie interventionnelle est estimé supérieur à 45 minutes.
- Les organisations intra-hospitalières doivent être protocolisées pour permettre au patient un accès plus rapide au plateau technique de coronarographie.
- L'évaluation du dispositif de prise en charge, au regard des recommandations HAS, sera effectuée en lien avec les travaux de l'Observatoire des Urgences de Midi-Pyrénées (ORUMIP).

1.3.2 Filière neuro-vasculaire (Accident vasculaire cérébral - AVC)

La filière de prise en charge initiale des AVC est satisfaisante à l'exception de l'Ariège et du Comminges.

- Repérer les signaux d'alerte :
 - En amont, le public doit être mieux sensibilisé à la reconnaissance des premiers signes d'AVC.
 - Les médecins généralistes doivent rester impliqués dans le déclenchement de l'alerte dès qu'ils reçoivent une information leur permettant de suspecter un AVC et orienter l'appel au SAMU-Centre 15.
 - L'arrivée aux urgences de patients non régulés ne doit concerner qu'une petite minorité de patients.
- Des procédures de régulation et d'orientation doivent être disponibles et utilisées dans tous les SAMU-Centres 15. Toute suspicion d'AVC nécessite un contact avec une UNV pour décider de l'orientation du patient vers cette UNV. Une organisation spécifique sera mise en place à Saint-Gaudens avec l'appui du CHU en s'appuyant sur la télémédecine. A Toulouse et à Albi, où plusieurs UNV existent, une coordination par le SAMU pour orienter de manière équilibrée les patients entre ces structures s'impose.

- Assurer le maintien des compétences des différents acteurs de la filière, en poursuivant les efforts de formation continue au niveau régional pour les pompiers, infirmières, médecins généralistes, médecins urgentistes.
- Améliorer la prise en charge des accidents ischémiques transitoires (AIT) : toute suspicion d'AIT doit être régulée pour entrer dans la filière neuro-vasculaire selon des modalités analogues à celles de l'AVC (avis neuro-vasculaire, Imagerie, ...).

L'évaluation de la filière de prise en charge au niveau régional selon les indicateurs HAS, sera effectuée en lien avec l'ORUMIP.

1.3.3 Filière pédiatrique

En Midi-Pyrénées, la prise en charge des urgences pédiatriques n'est pas toujours adaptée, en l'absence de filière structurée. Un état des lieux mené récemment par les professionnels sur la préparation des services d'urgence à la prise en charge des urgences vitales de l'enfant a montré tant au niveau national que régional, une inadéquation fréquente du matériel disponible, des formations initiales et continues souvent insuffisantes, et un manque de protocoles spécialisés.

- Renforcer la formation des étudiants inscrits au DESC de médecine d'urgence à la pédiatrie et plus particulièrement à la prise en charge des urgences vitales.
- Partager sur une plateforme informatique régionale, les protocoles utilisés par les pédiatres et urgentistes du CHU, ainsi que les recommandations pour l'équipement (matériel adapté à l'âge, chariot d'urgence spécifique, lits adaptés...) et les locaux.
- Poursuivre et renforcer les rencontres entre les pédiatres urgentistes du CHU et les urgentistes de la région sous forme de journées régionales.
- Mettre en place dans chaque service d'urgence un urgentiste référent pour les urgences pédiatriques, en lien étroit avec le service de pédiatrie de l'établissement ou d'un établissement de recours territorial à défaut.
- Maintenir les formations organisées conjointement par le collège Midi-Pyrénées de Médecine d'urgence et le réseau Maternip sur la prise en charge des nouveaux-nés.

1.3.4 Filière psychiatrie

Si le nombre des patients admis aux urgences et présentant un diagnostic principal « Psychiatrie » est relativement faible, ces situations, nécessitant une réponse adaptée, mobilisent fortement les services.

Les patients qui présentent des signes d'appel psychiatrique, relevant ou non d'une hospitalisation sous contrainte, sous réserve d'un examen somatique préalable en pré-hospitalier, doivent pouvoir être admis directement en milieu psychiatrique, sans passer par les urgences

En complément

SROS

*Le SROS Psychiatrie adulte précise les modalités de prises en charge des personnes présentant des signes d'appel psychiatrique, dans son orientation 1
« Faciliter le diagnostic des pathologies mentales et leur prise en charge précoce » :*

*Cf. 1.2.3 « Eviter les arrivées au service d'urgence par défaut »
et 1.3 « Organiser l'arrivée aux urgences »*

Chaque établissement doté d'un service d'urgence doit organiser la prise en charge de ces urgences en propre ou par convention avec un établissement spécialisé en psychiatrie pour :

- Permettre l'évaluation ou le diagnostic, l'orientation, voire la prise en charge spécifique afin de réaliser une intervention de crise.
- Donner l'accès à une compétence psychiatrique (équipe de secteur psychiatrique, infirmier, médecin psychiatre et cliniques).

Tout service d'urgence doit prendre en charge tout patient « suicidant » (hors détresse vitale et absence de service de réanimation).

Les établissements dotés d'un service d'urgence qui n'exercent pas la mission de service public « prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement » conventionnent avec un établissement exerçant la mission de service public afin d'assurer un transfert de ces patients au plus tard sous 48 heures.

Pour organiser la continuité de prise en charge au mieux dès la sortie de la personne fragilisée lors du retour à domicile notamment lors d'épisodes suicidaires, il revient au service de prendre les contacts nécessaires, en relais avec le médecin traitant.

Si l'état du patient et sa situation familiale le permettent, l'établissement recherche une solution de suivi qui doit être en priorité ambulatoire.

Les COTER « Santé Mentale » et « Urgences » seront missionnés pour établir conjointement un protocole de sortie prenant en compte les étapes du processus de préparation de sortie (contacts préalables, rendez-vous pris avec un psychiatre, transmission rapide du compte-rendu d'hospitalisation au médecin traitant...). Ce document sera communiqué aux services d'urgence de la région en tant que référentiel régional.

Il pourra s'appuyer sur les travaux nationaux de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (« préparation de la sortie du patient »...) et de la Haute Autorité de Santé (« audit de pratiques »...).

1.3.5 Filière gériatrie

Afin de limiter le passage aux urgences des personnes âgées et/ou une hospitalisation complète, les gériatres du court séjour gériatrique sont organisés pour répondre durant la journée aux appels des professionnels du premier recours et des établissements médico-sociaux.

L'accès direct de la personne âgée dans une unité de court séjour adaptée à son état de santé, sur demande d'un médecin est le mode d'entrée à privilégier.

L'admission en hospitalisation donne lieu à un contact préalable entre le médecin prescripteur et le médecin de l'unité du court séjour. Elle peut être programmée.

Orientation

2

Renforcer les relations ville-hôpital

L'objectif est d'infléchir l'afflux de patients dans les services d'urgence.

2.1 Éduquer la population sur l'utilisation du dispositif

Le recours inapproprié aux services des urgences pourrait être limité en :

- organisant des campagnes d'information de la population sur le recours aux services d'urgence et sur l'organisation de la permanence des soins.
- informant les professionnels de santé sur les modalités d'organisation de la permanence de soins.

2.2 Assurer la complémentarité entre les structures d'urgence et les structures de permanence des soins en secteur ambulatoire

Le cahier des charges de la PDSA précise les modalités d'organisation de la permanence des soins (régulation, effectation), notamment les relations entre la régulation libérale et la régulation de l'aide médicale urgente.

Les services d'urgence pourront être amenés, dans certains cas, à prendre le relais de la PDSA en nuit profonde (0 - 8 heures).

2.3 Intervenir précocement pour éviter l'arrivée dans les services d'urgence

Un dispositif entre les professionnels du premier recours et les établissements de santé dans chaque bassin doit être organisé pour permettre, si besoin est, au médecin du premier recours, d'asseoir son diagnostic et d'éviter pour le patient un recours aux urgences inapproprié.

Ce dispositif organisera l'accès en urgence :

- à des avis spécialisés :
 - en psychiatrie par l'accès à une compétence psychiatrique (équipe de secteur psychiatrique, infirmier, médecin psychiatre, et cliniques)

En complément

SROS

Le SROS Psychiatrie Adultes précise dans son orientation 1

« Faciliter le diagnostic des pathologies mentales et leur prise en charge précoce » :

1.2.3 « Éviter les arrivées au service d'urgence par défaut »

Chaque SAMU doit avoir un accès à une compétence psychiatrique par le biais d'une convention entre les médecins régulateurs et les intervenants psychiatriques publics ou libéraux.

- pour la prise en charge spécifique des personnes âgées, dans le cadre des protocoles SAMU/EHPAD
- à des consultations spécialisées non programmées pour l'ensemble des spécialités, afin d'éviter un recours inapproprié aux urgences hospitalières en première intention.
- direct aux plateaux techniques de biologie et d'imagerie médicale en semaine de 8 à 20 heures, en réponse à la demande des médecins généralistes.

2.4

Réorganiser les conditions d'accueil dans les services d'urgence

Des consultations non programmées de médecins généralistes au sein des services d'urgence seront mises en place (filiale pédiatrique, urgences adultes).



Services d'urgence et SMUR

Territoire de santé	Cible		
	SAMU	Services d'urgence dont pédiatrique	SMUR dont pédiatrique
09 - Ariège	1	3	2
12 - Aveyron	1	5	5
31 - Haute-Garonne	1	10	3
32 - Gers	1	2	2
46 - Lot	1	4	4
65 - Hautes-Pyrénées	1	5	4
81 - Tarn	1	5	3
82 - Tarn-et-Garonne	1	3	2



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

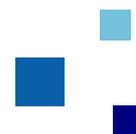
Réanimation, surveillance continue, soins intensifs

2012 / 2017



www.sante.midi-pyrenees.fr

ars
Agence Régionale de Santé
Midi-Pyrénées



Contexte

p. 209

Orientation

1

Adapter l'offre de soins sur les trois niveaux de prise en charge en assurant la couverture territoriale

p. 210

- 1.1 Adapter l'offre de soins en réanimation
- 1.2 Adapter l'offre de soins en surveillance continue (USC)
- 1.3 Adapter l'offre de soins en soins intensifs (SI)
- 1.4 Fluidifier la filière d'aval des soins critiques

Cartographie des implantations existantes

p. 215

Implantations cibles

p. 216

Orientation

2

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

p. 217

- 2.1 Lutter contre les infections nosocomiales
- 2.2 Développer l'évaluation des pratiques professionnelles
- 2.3 Poursuivre et valoriser les démarches d'accompagnement
- 2.4 Développer les prélèvements d'organes et de tissus



Le champ du schéma de réanimation, surveillance continue et soins intensifs couvre la prise en charge des personnes adultes et des enfants. L'offre de soins en réanimation et soins intensifs de néonatalogie est abordée dans le schéma « Périnatalité, santé de la femme et de l'enfant ».

Réanimation

Le taux d'équipement de la région Midi-Pyrénées est de 0,91 lits / 10 000 habitants tout âge confondu, pour un taux national 1,09 lits / 10 000 habitants.

En Midi-Pyrénées, 18 établissements (20 sites géographiques, dont trois au CHU) sont autorisés et assurent une activité de réanimation. Tous les territoires sont couverts.

Globalement, entre 2009 et 2010, il n'est pas observé un accroissement de l'activité de réanimation pour adultes. Le taux d'occupation moyen régional s'élève à 86%. Les unités sont le plus souvent à orientation médico-chirurgicale. La gravité de l'état de santé des patients accueillis est variable d'un établissement à l'autre.

Surveillance continue

Tout établissement disposant d'une unité de réanimation doit avoir mis en place une unité de surveillance continue.

Une unité de surveillance continue peut fonctionner dans un établissement ne disposant pas d'une unité de réanimation : 19 établissements sont dans ce cas de figure.

Soins intensifs

Les unités de soins intensifs en Midi-Pyrénées sont majoritairement liées à l'activité de cardiologie : la région est maillée de :

- 12 unités de soins intensifs cardiologiques (USIC), les territoires de l'Ariège, du Gers et du Lot n'en disposent pas ;
- 10 unités de soins intensifs neurovasculaires (USI-NV) sont en fonctionnement. Le territoire de l'Ariège n'en dispose pas ;
- 2 unités de soins intensifs pneumologiques en Haute-Garonne et en Ariège ;
- 1 unité de soins intensifs néphrologiques en Haute-Garonne ;
- 1 unité de soins intensifs hématologique au CHU ;
- 1 unité de soins intensifs de gastro-entérologie et de chirurgie digestive au CHU.

Pédiatrie

Seul le CHU dispose et assure une prise en charge en pédiatrie : réanimation, surveillance continue et soins intensifs hématologiques.

Le comité technique régional « Chirurgie, anesthésie-réanimation et réanimation médicale » (COTER) a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Orientation

1

Adapter l'offre de soins sur les trois niveaux de prise en charge en assurant la couverture territoriale

1.1 Adapter l'offre de soins en réanimation

Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le retour à des méthodes de suppléance. Cette activité nécessite une permanence médicale et paramédicale à la disposition exclusive de l'unité qui comprend au minimum huit lits. Cette unité est nécessairement individualisée et répond à toutes les conditions techniques suivantes : une zone d'accueil, une zone d'hospitalisation et une zone technique (nettoyage, décontamination et rangement du matériel).

L'autorisation nécessaire ne peut être accordée à un établissement de santé que :

- S'il dispose en hospitalisation complète d'installations de chirurgie ou d'installations de médecine et de chirurgie ;
- S'il comporte au moins une unité de surveillance continue ;
- S'il a mis en place des protocoles précisant les conditions de mutation des patients avec des unités pratiquant des activités de soins intensifs et surveillance continue ;
- S'il est en mesure d'accueillir lui-même les patients dans une unité de soins intensifs, ou de les faire transférer dans un établissement disposant d'une telle unité avec lequel il a passé convention.

La prise en charge dans une unité de réanimation est valorisée par un supplément journalier de réanimation ou de soins intensifs, selon la charge de soins nécessaire.

1.1.1 Assurer une offre de qualité, répartie dans les territoires

Afin de mettre en place une offre de qualité répartie de façon homogène :

- Il doit exister au moins une unité de réanimation par territoire, en plus des unités de réanimation obligatoirement liées aux schémas inter-régionaux d'organisation des soins (SIOS) ;
- L'activité en unité de réanimation doit être en relation avec l'activité globale développée au sein de l'établissement et à son attractivité ;
- L'unité doit disposer d'une équipe médicale et paramédicale dédiée dont les effectifs permettent d'assurer une prise en charge H24.

La médicalisation d'une unité de réanimation repose sur une équipe suffisamment stable composée de médecins titulaires d'un DES d'Anesthésie Réanimation ou d'un DESC de Réanimation, permettant la présence H24 dans l'unité. Lorsqu'un médecin est positionné pour les soins en réanimation, il est strictement dédié à cette activité ce jour là. Une organisation permettant la continuité des prises en charge sur la semaine est favorisée. L'activité non exclusive en réanimation des praticiens est encouragée, leur permettant d'alterner un exercice en réanimation et l'exercice de leur discipline de DES dans d'autres unités de l'établissement.

Au vu de ces éléments associés à une démographie professionnelle défavorable, le regroupement des unités de réanimation permettra la constitution d'équipes étoffées et spécialisées, garanties d'une prise en charge de qualité et de sécurité.

Selon la Société française d'anesthésie et de réanimation, une unité de réanimation de huit lits devrait avoir un taux d'occupation moyen de l'ordre de 80%. De plus, l'ARS considère qu'au moins 75% de l'activité devrait être conforme à ce qui est attendu médicalement, c'est-à-dire permettre la facturation du supplément de réanimation (REA*). Ces deux critères seront pris en compte pour instruire les dossiers d'autorisation des établissements.

Taux d'occupation et activité en réanimation (journées)

	2010		2011	
	Taux d'occupation de l'unité	Pourcentage d'activité REA*	Taux d'occupation de l'unité	Pourcentage d'activité REA*
CHIVA	86%	87%	83%	87%
CH DE RODEZ	72%	79%	73%	78%
CI PASTEUR	103%	87%	111%	88%
CI DE L'UNION	83%	79%	92%	83%
POLYCLINIQUE DU PARC	85%	94%	77%	88%
CH SAINT-GAUDENS	61%	73%	71%	85%
CI DES CEDRES	113%	91%	99%	88%
CHU DE TOULOUSE	89%	91%	91%	96%
CI D'OCCITANIE	89%	38%	101%	63%
CH D'AUCH	80%	84%	80%	81%
CH CAHORS	69%	77%	67%	91%
CH LOURDES	67%	88%	75%	86%
CHIC TARBES-VIC	82%	79%	88%	87%
CI CLAUDE BERNARD	82%	63%	78%	61%
CH D'ALBI	75%	73%	82%	80%
CHIC CASTRES-MAZAMET	61%	95%	59%	90%
CH MONTAUBAN	98%	97%	87%	96%
CI DU PONT DE CHAUMES	85%	85%	90%	90%
Région MIDI-PYRENEES	91%	84%	88%	88%

Source : PMSI MCO 2010, 2011

*Activité qui engendre la facturation d'un supplément journalier de réanimation.

1.1.2 Une offre pédiatrique de recours

L'offre actuelle présente au CHU couvre les besoins régionaux.

1.1.3 S'appuyer sur le dispositif régional de régulation

Chaque établissement titulaire de l'autorisation doit en temps réel fournir les données concernant la disponibilité des lits de réanimation, pour assurer au SAMU une lisibilité de l'offre, au moyen du serveur régional des urgences.

1.2 Adapter l'offre de soins en surveillance continue (USC)

L'activité de surveillance continue est pratiquée dans les établissements de santé et organisée pour prendre en charge des malades qui le nécessitent, en raison de la gravité de leur état ou du traitement qui leur est appliqué (observation clinique et biologique répétée et méthodique).

Lorsqu'il existe une unité de réanimation dans l'établissement, les capacités d'USC sont au moins égales à la moitié des capacités de l'unité de réanimation. Ces deux types d'unités sont situées à proximité. Cette proximité favorise l'adéquation entre état de santé et besoins en soins.

L'unité de surveillance continue peut fonctionner dans un établissement de santé ne disposant pas d'unité de réanimation, ni d'unité de soins intensifs, s'il a conclu une convention précisant les conditions de transfert des patients avec des établissements disposant d'une unité de réanimation ou de soins intensifs.

Au terme des recommandations de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) et du cahier des charges régional relatif aux USC (Cf. partie 1.2.3) la capacité minimale de l'USC ne saurait être inférieure à 4 lits.

Cette activité fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle inscrite au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement.

1.2.1 Critères d'implantation

Tout service de réanimation doit disposer à proximité d'une USC.

Dans les établissements ne disposant pas d'une unité de réanimation, l'USC doit répondre globalement aux besoins des unités d'accueil des urgences et d'hospitalisation ainsi que du bloc opératoire.

Il convient de regrouper les lits de surveillance continue dans une même unité au sein d'un même établissement.

1.2.2 Identifier le responsable garant de la coordination de la prise en charge médicale

Lorsque l'USC est située à proximité du service de réanimation, il est souhaitable que les médecins réanimateurs en assurent la responsabilité. Dans le cas contraire, un responsable médical doit être désigné, le fonctionnement est précisé par écrit.

1.2.3 Actualiser le cahier des charges régional

Le COTER émettra des propositions permettant à l'ARS d'actualiser le cahier des charges précédemment élaboré et utilisé lors des procédures de reconnaissance contractuelle, notamment les critères concernant le taux d'encadrement et la continuité des soins. Les demandes de reconnaissance s'appuieront sur ce cahier des charges. L'agence s'assurera de l'efficacité économique des critères du cahier des charges.

1.3 Adapter l'offre de soins en soins intensifs (SI)

L'activité de soins intensifs est pratiquée dans les établissements de santé et organisée pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités, et mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital, et impliquant le recours à une méthode de suppléance.

Le fonctionnement de l'unité permet l'accueil des patients et leur prise en charge H24.

L'activité de soins intensifs fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle inscrite au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement.

Pour chaque type de SI, des professionnels qualifiés dans la discipline assurent la permanence médicale, en lien avec les plateaux techniques de spécialité. Les SI étant liés à une spécialité d'organe, ils ne peuvent se concevoir a priori que dans des établissements disposant d'un service étoffé dans la spécialité concernée et de moyens humains suffisants pour assurer la permanence médicale nécessaire.

- L'Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC), de 6 lits minimum, dispose d'un plateau technique permettant la mise en œuvre de techniques spécifiques, de dispositifs médicaux spécialisés. Les conditions de fonctionnement propres à l'USIC font l'objet de conditions réglementaires particulières. L'USIC est préférentiellement adossée au plateau technique interventionnel en cardiologie.
- Le SI de neurologie fait partie du dispositif de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Toute unité neuro-vasculaire (UNV) doit disposer d'une unité de SI neuro-vasculaire de 4 lits minimum, selon les recommandations de la Société Française Neuro-Vasculaire (SFNV). L'équipe médicale et paramédicale doit être formée en neurologie vasculaire. L'unité doit pouvoir accueillir et prendre en charge H24, les patients suspects de pathologie neurovasculaire aiguë récente et ne relevant pas a priori d'un traitement chirurgical. Chaque territoire sera doté d'au moins une UNV. L'ARS soutiendra toute initiative visant à un regroupement de cette activité quand il existe plusieurs unités dans un même bassin de santé.

Le COTER « Risques vasculaires / AVC » fera une proposition à l'ARS de cahier des charges relatif au fonctionnement des unités, à partir des recommandations élaborées par la SFNV.

- SI de pneumologie : Les professionnels recommandent la possibilité d'accueillir des malades ventilés plus de 24H en l'absence de toute autre détresse associée. Les deux unités existantes couvrent le besoin régional. L'organisation est basée sur :
 - une équipe de pneumologues assurant la continuité des soins ;
 - une équipe soignante : un infirmier et une aide soignante pour six patients H24 ;
 - un kinésithérapeute spécialisé disponible la semaine, en astreinte les dimanches/nuits/jours fériés.
- SI de néphrologie : L'organisation actuelle des soins critiques de néphrologie répond au besoin régional.
- SI de Gastro-entérologie et chirurgie digestive : Le projet d'un pôle digestif au niveau d'un seul site au CHU regroupant les unités de gastro-entérologie et de chirurgie digestive va permettre d'organiser une filière médico-chirurgicale comprenant des soins intensifs et de la surveillance continue. Ce pôle sera en lien avec l'unité de transplantation située sur le même site.

1.4 Fluidifier la filière d'aval des soins critiques

Les dispositifs doivent être en synergie constante de manière à ce que l'utilisation des lits soit ajustée à l'état clinique du patient et que le transfert du patient ne relevant plus de réanimation soit assuré.

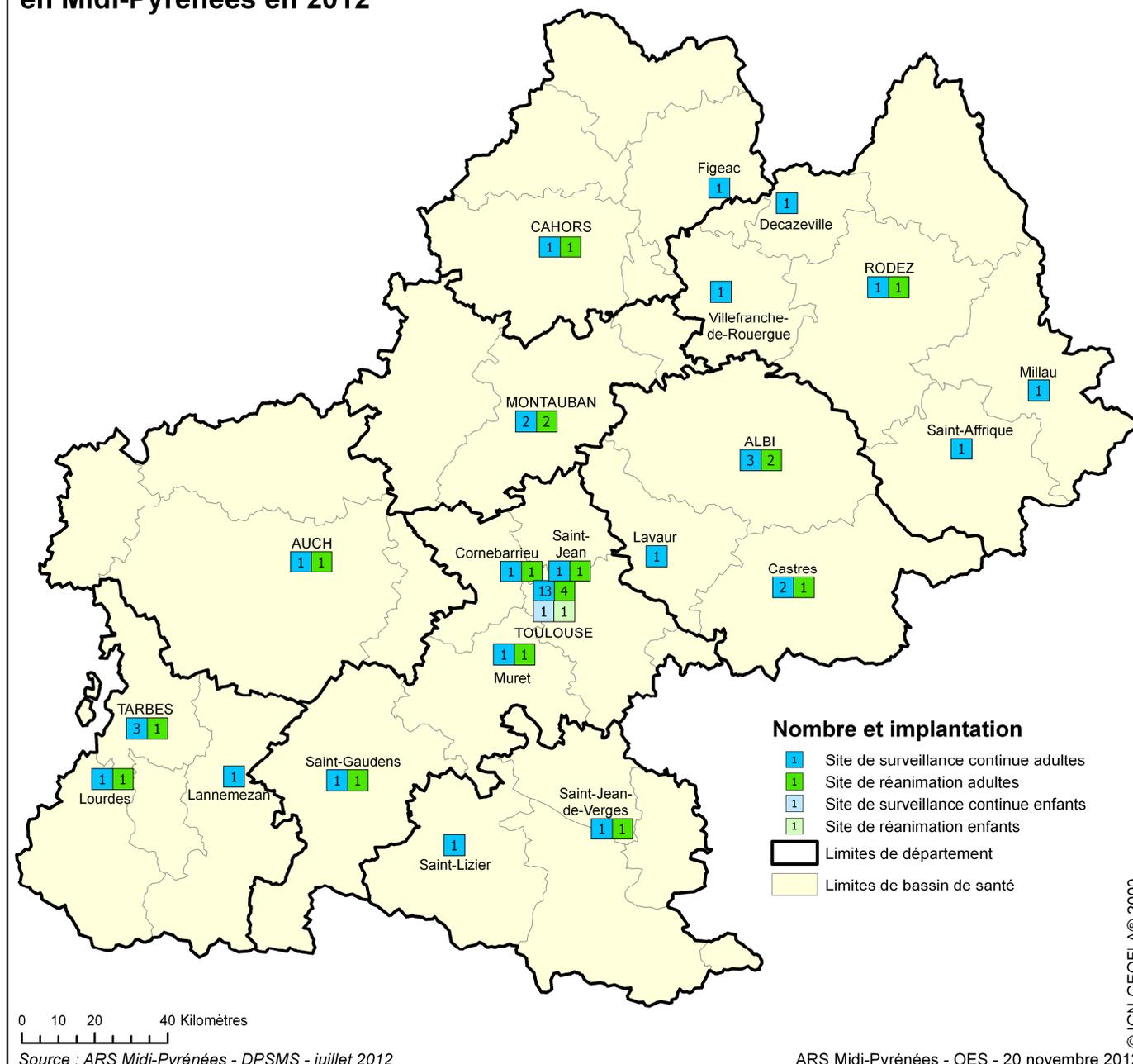
Pour faciliter le transfert des patients ne relevant plus de la réanimation vers les services ou établissements adéquats, l'ARS veillera à l'existence de procédures internes ou de conventions avec d'autres établissements.

Concernant la prise en charge des Etats végétatifs chroniques - Etats pauci-relationnels (EVC-EPR) et lits d'éveil de comas, la réponse aux besoins en soins de suite et de réadaptation a été assurée par le doublement de la capacité d'accueil au cours des dernières années (76 lits à ce jour).

Les partenariats entre les unités de réanimation et ces SSR reconnus doivent être renforcés, afin de fluidifier le parcours de ces patients.



Les sites de réanimation et de surveillance continue autorisés en Midi-Pyrénées en 2012





Autorisations de réanimation

Sites de réanimation pour adultes

Territoires de santé	Implantations cibles Réanimation
Ariège	1
Aveyron	1
Haute-Garonne	Borne basse 8 Borne haute 9
Gers	1
Lot	1
Hautes-Pyrénées	Borne basse 1 Borne haute 2
Tarn	Borne basse 2 Borne haute 3
Tarn-et-Garonne	2

En Haute-Garonne, la borne haute tient compte d'une éventuelle implantation à l'Institut universitaire du cancer.

Site de réanimation pédiatrique

Territoire de santé	Implantations cibles Réanimation pédiatrique
Haute-Garonne	1

Orientation

2

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

2.1 Lutter contre les infections nosocomiales

Le risque d'infections nosocomiales est particulièrement élevé en réanimation, du fait de la fragilité des patients et de l'agressivité des techniques utilisées.

Pour conforter la dynamique de prévention des infections nosocomiales, il est nécessaire que dans chaque établissement, les équipes du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et les équipes opérationnelles d'hygiène s'organisent afin :

- D'assurer un suivi régulier : surveillance et traitement ;
- D'utiliser les protocoles d'hygiène en vigueur.

L'autorisation de réanimation et/ou la reconnaissance contractuelle de SI ou de SC seront conditionnées à la participation au recueil annuel d'informations du réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN).

2.2 Développer l'évaluation des pratiques professionnelles

Chaque service doit organiser des réunions pluridisciplinaires régulières de revues de dossiers afin de favoriser le partage de la décision thérapeutique.

Chaque service doit mettre en place une surveillance protocolisée des événements indésirables graves reposant sur des démarches préventives et des retours d'expérience.

2.3 Poursuivre et valoriser les démarches d'accompagnement

Dans le domaine de la réanimation, les préoccupations éthiques sont permanentes et recouvrent de multiples aspects allant de la relation médecin/malade ou médecin/famille lorsque le patient n'est pas en état de décider pour lui-même, à la problématique des traitements devenus vains avec dans ce cas, la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives.

Les services de réanimation s'appuieront sur les équipes mobiles de soins palliatifs pour l'accompagnement des patients en fin de vie.

Les sociétés savantes par l'intermédiaire de leur commission d'éthique participent activement à cette réflexion.

Sans entrer dans les aspects philosophiques, religieux ou humanistes que sous-tendent ces problématiques, les recommandations élaborées par la SFAR et la SRLF, le Département de recherche en éthique/Université de Paris Sud proposent, en aide aux équipes de réanimation, un processus de réflexion ou de décision, une diffusion des savoirs, des acquis et des expériences innovantes dans les domaines de l'éthique hospitalière et du soin.

Les établissements disposant d'une autorisation de réanimation s'engagent à :

- Respecter la conférence de consensus 2009, « mieux vivre la réanimation » ;
- Développer la formation des soignants sur une approche psychologique des patients, des familles dans la prise en charge de la douleur, de la fin de vie, de l'accès aux soins palliatifs ;
- Développer le soutien psychologique des soignants.

2.4 Développer les prélèvements d'organes et de tissus

Tout établissement de santé disposant d'un service de réanimation doit s'inscrire dans le réseau régional « Capitoile » par l'intermédiaire de la Coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus (CHPOT) de son établissement, si elle existe, ou par l'intermédiaire d'un sous-réseau départemental.

Une relation de travail quotidienne doit être instaurée avec la CHPOT et le service de réanimation de l'établissement, entre la CHPOT et les réanimations du sous réseau départemental, permettant de faciliter l'accès de la CHPOT dans les services de réanimation, et d'assurer au mieux l'accueil et la prise en charge des proches, dès l'annonce de la mort encéphalique.

L'engagement des établissements et des équipes est à rechercher par :

- La participation de tout établissement ayant une autorisation de prélèvement au programme Cristal-Action de recensement des donneurs potentiels, ainsi que celle des établissements souhaitant créer une CHPOT ;
- L'affectation de personnel dédié à l'activité de coordination ;
- La formation des professionnels de santé concernés (urgences, réanimation, soins intensifs) à l'élargissement des critères d'éligibilité au don y compris les donneurs âgés ;
- La généralisation des autorisations de prélèvements d'organes et/ou de tissus à tous les établissements autorisés en réanimation en fonction des évaluations Cristal Action (actuellement 11 sur 19).



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

Midi-Pyrénées

Traitement de l'insuffisance rénale chronique

2012 / 2017



Contexte

p. 223

Orientation

1

Prévenir l'apparition de la maladie par un dépistage précoce

p. 225

- 1.1 Dépister le plus tôt possible
- 1.2 Retarder l'entrée dans les stades sévère et terminal

Orientation

2

Faciliter l'accès à la transplantation rénale

p. 226

- 2.1 Augmenter l'activité de prélèvement sur les personnes décédées
- 2.2 Aider au développement des greffes à partir de donneurs vivants

Orientation

3

Assurer l'adéquation de la prise en charge des dialysés

p. 228

- 3.1 Évaluer l'adéquation des modes de prises en charge
- 3.2 Rendre la technique de la dialyse péritonéale accessible dans tous les territoires de santé

Orientation

4

Garantir une offre de soins graduée

p. 230

- 4.1 Identifier un plateau technique et une équipe de spécialité dans chaque territoire
- 4.2 Garantir l'accès au niveau de recours

Cartographie des implantations existantes

p. 232

Implantations cibles

p. 233



L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), stade ultime de l'altération de la fonction rénale, concernait en Midi-Pyrénées 2862 patients au 31/12/2009 dont 1269 porteurs de greffons et 1593 dialysés.

Hormis quelques cas où le premier traitement de suppléance est la greffe (greffe préemptive), le traitement de première intention est l'épuration extra rénale dont les deux techniques principales sont l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

En France on assiste à une augmentation continue de l'incidence et de la prévalence de l'IRC.

La situation épidémiologique régionale, plutôt favorable, se caractérise par :

- Une prévalence globale brute qui augmente régulièrement mais dont le taux devient inférieur de 8% au taux de la France métropolitaine.
- Un taux de prévalence standardisée de l'IRC traitée par dialyse légèrement décroissant depuis 5 ans, alors qu'il a augmenté de 11 % sur le plan national.
- Une incidence relativement stable depuis 5 ans.
- Un âge médian des patients à l'initiation du traitement, plutôt élevé (74.7 ans versus 70.2 ans pour l'ensemble des régions).
- Un nombre croissant de patients très âgés, plus de 85 ans, pris en charge en dialyse.

Les principales caractéristiques de prise en charge de l'IRC en Midi-Pyrénées sont les suivantes :

- Une prise en charge de qualité : la proportion de personnes ayant débuté la dialyse en urgence est de 16 % alors qu'elle peut aller jusqu'à 49 % dans d'autres régions.
- Une bonne répartition des lieux de prise en charge (64 au total) sur tous les territoires avec une proportion satisfaisante de dialyse hors centre (39%). Cette dialyse hors centre s'appuie essentiellement sur des unités d'autodialyse (UAD) et pour une faible part, sur des unités de dialyse médicalisées (UDM), autour de 2%.
- Une proportion de dialyse péritonéale (DP) inférieure de moitié aux taux nationaux (la seconde plus basse de France) : 2,1 % en DP versus 3,8 % pour l'ensemble des autres régions.
Parmi les malades incidents : 7 par million d'habitants (pmh) en DP versus 16 pmh France entière.
Parmi les malades prévalents : 21 pmh en DP versus 41 pmh France entière.
- Une durée médiane d'attente (sur liste) avant greffe de 20,8 mois en Midi-Pyrénées versus 18,9 mois en moyenne française.
- Une activité de prélèvement plus faible que la moyenne nationale et une proportion de patients greffés légèrement plus faible que dans les autres régions.
- Une densité de néphrologues identique au plan national (2,1) avec cependant des zones de fragilité dans certains territoires.
- Un nombre total de greffes de rein de 141 en 2010 (320 inscrits en moyenne sur la liste d'attente) : 44,3% des patients en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) sont greffés en Midi-Pyrénées pour 46,5% au niveau national.

Le dépistage précoce est peu développé dans la population générale et même dans la population à risque élevé (diabétiques).

L'IRC est une des 10 priorités du Plan national de gestion du risque, articulé autour de trois orientations : dépistage, développement de la dialyse péritonéale, développement des greffes. Celles-ci correspondent parfaitement aux priorités de la région.

Le comité technique régional « Maladies chroniques - IRC » (COTER) a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Traitement de l'insuffisance rénale chronique

Orientation

1

Prévenir l'apparition de la maladie par un dépistage précoce

L'objectif est d'agir en amont pour réduire le nombre de cas incidents d'insuffisance rénale chronique.

1.1 Dépister le plus tôt possible

Le dépistage de l'insuffisance rénale chronique s'intègre dans la démarche générale de dépistage des maladies chroniques (cf. *SROS Médecine*). A ce titre des actions seront conduites dans chaque bassin de santé, les professionnels du premier recours en seront les porteurs. Le Programme pluriannuel régional de gestion du risque définit par ailleurs des axes d'amélioration spécifiques à l'IRC.

En particulier, les médecins du premier recours seront à nouveau sensibilisés à la réalisation des examens biologiques de dépistage (micro-albuminurie et créatininémie) des personnes à risque d'IRC : diabétiques, hypertendus, patients ayant des antécédents de néphropathies...

Les laboratoires de biologie médicale seront sensibilisés à la nécessité de prévenir professionnels et patients lors d'anomalies sur tout bilan, en particulier rénal.

Suivi :

- Les actions de gestion du risque sont mises en œuvre par les organismes d'Assurance maladie (les médecins conseils, les délégués de l'Assurance maladie). L'ARS relaie l'information et les supports par ses canaux de communication auprès des professionnels et s'assure de leur déploiement effectif.
- La démarche générale de dépistage sera promue dans le cadre des projets d'animation des bassins de santé.

1.2 Retarder l'entrée dans les stades sévère et terminal

Il s'agit de ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique dès son stade initial.

Le Comité technique régional (COTER) « Maladies chroniques – IRC » émettra des propositions permettant à l'ARS l'élaboration de supports et d'une stratégie de diffusion en direction des médecins. Ces supports, conçus en concertation avec les médecins-traitants, ont pour objectif une meilleure appropriation des recommandations en particulier celles concernant la néphrotoxicité potentielle des médicaments chez la personne âgée. Ce thème devra être intégré à la formation médicale continue des médecins.

Traitement de l'insuffisance rénale chronique

Orientation

2

Faciliter l'accès à la transplantation rénale

L'objectif est d'augmenter le taux de transplantation pour une meilleure prise en charge, au regard de la qualité de vie et des coûts.

Cette activité est organisée dans le cadre d'un schéma interrégional (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées). Elle est implantée au CHU et partagée entre l'équipe de l'unité de transplantation d'organes et l'ensemble des équipes de néphrologie de la région, pour la préparation des patients à la greffe et leur suivi. En 2010, 60% des greffons ont été prélevés hors région Midi-Pyrénées.

2.1 Augmenter l'activité de prélèvement sur les personnes décédées

Malgré son degré actuel encore faible d'acceptabilité culturelle et sociale, à la fois des soignants et des patients, ce type de prélèvement est à développer.

Le rôle d'animation régionale de l'équipe de coordination régionale du CHU est à renforcer par :

- La mise en œuvre de réunions périodiques entre les équipes des établissements préleveurs et le CHU,
- La sensibilisation des soignants et la formation professionnelle des médecins et de l'encadrement,
- Le maintien de l'appui de l'équipe du CHU pour les prélèvements hors de son site.

L'engagement des établissements et des équipes est à rechercher par :

- La participation de tout établissement ayant une autorisation de prélèvement au programme « Cristal-action », permettant d'améliorer le recensement des donneurs potentiels,
- Une formation des professionnels de santé concernés à l'élargissement des donneurs potentiels (sujets âgés).

Ces actions seront inscrites dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements.

Les prélèvements sur donneurs vivants devront être développés pour passer de 7% des greffés (10 patients en 2010) à un taux cible (international) de 25% (40 patients) :

- En sensibilisant les patients et les professionnels de santé sur les possibilités offertes par la nouvelle réglementation concernant les donneurs vivants (dons croisés, élargissement du cercle des donneurs),
- En assurant un accompagnement psychologique du receveur, du donneur et des membres de la famille au cours de la phase d'évaluation et au long cours après la greffe,
- En assurant la prise en charge financière, au sein du CHU, du conditionnement de certains types de greffe (ABO incompatible ou en cas d'immunisation anti-HLA spécifique du donneur).

Implantations des établissements autorisés à prélever :

- Il existe actuellement au moins un site autorisé par territoire pour le prélèvement d'organes situé généralement au centre hospitalier chef lieu de département.
- L'implantation de nouveaux sites pourrait être envisagée dans le Schéma interrégional de l'organisation des soins (SIOS), en fonction de l'évaluation proposée par l'Agence de la biomédecine dans le cadre du développement du programme « Cristal-action ».

Orientation

3

Assurer l'adéquation de la prise en charge des dialysés

L'objectif est d'assurer une prise en charge adéquate dans des situations spécifiques, et l'accès à toutes les techniques de traitement.

3.1 Évaluer l'adéquation des modes de prises en charge

Les équipes médicales évalueront l'opportunité des prises en charge en hémodialyse au profit de la dialyse péritonéale, en particulier pour :

- Les personnes âgées de plus de 85 ans avec co-morbidités,
- Les personnes résidant à plus de 45 minutes de leur lieu de dialyse.

3.2 Rendre la technique de la dialyse péritonéale accessible dans tous les territoires de santé

La dialyse péritonéale doit être une technique proposée à tout patient devant bénéficier d'une dialyse. Le taux de patients pris en charge par cette technique dans la région sera porté à 7% des patients dialysés en 2013.

Tous les patients doivent disposer d'une information complète sur les deux techniques de prise en charge (hémodialyse et dialyse péritonéale) avec une présentation des bénéfices et des risques relatifs à chacune d'elles.

La formation initiale et continue des néphrologues et des infirmiers (IDE) à cette technique sera adaptée par la réalisation de stages dans les centres pratiquant la dialyse péritonéale.

Au sein des établissements :

- Toute équipe pratiquant la dialyse doit être en mesure de proposer au patient une prise en charge en dialyse péritonéale à domicile avec initiation et suivi au sein de son établissement ou par convention avec un autre établissement. Cet élément conditionnera l'autorisation d'activité.
- Tous les établissements de santé autorisés nommeront un médecin responsable et affecteront à cette activité au moins un temps plein d'IDE, conformément à la réglementation, afin de garantir le développement de cette activité.

Pour faciliter le suivi des patients, une mutualisation régionale des astreintes téléphoniques paramédicales pourra être mise en place ainsi que des expériences de télésurveillance et de télé-expertise.

Dans chaque territoire de santé, les centres autorisés devront passer convention avec au moins un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR) afin d'y assurer la continuité de la prise en charge. Le SSR sera de préférence situé à proximité du centre pour faciliter les liens entre professionnels de santé.

Les centres ont aussi pour mission de développer la dialyse péritonéale pour les personnes âgées. Les infirmières libérales spécialisées en dialyse péritonéale qui assurent la prise en charge des patients à domicile peuvent dorénavant la réaliser en EHPAD. Les équipes pratiquant la dialyse assureront une sensibilisation et une formation des personnels de l'EHPAD concerné, pour permettre de lever les freins dans l'établissement, et permettre ainsi l'accès à cette technique.

Ces actions seront mises en œuvre en application du Programme pluriannuel régional de gestion du risque.

Traitement de l'insuffisance rénale chronique

Orientation

4

Garantir une offre de soins graduée

L'offre de soins s'est organisée en Midi-Pyrénées autour des centres d'hémodialyse : il en existe au moins un par territoire. Par ailleurs, 47 unités d'autodialyse assurent le maillage des 8 territoires de santé.

L'objectif est d'assurer une prise en charge diversifiée de qualité et sécurisée.

4.1 Identifier un plateau technique et une équipe de spécialité dans chaque territoire

Le plateau technique comprend une unité de néphrologie en centre et, en interne ou par convention, des unités de dialyse hors centre, assurant ainsi la totalité des modes de prise en charge.

Les équipements dans les unités de néphrologie des plateaux techniques de la spécialité seront mis en adéquation avec les besoins de la patientèle, présents et futurs.

Les unités concernées doivent disposer (au minimum) :

- D'un centre d'hémodialyse d'au moins 12 postes,
- D'une unité de dialyse péritonéale ou d'une convention avec un autre établissement pratiquant la DP,
- D'une unité de consultation et d'un accès à des lits d'hospitalisation de jour,
- De 12 lits d'hospitalisation complète, intégrés ou non à une unité plus large,
- D'un secrétariat spécifique.

Une équipe médicale suffisante assurera :

- Le fonctionnement du centre d'hémodialyse (centre lourd),
- La dialyse péritonéale,
- L'hospitalisation,
- Des consultations dans la spécialité et les spécialités connexes,
- Une astreinte H24.

L'équipe médicale s'appuiera sur les relais des établissements de bassin de santé de proximité pour y réaliser des consultations avancées de spécialistes soit directes soit par le biais de la télé-médecine, pour sensibiliser au dépistage et assurer le suivi des patients insuffisants rénaux chroniques.

La dialyse hors centre se caractérise par des unités d'autodialyse (UAD) et des unités de dialyse médicalisées (UDM), soumises chacune à autorisation d'activité.

Le maillage du territoire est constitué de 47 unités d'auto-dialyse (UAD).

Tous les bassins de santé doivent disposer d'au moins une UAD. Quatre unités seront créées pour atteindre cet objectif : en priorité dans les bassins de santé d'Espalion et de L'Isle-Jourdain et dans un second temps dans les bassins de santé de St Céré et de St Affrique. Une unité supplémentaire pourra être créée dans le bassin de santé de Lavarut pour accompagner la croissance démographique.

Les unités de dialyse médicalisée (UDM) permettent de répondre à un besoin de médicalisation des prises en charge due essentiellement au vieillissement des patients porteurs de pathologies lourdes associées, et de différer les prises en charge en centre lourd. La région comporte peu d'unités de dialyse médicalisées, 6 au total dont 4 en Haute-Garonne. Le développement de telles unités, essentiellement adossées aux UAD dans le cadre d'unités mixtes, est nécessaire si l'on considère la typologie des insuffisants rénaux terminaux incidents. Pour améliorer l'accessibilité des patients dans chaque territoire où le besoin est identifié, la création de nouvelles unités, à type d'unité mixte UAD-UDM peut être envisagée d'ores et déjà dans l'Ariège, le Gers, l'Aveyron et le Lot. Le développement visera, pour la période du SROS, à l'implantation d'au moins une UDM (mixte ou non) par territoire, le suivi médical pouvant être assuré le cas échéant par le biais de la télé-médecine.

Une équipe territoriale de spécialité sera identifiée pour répondre aux missions suivantes :

- Garantir une réponse aux besoins de la population, en assurant une offre diversifiée,
- Garantir la continuité, la qualité et la sécurité des soins, en mutualisant les ressources humaines, élément facilitateur des conditions d'exercice,
- Assurer une dynamique favorisant le maintien des compétences et le recrutement de nouveaux professionnels.

Elle assurera également en lien avec le CHU, le suivi partagé des transplantés rénaux, le suivi partagé des néphropathies complexes, l'organisation de staffs communs (télé-médecine), la formation continue et la recherche clinique.

L'équipe territoriale élabore et met en œuvre le projet médical de spécialité. Ce projet définit :

- Les modalités de réalisation de l'activité (conditions d'ouverture, continuité des soins, PDES),
- Les conditions d'organisation : coopérations entre professionnels et structures,
- Les conditions pour faciliter cette mise en œuvre (formations...).

A l'exception de la Haute-Garonne, une seule équipe est constituée dans chaque territoire.

4.2 Garantir l'accès au niveau de recours

Le niveau de recours spécialisé (régional et/ou inter-territorial) concerne :

- La transplantation rénale (niveau régional),
- Les maladies rénales rares (centre de référence),
- Les maladies générales : vascularites, maladies auto-immunes (centre de compétence),
- La réanimation spécialisée,
- Les traitements spécifiques notamment les nouvelles techniques d'épuration plasmatique (plasmaphérèse – immunoadsorption),
- La prise en charge coordonnée de certaines néphropathies en particulier : néphropathies glomérulaires complexes qui nécessitent une expertise anatomo-pathologique.

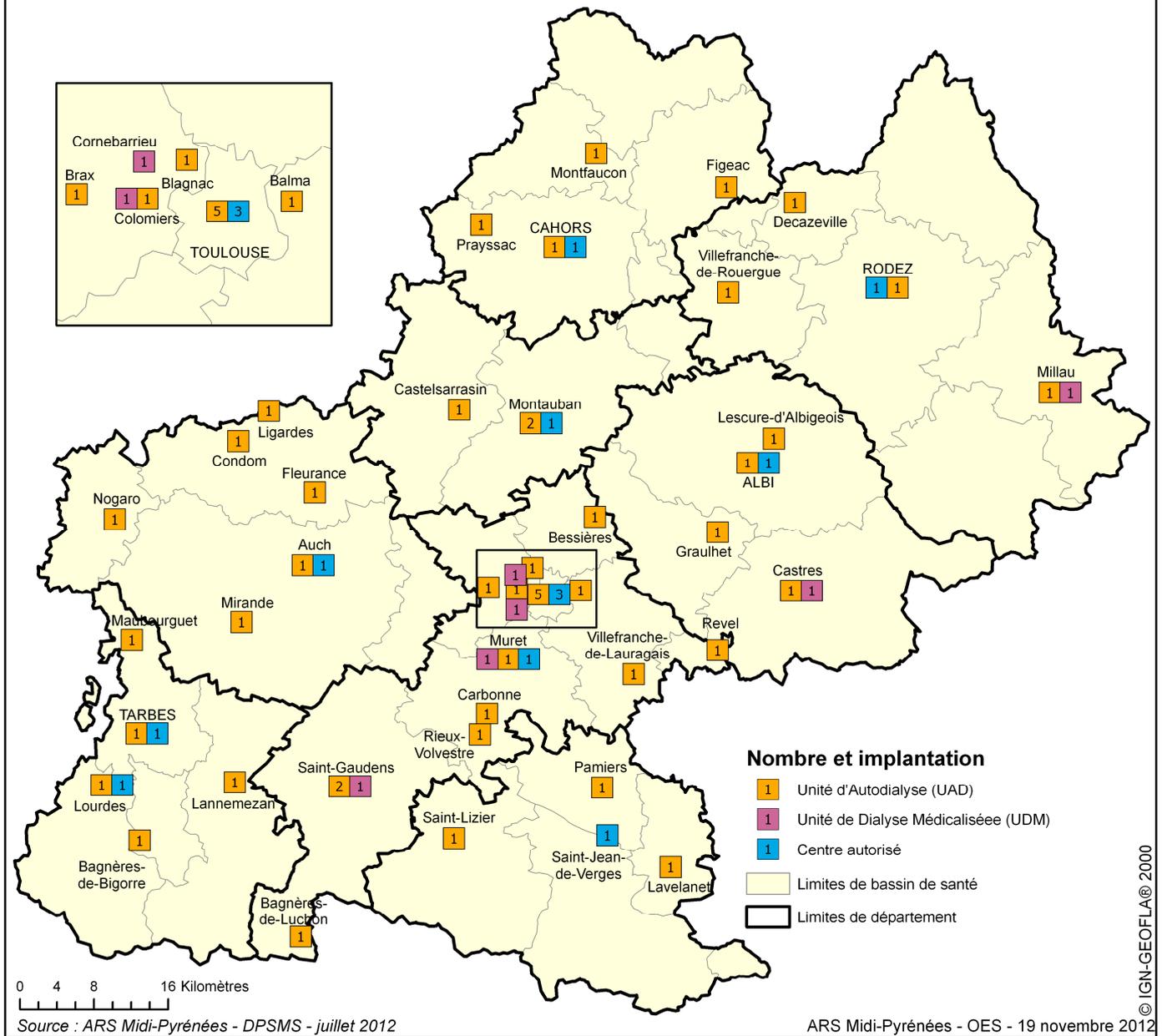
Le niveau régional est garant de la formation continue réalisée notamment dans le cadre de l'Association des néphrologues de Midi-Pyrénées (ANMP) qui réunit deux fois par an l'ensemble des néphrologues de la région, publics ou libéraux.

Il développe la recherche clinique.

Il développe des moyens d'échanges et les nouvelles technologies de communication (en particulier la télé-médecine) qui sont à promouvoir avec les UDM et UAD mais aussi comme lien fonctionnel entre les néphrologues de la région. L'insuffisance rénale chronique est une maladie évolutive qui entraîne des prises en charge sur de longues années, en plusieurs temps, ce qui rend d'autant plus nécessaire la création d'un dossier partagé informatisé spécifique et interopérable avec le dossier médical personnel (DMP).



**La prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC)
en Midi-Pyrénées en 2012 : implantation des sites autorisés**





Implantations cibles des sites de dialyse rénale adultes :

Territoire d'implantation	Cible Centre Adulte	Cible UAD	Cible UDM
09 - Ariège	1	3	1
12 - Aveyron	1	6	3
31 - Haute-Garonne	4	18	Borne basse 4 Borne haute 6
32 - Gers	1	7	1
46 - Lot	1	5	1
65 - Hautes-Pyrénées	2	5	Borne basse 0 Borne haute 1
81 - Tarn	1	Borne basse 4 Borne haute 5	1
82 - Tarn-et-Garonne	1	3	Borne basse 0 Borne haute 1

Le Centre de dialyse « Enfants » du CHU est maintenu.



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

Midi-Pyrénées

Prise en charge des personnes atteintes de cancer

2012 / 2017



Contexte

p. 237

Orientation

1

Améliorer le parcours de soins et la qualité de vie des patients

p. 238

- 1.1 Généraliser la mise en œuvre des mesures améliorant la qualité des prises en charge
- 1.2 Assurer la continuité de la prise en charge
- 1.3 Garantir l'accès aux soins de support dans chaque territoire
- 1.4 Anticiper et accompagner l'après cancer

Orientation

2

Permettre l'accès au traitement adapté

p. 242

- 2.1 Conforter le maillage territorial des établissements autorisés
- 2.2 Proposer dès que c'est possible l'administration des traitements anti-cancéreux à domicile ou au plus proche du domicile
- 2.3 Garantir l'accès aux ressources de recours

Répartition des implantations existantes

p. 245

Implantations cibles

p. 246



La prise en charge des patients atteints de cancer a déjà bénéficié de deux plans de santé publique et fait l'objet depuis plusieurs années dans la région, d'actions et de programmes concertés avec les professionnels.

Au niveau épidémiologique, la région Midi-Pyrénées bénéficie d'un contexte plus favorable que d'autres régions. Cependant, le vieillissement marqué de sa population induit une augmentation de l'incidence de la pathologie.

L'offre régionale est déjà bien structurée : le régime des autorisations auquel sont soumis les établissements prenant en charge les patients atteints de cancer a permis d'asseoir le maillage régional. Le réseau régional Oncomip labellisé par l'Institut national du cancer (INCa) assure les missions de coordination et d'amélioration de la qualité des soins. Le centre de référence pédiatrique structure l'organisation régionale de la prise en charge des enfants et assume son rôle inter-régional.

Le comité technique régional « Cancérologie, douleur et soins palliatifs » (COTER) a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Prise en charge des personnes atteintes de cancer

Orientation

1

Améliorer les parcours de soins et la qualité de vie des patients

1.1 Généraliser la mise en œuvre des mesures améliorant la qualité des prises en charge

1.1.1 Vérifier la mise en place du dispositif d'annonce

Le dispositif d'annonce est un acquis du premier plan cancer, dont le déploiement a fait l'objet d'accompagnements tant méthodologique et organisationnel que financier.

Afin de s'assurer que l'ensemble des patients en bénéficient, le dispositif doit être formalisé et opérationnel dans tous les établissements autorisés.

1.1.2 Promouvoir la pluridisciplinarité

La présentation du dossier en Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est obligatoire pour tout nouveau cancer diagnostiqué. Elle doit faire l'objet d'un enregistrement dans le Dossier communicant de cancérologie (DCC) d'Oncomip.

Les praticiens prenant en charge des patients atteints de cancer doivent participer régulièrement aux réunions de concertation pluridisciplinaire qui concernent leurs patients. Les Centres de coordination en cancérologie (3C) sont chargés de suivre la réalité de cette disposition.

1.1.3 Proposer à tous les patients une prise en charge personnalisée

La mesure 18 du plan Cancer 2009-2013 indique qu'au moins 80 % des patients doivent bénéficier d'un programme personnalisé de soins (PPS). La remise de ce document, en particulier pour le primo-traitement, doit être tracée dans le dossier du patient, et/ou dans le dossier communicant en cancérologie développé par Oncomip.

Les établissements autorisés doivent proposer, dans le cadre du CPOM, un calendrier de montée en charge pour atteindre l'objectif de 80 % de patients bénéficiant d'un PPS à l'issue du SROS.

1.1.4 Améliorer la prise en charge des personnes âgées en développant l'oncogériatrie

Près de 22% des patients opérés pour un cancer ont 75 ans et plus. Pour les cancers urologiques, cette proportion atteint 50%.

Afin de garantir, si besoin, l'adaptation du protocole de soins à l'état de santé du patient âgé, les professionnels, dans le cadre d'Oncomip et en lien avec le Gérotopôle, adapteront les référentiels de prise en charge aux spécificités des patients âgés.

Ces référentiels seront diffusés par Oncomip dans l'ensemble de la région.

L'application de ces préconisations fera l'objet d'une évaluation spécifique.

Dans chaque territoire, au moins un référent gériatre sera identifié au sein du plateau technique de gériatrie par les équipes d'oncologie en lien avec le Gérotopôle. Il pourra être sollicité par les oncologues pour avis ou évaluation si besoin. Il participera aux RCP régionales pour les situations complexes.

Le déploiement de l'Unité de coordination en oncogériatrie (UCOG) doit permettre de conforter au niveau régional :

- Le pilotage des actions de coordination et de collaboration entre oncologues et gériatres, afin d'adapter au mieux les traitements des patients âgés atteints de cancer,
- La promotion de cette prise en charge afin de la rendre accessible, à terme, à tous les patients âgés atteints de cancer dans les territoires,
- Le développement de la recherche en oncogériatrie, notamment par des collaborations régionales ou nationales,
- Les actions de formation et d'information en oncogériatrie.

1.2 Assurer la continuité de la prise en charge

1.2.1 Assurer la coordination du parcours de soins

Des professionnels de santé sont formés à la coordination du parcours de soins. Une formation diplômante (Master 2 Coordonnateur du parcours de soins) est désormais ouverte à l'Université Paul Sabatier de Toulouse.

Des fonctions de coordonnateurs du parcours de soins sont identifiées dans les établissements autorisés pour la pratique de la chimiothérapie. Leur rôle est d'assurer la coordination de la prise en charge du patient tout au long de son parcours, dans l'établissement, avec les autres établissements participant au traitement et lors de son retour au domicile.

1.2.2 Partager l'information avec l'équipe du premier recours

Les premiers éléments d'information doivent être transmis au médecin traitant dans un délai de 24 heures et l'ensemble les informations sont communiquées dans des délais adaptés (compte-rendu de réunion de concertation pluridisciplinaire, programme personnalisé de soins, comptes-rendus d'examen, comptes-rendus chirurgicaux, compte-rendu d'hospitalisation).

Les médecins de ville bénéficient d'ores et déjà d'un accès direct au Dossier communicant de cancérologie (DCC) par code personnalisé (obtention sur demande auprès d'Oncomip). Le projet de mise en œuvre du Dossier communicant de cancérologie comme service du Dossier médical personnel permettra de faciliter et de fluidifier la transmission d'informations.

En particulier :

- Les médecins traitants doivent pouvoir, s'ils le souhaitent, participer aux réunions de concertation pluridisciplinaire qui concernent leurs patients ;
- Ils doivent être associés à l'élaboration du Programme Personnalisé de Soins et du Plan Personnalisé de l'Après-Cancer qui concernent leurs patients, en collaboration avec les médecins spécialistes ;
- Les sorties d'hospitalisations doivent être anticipées avec le médecin traitant, la pharmacie d'officine, l'infirmier libéral et les professionnels des soins de support.

L'expérimentation sur la surveillance alternée du cancer du sein entre, d'une part médecins traitants et gynécologues médicaux et, d'autre part oncologues (chirurgien qualifié, oncologue médical, oncologue radiothérapeute) a été initiée et coordonnée par Oncomip. A l'issue de l'évaluation de cette expérimentation début 2012, l'extension de ce protocole à d'autres localisations (colon en priorité) sera programmée.

Les hospitalisations non programmées doivent faire l'objet d'un contact systématique entre le médecin traitant et le professionnel référent identifié au sein de l'établissement.

1.3 Garantir l'accès aux soins de support dans chaque territoire

« [...] Les soins de support répondent à des besoins qui concernent principalement la prise en compte de :

- La douleur,
- La fatigue,
- Les problèmes nutritionnels,
- Les troubles digestifs, les troubles respiratoires et génito-urinaires, les troubles moteurs et les handicaps,
- Les problèmes odontologiques,
- Les difficultés sociales,
- La souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle,
- Et l'accompagnement de fin de vie des patients ainsi que de leur entourage.

Les soins palliatifs, tels que définis par la loi, intègrent totalement la problématique des soins de support. »

1.3.1 Identifier les ressources, les mobiliser et les coordonner

Les professionnels assurant une prise en charge en soins de support sont :

- Les professionnels spécialistes de la prise en charge de la douleur,
- Les professionnels spécialistes des soins palliatifs,
- Les diététiciens,
- Les psychologues,
- Les assistants sociaux,
- Les socio-esthéticiens...

Les établissements de santé autorisés pour le traitement du cancer doivent organiser l'accès aux soins de support pour tous les patients qu'ils prennent en charge. Des psychologues et des assistants sociaux doivent être identifiés au sein des équipes de tous les établissements autorisés. L'accès aux autres soins de support doit être organisé par l'établissement autorisé, en mobilisant ses ressources humaines propres ou à défaut, par convention avec d'autres structures (associatives notamment).

Les réseaux et les associations permettent de proposer des prises en charge en ville qui seraient sans eux à la charge du patient (ex : psychologue, diététicienne, socio-esthéticienne...).

Les actions des associations auprès des patients à domicile seront soutenues par l'ARS.

Des annuaires des soins de support accessibles doivent être élaborés par les établissements de santé au travers de leur 3C, conformément aux missions définies règlementairement. Ils doivent être diffusés au sein de l'établissement et au réseau régional.

Le réseau régional tiendra à jour un annuaire régional des soins de support en établissements et hors établissements de santé, interopérable avec le Répertoire opérationnel des ressources. Pour ce faire, il travaillera avec les établissements et les autres structures concernées (associations, réseaux de santé...).

La coordination de ces ressources relève du coordonnateur du parcours de soins.

1.3.2 Sensibiliser, former et informer l'ensemble des professionnels

L'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge des patients atteints de cancer doit être a minima sensibilisé sur l'existence des soins de support et sur l'intérêt de la prise en charge globale du patient. Une bonne information des professionnels (notamment par la diffusion des annuaires) leur permettra de proposer aux patients, dès l'annonce, l'accès aux soins de support.

Les établissements de santé autorisés intègrent dans leur plan de formation des actions de formation-information sur les soins de support pour l'ensemble des personnes intervenant auprès des patients atteints de cancer.

Inversement, les professionnels de soins de support intervenant auprès de patients atteints de cancer doivent être formés aux spécificités de la maladie oncologique.

Les formations et actions d'information et de sensibilisation mises en place dans les établissements seront ouvertes aux professionnels libéraux.

1.4 Anticiper et accompagner l'après cancer

1.4.1 Informer les patients sur les possibilités de préservation de la fertilité

Les patients atteints de cancer devant subir un traitement risquant d'altérer la fertilité doivent avoir accès dès le dispositif d'annonce, aux informations sur les possibilités de conservation de gamètes ou de tissu germinale, en vue d'une assistance médicale à la procréation ou d'une restauration de la fertilité.

Ils doivent pouvoir avoir accès à une équipe pluridisciplinaire prenant en charge la fertilité, la contraception, les troubles de la sexualité, les déficits ovariens ou testiculaires qui peuvent avoir des conséquences en terme de pathologie induite (par exemple : l'ostéoporose) ou sur la qualité de vie. La formation dans ce domaine de tous les acteurs de la prise en charge doit être encouragée.

Des recommandations régionales doivent être diffusées sur cette thématique via Oncomip, en lien avec les plateformes de préservation de la fertilité identifiées dans la région (Groupe Médecine de la reproduction-CECOS-laboratoire de la biologie de la reproduction à l'Hôpital Paule de Viguier et Institut de Fécondation Médicalement Assisté de Toulouse à la Clinique Saint-Jean-du-Languedoc).

1.4.2 Assurer tout au long du parcours du patient un accompagnement social et accompagner la réinsertion professionnelle

Des outils tels que la fiche proposée en expérimentation par l'INCa sur la détection de la fragilité sociale doivent être utilisés. Lors de l'annonce, une évaluation sociale doit systématiquement être proposée.

Le programme personnalisé de soins doit comporter si besoin un volet social. Les documents remis au patient doivent permettre la formalisation de cette approche.

Des programmes personnalisés de l'après-cancer, dans la continuité des PPS, proposeront aux patients en fin de traitement, outre des recommandations sur leur suivi médical, la poursuite de l'accompagnement social et des éléments relatifs à sa réinsertion.

Le travailleur social de l'établissement de santé organisera le relais avec un service social qui sera en mesure d'assurer le suivi et l'accompagnement du patient en ville, en lien avec le médecin traitant. La Commission de coordination des politiques publiques sensibilisera les services sociaux non-hospitaliers à la nécessité d'assurer la continuité du suivi social des patients (Services sociaux des organismes de Sécurité sociale, des Conseils généraux...).

Pour assurer cette continuité nécessaire dans le soutien apporté aux patients, les médecins du travail seront sensibilisés à la question de la réinsertion professionnelle des personnes. Le Comité technique régional « Cancer » et le Comité technique régional « Santé au travail » seront invités à travailler ensemble sur cette thématique.

Prise en charge des personnes atteintes de cancer

Orientation

2

Permettre l'accès au traitement adapté

2.1 Conforter le maillage territorial des établissements autorisés

2.1.1 Conjuguer proximité et sécurité

La chirurgie des cancers fait l'objet d'autorisations distinctes pour les différentes localisations (chirurgie carcinologique mammaire, chirurgie carcinologique digestive, chirurgie carcinologique urologique, chirurgie carcinologique thoracique, chirurgie carcinologique gynécologique, chirurgie carcinologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale).

Dans chaque territoire, l'accès à la chirurgie des cancers pour les localisations les plus fréquentes (sein et digestif) et à la chimiothérapie sera garanti.

Dans les territoires de santé qui ne disposent pas d'une offre pour la chirurgie carcinologique urologique, gynécologique et ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, l'accès des praticiens formés de ces territoires de santé sera rendu possible par des coopérations leur permettant d'intervenir sur les plateaux techniques autorisés pour exercer ces activités de soins.

2.1.2 Mettre en synergie les Centres de Coordination en Cancérologie (3C)

Les Centres de coordination en cancérologie (3C) sont des cellules Qualité chargées de garantir la qualité de la prise en charge des patients. Leurs missions sont :

- De mettre les référentiels, thésaurus et protocoles validés et actualisés à disposition des médecins et des soignants ;
- De s'assurer de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en organisant et en fédérant les RCP, le dispositif d'annonce et le programme personnalisé de soins pour chaque patient ;
- D'informer les patients au sein du ou des établissements mais aussi de tendre vers un suivi individualisé du parcours des patients intégrant les soins de support, les soins à domicile, la coordination avec les acteurs du réseau et orienter vers le recours régional ;
- De produire des données en s'appuyant sur 6 indicateurs du tableau de bord annuel dont les délais d'attente.

L'organisation des 3C relève de chaque établissement autorisé.

La coopération entre cellules 3C d'établissements autorisés permettra de créer un 3C mutualisé auquel participeront les référents de chaque établissement. Ce 3C mutualisé proposera des actions communes d'évaluation.

Ces 3C mutualisés permettront d'évaluer la réponse aux besoins d'une zone géographique donnée en assurant la lisibilité :

- De l'offre de soins,
- Des coopérations avec les établissements associés,
- Des organisations entre établissements et professionnels de ville.

Les structures détenant des autorisations pour les trois modalités de traitement (radiothérapie, chirurgie, chimiothérapie) sont chargées d'animer ces 3C mutualisés sur une échelle territoriale ou inter-territoriale. Tous les établissements autorisés doivent contribuer aux actions d'un 3C mutualisé.

Oncomip assurera l'animation des 3C, le support de ces actions et leur suivi grâce au tableau de bord renseigné tous les ans sur la base des données d'activité rendues par les 3C.

2.1.3 Garantir l'accès à la recherche clinique

L'inclusion des patients dans des essais thérapeutiques dans tous les établissements autorisés, est promue.

L'action des Équipes mobiles de recherche clinique coordonnées par Oncomip doit perdurer pour atteindre les objectifs fixés par le plan Cancer 2009-2013 (taux d'inclusion de 60% pour les cancers de l'enfant, de 40% en hématologie maligne, 10% dans les métastases de tumeurs solides et 5% chez les sujets de plus de 75 ans).

2.2 Proposer dès que c'est possible l'administration des traitements anti-cancéreux à domicile ou au plus proche du domicile

2.2.1 Poser les conditions du développement de la chimiothérapie intraveineuse à domicile dans le cadre de l'hospitalisation à domicile

La réalisation d'une chimiothérapie anticancéreuse injectable à domicile doit répondre aux mêmes conditions strictes de sécurité qu'en hospitalisation. L'hospitalisation à domicile (HAD) est le mode organisationnel qui semble à ce jour présenter le plus de garanties.

Les Comités techniques régionaux (COTER) concernés, en lien avec Oncomip, sont mandatés pour émettre des propositions permettant à l'ARS d'élaborer un cahier des charges précisant les conditions d'éligibilité et d'organisation. La possibilité de recourir à la chimiothérapie intraveineuse à domicile dans le cadre de l'HAD sera en particulier explorée pour le traitement des enfants.

2.2.2 Accompagner l'évolution des chimiothérapies orales (à domicile)

La prescription d'anticancéreux en présentation orale est évaluée au cas par cas par l'oncologue.

Les équipes du premier recours (Médecin généraliste, pharmacien d'officine et infirmière libérale) seront formées au suivi de ces traitements et à la gestion des effets secondaires.

2.2.3 Positionner les établissements associés

Afin de proposer au patient, lorsque c'est possible, une prise en charge plus proche de son lieu de vie, il est possible d'administrer des chimiothérapies en dehors des établissements autorisés, dans le cadre des conventions d'établissements associés. Le prescripteur est toujours un médecin autorisé à prescrire une chimiothérapie.

Pour que ces établissements associés soient identifiés, les établissements autorisés transmettront aux services de l'ARS :

- Les conventions signées,
- Un bilan annuel de l'activité réalisée sur les sites associés.

L'ARS veillera à ce que l'oncologue assure un suivi régulier des patients pris en charge dans un site associé en se déplaçant dans l'établissement ou par télémedecine.

2.3 Garantir l'accès aux ressources de recours

2.3.1 Organiser l'accès au recours régional

Un protocole sera établi entre l'Institut universitaire du cancer et les établissements autorisés pour l'adressage des cas complexes.

2.3.2 Conforter l'organisation de l'oncopédiatrie

La prise en charge des enfants atteints de cancer est organisée au niveau inter-régional avec l'Aquitaine et le Limousin (organisation ISOCELE). Des RCP et des filières inter-régionales de prise en charge sont organisées. A ce titre, le centre de référence de Toulouse CHU-ICR, reconnu depuis 2006 par l'INCa, est chargé de la filière de prise en charge des tumeurs osseuses.

Le centre régional unique de Toulouse prend en charge tous les nouveaux patients (140 à 150 nouveaux cas par an de 0 à 18 ans). Sa capacité d'accueil doit être en adéquation avec l'organisation inter-régionale. Pour les patients âgés de 16 à 18 ans, le passage en RCP inter-régionale pédiatrique est recommandé même si la prise en charge s'effectue dans un établissement autorisé pour le traitement des cancers des adultes.

Après une prise en charge initiale dans le Centre de Référence de Toulouse, les enfants ont la possibilité d'être traités et suivis dans l'un des huit Centres Hospitaliers de la région participant au réseau Oncomip pédiatrique.

La délégation de soins et la formation des personnels est assurée par une équipe composée d'un onco-pédiatre et de puéricultrices de l'Hôpital des Enfants.

2.3.3 Asseoir l'organisation et développer l'activité d'oncogénétique

L'oncogénétique est portée dans la région Midi-Pyrénées par une équipe pluridisciplinaire issue des établissements publics et privés, identifiée par l'INCa, regroupant médecins consultants, conseiller en génétique, biologistes, anatomo-pathologistes et psychologues.

L'offre de soins est inférieure aux autres régions de France avec 32 consultations pour 100 000 habitants contre 48 en moyenne (données du rapport annuel 2009 Oncogénétique INCa).

Il est important d'améliorer cette offre ainsi que le service rendu dans la région à la fois en terme de dépistage des familles à risque génétique (à travers la consultation et le laboratoire) et en terme de suivi des personnes prédisposées :

- L'identification des personnes à haut risque génétique doit pouvoir être assurée sur toute la région au travers d'une offre de consultation et de conseil en génétique dans les territoires.
- La structuration et la coordination régionale de la prise en charge des personnes prédisposées est un axe majeur à améliorer afin de répondre aux besoins des professionnels de santé et de ces personnes. Pour ce faire, des référentiels de bonnes pratiques sont élaborés de façon multidisciplinaire en se référant aux recommandations de l'INCa, des sociétés savantes... les objectifs étant, au travers du réseau Oncomip, l'information et la formation des professionnels de santé.

Une coordination régionale multicentrique de prise en charge des personnes à risque génétique de cancers, dans le cadre d'Oncomip, est également en cours de création et de développement.

Répartition des implantations existantes



Chirurgie : nombre d'implantations autorisées par département en 2011

	Sein	Digestif	Gynécologie	Urologie	ORL et maxillo- faciale	Thoracique
Ariège	2	1	1	1	0	0
Aveyron	3	4	1	2	1	0
Haute-Garonne	10	12	9	8	10	4
Gers	1	2	1	1	0	0
Lot	1	2	1	1	1	0
Hautes-Pyrénées	2	3	2	1	2	0
Tarn	4	5	4	2	2	0
Tarn-et-Garonne	2	3	1	2	2	0

Chimiothérapie : nombre d'implantations autorisées par département en 2011

Ariège	Aveyron	Haute- Garonne	Gers	Lot	Hautes- Pyrénées	Tarn	Tarn-et- Garonne
1	2	11	1	1	3	3	2

Radiothérapie curiethérapie : nombre d'implantations autorisées par département en 2011

	Ariège	Aveyron	Haute- Garonne	Gers	Lot	Hautes- Pyrénées	Tarn	Tarn-et- Garonne
Radiothérapie	0	1	2	0	0	1	1	1
Radiothérapie métabolique	0	0	2	0	0	1	0	0
Curiothérapie	0	0	2	0	0	1	1	0

Implantations cibles



Chirurgie : nombre d'implantations cibles

	Sein	Digestif	Gynécologie	Urologie	ORL et maxillo-faciale	Thoracique
Ariège	1	1	1	Borne basse 0 Borne haute 1	Borne basse 0 Borne haute 1	0
Aveyron	3	3	Borne basse 1 Borne haute 2 *	Borne basse 1 Borne haute 3 *	1	0
Haute-Garonne	Borne basse 9 Borne haute 10	Borne basse 10 Borne haute 12	9	Borne basse 8 Borne haute 9	Borne basse 10 Borne haute 11	4
Gers	1	2	Borne basse 0 Borne haute 1	1	0	0
Lot	1	2	1	1	1	0
Hautes-Pyrénées	2	2	2	1	2	0
Tarn	4	4	Borne basse 3 Borne haute 4	Borne basse 2 Borne haute 3	2	0
Tarn-et-Garonne	Borne basse 1 Borne haute 2	3	1	2	2	0

* La délivrance du nombre maximum d'autorisations en Aveyron sera conditionnée à la mise en place, entre les établissements de santé du Nord Aveyron, d'équipes médicales de territoire pour chaque spécialité concernée.

Chimiothérapie : nombre d'implantations cibles

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne
1	Borne basse 1 Borne haute 2	11	1	1	Borne basse 2 Borne haute 3	3	2

Radiothérapie curiethérapie : nombre d'implantations cibles

	Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne
Radiothérapie	0	1	2	0	0	1	1	1
Radiothérapie métabolique	0	0	2	0	0	1	0	0
Curiothérapie	0	0	2	0	0	1	1	0



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



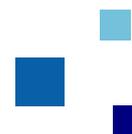
PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Soins palliatifs

2012 / 2017





Contexte

p. 251

Orientation

1

Proposer une offre de prise en charge graduée

p. 252

- 1.1 Conforter le dispositif gradué
- 1.2 Assurer le bon adressage des patients

Cartographie des implantations existantes

p. 254

Orientation

2

Porter un intérêt particulier à la prise en charge des deux extrêmes de la vie

p. 255

- 2.1 Soins palliatifs pédiatriques
- 2.2 Prise en charge palliative des personnes âgées



Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Le nombre annuel de décès était de 26 317 en 2009 dans la région, dont 7 000 environ par cancer.

Une politique régionale soutenue de développement des soins palliatifs depuis plusieurs années a doté la région d'une offre de prise en charge importante. Le ratio concernant les lits identifiés de soins palliatifs est de 11.8/100 000 habitants, le nombre d'équipes mobiles de soins palliatifs est de 21, soit au moins 2 par territoire et trois unités de soins palliatifs sont actuellement identifiées. Il existe actuellement un réseau soins-palliatifs (associant aussi la prise en charge de la douleur) dans chaque territoire, soit 8 dans la région.

Les réseaux de santé de soins palliatifs s'adressent à toute personne, quel que soit son âge, atteinte d'une maladie grave évolutive ou mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, ainsi qu'à ses proches.

Le comité technique régional « Cancérologie, douleur et soins palliatifs » (COTER) a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Proposer une offre de prise en charge graduée

1.1 Conforter le dispositif gradué

1.1.1 Prise en charge par les équipes du premier recours et dans les services de soins

Les patients dont l'état de santé le nécessite doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge en soins palliatifs, où qu'ils résident.

Le médecin généraliste et l'équipe pluri-professionnelle du premier recours élaborent le projet personnalisé de santé et font appel si nécessaire au soutien d'experts tels que les équipes d'appui des réseaux de soins palliatifs ou les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).

Les réseaux comme les EMSP s'adressent aux professionnels confrontés à des problématiques complexes. Les liens entre ces dispositifs (appui des personnels, actions de formations conjointes, ...) doivent être développés pour un meilleur décloisonnement ville-hôpital.

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), rattachée à un établissement, assure un rôle de conseil, de formation et de soutien auprès des équipes soignantes :

- en premier lieu au sein de son établissement,
- au sein des autres établissements du territoire si besoin,
- au sein des institutions médico-sociales, en particulier les EHPAD,
- ou au domicile du patient, le cas échéant.

L'évolution du nombre d'interventions en EHPAD fera l'objet d'un suivi dans les CPOM.

L'équipe doit être pluridisciplinaire (médecin, infirmière, psychologue, secrétaire...) et formée. Elle peut s'adjoindre des compétences complémentaires (kinésithérapeutes et travailleurs sociaux).

Les réseaux ont vocation territoriale, leurs équipes d'appui interviennent auprès des professionnels du premier recours pour des patients présentant des situations complexes, à domicile, en EHPAD et en institution médico-sociale (Maisons d'accueil spécialisées [MAS]...). Dans certains territoires, elles peuvent être sollicitées pour des établissements sanitaires ne pouvant accéder à une EMSP.

Dans chaque territoire, les EMSP et les Réseaux de soins palliatifs élaboreront des conventions décrivant les modalités d'intervention réciproques et privilégiées, dans l'objectif d'assurer une réponse d'expertise dans tout le territoire.

Le COTER sera missionné pour préciser le cahier des charges d'intervention des réseaux et leur articulation avec les interventions des EMSP. L'objectif est de limiter les redondances et de faciliter les mutualisations.

Les équipes mobiles et les équipes d'appui seront dimensionnées au regard des besoins du territoire. Dans un objectif d'harmonisation et d'amélioration des prises en charge, l'ARS conduira une démarche d'évaluation des pratiques en s'appuyant sur l'expertise du COTER.

Au décours d'une hospitalisation, tout patient doit pouvoir bénéficier, si son état le nécessite, d'une prise en charge palliative. Chaque établissement doit inscrire dans son plan de formation, une sensibilisation des soignants aux principes de l'accompagnement et des soins palliatifs.

Tout patient doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD) lorsque son état le nécessite et le permet.

1.1.2 Améliorer les conditions d'accès et la qualité de prise en charge dans les lits identifiés de soins palliatifs (LISP)

Pour répondre aux besoins de prise en charge de situations palliatives confirmées, ainsi que d'hospitalisation de répit, la région dispose aujourd'hui d'un maillage dense en lits identifiés : à l'exception du bassin de santé de Decazeville (Aveyron), des lits identifiés existent dans tous les bassins de la région. L'accès direct aux lits identifiés de soins palliatifs des établissements de Soins de Suite et de Réadaptation, à la demande des médecins du premier recours, est une modalité à encourager.

Ce maillage actuel (en médecine et SSR) constitue une base solide pour répondre au vieillissement démographique et à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques relevant de la démarche palliative dans la région.

Aucune nouvelle reconnaissance n'est envisagée, à l'exception du bassin de Decazeville.

L'adéquation des pratiques avec les référentiels existants doit être vérifiée. Le COTER émettra des propositions permettant à l'ARS d'élaborer un cahier des charges. L'ARS s'assurera notamment que le personnel médical et paramédical nécessaire à la prise en charge est bien disponible et formé, et pourra aussi initier les travaux d'évaluation des dispositifs existants. L'ARS et le COTER proposeront dans chaque territoire, des pistes d'amélioration et favoriseront les innovations.

1.1.3 Assurer l'accès à une Unité de Soins Palliatifs (USP)

Les Unités de Soins Palliatifs (USP) ont pour mission d'assurer :

- la prise en charge de situations particulièrement complexes ou lourdes,
- des missions de formation et de recherche.

Il existe trois unités de soins palliatifs (deux à Toulouse et une à Tarbes) comptant chacune 10 lits. Des unités seront reconnues dans les territoires de l'Aveyron et du Tarn. L'accès dans chaque territoire doit être garanti au terme du PRS (certaines unités peuvent avoir une zone de recrutement interdépartementale). La création des USP pourra se faire sur la base de regroupements de lits identifiés.

Dans l'attente d'une organisation territoriale consolidée, une astreinte régionale de second recours sera expérimentée en s'appuyant sur les USP existantes. L'évolution du dispositif sera évaluée en lien avec le COTER.

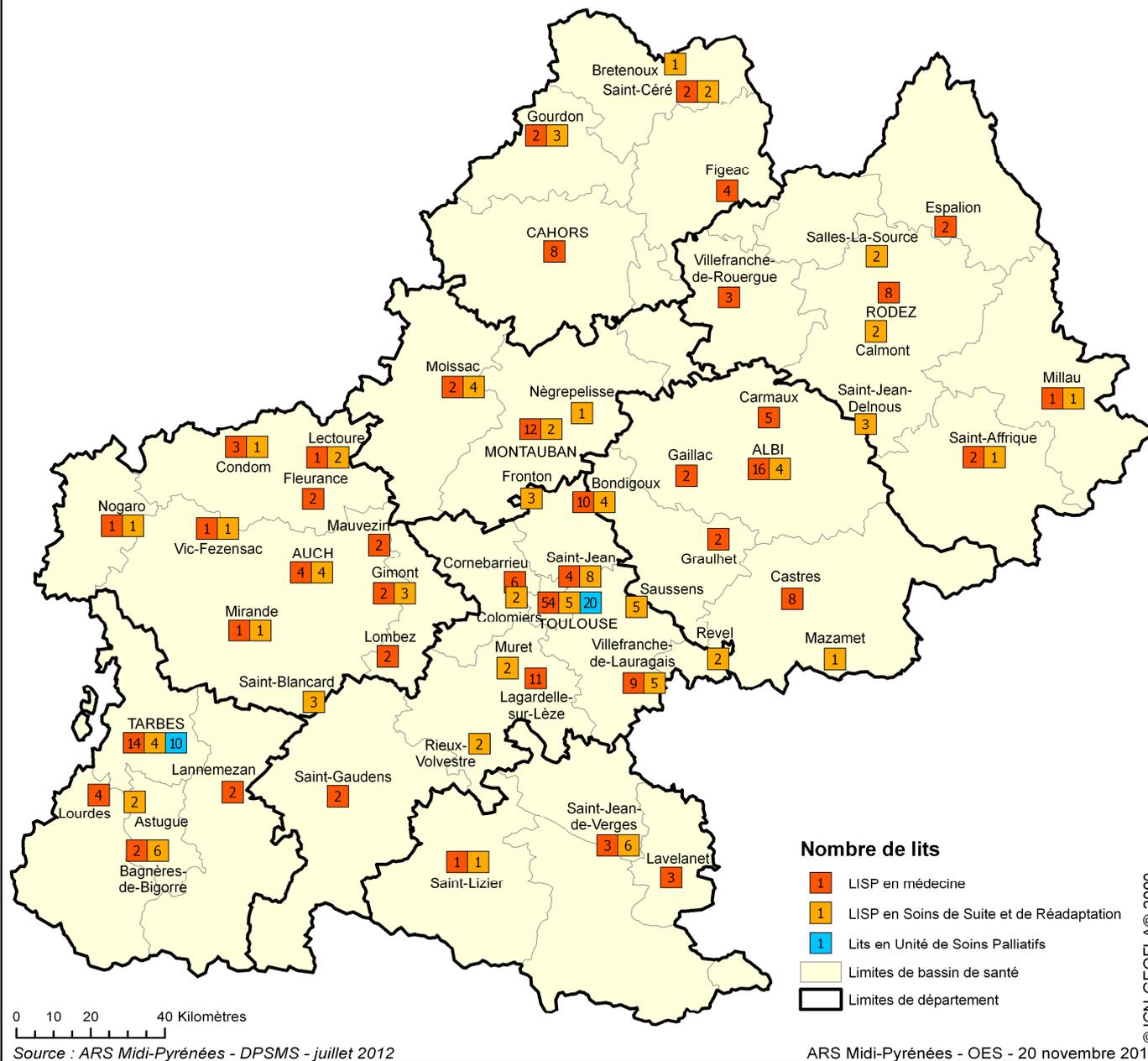
1.2 Assurer le bon adressage des patients

Le Comité technique régional proposera, dans le cadre d'un travail d'évaluation et de recherche, des critères permettant de différencier les patients accueillis dans les différents recours. Sur la base de ces critères, un arbre décisionnel d'orientation des patients sera expérimenté puis validé et mis à la disposition de l'ensemble des professionnels de santé.

Les réseaux de santé ayant une activité de soins palliatifs assureront la diffusion de cet outil. Ils en accompagneront l'appropriation par les professionnels de santé et participeront à son évaluation.



**La prise en charge en soins palliatifs en Midi-Pyrénées en 2012 :
Unités de Soins Palliatifs (USP) et Lits Identifiés en Soins Palliatifs (LISP)**



Soins palliatifs

Orientation

2

Porter un intérêt particulier à la prise en charge des deux extrêmes de la vie

2.1 Soins palliatifs pédiatriques

2.1.1 Pérenniser « l'équipe ressource régionale pédiatrique »

L'équipe ressource régionale pédiatrique assure aujourd'hui l'accompagnement, la mise en œuvre de la démarche palliative et la prise en charge de la douleur tant au CHU que dans les autres territoires de santé. Elle s'appuie sur les organisations en réseau à domicile et sur les services de pédiatrie des établissements de santé, en prenant en compte le support proposé par la maison de répit « L'Oasis ».

Le fonctionnement de l'équipe ressource de pédiatrie et sa pérennité nécessitent qu'elle repose au moins sur deux pédiatres.

2.1.2 Assurer la formation de nouveaux pédiatres

L'ARS se rapprochera de l'Université pour que le Diplôme d'études supérieures complémentaires « Soins palliatifs et prise en charge de la douleur » intègre un module pédiatrique.

Cette disposition devra être assortie d'une valorisation de l'activité à la suite de la formation, afin d'assurer à la fois une attractivité de cette formation et un maintien des compétences.

2.1.3 Favoriser l'inclusion d'enfants en HAD

Les structures d'HAD sont encouragées à prendre en charge des enfants lorsqu'elles peuvent disposer de personnels formés.

2.2 Prise en charge palliative des personnes âgées

2.2.1 Élaborer et diffuser des référentiels spécifiques

La prise en charge des personnes âgées relevant de situations palliatives doit faire l'objet d'une attention particulière afin de garantir la qualité des soins prodigués, dans le respect de la volonté des patients. Pour ce faire, des référentiels régionaux de prise en charge seront établis par le réseau Oncomip, en lien avec les COTER « Cancérologie, douleur et soins palliatifs » et « Vieillesse et dépendance ».

Ces référentiels seront ensuite largement diffusés auprès des professionnels de la région et leur application fera l'objet d'évaluations.

2.2.2 Développer les démarches intégrées de soins palliatifs dans les EHPAD

L'objectif est de poser les conditions propices au maintien des personnes âgées en EHPAD et de limiter les transferts en établissement de santé.

Les médecins coordonnateurs seront incités au travers de la convention tripartite à déployer l'outil MOBIQUAL pour assurer la formation des soignants dans les EHPAD.

Des conventions permettront de formaliser les organisations avec les Équipes Mobiles et les réseaux pour qu'ils puissent assurer :

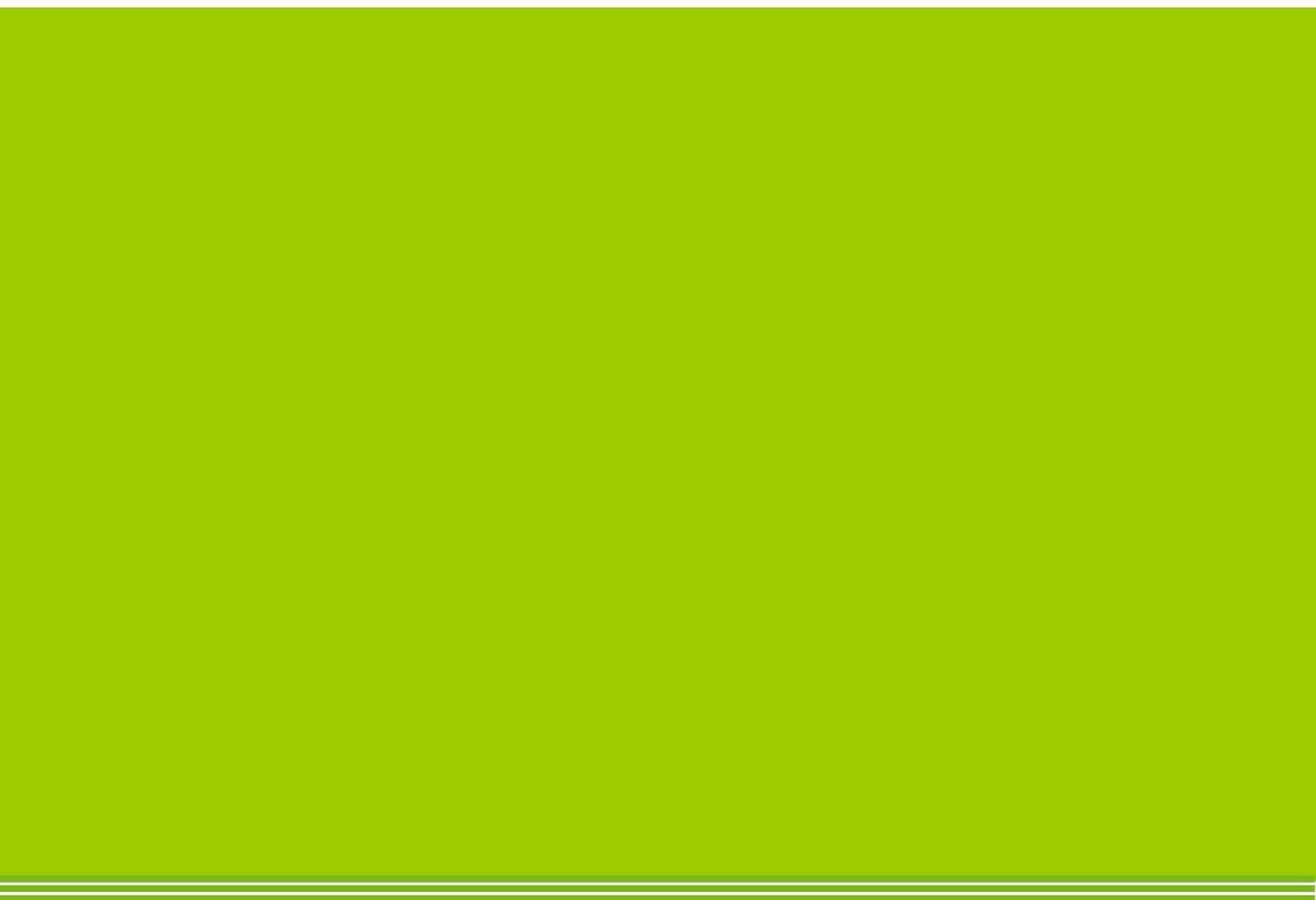
- des actions d'accompagnement et de formation des soignants dans les établissements,
- une expertise pour des cas complexes en utilisant en particulier la télémédecine,
- une participation aux réflexions éthiques.

L'objectif inscrit dans le plan stratégique visant à assurer une continuité paramédicale d'IDE favorisera le maintien des patients en fin de vie dans les EHPAD.

2.2.3 Assurer l'accès aux lits identifiés pour les résidents des EHPAD

Lorsque l'état de santé le rend indispensable, le transfert temporaire dans un lit identifié, sans passage par un service d'urgence doit être facilité. L'organisation des prises en charge et la formation des personnels doivent rendre possible le retour du résident dans l'EHPAD dès lors que son état de santé est stabilisé.

L'élaboration de convention entre EHPAD et établissements de santé disposant de lits identifiés doit favoriser la fluidité des prises en charge.



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



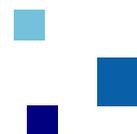
PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales

2012 / 2017





Contexte

p. 261

Orientation

1

Renforcer les structures existantes

p. 264

- 1.1 Développer l'offre de consultations
- 1.2 Accompagner les laboratoires
- 1.3 Développer la coopération entre professionnels

Orientation

2

Améliorer l'accès des patients à une expertise en génétique

p. 266

- 2.1 Améliorer la lisibilité de l'offre
- 2.2 Définir les critères d'orientation vers un avis expert en génétique
- 2.3 Développer la formation initiale et continue

Situation cible

p. 267



L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal.

Cette analyse a pour objet :

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

Le champ de ce volet du SROS ne couvre pas :

- Les analyses en vue d'établir un diagnostic prénatal et un dépistage néonatal qui sont traitées dans le schéma « Périnatalité, santé de la femme et de l'enfant » ;
- L'étude des tumeurs (oncogénétique somatique) ;
- Les analyses des caractéristiques génétiques dans un but médico-légal.

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales s'appuient sur des outils complexes par leur usage et par leurs conséquences psychologiques, sociales, culturelles, éthiques. Le sens et l'impact de l'information dépendent dans une très large mesure du contexte dans lequel elle est produite et délivrée.

La génétique est une discipline mixte clinico-biologique. L'interaction entre les consultations cliniques et l'activité biologique est indispensable et indissociable. L'organisation ne se conçoit qu'au sein de filières de soins structurées.

L'analyse génétique ne peut être réalisée qu'après une prescription réalisée dans le cadre d'une consultation individuelle, effectuée par un médecin œuvrant dans une équipe pluridisciplinaire rassemblant des compétences cliniques et génétiques. Cette analyse nécessite le recueil du consentement écrit du patient et l'attestation de délivrance de l'information signée par le médecin.

Si la plupart des prélèvements peut être réalisée dans tout laboratoire de biologie médicale, l'analyse du prélèvement ne peut avoir lieu que dans un laboratoire de biologie autorisé pour cette activité par l'ARS.

L'enjeu du schéma est de rendre lisible l'offre clinico-biologique, de sensibiliser les professionnels de santé au repérage précoce des individus ou familles présentant des prédispositions génétiques, et de mettre en adéquation offre et besoins.

Les consultations

Les consultations de génétique sont des consultations longues (environ 1 heure et plus parfois) en raison de la complexité des informations à délivrer. Elles sont réalisées par :

- Des médecins spécialistes en génétique soit purement cliniciens soit travaillant de façon conjointe avec un laboratoire de génétique. Ces consultations peuvent avoir une orientation générale ou plus spécifique, voire être en relation avec un centre de référence maladie rare.
- Des conseillers en génétique : ces professionnels de santé, sous la responsabilité d'un médecin généticien, ont un rôle d'information, d'orientation vers un soutien psychologique et d'aide aux personnes, aux familles, aux couples. Ils travaillent donc en étroite collaboration avec les médecins dans les domaines de la génétique et de la médecine prédictive. Ils peuvent participer aux consultations pluridisciplinaires et à l'activité des centres de diagnostic prénatal.

Pour certaines pathologies, une consultation est assurée par des médecins spécialistes d'organe (hépatogastroentérologues, pédiatres...). Les pathologies telles que l'hémochromatose, l'hypercholestérolémie familiale, l'hypothyroïdie congénitale, les troubles de l'hémostase..., ne sont généralement pas dépistées par des médecins spécialisés en génétique mais par des spécialistes de la pathologie, ou des médecins généralistes.

En Midi-Pyrénées, l'offre de consultation de génétique repose sur les moyens suivants :

- Les consultations ayant une orientation générale (hors oncogénétique) sont réalisées à Toulouse. L'équipe du service de génétique du CHU de Toulouse est composée de cinq praticiens hospitaliers pour environ 1,3 ETP. Un conseiller en génétique à temps plein est en appui, mais essentiellement dans le domaine anténatal. L'activité (diagnostic prédictif, anténatal, post-natal, enquête familiale) est en constante augmentation : 3000 consultations en 2010, 3700 en 2011 (données CHU). Une offre dans le secteur privé est également présente (0,25 ETP), essentiellement orientée dans le domaine anténatal.
- Les consultations d'oncogénétique sont elles aussi réalisées à Toulouse par une équipe de cinq praticiens du CHU représentant 1,05 ETP. Un conseiller en génétique à temps plein est en appui permettant en outre des pré-consultations avancées bimestrielles à Rodez, et prochainement à Tarbes. En 2010, l'activité était de 31 consultations pour 100 000 habitants stable par rapport à 2009. Midi-Pyrénées est classée 19ème région sur 24 (rapport INCA). Ce constat est principalement lié au déficit du temps de cliniciens. Des réunions de concertation pluridisciplinaire (oncogénéticiens, biologistes, conseiller en génétique, secrétaire et en fonction des pathologies anatomopathologiste, généticien, psychologue) à visée diagnostique sont organisées, soit à rythme mensuel, soit à rythme bimestriel selon la prédisposition génétique (colon, sein-ovaire).
- Des centres de consultations, répartis sur l'ensemble du territoire français, ont été qualifiés centre de référence ou de compétence en maladies rares. Les centres de référence coordonnent les centres de compétence :
 - Pour la région, les principaux centres de référence sont dans les domaines du syndrome de Prader-Willi, de l'atrophie multi systématisée, des maladies rénales rares,
 - Le service de génétique du CHU de Toulouse est centre de compétence du réseau des anomalies du développement. Ces centres sont recensés au niveau du réseau européen ORPHANET, permettant via le web la lisibilité de l'offre disponible auprès des professionnels de santé et des usagers.

Les activités des laboratoires de biologie médicale

Les analyses et rendus de résultats des examens génétiques, réalisés dans des laboratoires de biologie médicale autorisés par l'ARS, sont sous la responsabilité de praticiens agréés par l'Agence de la biomédecine pour 5 ans.

Ces examens relèvent de deux domaines d'analyse :

- Analyse de cytogénétique : étude des chromosomes
- Analyse de génétique moléculaire : étude des acides nucléiques (ADN et ARN). Elle permet l'analyse du génome et des altérations possibles (diagnostic de maladies héréditaires, pharmacogénétique, oncogénétique constitutionnelle...). En génétique moléculaire, les autorisations peuvent être limitées à un certain type d'examens. Il existe deux niveaux d'analyse :
 - Le niveau 1 lorsque le lien de causalité avec la maladie étudiée est démontré (réalisation simple, examens généralement inscrits à la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale - NABM),
 - Le niveau 2, plus complexe, faisant appel à une analyse exhaustive du gène et à un travail d'expertise pour l'interprétation des résultats bruts obtenus (examens non inscrits à la NABM).

En Midi-Pyrénées, six autorisations sont réparties sur trois laboratoires, situés à Toulouse :

- Activité de cytogénétique : 2 autorisations (une au CHU, l'autre dans le secteur privé) pouvant effectuer des analyses de cytogénétique moléculaire sous la responsabilité de trois praticiens. L'activité génétique du laboratoire privé est essentiellement en lien avec le diagnostic prénatal. L'offre du site public permet la réalisation de technique plus complexe (puces à ADN).
- Activité de génétique moléculaire : 4 autorisations détenues par le CHU et l'Institut Claudius Regaud (ICR).
 - Une autorisation à l'ICR, activité non limitée de niveau 2 sous la responsabilité de deux praticiens hospitaliers ;
 - Une autorisation au CHU, activité non limitée de niveau 2 sous la responsabilité de deux praticiens hospitaliers ;
 - Deux autorisations au CHU, activité limitée : facteurs impliqués dans le diabète de type MODY, diagnostic moléculaire des maladies héréditaires sous la responsabilité de trois praticiens hospitaliers.

L'activité de génétique augmente au fil des ans. Cette augmentation est en grande partie liée au développement des connaissances dans ce domaine : identification de nouveaux gènes, technicité croissante permettant le diagnostic. Par exemple, le temps de praticien estimé par la Société européenne de génétique humaine pour la prise en charge d'un patient atteint de retard mental est d'environ 8h. Le constat actuel en Midi-Pyrénées est un déficit de l'offre de génétique, notamment du temps de cliniciens et d'équipement de séquençage (Plan national maladies rares 2011-2014).

Les professionnels de santé qui ont contribué à la construction de ce schéma accompagneront sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé, dans le cadre d'une commission de génétique.

Examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales

Orientation

1

Renforcer les structures existantes

1.1 Développer l'offre de consultations

Quel que soit le type de consultations, les délais d'obtention pour un premier rendez-vous sont longs, de l'ordre de plusieurs mois.

Les délais d'obtention des résultats des examens biologiques, entre le moment où le prélèvement est considéré comme analysable et celui du compte rendu, sont eux aussi de plusieurs mois.

Le développement de l'offre porte sur le renforcement des ressources humaines et leur mutualisation.

- Renforcer les consultations de génétique afin de diminuer les délais de prise de rendez-vous, prioritairement par augmentation du temps médical généticien et par le recrutement de conseillers en génétique ;
- Favoriser la mutualisation des moyens humains entre génétique post-natale et prénatale, compte tenu de la cohérence de prise en charge des familles par les mêmes équipes.

1.2 Accompagner les laboratoires

Les techniques sont en pleine évolution notamment avec l'arrivée du séquençage haut débit, équipement utilisé pour la cytogénétique et la génétique moléculaire. La mise en œuvre de cette technique permettra de réduire les délais de restitution du résultat. La compétence de ces deux spécialités reste nécessaire car elles sont complémentaires pour l'interprétation de résultats de plus en plus complexes.

Les priorités portent sur les axes suivants :

- assurer la continuité de service dans les laboratoires par le renforcement des ressources en généticiens biologistes ;
- veiller à l'entrée dans la démarche d'accréditation des laboratoires ;
- accompagner les laboratoires dans la modernisation des équipements et la mise en œuvre de techniques diagnostiques innovantes, dans une perspective de soutien à la recherche : plateforme de séquençage moyen débit et haut débit ;
- favoriser la mutualisation des équipements des laboratoires dans les deux domaines (cytogénétique-génétique moléculaire) afin d'optimiser leur utilisation ;
- favoriser les échanges professionnels entre praticiens, en vue de déterminer l'approche technique la plus adaptée pour poser le diagnostic.

1.3 Développer la coopération entre professionnels

La coopération clinico-biologique doit reposer sur l'articulation entre services de génétique clinique et biologique, centres de référence et de compétence « maladies rares » et services cliniques de spécialités, pour mieux organiser le diagnostic, assurer la continuité, renforcer la prise en charge globale et promouvoir la recherche.

Cette articulation permet l'élargissement de l'offre de consultation, la mutualisation des compétences et la mise en œuvre d'un centre génétique multi-sites assurant un maillage territorial.

Dans cet objectif :

- Le renforcement de l'équipe médicale de génétique doit permettre le développement des concertations pluridisciplinaires entre généticiens, biologistes et spécialistes des pathologies concernées ;
- L'activité de génétique doit s'articuler avec les filières de prise en charge des maladies rares et du cancer ;
- La prise en charge globale des personnes et familles concernées doit s'organiser au sein de filières structurées permettant l'accès aux différents intervenants (généticien, spécialiste, psychologues, travailleurs sociaux ...).

Examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales

Orientation

2

Améliorer l'accès des patients à une expertise en génétique

2.1 Améliorer la lisibilité de l'offre

L'identification des acteurs en génétique et des filières de prise en charge doit permettre de rendre lisible l'offre disponible auprès des professionnels de santé et des usagers. Ces acteurs contribuent à :

- organiser des actions d'informations auprès des professionnels, médecins généralistes et spécialistes d'organe ;
- conforter la coordination des associations d'usagers dans leur rôle de diffusion de conseils et de soutien aux familles ;
- relayer les campagnes médiatiques d'information.

2.2 Définir les critères d'orientation vers un avis expert en génétique

Les sociétés savantes et les institutions (Association de Cytogénétique de Langue Française, Association Nationale des Praticiens en Génétique Moléculaire, Haute Autorité de Santé, Institut National du Cancer...) organisent des échanges réguliers avec les professionnels de santé. Ces travaux portent sur des recommandations et des arbres décisionnels de diagnostic génétique.

Les indications de sollicitation du niveau expert doivent être connues des professionnels, d'une part pour éviter les prescriptions génétiques non justifiées, et d'autre part pour éviter le retard de diagnostic, notamment dans les retards de développement de l'enfant.

Un dialogue doit s'instaurer entre les prescripteurs (spécialistes d'organe, oncologues,...) et les généticiens. La mise en place d'une organisation dans les services experts (par exemple, plage horaire dédiée permettant un contact avec un spécialiste en génétique) doit permettre de répondre aux professionnels de santé et de communiquer sur ce dispositif conseil.

2.3 Développer la formation initiale et continue

En collaboration avec les structures d'expertise en génétique, les actions de formation initiale et continue des professionnels de santé (médecins généralistes, spécialistes d'organe, biologistes..) doivent être renforcées en s'appuyant sur l'ensemble des dispositifs de formation existants.

Une démarche prospective (ARS, Université) de formation des spécialistes en génétique sera initiée afin d'accompagner le développement de la discipline et d'anticiper les besoins de la région : généticien clinique, cytogénéticiens, généticiens moléculaires, conseillers en génétique, techniciens...



Autorisations d'activité des laboratoires de biologie

Territoire de santé : Haute-Garonne	
Analyses de cytogénétique y compris de cytogénétique moléculaire	2 autorisations
Analyses de génétique moléculaire	2 autorisations d'activité non limitée
	1 autorisation d'activité limitée au diabète de type Mody
	1 autorisation d'activité limitée au diagnostic des maladies métaboliques héréditaires



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Imagerie médicale

2012 / 2017



www.sante.midi-pyrenees.fr

Contexte

p. 271

Orientation

1

Répondre aux besoins de la population en imagerie
(hors médecine nucléaire)

p. 272

- 1.1 Organiser une offre graduée en imagerie
- 1.2 Adapter l'organisation à la démographie des professionnels de santé
- 1.3 Encadrer les conditions d'autorisation des équipements

Répartition des implantations existantes

p. 275

Implantations cibles

p. 277

Orientation

2

Garantir l'accessibilité
à des examens d'imagerie
de qualité

p. 278

- 2.1 Pour une juste indication de l'acte
- 2.2 Organiser une offre plus spécialisée



L'imagerie médicale traitée dans ce chapitre recouvre les examens réalisés sur les équipements matériels lourds d'imagerie soumis à autorisation :

- Les scanographes à utilisation médicale (scanner),
- Les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM),
- Les caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions de positons (TEP), caméras à positons.

L'imagerie médicale est au cœur de la pratique médicale moderne. Son organisation doit garantir l'accessibilité de la population aux examens dans un délai approprié et permettre au patient de bénéficier du bon acte au bon moment.

Les indications d'imagerie en coupe sont en croissance régulière, aux dépens de la radiologie conventionnelle. Des objectifs d'amélioration de l'accès à l'IRM dans le cadre des plans nationaux de santé publique (plan cancer, plan AVC, plan Alzheimer) ou pour certaines populations (enfants, femmes enceintes ...) sont nécessaires.

Il s'agit de garantir la qualité de la prise en charge, de fluidifier les parcours de soins et d'optimiser les séjours hospitaliers.

Le comité technique régional « Fonctions supports diagnostiques et thérapeutiques / Imagerie » (COTER) a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Imagerie médicale

Orientation

1

Répondre aux besoins de la population en imagerie (hors médecine nucléaire)

L'organisation de l'imagerie en plateau technique territorial doit permettre d'assurer dans chaque territoire un accès géographique à l'ensemble des examens d'imagerie, H24, dans des délais compatibles avec les prises en charge médicales. Cette organisation doit faire appel, à une mutualisation des ressources (humaines et matérielles) ainsi qu'à une collaboration publique et privée.

1.1 Organiser une offre graduée en imagerie

L'organisation de l'imagerie amènera à classer les plateaux techniques d'imagerie en trois niveaux :

- **Niveau régional** : C'est le niveau qui dispose de toutes les techniques d'imagerie nécessaires aux activités d'enseignement et de recherche, au développement d'activités hyperspécialisées (neuroradiologie, radiologie thoracique et cardiovasculaire, radiologie viscérale, radiologie de l'appareil locomoteur, imagerie de la femme...). Il est centre de référence et d'expertise en téléradiologie. Certaines activités hyperspécialisées nécessiteront pour se développer qu'un partenariat public – privé s'organise.
- **Niveau territorial** : Au sein de chaque territoire de santé, l'accès est assuré à la mammographie et à au moins un scanner et au moins une IRM. Il existe au moins un plateau technique d'imagerie par territoire de santé.
- **Niveau du bassin de santé** : A ce niveau, doivent être accessibles, les équipements de radiologie conventionnelle. Les services d'accueil des urgences, ayant plus de 10 000 passages et un vecteur SMUR, doivent disposer d'un scanner. Pour les sites disposant d'une présence discontinue de radiologie, l'activité médicale radiologique pourra être assurée par délégation de tâche, avec transmission des images par téléradiologie au niveau territorial.

Au niveau territorial, l'organisation de l'imagerie doit favoriser le regroupement des équipements et des ressources humaines pour aboutir à la constitution de plateaux techniques d'imagerie complets et diversifiés. Elle se fera sur la base d'un projet médical commun d'imagerie rédigé par l'ensemble des professionnels, en lien avec les autres spécialités cliniques. Le projet médical doit garantir une égalité d'accès aux équipements d'imagerie sur l'ensemble du territoire et l'optimisation de l'activité programmée des plateaux techniques dans les établissements publics. Il organise la permanence de soins en imagerie. Le regroupement des équipements au sein de plateaux diversifiés doit permettre à l'ensemble des professionnels un accès à toutes les méthodes d'imagerie et favoriser les pratiques de substitution.

La constitution de ces plateaux techniques d'imagerie repose sur des coopérations public-public, public-privé ou privé-privé. Une structuration juridique de type GCS ou GIE est souhaitable. Le COTER Imagerie accompagnera le développement de ces organisations.

Le plateau technique d'imagerie doit permettre la polyvalence de la prise en charge des patients par des radiologues de plus en plus spécialisés par organe ou groupes d'organes.

La constitution d'équipes médicales territoriales structurées autour des plateaux techniques permettra :

- A chaque radiologue d'avoir son domaine d'expertise propre et rendra attractif les postes hospitaliers pour les radiologues ;
- D'assurer l'offre de soins dans chaque territoire, H24, en intégrant les demandes d'examens en urgence ;
- D'assurer la formation et le maintien des compétences dans la spécialité.

Chaque plateau technique d'imagerie devra disposer d'un système d'information radiologique et de l'accès à un système d'archivage et de transmission des images (Picture Archiving and Communication System - PACS).

1.2 Adapter l'organisation à la démographie des professionnels de santé

Les radiologues ne sont pas répartis de façon homogène dans les territoires de santé, ni dans les établissements de Midi-Pyrénées. Un rééquilibrage des équipements lourds entre Toulouse et les départements périphériques sera recherché.

Les manipulateurs en électroradiologie sont en nombre suffisant dans la région avec l'ouverture d'une formation à Tarbes. Depuis octobre 2011, une formation à l'échographie est possible par l'intermédiaire d'un diplôme universitaire. L'exercice de la profession pourra évoluer dans le cadre des protocoles de coopération.

Le COTER « Imagerie » participera à l'évaluation du besoin en nombre d'internes de radiologie et de manipulateurs en électroradiologie.

1.2.1 Donner l'accès à l'imagerie en coupe pour tous les radiologues

L'accès de tous les radiologues à l'imagerie en coupe permet le maintien des compétences. Cet accès, nécessaire pour assurer la Permanence De Soins en Etablissements de Santé (PDSES), favorisera l'attractivité des jeunes radiologues dans les territoires.

1.2.2 Mettre en place la permanence des soins en Etablissements de santé (PDSES) et assurer la continuité des soins

Les établissements sièges de services d'accueil des urgences ont l'obligation d'assurer l'ouverture du service d'imagerie médicale H24, sans toujours disposer des effectifs de radiologues suffisants. La contrainte pèse lourdement pour les praticiens concernés. Compte-tenu des problèmes de démographie médicale, le dispositif est inopérant dans certains territoires.

Les principes de l'organisation de la PDSES sont les suivants :

- Organisation territoriale mutualisée entre les établissements publics et les radiologues libéraux prenant en charge l'ensemble de l'activité de PDSES tout en limitant le nombre de lignes de garde au strict minimum nécessaire du point de vue médical ;
- Organisation en lien avec les services d'urgence ;
- Utilisation de la téléradiologie (charte de la téléradiologie).

Tout professionnel médical libéral intervenant dans le fonctionnement de l'imagerie en coupe devra s'engager dans cette permanence des soins proportionnellement à son temps d'accès à l'ensemble des équipements du territoire de santé aux heures ouvrables.

1.2.3 Définir des protocoles de coopération

Des protocoles de coopération permettront aux manipulateurs en électroradiologie de suppléer à certains actes des radiologues, sous leur contrôle.

1.2.4 Développer la téléradiologie

La téléradiologie recouvre à la fois un cadre technique (outils d'échanges des images) et un cadre organisationnel (médical, juridique, financier). Le cadre d'organisation doit prédominer dans la mise en œuvre des solutions de téléradiologie.

La téléradiologie, acte médical, est facilitateur de l'organisation territoriale pour l'activité programmée ou d'urgence. Elle doit répondre à la fois aux besoins de télédiagnostic (téléconsultation) et de télé-expertise (avis de recours) et permettre à des services d'urgence de bénéficier d'un avis spécialisé.

Le plan régional de téléradiologie est élaboré dans le programme régional de télé-médecine. La téléradiologie devra être mise en œuvre dans chaque territoire de santé à l'échéance du SROS, dans le respect des principes de la charte nationale de téléradiologie, rédigée par le conseil professionnel de la radiologie.

1.3 Encadrer les conditions d'autorisation des équipements

Une enquête annuelle sur l'activité des équipements en matériels lourds sera réalisée afin d'évaluer les besoins en équipements supplémentaires. Les résultats de cette évaluation permettront de définir le contenu des fenêtres d'autorisation pour l'imagerie, dans la limite du nombre d'autorisations mentionné dans le présent SROS.

Les conditions générales :

La délivrance des autorisations d'équipements matériels lourds est conditionnée par l'engagement du demandeur à :

- Offrir aux professionnels de la radiologie publics ou libéraux du territoire n'ayant pas accès à l'imagerie en coupe, des temps d'utilisation de l'équipement,
- Participer à la PDES,
- Faire la démonstration de la participation des médecins de la structure à l'activité des établissements de santé du territoire, en tant que de besoin,
- Entrer dans une démarche d'analyse de la pertinence des actes.

La possibilité d'un 2ème scanner sur un même site s'appréciera selon les critères suivants :

- Activité réalisée en urgence,
- Indications nouvelles dans une filière médicale de diagnostic intégrant d'autres spécialités et réclamant une accessibilité ou une plus grande disponibilité de l'équipement.

En cas de coexistence de deux services d'urgence sur un même bassin de santé, l'autorisation sera portée par une structure juridique associant le public et le privé.

Les critères de priorisation des nouvelles demandes d'IRM seront les suivants :

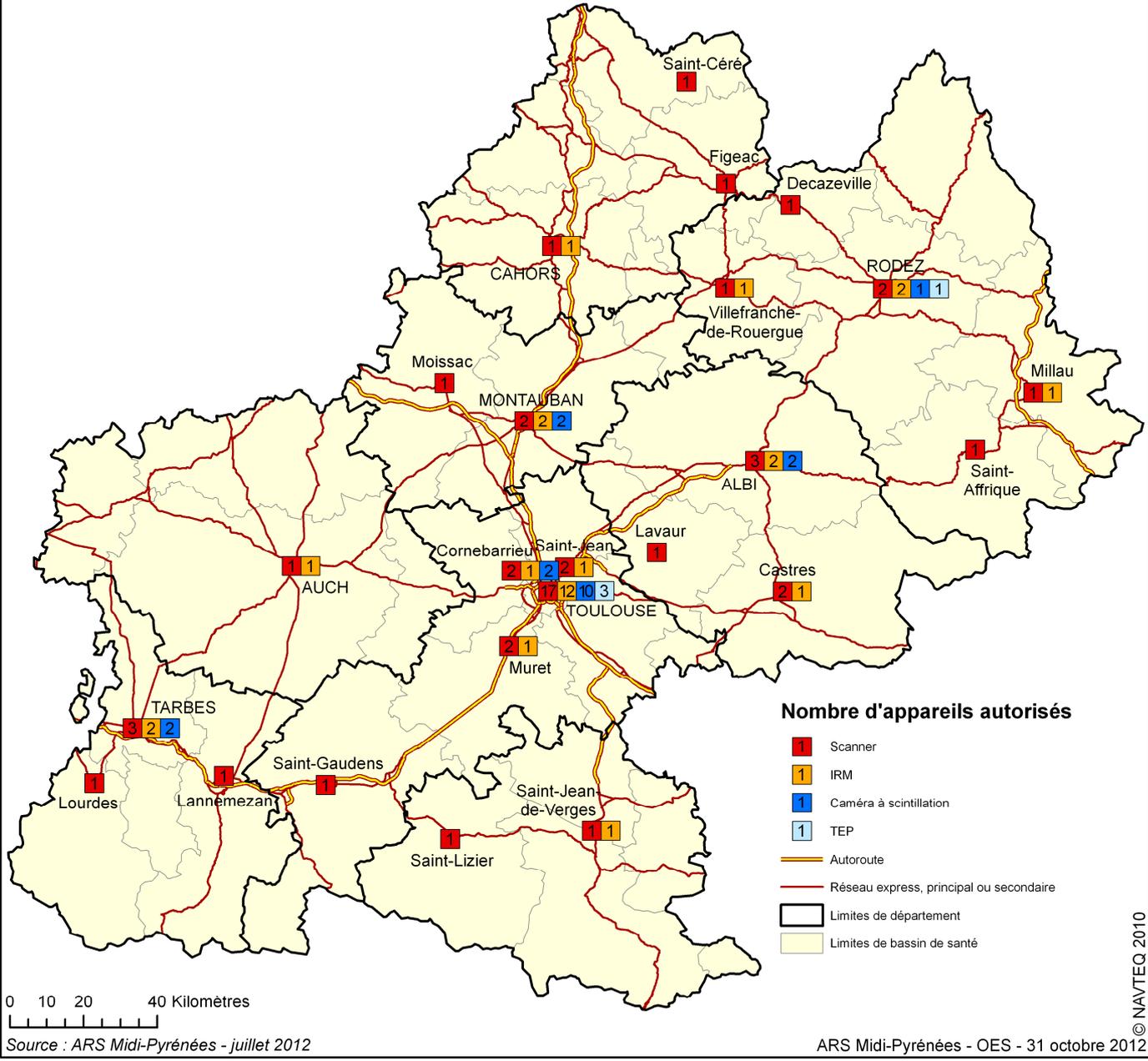
- Les plages d'ouverture au public,
- Le nombre et la typologie de l'activité réalisée,
- Les coopérations et les mutualisations mises en œuvre entre les acteurs d'un même territoire. En l'absence de structure juridique constituée (GCS, GIE,...), des conventions d'utilisation seront finalisées pour :
 - Garantir l'accès de chaque professionnel à l'équipement,
 - Fixer les conditions de l'utilisation de l'équipement,
 - Prévoir les modalités de régulation en cas de conflit.
- La durée des conventions devra être identique au minimum à celle des autorisations afin d'encourager la pérennité des coopérations,
- La mise en service d'une IRM spécialisée en ostéo-articulaire, ou dédiée aux examens ostéo-articulaires, dans les sites disposant déjà d'une IRM polyvalente.

Dans le cas particulier des IRM spécialisées en ostéo-articulaire ou dédiées aux examens ostéo-articulaires :

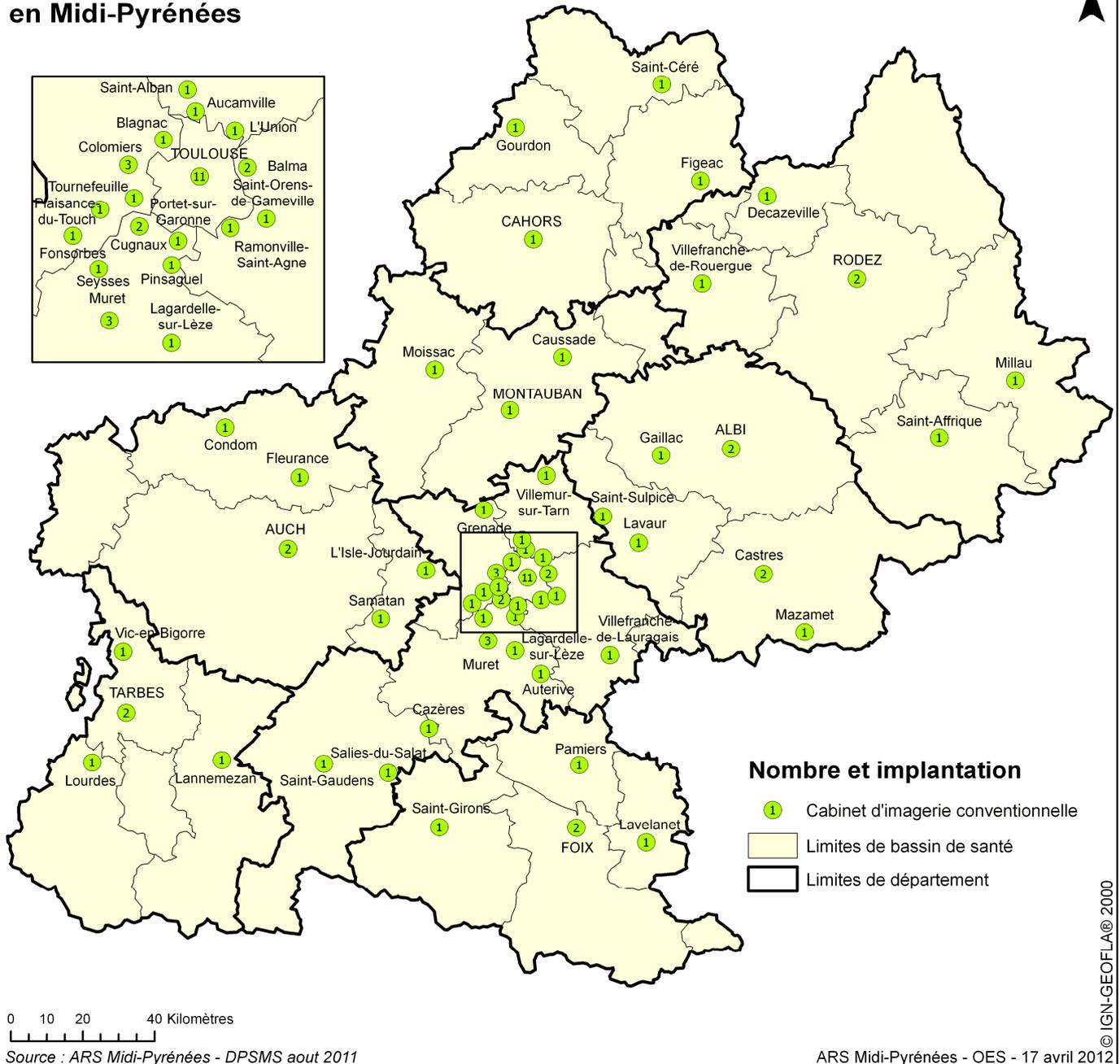
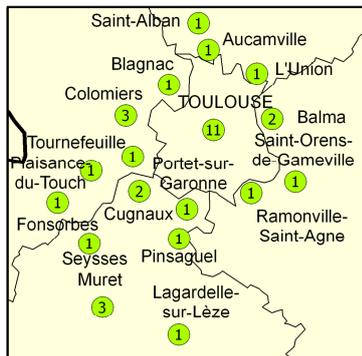
- Une activité ostéo-articulaire supérieure à 40% du total de l'activité de l'IRM polyvalente (ou supérieure à 4 000 actes par an),
- Un engagement d'activité d'IRM ostéo-articulaire (hors exploration carcinologique des membres) de moins de 50% sur l'IRM polyvalente.

Pour les renouvellements d'autorisation, la production de l'ensemble des indicateurs d'évaluation est exigée.

Les autorisations d'imagerie médicale
en Midi-Pyrénées en 2012



Cabinets libéraux d'imagerie conventionnelle en Midi-Pyrénées



Remarque :

L'offre de radiologie conventionnelle en cabinet libéral est présente dans tous les bassins de santé à l'exception de trois bassins où l'offre revêt une forme différente.

Pour le bassin de Nogaro, la clinique « les chênes » d'Aire-sur-Adour (Pyrénées-Atlantiques) dispose d'équipements matériels lourds (scanner-IRM). Pour le bassin de Bagnères-de-Bigorre, on remarque la présence de cabinets libéraux en proximité (16 km) à Lourdes, Tarbes et Lannemezan. Pour le bassin d'Espalion, l'hôpital (SSR) dispose de radiologie conventionnelle.



**Imagerie médicale :
scanner et IRM**

Cible		
	Scanner	IRM
Ariège	Borne basse 2 Borne haute 3	Borne basse 1 Borne haute 2
Aveyron	6	Borne basse 4 Borne haute 5
Haute-Garonne	24	Borne basse 15 Borne haute 22
Gers	Borne basse 1 Borne haute 2	Borne basse 1 Borne haute 2
Lot	Borne basse 3 Borne haute 4	Borne basse 1 Borne haute 2
Hautes-Pyrénées	5	Borne basse 2 Borne haute 3
Tarn	6	Borne basse 3 Borne haute 5
Tarn-et-Garonne	Borne basse 3 Borne haute 4	Borne basse 2 Borne haute 3

L'accès à une IRM spécialisée en ostéo-articulaire ou dédiée aux examens ostéo-articulaires doit être effectif dans chaque territoire de santé.

Orientation

2

Garantir l'accessibilité à des examens d'imagerie de qualité

La structuration de l'imagerie en plateaux techniques d'imagerie conduira à mettre à disposition des patients, l'ensemble des techniques d'imagerie, et le choix de l'examen le mieux adapté à la situation clinique.

En Midi-Pyrénées, l'ensemble des radiologues sont en secteur 1, permettant de maintenir un large accès des patients à des technologies coûteuses.

Les recommandations relatives à la radioprotection préconisées par l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) visent à réduire les examens ionisants et à accélérer la substitution des techniques irradiantes, en priorité l'IRM. La réalisation d'actes d'imagerie doit obéir aux principes de radioprotection : la justification des actes et l'optimisation des expositions.

Le radiologue, ayant la responsabilité du choix final de la technique (art R1333-57 du CSP), peut substituer à l'acte demandé l'examen le mieux adapté à la situation clinique présentée par le patient. Cette disposition rend possible la substitution et une réorientation de toute demande vers un examen non irradiant ; elle permet la bonne réponse à la question clinique posée.

2.1 Pour une juste indication de l'acte**2.1.1 Promouvoir les techniques les plus adaptées**

Le développement de l'imagerie irradiante (scanner, radiologie interventionnelle, médecine nucléaire) nécessite une vigilance plus importante des professionnels concernés (prescripteurs et radiologues) concernant la pertinence de l'exploration demandée. L'objectif prioritaire est de diminuer l'irradiation des patients en augmentant l'accessibilité des patients à l'IRM et en favorisant la substitution de l'IRM aux techniques irradiantes à l'appui des référentiels de bonnes pratiques de la HAS, des recommandations de l'ASN en matière de radioprotection et des objectifs de l'accès à l'IRM des plans nationaux de santé publique (plan Cancer, plan AVC, plan Alzheimer).

La substitution entre les techniques irradiantes et l'IRM repose sur la diversification des IRM par l'implantation d'IRM spécialisées ou dédiées (ostéo-articulaires pour les examens hanche, épaule, rachis sans injection, genou, cheville, poignet, coude) dans les sites disposant déjà d'IRM polyvalentes. Le regroupement des examens ostéo articulaires sur ces IRM spécialisées ou dédiées permet d'optimiser les rendez-vous en libérant du temps sur les IRM polyvalentes existantes. Ces appareils permettent également un meilleur rapport coût/efficacité.

Ce principe de substitution scanner / IRM nécessite de modifier les organisations afin d'assurer l'accès H24 à l'IRM en priorité pour les sites prenant en charge les urgences pédiatriques, les AVC dans le cadre des UNV.

Le COTER « Imagerie » proposera une liste des examens scanographiques substituables par l'IRM afin de définir la méthode permettant d'évaluer la substitution. Pour les examens du crâne, ce travail sera mené avec le COTER neurovasculaire.

La programmation des examens d'IRM doit intégrer la nécessité de prendre en charge une à deux urgences par jour. Cette contrainte doit s'appliquer à l'ensemble des partenaires utilisateurs de l'équipement, en cas de co-utilisation.

2.1.2 Favoriser la qualité de la prise en charge

Dès parution de la mise à jour du Guide de bon usage des examens d'imagerie, sa diffusion auprès des professionnels est indispensable. Elle doit s'accompagner de la formation des demandeurs pour améliorer la pertinence des indications et donc la maîtrise des volumes d'actes et des règles de radioprotection, en encourageant l'acte le plus efficient en première intention.

Dans le cadre de la PDSSES, l'usage excessif de l'imagerie peut être source de difficultés : des rencontres entre radiologues et spécialistes concernés par les urgences seront organisées dans le cadre des COTER concernés, afin de déterminer les procédures requises pour établir une indication pertinente des examens d'imagerie.

Conformément aux préconisations du plan Cancer, la participation des radiologues aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) est recommandée.

Une attention particulière doit être portée sur les délais de rendez-vous pour l'ensemble de l'imagerie en coupe dans la région. Une évaluation devra être mise en place, les données disponibles étant actuellement très insuffisantes. L'exploration par IRM devra être accessible sur tout le territoire régional dans des délais inférieurs à 15 jours.

2.2 Organiser une offre plus spécialisée

2.2.1 Médecine nucléaire

L'évolution de la technologie des gamma-caméras et des TEP ces dernières années, a conduit à repositionner la médecine nucléaire dans le paysage médical. La Médecine Nucléaire occupe une place incontournable au sein des stratégies diagnostiques dans de nombreux domaines. Elle n'intervient que pour des examens de 3ème recours. Elle est complémentaire de l'imagerie en coupe ou peut s'y substituer pour certaines indications.

Les gamma-caméras :

Le développement de nouvelles machines dédiées à l'exploration d'un organe fait apparaître un besoin d'autorisations supplémentaires pour la région sans augmentation proportionnelle de l'activité :

- L'exploration du sein dans la prise en charge des cancers pour les patientes à haut risque ou pour les formes localement avancées nécessite de disposer d'une mammo-scintigraphie spécifique : scintigraphe fixe non tomographique avec un seul détecteur. Cette technique dédiée à l'exploration du sein permet d'éviter les faux négatifs de la mammographie chez les jeunes patientes (sein dense) et de réduire le taux de faux positif et donc de biopsies inutiles générées par l'IRM.
- En cardiologie, le développement de gamma-caméras dédiées ou dotées de récepteurs semi-conducteurs constitue une révolution technologique importante. Cette gamma-caméra autorise une même qualité d'examens au prix d'un meilleur confort d'enregistrement pour les patients et surtout, pour un même temps d'examen, une diminution des doses injectées d'un facteur 2 à 3 suivant le traceur utilisé.

L'équipement régional sera porté à 21 gamma-caméras.

Les TEP :

La région dispose de 4 TEP répartis inégalement sur le territoire :

- 3 TEP à Toulouse,
- 1 TEP à Rodez.

Le sud de la région ne dispose pas d'accès à cet équipement, mais une possibilité d'implantation d'un TEP interrégional supplémentaire est prévue dans le SROS Aquitaine 2012-2017, à Pau pour le territoire Béarn-et-Soule. Cet équipement doit s'envisager au niveau interrégional à travers une coopération entre les établissements publics et les structures privées.

L'implantation d'un TEP-IRM à vocation régionale est envisagée. Cet équipement à vocation régionale sera principalement dédié à la recherche, dans le cadre d'un multi partenariat, unissant spécialistes de l'imagerie radiologique et nucléaire des secteurs publics et privés de l'ensemble de la région.

Les besoins en futurs TEP dépendront de l'évolution des technologies, des indications et des stratégies, des nouveaux traceurs.

L'équipement régional pourra être porté à 6 TEP, y compris le TEP-IRM.

Il apparaît nécessaire de promouvoir la coopération des spécialistes de médecine nucléaire ainsi que la coopération des équipes de radiologie et de médecine nucléaire pour permettre au patient de bénéficier au mieux des performances des techniques d'imagerie anatomique et métabolique. La collaboration entre radiologues, médecins nucléaires, physiciens, informaticiens et ingénieurs biomédicaux doit être renforcée.

	Cible	
	Caméras à scintillation	TEP
Ariège	0	0
Aveyron	2	1
Haute-Garonne	Borne basse 12 Borne haute 13	Borne basse 3 Borne haute 4
Gers	0	0
Lot	0	0
Hautes-Pyrénées	2	0
Tarn	2	Borne basse 0 Borne haute 1
Tarn-et-Garonne	2	0

2.2.2 Imagerie neurovasculaire

Pour les patients présentant un accident vasculaire cérébral (AVC), les délais d'accès à l'imagerie en coupe sont encore beaucoup trop longs. De plus, l'obtention d'une IRM en première intention pour ces patients reste peu fréquente, contrairement aux recommandations de la profession.

L'amélioration de la prise en charge des AVC passe par un accès immédiat à l'imagerie avec l'IRM en première intention, H24. Ceci nécessite de revoir les organisations dans les services d'imagerie médicale et de déployer un réseau de télé-imagerie qui sera étendu à d'autres situations cliniques afin de répondre à l'enjeu de la permanence des soins.

Il est également nécessaire de poursuivre la formation des radiologues à la neuroradiologie et d'assurer la polyvalence des manipulateurs en électroradiologie à l'imagerie en coupe. La mise en place d'une expertise neurovasculaire régionale H24 par la création d'une ligne d'astreinte de télé neuroradiologie, consolidera le dispositif.

Le niveau régional sera renforcé par une IRM polyvalente dédiée aux activités neurovasculaires.

2.2.3 Imagerie cardiaque

Les techniques d'imagerie en coupe dans la pathologie cardiovasculaire ont une importance croissante dans la prise en charge des patients. Elles nécessitent de développer des partenariats entre cardiologues et radiologues, formalisés par la constitution d'une équipe, afin de permettre une prise en charge coordonnée des patients.

Toute indication d'imagerie en coupe est validée par une consultation spécialisée en cardiologie. La réalisation de l'examen est sous la responsabilité du radiologue ; l'exploitation des résultats et la prise en charge thérapeutique sont assurées par le cardiologue.

Les modalités de partenariat doivent être établies selon la charte de partenariat rédigée sous l'égide des deux sociétés savantes. La participation des cardiologues à l'imagerie cardiaque passe par la formation (Diplôme inter-universitaire d'imagerie cardiaque en coupes).

2.2.4 Amélioration de l'accès à la radiologie interventionnelle (hors cardiologie interventionnelle et neuro radiologie interventionnelle)

La radiologie interventionnelle comprend l'ensemble des actes médicaux invasifs ayant pour but le diagnostic et/ou le traitement d'une pathologie, ces actes étant réalisés sous guidage et sous contrôle d'un moyen d'imagerie : rayons X (RX), ultrasons, scanner, IRM.

L'organisation de la radiologie interventionnelle doit reposer sur une offre de soins graduée s'inscrivant dans un maillage régional de cette activité, et tenir compte de son évolution à échéance du SROS.

La réalisation des actes de radiologie interventionnelle s'effectue soit par voie endo-vasculaire, nécessitant un cathétérisme vasculaire percutané guidé par RX, soit par voie transcutanée, utilisant une ponction guidée vers une cible par différents moyens d'imagerie. Ces actes sont de plus en plus souvent réalisés sous guidage par scanner, permettant d'obtenir une plus grande sécurité, mais avec une consommation de « temps-machine » importante. Cette pratique impose également une grande rigueur en terme de radioprotection : l'Institut de radioprotection et de sécurité nucléaire (IRSN) précise que « compte tenu de ses spécificités, la Radiologie interventionnelle est considérée comme une « pratique spéciale », pour laquelle il est demandé que les équipements, les procédures, les programmes d'assurance qualité et la formation des opérateurs soit particulièrement appropriés ».

La Fédération de Radiologie interventionnelle de la Société française de Radiologie a déterminé une typologie des actes concernés, en fonction de leur niveau de complexité et de l'environnement nécessaire. Ces actes concernent l'activité programmée et non programmée (PDES et continuité des soins) :

- Actes de type 1 : actes simples, réalisables par tout radiologue dans tout type de structure de radiologie (par ex : ponction guidée sous échographie, infiltrations articulaires périphériques),
- Actes de type 2 : actes de complexité intermédiaire, réalisables au niveau de tout plateau technique de radiologie équipé en conformité avec l'activité concernée et obligatoirement adossé à un établissement MCO. Chaque territoire de santé doit comporter au moins un plateau technique de ce type, dans le cadre d'un partenariat privé-public si nécessaire,
- Actes de type 3 : actes complexes, réalisables dans une structure spécialisée regroupant une équipe permettant d'assurer la PDES et de prendre en charge ces actes lourds nécessitant un environnement spécifique. Il s'agit de centres référents, pouvant être situés à un niveau territorial mais plus généralement au niveau régional. Ces centres doivent obligatoirement pouvoir établir des accords de coopération contractualisée avec le département d'anesthésie et avec la structure d'hospitalisation de façon à pouvoir disposer de lits d'aval.

Tout centre effectuant des actes de type 2 et 3 doit répondre aux exigences suivantes :

- Plateau technique complet et adapté à l'activité, comportant au moins un scanner et une IRM,
- Médecins formés et ayant la pratique régulière des actes concernés,
- Personnel paramédical formé,
- Structure répondant aux recommandations des sociétés savantes et à la réglementation sur la sécurité anesthésique : présence d'un anesthésiste si nécessaire et d'un secteur de soins post-interventionnel (SSPI).

Pour les centres assurant la PDSES de radiologie interventionnelle, certaines exigences supplémentaires sont requises :

- Accessibilité H24 à tous les équipements,
- Inscription dans le Répertoire opérationnel des ressources (ROR),
- Organisation régionale et/ou territoriale de la prise en charge des urgences de radiologie interventionnelle et en particulier les embolisations d'hémostase. Cette organisation devra permettre l'accessibilité aux patients de toutes les structures concernées. En particulier, des accords contractualisés devront être mis en place avec les services d'accueil des urgences, les centres de traumatologie, les maternités, les SAMU-SMUR, afin d'assurer le transfert des patients vers le centre de radiologie interventionnelle, de la façon la plus rapide et pertinente possible.
- Disponibilité de la télé-radiologie afin d'améliorer le processus de décision par la télé-expertise régionale et d'optimiser les conditions d'un éventuel transfert,
- Equipe médicale ayant reçu une formation recommandée par la Société française de radiologie, permettant, en particulier, la pratique de l'embolisation. Ce niveau de compétences devra être maintenu par la pratique régulière de cette activité. La constitution de cette équipe devra faire appel à tous les praticiens formés, au besoin par le partenariat privé-public. L'activité de ce centre sera reconnue par la mise en place d'une ligne d'astreinte financée.

L'ARS labellisera les centres de radiologie interventionnelle sur la base des recommandations susmentionnées. Cette démarche permettra d'augmenter l'activité de radiologie interventionnelle programmée ou en urgence, avec pour premier objectif : conforter les sites existants.



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

Midi-Pyrénées

Santé des détenus

2012 / 2017



Contexte

p. 287

Orientation

1

Améliorer l'accès des personnes détenues à une offre de soins graduée

p. 288

- 1.1 Assurer aux patients détenus l'accès au dispositif de soins adapté à leur besoin
- 1.2 Conforter une organisation graduée des soins somatiques
- 1.3 Conforter une organisation en trois niveaux des soins psychiatriques
- 1.4 Recueillir des données épidémiologiques relatives à la santé des personnes détenues

Orientation

2

Assurer aux personnes détenues une prise en charge de qualité

p. 293

- 2.1 Garantir les droits du patient détenu
- 2.2 Garantir le continuum de la prise en charge
- 2.3 S'adapter aux spécificités de certaines populations : les femmes détenues
- 2.4 S'adapter à des besoins de santé complexes
- 2.5 S'adapter à certaines catégories pénales : les auteurs d'infraction à caractère sexuel
- 2.6 Assurer l'accès aux dispositifs de prévention et de dépistage

Orientation

3

Favoriser les articulations santé-justice

p. 298

- 3.1 Les organisations au niveau régional ou inter-régional
- 3.2 Les organisations au niveau local



La région Midi-Pyrénées est rattachée à l'Inter-région pénitentiaire Midi-Pyrénées/Languedoc-Roussillon. Elle compte 10 établissements pénitentiaires. En 2010, on comptait en moyenne 2 059 détenus et 4 070 personnes sont entrées en détention.

Cette population présente des caractéristiques de santé spécifiques : c'est une population fragilisée et vulnérable, concernée par des problèmes de couverture sociale avant l'incarcération. Elle présente de nombreuses pathologies avec une prévalence et/ou une incidence plus élevée que la population générale : addictions, pathologies mentales, risque suicidaire, infection par le VIH, hépatites ou tuberculose. Le choc carcéral, les conditions de promiscuité, d'hygiène, d'isolement, d'inactivité peuvent révéler, aggraver ou réactiver certaines pathologies. Par ailleurs, le vieillissement de la population carcérale induit de nouveaux besoins dans le domaine des maladies chroniques.

La prise en charge de la santé des détenus conjugue donc :

- Le principe d'une qualité et d'une continuité des soins pour les personnes détenues, équivalente au dispositif de droit commun,
- Des besoins spécifiques en matière de santé,
- Les contraintes liées à l'environnement pénitentiaire.

Le Comité technique régional « Santé des détenus » (COTER) a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Orientation

1

Améliorer l'accès des personnes détenues à une offre de soins graduée

1.1 Assurer aux patients détenus l'accès au dispositif de soins adapté à leur besoin

1.1.1 Assurer l'accessibilité du plateau technique intra-muros

En premier recours, les soins aux détenus sont assurés par les Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Ces UCSA (et le Service médico-psychologique régional le cas échéant) sont animées par des équipes de professionnels des établissements de santé auxquels les établissements pénitentiaires sont rattachés. Un protocole rédigé entre l'établissement pénitentiaire et les établissements de santé décrit les conditions d'intervention des services hospitaliers et les moyens mis en œuvre par les établissements de santé (composition de l'équipe, fourniture de l'équipement et des prestations nécessaires au fonctionnement de l'équipe).

Les établissements veilleront en particulier à ce que l'ensemble des moyens humains prévus dans le protocole soient effectivement affectés à l'UCSA. Le COTER pourra si besoin être saisi des difficultés de recrutement qui se présenteraient afin de proposer des pistes de réflexion pour favoriser l'attractivité de ces postes.

L'organisation des UCSA doit permettre de proposer des plages d'ouverture adaptées aux besoins des personnes détenues, en prenant par exemple en compte les horaires de travail.

L'Administration pénitentiaire veillera à contribuer à l'amélioration de l'efficacité du dispositif en proposant des organisations propres à potentialiser la présence des professionnels de santé. Les commissions locales de coordination devront à cet effet notamment optimiser les mouvements de détenus ou l'aménagement des locaux de consultations.

1.1.2 Assurer l'accès aux dispositifs extérieurs à l'établissement pénitentiaire

Lorsque les examens ou les soins requis ne peuvent être délivrés en milieu pénitentiaire, les détenus peuvent être pris en charge dans l'établissement de santé de rattachement ou dans un autre établissement de santé public ou privé.

Dans ce cadre, le médecin de l'UCSA organise la prise en charge de la personne dans l'établissement de santé de rattachement, ou si le plateau technique de cet établissement est insuffisant pour faire face à l'état de santé de la personne, dans l'établissement de santé adapté le plus proche. Il appartient à l'établissement de santé d'organiser l'accueil hospitalier des personnes détenues dans ses services. L'établissement pénitentiaire est quant à lui chargé d'assurer dans les meilleures conditions, l'extraction de la personne détenue, si besoin en lien avec les forces de l'ordre.

Les organisations mises en place répondent à trois objectifs simultanés : la qualité des soins, la prévention des évasions, la sécurité des personnes et des biens.

1.1.3 Conforter l'organisation de la permanence des soins dans les prisons

L'accès aux soins en situation d'urgence doit être assuré pour les personnes détenues, notamment la nuit et le week-end. En terme de permanence des soins, au même titre que pour l'ensemble de leur prise en charge en santé, elles doivent pouvoir bénéficier des dispositifs de droit commun, notamment un accès direct au médecin régulateur.

En fonction des situations de chaque UCSA, les partenariats avec le SAMU, le cas échéant avec les professionnels du premier recours (médecins généralistes et infirmières), ou l'organisation d'astreintes médicales doivent être confortés. Si besoin, l'organisation de la permanence des soins pourra être portée à l'ordre du jour d'une réunion de la commission locale de coordination.

Une personne détenue dont l'état de santé le nécessite doit toujours pouvoir bénéficier d'une extraction en urgence vers le service adapté.

1.1.4 Optimiser et sécuriser la fourniture des médicaments et dispositifs médicaux

L'approvisionnement et la dispensation des médicaments destinés aux détenus est sous la responsabilité de la pharmacie de l'établissement de santé somatique de rattachement. Les ordonnances doivent être validées par un pharmacien. La pharmacie de l'établissement de rattachement ou l'infirmière désignée assure la préparation à dispensation nominative des médicaments « somatiques » et psychotropes après validation de toutes les prescriptions par un pharmacien.

Lorsque les produits prescrits ne sont pas accessibles aux pharmacies hospitalières, il appartient à la pharmacie de l'établissement de santé de se les procurer.

Le COTER est par ailleurs chargé de proposer des axes de réflexion pour évaluer l'accès des personnes détenues à l'ensemble des produits disponibles en officine, à l'exception de ceux qui présentent des risques sécuritaires.

La dispensation et l'administration des médicaments doit être assurée de manière individualisée à une fréquence adaptée à la situation de chaque patient et à l'évaluation de son autonomie par le médecin.

L'autonomie des patients sera encouragée par la mise en place d'actions d'éducation thérapeutique.

Les équipes de l'UCSA et de la pharmacie sont sensibles à l'intérêt d'une indispensable vigilance sur le mésusage possible que les détenus font des médicaments. Cette thématique pourra être régulièrement portée à l'ordre du jour de la commission locale de coordination.

Les dispositifs médicaux réutilisables doivent être mis à la disposition de l'équipe soignante en quantité suffisante pour ne pas contraindre le fonctionnement de l'UCSA. L'évaluation des procédures de traitement des dispositifs utilisés au sein de l'UCSA devra être intégrée au programme de sécurisation du circuit des dispositifs médicaux réutilisables de l'établissement.

La pharmacie doit utilement être impliquée dans la stratégie de prescription et dispensation des thérapeutiques de substitution ou de sevrage des toxicomanes, la préparation à la sortie, ainsi que dans la prévention et l'éducation pour la santé dans les domaines du bon usage du médicament et de l'hygiène. Le pharmacien doit faire partie de la Commission locale de coordination.

1.2.1 Les soins somatiques ambulatoires dispensés par les Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)

L'équipe hospitalière chargée des soins somatiques est composée de :

- Personnels médicaux : médecins généralistes, médecins spécialistes (hors psychiatres), chirurgiens dentistes et pharmaciens,
- Personnels non médicaux : personnels infirmiers, préparateurs en pharmacie, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en électro-radiologie, personnels administratifs, médico-sociaux et d'entretien.

L'intervention d'autres professionnels de santé (pédicure-podologue, orthophoniste, prothésiste, diététicienne) doit être possible en fonction des besoins. L'ARS s'assurera de l'accès des détenus aux soins dentaires et aux consultations d'ophtalmologie.

Le COTER émettra des propositions permettant à l'ARS d'élaborer un modèle de rapport d'activité qui sera utilisé par les UCSA, basé a minima sur les données de l'Observatoire des structures de santé des personnes détenues.

1.2.2 L'hospitalisation dans l'établissement de proximité

Lorsqu'une personne détenue doit être hospitalisée en urgence et/ou pour un délai théoriquement inférieur à 48 heures, il est admis dans l'établissement hospitalier de rattachement. Des chambres sécurisées ont été aménagées à cet effet. Si l'état de santé du patient requiert une hospitalisation en service spécialisé, (réanimation par exemple), il est accueilli dans le service adapté à sa pathologie.

Les possibilités d'organiser de regrouper différents examens médicaux dans le cadre d'une hospitalisation de jour permettent de rationaliser les extractions. Les équipes des UCSA évalueront les leviers et freins de la mise en œuvre de cette organisation au niveau local.

En cas de soins ambulatoires itératifs, l'équipe médicale ouvrira la discussion relative au parcours de détention de son patient.

Le COTER est chargé d'émettre un avis sur l'utilisation des chambres sécurisées. Si besoin, lorsqu'une sous-utilisation ou une utilisation inadéquate sont constatées, le COTER proposera des pistes d'ajustement ou de réorganisation à opérer en lien avec l'Administration pénitentiaire et les forces de l'ordre.

1.2.3 L'accès depuis l'établissement pénitentiaire à un avis spécialisé

Les avis spécialisés peuvent être recueillis de différentes façons, en fonction de la pathologie, de l'avis du médecin traitant et du souhait du patient :

- Le spécialiste assure une consultation à l'UCSA lorsque la file active est importante,
- La personne détenue est extraite vers l'établissement où exerce le spécialiste (établissement de santé du bassin, établissement de santé de recours territorial, autre établissement),
- Une téléconsultation est organisée,
- L'avis du spécialiste est recueilli lors d'une télé-expertise avec l'équipe de l'UCSA.

En adéquation avec le Programme régional de télémédecine : sur la base de l'expérience menée depuis plusieurs années au Centre pénitentiaire de Lannemezan, un état des lieux précis, recensant les freins et les leviers du développement de la télémédecine sera établi. Sur cette base, un plan de déploiement de la télémédecine dans les UCSA de la région sera élaboré. L'ARS veillera, en lien avec l'Administration pénitentiaire, à ce que des équipements de télémédecine soient opérationnels dans toutes les UCSA. Par ailleurs, l'ARS s'assurera de la mise en œuvre des organisations médicales nécessaires au développement des téléconsultations.

Le COTER sera associé à la définition des indicateurs pertinents pour évaluer l'intérêt du dispositif et son impact en termes d'amélioration de l'accès aux soins, d'organisation médicale et de mise en œuvre des extractions.

1.2.4 L'Hospitalisation dans l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI)

L'UHSI, implantée au CHU de Toulouse, permet d'accueillir les personnes détenues incarcérées dans les établissements pénitentiaires de Muret et de Seysses pour des hospitalisations de toutes durées, qu'elles soient programmées ou non. Elle accueille aussi dans le cadre d'une hospitalisation programmée de plus de 48 heures des détenus de l'Inter-région pénitentiaire.

Elle offre une compétence médico-chirurgicale et accueille des personnes des deux sexes, majeures et mineures. Les hospitalisations en services très spécialisés (service de réanimation, de neurochirurgie, de chirurgie cardiaque, etc) seront toujours réalisées dans les services concernés, le transfert vers l'UHSI se faisant secondairement sur avis médical, dès que la situation clinique du patient le permet. L'implantation de l'UHSI permet donc l'accès pour les personnes détenues aux plateaux de recours régionaux.

Des actions d'animation et de formations proposées par l'UHSI à destination des équipes des UCSA devront être proposées au moins tous les deux ans.

De la même façon que dans les établissements de proximité, le regroupement de différents examens dans le cadre d'une hospitalisation à l'UHSI sera une modalité privilégiée.

L'activité de l'UHSI est initialement une activité de court séjour. A court terme, une partie des lits de l'Unité doit évoluer vers une activité de type Soins de Suite. Pour cela, le projet médical de la structure doit évoluer et un aménagement des locaux est nécessaire.

Tant pour le court que pour le moyen séjour à venir, les conditions d'accueil dans l'UHSI doivent être améliorées notamment pour permettre des durées d'hospitalisation plus longues.

Le comité de coordination local de l'UHSI réunit en outre les responsables médicaux et administratifs de l'UHSI et des représentants des UCSA de la région (voire de l'Inter-région) afin de fluidifier le parcours de santé des personnes détenues.

1.3 Conforter une organisation en trois niveaux des soins psychiatriques

1.3.1 Les soins psychiatriques ambulatoires dans les UCSA et le Service médico-psychologique régional (SMPR)

Le dispositif de soins psychiatriques est composé de :

- Personnel médical : psychiatres...
- Personnel non médical : psychologues, personnels infirmiers, psychomotriciens, personnels administratifs et médico-sociaux...

L'UCSA ou le SMPR assure des prestations de prévention et des prises en charge en soins ambulatoires. Ces prises en charge sont des consultations individuelles ou des activités de groupe, de type ateliers thérapeutiques. L'accès à ces activités de groupe doit pouvoir être assuré pour tous les hommes et les femmes détenus dont l'état le nécessite.

L'ARS favorisera le développement de ces activités de groupe dans les établissements dépourvus de Service Médico-Psychologique Régional. Le plan de développement sera élaboré en lien avec le COTER et le SMPR pour le projet médical et en coopération avec l'Administration pénitentiaire pour les aspects logistiques.

Le COTER émettra des propositions permettant à l'ARS d'élaborer un modèle de rapport d'activité qui sera utilisé par les dispositifs de soins psychiatriques.

1.3.2 Les soins psychiatriques en hospitalisation de jour et le rôle du Service médico-psychologique régional (SMPR)

Le SMPR est géré par le Centre Hospitalier Gérard Marchant. Il dispose de 15 places à la Maison d'arrêt de Seysses.

Il prend en charge des patients consentants en hospitalisation de jour et assure la coordination régionale, favorisant de ce fait le travail en réseau des professionnels de la psychiatrie.

1.3.3 L'hospitalisation complète de psychiatrie dans l'établissement de proximité et à l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)

L'UHSA, implantée au Centre hospitalier Gérard Marchant permet l'hospitalisation complète avec ou sans consentement des détenus de l'Inter-région pénitentiaire. Elle a une capacité de 40 lits et peut accueillir des personnes détenues des deux sexes, adultes et mineurs, quelle que soit la pathologie psychiatrique et quelle que soit la durée de séjour, dès lors qu'existe une indication de prise en charge à plein temps posée médicalement.

Dans l'attente de la prise en charge en UHSA, les patients détenus peuvent être dirigés vers les établissements de soins psychiatriques de rattachement en application de la procédure d'hospitalisation d'office prévue dans l'article D398 du Code de procédure pénale.

Compte tenu de la demande des établissements pénitentiaires concernés et de l'offre qui est contingentée, il est en effet nécessaire de prévoir une gestion optimale des places disponibles. Sauf exception, les admissions des patients à l'UHSA feront l'objet d'une programmation. Afin de garantir en toutes circonstances des soins aux détenus sous la forme d'une hospitalisation complète, il convient donc de ne pas exclure le fait que les patients détenus, avant d'être admis à l'UHSA, soient de manière provisoire admis dans l'établissement de psychiatrie de rattachement, surtout si le séjour est bref. Si leur état de santé le nécessite, les patients sont ensuite transférés à l'UHSA lorsque des lits sont disponibles.

1.3.4 L'Unité pour malades difficiles (UMD)

Au-delà des structures et d'une organisation qui leur sont dédiées, les patients détenus peuvent à tout moment de leur parcours, dès lors que leur état le nécessite, être admis en hospitalisation à l'Unité pour malades difficiles.

1.4 Recueillir des données épidémiologiques relatives à la santé des personnes détenues

Afin de pouvoir quantifier et objectiver les besoins en matière de prise en charge sanitaire de la population carcérale, un travail d'observation sera mené conjointement par le COTER et l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées (ORSMIP).

Orientation

2

Assurer aux personnes détenues une prise en charge de qualité

Principe : les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier de l'ensemble des dispositifs de droit commun. A ce titre, la qualité des soins dispensés doit être la même pour les personnes placées sous main de justice qu'en milieu ordinaire, sur l'ensemble de leur parcours et en respectant le cas échéant leurs besoins spécifiques en matière de santé.

2.1 Garantir les droits du patient détenu

La personne détenue malade doit bénéficier des mêmes droits que ceux dont dispose la population. Ainsi les notions de respect de la dignité de la personne malade, d'absence de discrimination dans les soins donnés, de respect du droit à la vie privée et au secret médical et d'accès aux soins palliatifs sont fondamentales lors de leur prise en charge. Le consentement libre et éclairé de la personne détenue doit être recherché avant tout acte de soins. La personne détenue malade, en état d'exprimer sa volonté peut refuser les soins qu'on lui propose.

Une réflexion sera menée, si besoin, avec l'Administration pénitentiaire pour que ces principes soient pris en compte, en conciliation avec les exigences de sécurité et le contexte de la détention.

2.2 Garantir le continuum de la prise en charge**2.2.1 Anticiper les besoins de couverture sociale**

Les services de l'Administration pénitentiaire sont chargés de vérifier ou de procéder à l'affiliation des personnes détenues au régime général de sécurité sociale.

Sur la base de documents cadres, des conventions sont signées entre les établissements pénitentiaires, les CPAM et les établissements de santé afin de faciliter cette démarche.

Les personnes détenues peuvent bénéficier d'autres dispositifs (Affection de longue durée, Allocation personnalisée d'autonomie, Allocation adulte handicapé...). Les professionnels des UCSA, en lien avec l'établissement de santé, seront sensibilisés à l'intérêt de la mise en œuvre de ces dispositifs pendant la détention.

Dans la mesure du possible, les permissions, les aménagements de peine et la levée d'écrou doivent être anticipés pour que la continuité de la couverture sociale de base, et si besoin des prestations supplémentaires, soit organisée.

2.2.2 Organiser la continuité des soins lors des transferts, des aménagements de peine et à la sortie de détention

Le transfert d'un détenu, un aménagement de sa peine ou la levée d'écrou peuvent générer des ruptures dans la continuité de prise en charge médicale, tant au niveau somatique que psychiatrique.

Ces événements doivent pouvoir être anticipés, dans l'intérêt du patient détenu, afin que l'équipe de l'UCSA puisse préparer la transmission des informations médicales et contacter l'équipe qui assurera en relais la prise en charge. Dans la mesure du possible, le patient détenu sortant sera inscrit dans les dispositifs de soins de droit commun, tant psychiatriques que somatiques.

Les soins devant faire l'objet d'une continuité à la sortie de détention incluent notamment :

- Des soins considérés par les médecins comme nécessaires et consentis par le patient,
- Des soins sans consentement,
- Des soins pénalement ordonnés.

La mise en place effective de la consultation de sortie des personnes détenues (dans le mois qui précède la libération) est assujettie à des contraintes d'organisation, comme la nécessité de connaissance de façon anticipée la date de sortie ou la disponibilité du personnel soignant... Diverses pistes pourront être examinées par le COTER pour proposer des organisations efficaces : consultations médicales ou infirmières selon le besoin de santé du patient, nouvelles organisations au sein des structures en lien avec l'Administration pénitentiaire, partage de l'information relative à l'exécution de la peine,...

Le COTER émettra des propositions permettant à l'ARS d'élaborer un modèle de dossier minimum commun de transfert et de sortie qui sera utilisé par toutes les UCSA.

L'ARS suivra avec attention l'avancée des travaux nationaux relatifs au dossier médical des personnes détenues, et soutiendra dès lors que ce sera possible le déploiement régional de cet outil, en lien avec le Dossier médical personnel (DMP).

2.3 S'adapter aux spécificités de certaines populations : les femmes détenues

En ce qui concerne la population féminine, seule la maison d'arrêt de Seysses a un quartier pour les femmes détenues, en région Midi-Pyrénées. L'établissement pour mineurs de Lavaur peut être amené à recevoir des jeunes filles de 13 à 18 ans, prévenues ou condamnées.

Les femmes détenues doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée, notamment en terme de suivi gynécologique. Elles doivent bénéficier des programmes de dépistage organisé au même titre que la population générale et faire l'objet de frottis de dépistage des cancers du col de l'utérus, conformément aux recommandations.

Elles bénéficient d'actions de prévention et d'éducation à la santé, ciblées sur l'équilibre alimentaire et la nutrition pour prévenir l'obésité. Ces actions pourront aussi être déclinées en direction des femmes présentant une anorexie.

Afin de favoriser leur autonomie et de préparer leur sortie, des actions expérimentales d'éducation à l'automédication pourront être menées.

2.4 S'adapter à des besoins de santé complexes

2.4.1 Les personnes présentant des conduites addictives

La prise en charge des personnes présentant des conduites addictives est organisée différemment selon les établissements pénitentiaires. Plusieurs acteurs coordonnés par les médecins de l'UCSA ou du SMPR peuvent être associés dans cette prise en charge ; les équipes somatiques et psychiatriques des UCSA, des professionnels de santé spécialisés en addictologie, les équipes des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), le SMPR...

Les projets de soins proposés devront être adaptés au cadre de la détention (suivi du sevrage, prescription et suivi de traitements substitutifs notamment de substitution aux opiacés, prise en charge des co-morbidités psychiatriques et somatiques, suivi psychologique). Un accent particulier sera mis sur la prise en charge de l'addiction au tabac, à l'alcool, et la prévention des addictions médicamenteuses.

La préparation à la sortie sera un axe primordial de la prise en charge proposée. Des contacts précoces avec un partenaire extérieur seront encouragés, en lien avec les Services pénitentiaires d'insertion et de probation pour faciliter ces contacts.

2.4.2 Les personnes condamnées à des peines très longues, les détenus vieillissants, les personnes très malades, les personnes en perte d'autonomie, les personnes handicapées

L'intervention de Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), de services d'Hospitalisation à domicile (HAD), ou d'auxiliaires de vie doit être rendue possible auprès des patients lorsque c'est nécessaire. La prise en compte des symptômes d'inconfort des détenus souffrant d'affections chroniques ou en fin de vie est une priorité.

L'ARS, en lien avec l'Administration pénitentiaire, veillera à ce que chaque établissement pénitentiaire propose une ou des cellules spécialement aménagées, dans la mesure des possibilités offertes par les structures.

Les actions contribuant au respect de l'équilibre alimentaire et favorisant la santé nutritionnelle sont prioritaires. Une attention particulière sera portée à la réponse aux besoins spécifiques des personnes âgées en termes d'alimentation, à la préservation de leur santé dentaire et à la prévention de la perte d'autonomie.

2.5 S'adapter à certaines catégories pénales : les auteurs d'infraction à caractère sexuel

Le Centre de détention de Muret est l'un des 22 centres spécialisés dans l'accueil des auteurs d'infraction à caractère sexuel. Une forte proportion des personnes qui y sont détenues doit donc pouvoir, si besoin, bénéficier de soins adaptés en santé mentale. A ce titre, l'équipe du SMPR a été renforcée pour permettre le développement des prises en charge adaptées.

Par ailleurs, le Centre ressource pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (CRIAVS), rattaché au Centre hospitalier Gérard Marchant, favorise les échanges sur les pratiques entre professionnels, la diffusion des connaissances et des compétences auprès de l'ensemble des intervenants concernés (professionnels de santé, professionnels du champ judiciaire, professionnels du champ pénitentiaire et professionnels médico-sociaux). Son action est complémentaire de celles qui sont menées dans le cadre de la prévention de la récidive.

Dans les actions menées par le CRIAVS, l'accent sera mis sur la sensibilisation, la formation et la mobilisation des professionnels qui assureront le suivi des personnes après leur détention.

Pour assurer la mise en œuvre opérationnelle du protocole santé-justice sur la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel, un projet médical régional précisera :

- Les modalités de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles par les équipes de toutes les UCSA de la région,
- Les modalités de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles au Centre de détention de Muret,
- Les dispositifs favorisant la coordination et la mise en œuvre de la prise en charge en milieu libre, à la sortie de détention.

2.6 Assurer l'accès aux dispositifs de prévention et de dépistage

2.6.1 La prévention du suicide

Les actions de formation :

En complément

SRP

Le schéma régional de prévention prévoit dans son volet « Prévention et promotion de la santé », des actions de prévention du suicide notamment en milieu carcéral.

Partie 4.2.3 Améliorer l'accompagnement des personnes en risque suicidaire

Poursuivre dans les établissements pénitentiaires des formations à destination du personnel de l'Administration pénitentiaire et des professionnels des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires

Les personnes détenues constituent une population particulière à fort risque suicidaire, c'est pourquoi des formations spécifiques sont réalisées à destination du personnel de direction, d'encadrement, agents affectés dans les quartiers dits « sensibles », personnel d'insertion, soignant, enseignant, psychologue, visiteurs de prison. Les formations, mises en place depuis 2005 par la Direction interdépartementale des services pénitentiaires seront intensifiées à hauteur de quatre par an. Chaque établissement pénitentiaire bénéficiera de la formation tous les deux ans.

Les dispositifs de protection d'urgence et les cellules de protection d'urgence :

Ils ont pour but de protéger le détenu des actes auto-agressifs si une crise suicidaire aiguë survient. Leur gestion appartient à l'Administration pénitentiaire. La coordination avec les professionnels de santé est essentielle afin que la personne détenue en crise suicidaire puisse bénéficier au plus vite d'une prise en charge médicale adaptée.

2.6.2 Soutenir les projets d'éducation à la santé en prison

Au moins un projet d'éducation à la santé doit être mis en œuvre chaque année par les équipes des UCSA. L'ensemble des projets relatifs à la promotion de la santé menés dans les établissements pénitentiaires doit être coordonné par l'UCSA de l'établissement concerné.

2.6.3 Dépister le VIH et les hépatites virales, poursuivre les actions de réduction des risques de transmission

Une prévalence plus élevée qu'en population générale est relevée chez les patients détenus pour les infections notamment par le VIH et le VHC. Une surreprésentation de personnes issues de zones de forte endémie, de patients présentant des comportements à risque et d'usagers de drogues, peut expliquer en partie ces taux de prévalence.

Un dépistage des infections à VIH, VHC et VHB doit être proposé à l'arrivée en détention. Ce dépistage doit aussi s'accompagner d'actions d'éducation à la santé et de réduction des risques s'intégrant dans une perspective de continuité des soins à la sortie.

2.6.4 Améliorer le dépistage de la tuberculose

Le dépistage de la tuberculose doit être réalisé systématiquement au moment de l'entrée en détention. Il tient en un examen clinique effectué rapidement à partir de la date d'incarcération et, si besoin, un examen radiologique est prescrit.

Des critères communs permettant d'objectiver la nécessité de prescrire l'examen radiologique seront élaborés dans le cadre du COTER, en lien avec les professionnels des Centres de lutte anti-tuberculeuse.

Sur la base de l'expérience existant en agglomération toulousaine, le recours à la télétransmission des clichés et à l'interprétation à distance sera encouragé dans les UCSA ayant du matériel de radiographie sur place, afin d'optimiser la procédure. L'ARS soutiendra l'installation d'équipement de radiologie numérisée dans les UCSA qui en sont dépourvues.

L'intérêt de mettre en œuvre un dépistage annuel des personnes détenues sera évalué.

Lorsque le diagnostic de tuberculose est confirmé, un intérêt particulier sera porté à la continuité de la prise en charge sur la base de collaborations étroites entre les équipes des UCSA, de l'Administration pénitentiaire et des Centres de lutte antituberculeuse (CLAT).

2.6.5 Développer l'accès aux dispositifs de dépistage organisé du cancer

Les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier des campagnes de dépistages organisés du cancer. Dans les départements sièges d'établissements pénitentiaires où ce n'est pas le cas, des actions de concertation avec les structures de dépistage organisé, seront mises en œuvre.

2.6.6 Assurer la couverture vaccinale des personnes détenues

Un protocole relatif à la mise en place de calendriers de vaccination sera élaboré au sein du COTER, sur la base des projets déjà mis en œuvre dans certaines UCSA.

Orientation

3

Favoriser les articulations
santé-justice

3.1 Les organisations au niveau régional ou inter-régional

3.1.1 La Commission régionale santé-justice

La commission régionale santé-justice est chargée d'examiner :

- Toute question d'ordre général se rapportant à la protection sociale, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes mineures et majeures placées sous main de justice,
- Tout sujet se rapportant aux prises en charge sanitaires en amont et en aval de l'incarcération en lien avec les procédures judiciaires,
- Toute question d'ordre général se rapportant à la protection et à l'amélioration de la santé des mineurs sous protection judiciaire.

Elle s'assure de la coordination et de la bonne information des services et des partenaires compétents. Présidée par le Directeur général de l'ARS, elle réunit au moins une fois par an le Préfet de Région, les Chefs de Cour d'appel, les Procureurs généraux, le Directeur inter-régional des services pénitentiaires et le Directeur régional de la protection judiciaire de la jeunesse. D'autres membres peuvent être associés en fonction de l'ordre du jour, notamment des représentants des établissements de santé de rattachement et des équipes soignantes des UCSA.

Un bilan annuel régional sur l'activité des structures de santé des détenus est présenté chaque année à cette commission.

3.1.2 La commission de coordination de l'UHSI

La commission de coordination de l'UHSI est présidée par le Directeur du CHU de Toulouse et elle se réunit au moins une fois par an. Elle comprend :

- Des personnels de l'établissement hospitalier,
- Des personnels pénitentiaires affectés à l'UHSI,
- Le Directeur départemental de la sécurité publique,
- Le Commandant du groupement de Gendarmerie départementale,
- Les Chefs des établissements pénitentiaires du lieu siège de l'UHSI, désignés par la Direction inter-régionale des services pénitentiaires,
- Le Directeur du Service pénitentiaire d'insertion et de probation de la Haute-Garonne,
- Des représentants des UCSA de Midi-Pyrénées et de Languedoc-Roussillon, désignés par leur ARS respective,
- Des représentants des établissements pénitentiaires de l'inter-région pénitentiaire.

Cette commission doit notamment permettre de rapprocher les différents services afin de faire face aux difficultés imprévues grâce à une meilleure compréhension mutuelle.

3.1.3 La commission de coordination de l'UHSA

La commission de coordination de l'UHSA est présidée par le Préfet et elle se réunit au moins une fois par an. Elle comprend :

- Des personnels de l'établissement hospitalier,
- Des personnels pénitentiaires affectés à l'UHSA,
- Le Directeur départemental de la sécurité publique,
- Le Commandant du groupement de Gendarmerie départementale,
- Les Chefs des établissements pénitentiaires du lieu siège de l'UHSA, désignés par la Direction inter-régionale des services pénitentiaires,
- Le Directeur du Service pénitentiaire d'insertion et de probation de la Haute-Garonne,
- Des représentants des SMPR et dispositifs de soins psychiatriques de Languedoc-Roussillon et de Midi-Pyrénées,
- Des représentants des établissements pénitentiaires de l'inter-région pénitentiaire.

Cette commission doit notamment permettre de rapprocher les différents services afin de faire face aux difficultés imprévues, grâce à une meilleure compréhension mutuelle.

3.1.4 Le CRIAVS et son rôle de mise en réseau

Le Centre de ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) mène des actions à destination des professionnels issus de différents dispositifs : professionnels de santé, professionnels du champ judiciaire, professionnels du champ pénitentiaire, professionnels médico-sociaux. Autour de projets et de problématiques communs et complémentaires, il permet la création d'une culture et d'une dynamique pluridisciplinaires.

Les équipes « somatiques » des UCSA sont invitées à participer aux réunions et aux formations proposées par le CRIAVS.

L'ARS portera un intérêt particulier à toutes les actions permettant de faciliter la continuité de la prise en charge médicale des auteurs de violences sexuelles, à leur sortie de détention.

3.1.5 Le COTER « Santé des détenus » : participation de l'Administration pénitentiaire

Les interlocuteurs de la Direction inter-régionale des services pénitentiaires en charge de l'action sanitaire sont membres du COTER « Santé des détenus ». Ils prennent ainsi part aux débats techniques qui s'y déroulent et participent aux travaux d'évaluation, d'accompagnement et de mise en œuvre des orientations de l'ARS, confiés à cette instance.

3.2 Les organisations au niveau local

3.2.1 La Commission de coordination

La Commission de coordination est un organe de concertation, entre le ou les établissements de santé concernés et l'établissement pénitentiaire. Elle porte sur les conditions d'application du protocole. Elle se réunit régulièrement et en tant que de besoins, s'il faut régler des difficultés ponctuelles.

En tout état de cause, elle est convoquée, au moins une fois par an à l'initiative de son président, le Directeur général de l'ARS, pour la présentation du rapport annuel d'activité par l'établissement de santé. Participent à ce comité, outre les signataires du protocole ou leurs représentants :

- Le Chef de service de rattachement et le Médecin responsable de l'UCSA,
- Le Chef de service du SMPR ou le Chef de service et le psychiatre du secteur en charge des soins psychiatriques dans l'établissement pénitentiaire,
- Le Directeur du Service pénitentiaire d'insertion et de probation,
- Le Directeur territorial de la Protection judiciaire de la jeunesse.

Les thématiques suivantes doivent figurer régulièrement à l'ordre du jour des réunions de la Commission de coordination :

- L'accès aux soins et en particulier les questions de permanence des soins,
- Le partage de l'information,
- La distribution des médicaments,
- Les extractions pour raison de santé,
- L'utilisation des chambres sécurisées.

3.2.2 L'instance de suivi du fonctionnement

Le suivi et la gestion des questions relatives à l'organisation générale de l'UCSA (questions matérielles, logistiques, informatiques, suivi d'activité) feront l'objet de l'identification d'une instance ad hoc. Ces missions sont assurées par un groupe formé au moins d'une personne référente désignée au sein de la Direction de l'établissement de santé de rattachement, une personne référente de l'équipe de l'UCSA et le Directeur de l'établissement pénitentiaire.

La fréquence des réunions sera adaptée au contexte local et à la survenue éventuelle d'évènements particuliers.

3.2.3 Les Commissions pluridisciplinaires uniques

La Commission pluridisciplinaire unique se réunit au moins une fois par mois pour examiner les parcours d'exécution de la peine. Elle regroupe l'ensemble des acteurs intervenant dans ce parcours. Un membre de l'équipe de l'UCSA ou du SMPR est convoqué à ces réunions et peut donner un avis consultatif sur les dossiers examinés dans le respect du secret médical. Les échanges se font dans le respect de l'obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

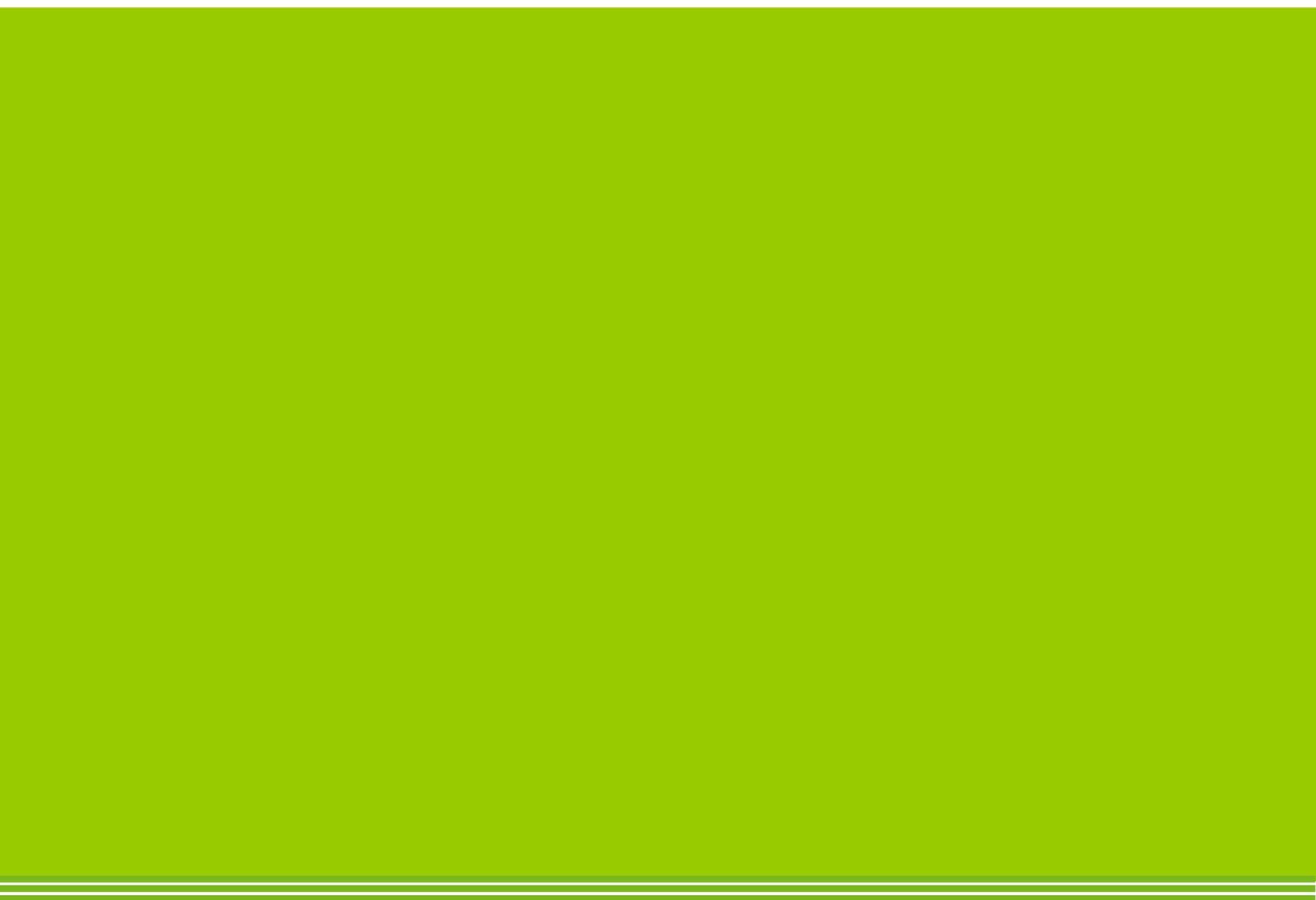
3.2.4 Des actions concertées de formation des personnels sanitaires, pénitentiaires et des forces de l'ordre

La formation commune permet à chacun de connaître les attributions, les fonctions et les contraintes des autres. Les établissements de santé de rattachement, les établissements pénitentiaires et les forces de l'ordre sont invités à se rapprocher des services de formation continue de leurs institutions respectives afin que les personnels bénéficient d'actions pluriprofessionnelles, avant leur prise de fonction et régulièrement au cours de leur activité.

Des actions de formation ou de remise à niveau sur les gestes de premier secours seront prioritaires.

3.2.5 La rédaction d'un guide de bonnes pratiques mutuelles

Le COTER émettra des propositions permettant à l'ARS d'élaborer un guide régional de bonnes pratiques précisant les contours des champs d'interventions respectifs des personnels de santé, des personnels pénitentiaires et des forces de l'ordre.



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière



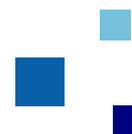
PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

Biologie médicale

2012 / 2017





Contexte

p. 305

Répartition des implantations existantes

p. 306

Orientation

1

Répondre aux besoins de la population en biologie médicale

p. 307

- 1.1 Maintenir un site de laboratoire ouvert au public par bassin de santé et favoriser la communication entre professionnels de santé
- 1.2 Définir les règles d'implantation afin de maintenir la diversité et la continuité de l'offre
- 1.3 Maintenir la gradation de l'activité
- 1.4 Organiser la continuité et la permanence des soins

Orientation

2

S'assurer de l'accréditation des laboratoires publics et privés

p. 309

- 2.1 Veiller à ce que tous les laboratoires de biologie médicale soient entrés dans la démarche d'accréditation à l'échéance réglementaire
- 2.2 Développer les coopérations entre laboratoires

Situation cible

p. 311

Périmètre du SROS de biologie médicale

Le périmètre concerne l'ensemble des laboratoires de biologie médicale, quel que soit leur statut juridique (public ou privé), pratiquant des examens de biologie médicale destinés aux patients hospitalisés ainsi qu'aux patients ambulatoires dans le cadre d'une offre de soins du premier recours.

Ne sont pas concernées :

- les activités spécialisées relevant de laboratoires de biologie dans les domaines suivants : aide médicale à la procréation, diagnostic prénatal, examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales,
- les structures ayant une activité d'anatomo-pathologie utilisant des techniques de biologie médicale.

Contexte régional : le nombre de sites en juin 2011

La région Midi-Pyrénées compte 220 sites de laboratoires de biologie médicale pour 2 810 240 habitants soit un site pour 12 774 habitants (moyenne nationale : 1/17 000 habitants). Leur répartition est la suivante :

- 196 sites de laboratoires privés,
- 21 sites de laboratoires publics,
- 3 sites de laboratoires gérés par des établissements de santé privés d'intérêt collectif.

La région comporte 8 sites de laboratoires de l'Etablissement Français du Sang (non ouverts au public).

Il existe au moins un site de laboratoire ouvert au public par bassin de santé, excepté dans le bassin de Nogaro (Gers), mais pour lequel un site de laboratoire d'un bassin voisin est accessible en moins de 30 minutes.

Le bassin de Toulouse comporte 47 sites de laboratoires privés, de taille hétérogène, 2 sites de laboratoires d'établissements de santé publics (CHU, Hôpital Marchant), 2 sites de laboratoires d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Hôpital Joseph Ducuing, Institut Claudius Regaud).

Les besoins en implantations sont couverts par les structures existantes.

L'activité de biologie médicale en Midi-Pyrénées

En 2010, l'activité constatée est de 1 040 348 609 B (source SNIIRAM et enquête ARS), correspondant à un ratio de 370 B par habitant, soit 100 € (moyenne nationale à 70 €/habitant).

Les laboratoires privés ont une activité moyenne de 4 millions de B [0,6 à 25 millions].

La moitié des laboratoires publics ont une activité inférieure à 7 millions de B, l'autre moitié supérieure à 10 millions de B, en lien avec celle de l'établissement où ils sont situés, notamment l'activité de MCO et du service d'urgence.

Les sites réalisent sur place les examens de biologie courants. En ce qui concerne les examens très spécialisés, les laboratoires publics et privés ont recours à des laboratoires nationaux privés (Biomnis, Cerba) et accessoirement au CHU de Toulouse et aux centres nationaux de référence.

Le comité technique régional « Biologie » (COTER) a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Répartition des implantations existantes

Implantations des sites de laboratoire de biologie médicale en 2011

Bassin de santé	Nb sites LBM*privé	Nb sites LBM ESP**	Nb sites LBM ESPIC***	Nb sites LBM EFS****	Population 2007
ALBI	9	1		1	167 674
AUCH	6	1			93 822
BAGNERES DE BIGORRE	1				19 222
CAHORS	2	1		1	68 957
CASTRES MAZAMET	7	1		1	150 822
CONDOM	4				45 930
CORNEBARRIEU	18				198 890
DECAZEVILLE	1	1			30 121
ESPALION	1				27 609
FIGEAC	2	1			44 066
FOIX	1	1			38 439
GOURDON	1	1	1		20 474
LANNEMEZAN	2				39 178
LAVAU	4	1			63 407
LAVELANET	1				26 564
L'ISLE-JOURDAIN	2				23 714
LOURDES	3	1			40 381
MILLAU	2	1			42 538
MOISSAC	4	1			76 464
MONTAUBAN	9	1		1	149 631
MURET	12				178 516
NOGARO					20 154
PAMIER	2				53 183
RODEZ	9	1		1	105 553
SAINT AFFRIQUE	1	1			25 445
ST CERE	2				43 001
SAINT GAUDENS	6	1			87 205
SAINT-GIRONS	2	1			30 390
SAINT JEAN L'UNION	13				144 492
TARBES-VIC	8	1		1	129 809
TOULOUSE	47	2	2	2	439 453
VILLEFRANCHE DE LAURAGAIS	13				141 635
VILLEFRANCHE DE ROUERGUE	1	1			43 500
Total général	196	21	3	8	2 810 240

Sources : ARS Midi-Pyrénées – Insee RP 2007

*LBM : Laboratoire de biologie médicale

**ESP : Établissement de santé public

***ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

****EFS : Établissement Français du Sang

Biologie médicale

Orientation

1

Répondre aux besoins de la population en biologie médicale

1.1 Maintenir un site de laboratoire ouvert au public par bassin de santé et favoriser la communication entre professionnels de santé

Au sein de chaque bassin de santé, l'organisation entre les biologistes et les autres professionnels de santé du premier recours doit permettre de maintenir l'accès du public à des examens de biologie médicale courants de 8h à 19h du lundi au vendredi et le samedi matin.

L'organisation des laboratoires doit permettre de garantir un rendu de résultats dans un délai conforme aux recommandations professionnelles et intégrer les nouvelles technologies de l'information dans la communication des résultats aux prescripteurs.

Les expérimentations d'animation des bassins de santé par les professionnels du premier recours veilleront à intégrer la biologie médicale dans leurs réflexions sur la problématique des échanges d'information et de rendus de résultats d'examens, dont l'intégration des résultats de biologie dans le dossier médical personnel (DMP) et le déploiement de messageries sécurisées, selon les recommandations techniques de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP).

1.2 Définir les règles d'implantation afin de maintenir la diversité et la continuité de l'offre

Au regard des règles prudentielles instaurées par l'ordonnance n° 2010-49 de biologie médicale, le Directeur général de l'ARS pourra s'opposer pour des motifs tenant au risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale, à une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale ou à une opération de fusion de laboratoires de biologie médicale, lorsque cette opération conduirait à ce que dans le territoire de santé infrarégional considéré, la part réalisée par le laboratoire issu de cette acquisition ou de cette fusion, dépasse le seuil de 25% du total des examens de biologie médicale réalisés.

Le besoin régional est couvert. Aucune demande d'autorisation ne se verra donner de suite favorable dans un territoire où le nombre de B/habitant est supérieur à la moyenne régionale (370 en 2010), ceci afin d'augmenter le nombre d'examens par laboratoire. Cet indicateur vaut dans l'attente d'une règle construite à partir d'un recueil exhaustif du nombre d'examens, tel que prévu par le décret n°2011-268 concernant l'activité des laboratoires de biologie médicale.

Chaque laboratoire a obligation de transmettre à l'ARS ses données d'activité annuelles.

1.3 Maintenir la gradation de l'activité

L'activité de biologie médicale est organisée au sein des territoires de santé selon la typologie suivante, exprimée en domaines d'accréditation :

- Familles d'examens concernées par la **biologie courante** : ces examens sont réalisés majoritairement en proximité dans chaque bassin de santé pour répondre aux besoins des professionnels du premier recours et aux besoins de l'urgence. Familles : Biochimie générale, hématocytologie et hémostase standard, immuno-hématologie, bactériologie.
- Familles d'examens concernées par la **biologie « froide »** : cette biologie correspond à des examens courants sans caractère d'urgence, et est réalisée dans chaque territoire de santé. Familles : allergie, auto-immunité, bactériologie, biochimie générale et spécialisée, hématocytologie et hémostase, immuno-hématologie, myco-parasitologie, pharmacotoxicologie (dépistage), sérologie anti-infectieuse, spermologie, virologie.
- Familles d'examens de **biologie très spécialisée** : recours aux plateaux techniques régionaux ou nationaux publics ou privés et aux centres nationaux de référence : Agents transmissibles non conventionnels, embryologie clinique, génétique constitutionnelle, génétique somatique, immunologie cellulaire, radio toxicologie.

1.4 Organiser la continuité et la permanence des soins

Tous les établissements ayant une autorisation pour un service d'accueil des urgences disposent d'une réponse biologique 24h/24. Dans cette configuration, il n'apparaît pas nécessaire d'étendre cette contrainte à d'autres laboratoires.

S'assurer de l'accréditation des laboratoires publics et privés

La législation relative à la biologie médicale impose depuis janvier 2010 la mise en place de l'accréditation de tous les laboratoires de biologie médicale (LBM). Tous les LBM, publics et privés doivent être accrédités sur la totalité de leur activité avant le 1^{er} novembre 2016, date à laquelle le régime des autorisations administratives prend fin. Les LBM doivent, de plus, avoir apporté la preuve de leur entrée dans la démarche d'accréditation avant le 1^{er} novembre 2013.

L'accréditation des LBM est basée sur la norme NF EN ISO 15189, complétée pour des examens de biologie délocalisée par la norme NF EN ISO 22870. L'accréditation des LBM se fait selon les règles internationales et européennes obligatoires pour tout système d'accréditation, dont le COFRAC (Comité français d'accréditation) est le garant en France. Du fait de son caractère obligatoire, en France, la mise en place de l'accréditation des LBM se fait en plus, sous le contrôle du Ministère des affaires sociales et de la santé.

L'accréditation représente le dernier niveau de contrôle des activités d'évaluation de la conformité du point de vue de la compétence technique. Elle assure au patient un niveau de sécurité sanitaire que chacun est en droit d'attendre. Le but ultime d'une accréditation est l'instauration de la confiance dans les prestations réalisées.

La mise en place de cette accréditation va nécessiter des ressources humaines, estimées à 10% des effectifs du laboratoire, des compétences supplémentaires et des mises à niveau de matériel. Aussi des réorganisations de plateaux techniques et des coopérations entre structures doivent être engagées au préalable afin d'atteindre cet objectif.

2.1 Veiller à ce que tous les laboratoires de biologie médicale soient entrés dans la démarche d'accréditation à l'échéance réglementaire

En lien avec le Comité Français d'Accréditation (COFRAC), l'ARS suivra annuellement les démarches d'accréditation des laboratoires publics et privés.

En partenariat avec le Comité technique régional de biologie (COTER), l'ARS incitera les laboratoires à conduire la démarche d'accréditation.

Le processus d'accréditation est une démarche complexe et longue qui doit être initiée dès la publication du SROS, compte tenu des échéances réglementaires.

Chaque directeur d'établissement public de santé s'engagera à soutenir le processus d'accréditation du laboratoire de biologie médicale.

2.2 Développer les coopérations entre laboratoires

Le développement des coopérations hospitalières ou entre les laboratoires hospitaliers et le secteur libéral afin de réaliser les gains de performance et de qualité nécessaires à l'obtention de l'accréditation sera soutenu. L'objectif est de parvenir à un ratio minimum de 100 dossiers/jour validés par un biologiste dans le secteur libéral et environ 4 millions de B/an validés par un biologiste dans le secteur public.

Pour les laboratoires publics existants, la coopération s'orientera entre établissements publics de santé sur une logique territoriale voire inter-territoriale. Dans les projets de réorganisation, une étude comparée des coûts des organisations actuelles et des coûts des organisations futures, intégrant ceux de la logistique de transport des prélèvements, devra être effectuée.

Le modèle de coopération doit s'articuler autour de 3 niveaux de réponse :

- **Palier 1** : assurer dans chaque établissement public siège d'accueil des urgences une biologie de proximité (biologie courante, Cf. point 1.3) avec l'ensemble des examens indispensables à la décision médicale immédiate
- **Palier 2** : consolider dans chaque territoire de santé ou territoire limitrophe, un plateau technique public unique ou multisite pour réaliser les autres examens (biologie froide, Cf. point 1.3)
- **Palier 3** : réaliser la biologie très spécialisée au niveau de l'établissement de recours régional (CHU) sauf exception.

Pour le secteur public, le GCS (Groupement de coopération sanitaire) de moyen est la forme de coopération privilégiée. Elle permet le respect du seuil maximal de 15% de transmission des examens entre laboratoires, d'éliminer les redondances d'activités non urgentes sur les territoires (ou territoires limitrophes) et d'alléger ainsi la démarche et le coût de l'accréditation (une accréditation par entité GCS au lieu d'une accréditation par site), d'assurer l'homogénéisation des parcs de matériel et de favoriser ainsi le regroupement des achats et de la maintenance, de mutualiser la permanence des soins biologiques dans certains territoires.

Les possibilités de coopération entre secteur public et secteur libéral ne sont pas exclues, notamment lorsque le facteur de proximité géographique permet de répondre à la nécessité de rendu en urgence dans des délais compatibles avec la situation clinique du patient.

Les préconisations territoriales sont présentées en page suivante, sous réserve de leur faisabilité technique, économique et juridique.



**Préconisations de coopération
entre laboratoires publics existants, ESPIC et EFS**

Bassins de santé disposant d'un laboratoire public	Territoire concerné	Situation cible <i>Nb de LBM publics et ESPIC</i>	Nb sites LBM EFS <i>Aucun changement</i>
FOIX	09	1	
SAINT-GIRONS	09		
VILLEFRANCHE DE ROUERGUE	12	2/1*	
DECAZEVILLE	12		
FIGEAC	46		
MILLAU	12		
RODEZ	12		1
SAINT AFFRIQUE	12		
TOULOUSE	31	2	2
LAVAUUR	81		
CAHORS	46	1	1
GOURDON	46		
MOISSAC	82		
MONTAUBAN	82		1
TARBES-VIC	65		
LOURDES	65	2/1*	1
SAINT GAUDENS	31		
AUCH	32		
ALBI	81	1	1
CASTRES MAZAMET	81		1
Total région		7 à terme	8

ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

EFS : Établissement Français du Sang

LBM : Laboratoire de Biologie médicale

* Le premier chiffre indique le nombre de LBM multisites constitués dans la première phase de conclusion des coopérations ; le second correspond au nombre de LBM multisites au terme de la durée du SROS.

Les Établissements de santé ne disposant pas de laboratoire de biologie médicale seront encouragés à rejoindre l'un des groupements sus-mentionnés.



SROS

Schéma régional
d'organisation des soins

Offre de soins hospitalière

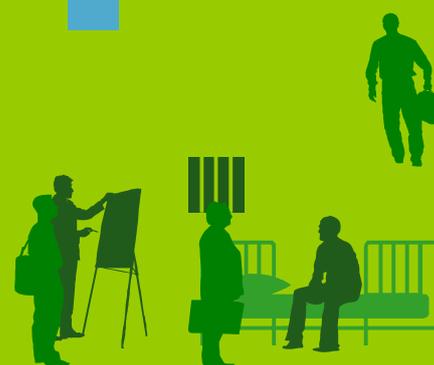


**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

Midi-Pyrénées

Missions de service public

2012 / 2017



Contexte

p. 315

Orientation

1

Les missions de service public définies, organisées ou régies par des dispositions spécifiques

p. 316

- 1.1 Les missions relevant de la recherche, enseignement et formation
- 1.2 Les missions relevant de la prévention et de la santé publique
- 1.3 L'aide médicale urgente : une mission liée aux soins, relevant d'une autorisation
- 1.4 Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres de rétention administrative

Orientation

2

Les missions de soins relevant d'une procédure d'appel à candidature

p. 321

- 2.1 La permanence des soins en établissement de santé (PDSES)
- 2.2 La prise en charge des soins palliatifs
- 2.3 La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination
- 2.4 La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement
- 2.5 Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier



L'identification des missions de service public mise en place dans le cadre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) participe à une meilleure réponse aux besoins de la population, dans un contexte de modernisation du système de santé. L'encadrement renforcé des missions de service public favorise la mise en place de coopérations à l'échelle des territoires.

Le SROS procède à un recensement des 14 missions de service public potentiellement assurées dans une responsabilité partagée des secteurs publics et privés :

- Par les établissements de santé publics, privés à but lucratif ou non ;
- Par les professionnels, notamment :
 - Les centres, maisons et pôles de santé ;
 - Les groupements de coopération sanitaires ;
 - Les autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement lourd ;
 - Les praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés précédemment.

Modalités d'attribution

Le schéma régional d'organisation des soins établit un inventaire de l'ensemble des établissements de santé assumant à la date du 21 juillet 2009 et de façon continue depuis cette date, une ou plusieurs des 14 missions de service public. L'inventaire réalisé doit être communiqué, pour établir un diagnostic partagé, en préalable à la consultation réglementaire.

Il appartient au Directeur général de l'Agence régionale de santé de déterminer, après confrontation de cet état des lieux aux besoins tels qu'ils résultent du schéma, si une ou plusieurs missions ne sont pas assurées.

Certaines missions sont définies, organisées ou régies par des dispositions propres. D'autres sont soumises à procédure d'appel à candidature. Pour ce qui concerne cet ensemble de missions relevant d'une procédure d'appel à candidatures, des dispositions particulières sont mises en place, relatives au premier schéma de mission de service public¹ : les missions de service public qui, à la date de publication de la loi HPST sont déjà assurées de façon continue par un établissement de santé sur un territoire donné peuvent faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire.

L'attribution de chacune des missions de service public donne lieu à reconnaissance contractuelle dans le cadre du Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) des établissements, ou d'un contrat spécifique. A cette occasion, l'appréciation de la mission se fera en prenant en compte les résultats de l'évaluation de la mission exercée. Chaque détenteur de la mission doit garantir :

- L'égal accès à des soins de qualité ;
- La manière dont l'établissement s'organise H24 pour accueillir ou orienter les patients ;
- L'application des tarifs conventionnels ou définis par l'autorité administrative. L'établissement devra notamment préciser les garanties qu'il apporte au fait que les médecins exerçant sous forme libérale en son sein déclinent cette obligation.

Lors de l'octroi des missions, l'avis des COTER concernés est requis à titre consultatif.

D'une façon globale, il ressort que les besoins sont couverts de façon satisfaisante dans leur ensemble. Néanmoins, pour répondre aux nouveaux besoins apparaissant tout au long de la durée du schéma, l'ARS jugera de l'opportunité d'ajuster l'offre aux besoins.

Modalités de financement

Toutes les missions ne font pas l'objet de contrepartie financière. Pour autant, certaines font l'objet de diverses modalités de financement, notamment :

- Tarifs de prestations (soins palliatifs) ;
- Dotations du Fonds d'intervention régional (FIR) ;
- Dotation annuelle de fonctionnement ou tarifs (soins sans consentement).

¹ Article 4- Décret n° 2012-561 du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public définies aux articles L. 6112-1 et suivants du code de la santé publique

Missions de service public

Orientation

1

Les missions de service public définies, organisées ou régies par des dispositions spécifiques

En Midi-Pyrénées, huit missions sont concernées :

1. La recherche ;
2. L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
3. Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
4. La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences ;
5. Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
6. L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
7. Les actions de santé publique ;
8. Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres de rétention administrative.

La mission de soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté, et assurés par des établissements désignés directement par le Gouvernement est sans objet pour la région. Elle intéresse le seul centre socio-médico-judiciaire de sécurité expérimental situé à Fresnes.

Pour les missions faisant l'objet d'un agrément (formation universitaire et post-universitaire) ou d'un appel à candidature (recherche), le diagnostic mentionne les établissements agréés ou retenus par l'appel. Pour les autres missions, le diagnostic peut mentionner tous les établissements de santé du territoire si ces derniers assument effectivement la mission.

Le diagnostic ne concerne que les établissements de santé.

1.1 Les missions relevant de la recherche, enseignement et formation

1.1.1 La recherche

Cette mission consiste en la réalisation de programmes de recherche, relatifs à :

- L'amélioration de la qualité du soin et du diagnostic ;
- L'amélioration du coût de la prise en charge des patients.

En Midi-Pyrénées, la recherche s'appuie principalement sur le CHU et l'Institut Claudius Regaud, et peut associer les autres établissements de santé, publics ou privés, de la région. Les programmes de recherche répondent à des besoins exprimés au niveau national, européen ou international.

1.1.2 L'enseignement universitaire et postuniversitaire

Cette mission est relative à l'offre de stages ou de « postes qualifiants » dans le cadre de la formation de deuxième ou de troisième cycle des professions médicales et des pharmaciens. Les établissements de santé ainsi que les terrains de stages en secteur « ambulatoire » peuvent être agréés pour l'accueil des internes.

Le ressort de la mission est régional.

Territoires de santé	Inventaire des établissements agréés à la date de publication du PRS
Ariège	Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège
	Centre Hospitalier Ariège Couserans
Aveyron	Centre Hospitalier de Millau
	Centre Hospitalier Jacques Puel de Rodez
	Centre Hospitalier Sainte-Marie
	Centre Hospitalier Emile Borel Saint-Affrique
	Centre Hospitalier Villefranche de Rouergue
Haute-Garonne	Centre Hospitalier Comminges Pyrénées
	Centre de Guidance Infantile
	ASEI Centre Paul Dottin
	AAIR Aide aux Insuffisants Rénaux
	Institut Claudius Regaud
	Centre Santé Mentale MGEN
	Centre Hospitalier Gérard Marchant
	Hôpital Joseph Ducuing
	Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse
	Pouponnière médicale André Bousquairol
	Clinique Sarrus Teinturiers
	Clinique Ambroise Paré
	Santé Relais domicile
Gers	Centre Hospitalier d'Auch
	Centre Hospitalier du Gers
Lot	Centre Hospitalier de Cahors
	Centre Hospitalier de Figeac
Hautes-Pyrénées	Centre Hospitalier de Bagnères-de-Bigorre
	Hôpitaux de Lannemezan
	Centre Hospitalier de Lourdes
	Centre Hospitalier de Tarbes et Vic en Bigorre
Tarn	Fondation Bon Sauveur d'Albi
	Hôpital d'Albi
	Centre Hospitalier Intercommunal Castres-Mazamet
	Centre Hospitalier de Lavaur
Tarn-et-Garonne	CRF Albi Union Mutualiste Tarnaise
	Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin-Moissac
	Centre Hospitalier de Montauban

Le nombre de nouveaux internes à former d'ici 2016 en médecine (toutes spécialités médicales et chirurgicales confondues) est fixé à 1 607 par l'arrêté ministériel du 10 juillet 2012 dont 822 internes de médecine générale.

Le nombre total d'internes en formation en 2012 /2013 est de 1 139 dont 475 internes de médecine générale.

Le nombre d'internes en pharmacie proposé pour la région Midi Pyrénées pour la période 2012-2016 s'élève à 141 dont 60 pour la biologie.

L'arrêté ministériel du 13 avril 2011 fixe à trois le nombre d'internes à former en odontologie.

La région Midi-Pyrénées présente un nombre important de lieux de stage agréés dans le cadre de la procédure fixée par l'arrêté du 4 février 2011 des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

La commission d'évaluation des besoins, présidée par le Doyen a entamé dans le courant de l'année 2011 une réflexion concernant les spécialités pour lesquelles les contenus de formation et la répartition géographique au sein de la région nécessiteront d'élargir à d'autres établissements la mission d'enseignement universitaire.

Sur la base de cette réflexion, les besoins identifiés conduiront à l'élargissement du nombre d'établissements agréés. De plus, l'ARS veillera à ce que dans chaque territoire de santé, et notamment dans les sept départements en dehors de la Haute-Garonne, il existe une offre de formation la plus complète possible.

1.1.3 Le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers

L'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit dans le code de la santé publique la notion de développement professionnel continu des professionnels de santé exerçant dans le secteur public et privé, afin de réunir dans un concept commun, les notions de formation professionnelle continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Les décrets parus le 30 décembre 2011, relatifs à chaque profession (médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes) précisent que le DPC comporte l'analyse, par les professionnels, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences et constitue donc une obligation à laquelle chacun doit satisfaire dans le cadre d'une démarche individuelle et permanente, en participant chaque année à un programme de DPC.

Ces programmes seront caractérisés par une méthode validée par la Haute Autorité de Santé et correspondront à des orientations, soit nationales préalablement définies par un arrêté ministériel sur propositions des commissions scientifiques, soit régionales et fixées par l'Agence régionale de santé en cohérence avec son Projet régional de santé. Ces programmes seront proposés par des organismes de développement professionnel continu.

La mission recouvre l'organisation par un établissement de santé de stages de formations continues, dans le cadre de la mise en œuvre du DPC à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville.

Dans la mesure où tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC, le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert en volume.

1.1.4 La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence

Cette mission recouvre l'organisation par un établissement de santé de stages de formation initiale et continue, à destination des professionnels hospitaliers. Plus spécifiquement, la formation initiale des sages femmes relève dorénavant du cursus universitaire.

La mission de développement professionnel continu (DPC) des sages-femmes et du personnel paramédical consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, à destination de professionnels hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé. L'ARS agréée les lieux de stage des formations initiales des sages-femmes et du personnel paramédical. Dans ce cadre, il est prévu d'établir en 2013 un annuaire des lieux de stage pour le personnel paramédical.

Les décrets relatifs au DPC sont parus le 30 décembre 2011. Dans la mesure où tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC, le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert en volume.

1.2 Les missions relevant de la prévention et de la santé publique

Deux missions relèvent de la prévention et de la santé publique :

- Actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination,
- Actions de santé publique.

Ces deux missions s'exercent dans le cadre de la politique nationale de santé publique. Elles ont vocation à être assurées par tous les établissements, dans les objectifs fixés par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Les orientations du PSRS et le diagnostic qui figurent dans le schéma régional de prévention (SRP) déclinent les priorités et précisent les actions à développer dans le cadre de ces deux missions.

L'ARS sera attentive aux initiatives issues des établissements de santé publics ou privés, en matière de prévention portant sur les priorités de santé, notamment sur les addictions et la nutrition. Les centres hospitaliers des chefs-lieux de territoire, a minima, assureront cette mission de santé publique sous forme d'un pôle ressources et de formations en santé publique. Cette mission ne sera pas accompagnée de financements spécifiques.

Le Schéma régional de prévention précise que dans chaque territoire de santé, l'ARS identifie, sur la base d'un cahier des charges, une équipe pluri-professionnelle qui portera une offre socle de prévention et de prise en charge du diabète de type 2, du surpoids et de l'obésité, déclinée par l'animation des bassins de santé ainsi que dans les contrats locaux de santé.

1.3 L'aide médicale urgente : une mission liée aux soins, relevant d'une autorisation

La mission d'aide médicale urgente recouvre les missions des services d'aide médicale urgente.

Le SROS « Médecine d'Urgence » présente l'organisation générale de l'aide médicale urgente, conjointement avec les autres praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés.

Le diagnostic et le schéma « Médecine d'Urgence » mentionnent les établissements pour lesquels une autorisation d'activité sera délivrée : chaque territoire de santé dispose d'un SAMU. Il prévoit néanmoins une possible mutualisation des Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRR), en fonction des résultats de l'expérimentation actuelle Lot/Tarn-et-Garonne.

Le besoin est couvert.

Territoires de santé	Recensement des établissements	SAMU	Couverture du besoin
Ariège	CH INTERCOMMUNAL DU VAL D'ARIEGE	1	Couvert
Aveyron	CH DE RODEZ "HOPITAL JACQUES PUEL"	1	Couvert
Haute-Garonne	CHU TOULOUSE	1	Couvert
Gers	CH D'AUCH	1	Couvert
Lot	CH JEAN ROUGIER CAHORS	1	Couvert
Hautes-Pyrénées	CH DE BIGORRE	1	Couvert
Tarn	CH D'ALBI	1	Couvert
Tarn-et-Garonne	CH MONTAUBAN	1	Couvert

La convention relative à l'organisation des prestations sanitaires du centre de rétention administrative de Cornebarrieu entre le préfet de Haute-Garonne et le CHU de Toulouse définit le dispositif sanitaire mis en place par le CHU au sein du centre, pour répondre aux besoins de santé des personnes retenues. La capacité d'accueil du centre est de 126 adultes et enfants.

L'Unité médicale du Centre de rétention administrative (UMCRA) est financée par une subvention annuelle (programme 303, Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration).

La mission de soins est actuellement assurée par le CHU, le besoin étant réputé couvert.

Néanmoins, l'effectif médical et paramédical actuel est à apprécier au regard des références de la circulaire n° 99-677 du 7 décembre 1999 et aux recommandations nationales relatives aux missions de prévention primaire, dépistage de certaines maladies transmissibles, écoute et le soutien psychologique des personnes retenues.

Orientation

2

Les missions de soins relevant d'une procédure d'appel à candidature

Cinq missions sont identifiées :

1. La permanence des soins en établissement de santé ;
2. La prise en charge des soins palliatifs ;
3. La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
4. La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
5. Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret.

Le diagnostic doit mentionner tous les établissements de santé assumant effectivement la mission.

2.1 La permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

La permanence des soins se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients (consultation et/ou hospitalisation) dans une structure de soins d'un établissement de santé la nuit (20h – 8h), le samedi après-midi (à partir de 14h), les dimanches et jours fériés (8h – 20h), que cet accès se fasse en aval d'une prise en charge, dans une structure d'urgence ou non.

La permanence des soins doit être différenciée de la continuité des soins qui est l'obligation réglementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge sur ces périodes des patients déjà hospitalisés ou au décours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci.

La loi HPST qualifie la PDSES comme une mission de service public à laquelle tout établissement de santé, quel que soit son statut, peut participer. L'attribution de cette mission fait l'objet d'une contractualisation entre l'ARS et l'établissement de santé délégataire dans le cadre des CPOM, tant sur le contenu (spécialités concernées) que sur les modalités de réalisation et d'indemnisation.

2.1.1 Les enjeux attendus de la réorganisation de la PDSES

L'organisation de la PDSES a pour objectifs :

- D'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en permettant :
 - Un accès permanent à l'ensemble des activités de soins ;
 - Une accessibilité financière au travers de l'obligation d'activité conventionnée ;
 - La sécurisation des parcours de soins non programmés aux horaires de la PDSES en respectant, dans la mesure du possible, le libre choix du patient ;
 - La réduction des délais d'attente et une meilleure orientation en aval des urgences.

- D'améliorer l'efficacité du dispositif :
 - En évitant les doublons et les dépenses inutiles ;
 - En favorisant les coopérations et la mutualisation des compétences ;
 - En limitant l'impact de la PDSES sur l'activité programmée.

2.1.2 Le partage du diagnostic

L'organisation a été élaborée à partir :

- D'un état des lieux réalisé début 2011 auprès des établissements publics et privés relatif à l'activité et à l'organisation de la PDSES (nombre de lignes de gardes et d'astreintes relevant de la PDSES par spécialité, nombre de médecins par spécialité) ;
- De l'analyse par département, établissement et spécialité, des données de passages aux urgences (RPU) des établissements publics et privés de la région recueillies par l'ORUMIP ;
- De la prise en compte des contrats pour l'organisation des pratiques professionnelles signés dans les établissements privés ;
- De la démographie des professionnels de santé par spécialité ;
- De l'évolution de l'offre de soins, notamment les coopérations inter-hospitalières.

Le dispositif de concertation, d'évaluation et de suivi a été initié par la constitution d'un comité régional de suivi et de concertation, composé des représentants des différentes fédérations (FHF, FEHAP et FHP), des conférences de présidents de CME, de l'URPS et du Conseil de l'Ordre des médecins. Ce comité avait pour missions de proposer un cahier des charges pour l'organisation de la PDSES, des principes de répartition des crédits délégués ainsi que les modalités de contractualisation avec les établissements de santé (CPOM). Il poursuivra sa mission sur l'évaluation de la qualité de l'organisation mise en place et l'adaptation du dispositif de PDSES.

2.1.3 L'élaboration du schéma de PDSES

L'organisation a été définie par territoire de santé, en concertation avec le Comité Régional de Suivi et de Concertation sur la PDSES, composé de représentants des établissements de santé et des médecins libéraux.

Le principe de gradation des soins a été retenu, en différenciant selon les spécialités :

- Les soins de second recours, organisés, sauf exception, au sein même de chaque territoire de santé ;
- Les soins de troisième recours, organisés au niveau régional et/ou inter-régional.

Les spécialités concernées par le dispositif de PDS sont :

- Les spécialités visées par l'obligation de permanence par site du fait de l'autorisation ;
- Les autres spécialités nécessitant l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients pendant les horaires de la PDSES, en aval des urgences ou non. Pour ces spécialités, l'organisation de la PDSES doit reposer sur des coopérations au sein de chaque territoire :
 - Soit par la participation de l'ensemble des praticiens du territoire à la PDSES sur l'établissement de santé ayant la plus forte activité dans la spécialité concernée, considéré alors comme « établissement référent de la PDSES » et selon les nouvelles modalités législatives (Décrets 2011- 344 et 2011- 345 du 28 mars 2011) ;
 - Soit par un dispositif alterné et coordonné d'organisation de la PDS entre les établissements de santé et les équipes médicales concernés.

Pour favoriser les coopérations, le recours à la télémédecine sera recherché.

Cette organisation sera évolutive, intégrant les restructurations hospitalières prévues aujourd'hui dans les SROS. A terme, cette organisation de la PDSES pourra être différente selon la période considérée (début de nuit, nuit profonde, week-end et jours fériés) et en fonction du volume d'activité constaté. Le Comité Régional de Suivi et de Concertation sur la PDSES sera associé à la réflexion sur les éventuelles propositions de modification. Un travail spécifique sera mené, après publication du PRS, pour les spécialités suivantes : urgences, néphrologie, psychiatrie, imagerie.

Lignes des gardes et astreintes par spécialité et territoires de santé :
(Hors recours régional)

Spécialités	Ariège		Aveyron		Haute-Garonne*		Gers		Lot		Hautes-Pyrénées		Tarn		Tarn-et-Garonne	
	A	G	A	G	A	G	A	G	A	G	A	G	A	G	A	G
Anesthésie adulte	1	1	Borne basse 2/ Borne haute 4	1	Borne basse 11/ Borne haute 12	4	2		2		Borne basse 3/ Borne haute 4		Borne basse 5/ Borne haute 6	Borne basse 0/ Borne haute 1	Borne basse 3/ Borne haute 4	
Autres spécialités chirurgicales (dont ophtalmologie)	1		2		Borne basse 1/ Borne haute 2		1		1		1		1		1	
Autres spécialités médicales					Borne basse 0/ Borne haute 10											
Biologie	1		Borne basse 3/ Borne haute 5		Borne basse 1/ Borne haute 6		1		2		1		2		1	
Cardiologie interventionnelle : angioplastie			1		Borne basse 3/ Borne haute 4	Borne basse 0/ Borne haute 1					1		1		1	
Cardiologie interventionnelle : rythmologie			1		2						1		Borne basse 1/ Borne haute 2		1	
Cardiologie / affection vasculaire / pathologie cardio-vasculaire	1		2	1	Borne basse 5/ Borne haute 6	Borne basse 2/ Borne haute 4	1		2		Borne basse 1/ Borne haute 2	Borne basse 0/ Borne haute 1	Borne basse 2/ Borne haute 3	Borne basse 0/ Borne haute 1	Borne basse 1/ Borne haute 2	
Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique			1		Borne basse 4/ Borne haute 5		1		1		1		1		1	
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1		3		Borne basse 8/ Borne haute 9		1		2		1		2		1	
Chirurgie viscérale et digestive	1		Borne basse 3/ Borne haute 5		5		1		2		1		2		1	
Chirurgie "générale"	1															
Chirurgie gynécologique					1											
Chirurgie reconstructrice et plastique					1											
Gastroentérologie	1		Borne basse 2/ Borne haute 3		Borne basse 4/ Borne haute 5		1		2		1		2		1	
Gynécologie-obstétrique	2		Borne basse 3/ Borne haute 5		4	3	1		1		Borne basse 2/ Borne haute 3		Borne basse 1/ Borne haute 3	Borne basse 1/ Borne haute 2	Borne basse 2/ Borne haute 3	
Néphrologie						2										

Neurologie	Borne basse 0/ Borne haute 1		1		Borne basse 2/ Borne haute 3		1		1		1		2		1		
ORL	1		1		2		1		2		1		2		1		
Pédiatrie	1		Borne basse 2/ Borne haute 3	1	Borne basse 6/ Borne haute 7	1	1		1		1	1	Borne basse 3/ Borne haute 4		Borne basse 1/ Borne haute 3		
Pharmacie	1		1		2		1		1		1		2		1		
Pneumologie	1		1		4		1		1		1		2		1		
Radiologie et imagerie médicale	1		Borne basse 2/ Borne haute 3		Borne basse 7/ Borne haute 10		1		1		1		2		1		
Radiologie interventionnelle											1		1				
Réanimation chirurgicale et polyvalente		1		1	1	Borne basse 4/ Borne haute 5		1		1			Borne basse 1/ Borne haute 2		Borne basse 2/ Borne haute 3		2
Réanimation pédiatrique					1												
Urologie	Borne basse 0/ Borne haute 1		1		3		1		1		1		2		1		
Total	Borne basse 15/ Borne haute 17	2	Borne basse 32/ Borne haute 43	4	Borne basse 79/ Borne haute 104	18	17	1	23	1	Borne basse 21/ Borne haute 23	Borne basse 3/ Borne haute 5	37	Borne basse 6/ Borne haute 8	Borne basse 20/ Borne haute 25	Borne basse 3/ Borne haute 4	

Lignes des gardes et astreintes par spécialité au titre du recours régional :
(Recours offert par les établissements publics et privés de Haute-Garonne)

Spécialités	Recours régional	
	A	G
Anesthésie adulte	3	2
Anesthésie pédiatrique	2	1
Autres spécialités chirurgicales : ophtalmologie	1	
Autres spécialités chirurgicales : maxillo-facial	1	
Biologie : bactériologie, toxicologie, biochimie	Borne basse 3/ Borne haute 6	
Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique	2	
Chirurgie infantile : cardio-vasculaire, orthopédie, transplantation rénale	4	
Chirurgie thoracique	1	
SOS mains	1	
Chirurgie viscérale et digestive	Borne basse 2/ Borne haute 3	
Gastroentérologie	Borne basse 1/ Borne haute 2	
Gynécologie-obstétrique	1	1
Hématologie clinique	1	
Maladies infectieuses	1	
Médecine légale (dont UHSI)	2	
Médecine interne	2	
Néphrologie	2	1
Neurochirurgie	Borne basse 2/ Borne haute 4	
ORL	1	
Pédiatrie	6	
Pneumologie	1	1
Radiologie interventionnelle : neuro-radiologie	1	
Réanimation chirurgicale : neurochirurgie	Borne basse 1/ Borne haute 2	Borne basse 1/ Borne haute 2
Réanimation médicale	2	1
Réanimation pédiatrique		1
Réanimation néonatale		1
Urologie	1	
Total	Borne basse 45/ Borne haute 53	Borne basse 10/ Borne haute 11

Établissements de santé participant à la PDSES :
(A la date de publication du PRS)

Territoire de santé	Établissement
Ariège	Centre Interhospitalier du Val d'Ariège
	Centre Hospitalier de Saint-Girons
Aveyron	Centre Hospitalier de Rodez
	Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue
	Centre Hospitalier de Decazeville
	Centre Hospitalier de Millau
	Centre Hospitalier de Saint-Affrique
Haute-Garonne	CHU de Toulouse
	Nouvelle clinique de l'Union
	Clinique des Cèdres
	Clinique Pasteur
	Clinique Ambroise Paré
	Clinique Néphrologique Saint-Exupéry
	Clinique Sarrus Teinturier
	Clinique Saint-Jean Languedoc
	Hôpital Joseph Ducuing
	Polyclinique du Parc
	Clinique d'Occitanie
	Centre Hospitalier Comminges Pyrénées
Gers	Centre Hospitalier d'Auch
	Clinique du Dr Carlier
Lot	Centre Hospitalier de Cahors
	Centre Hospitalier de Figeac
Hautes-Pyrénées	Centre Hospitalier de Bigorre
	Centre Hospitalier de Lannemezan
	Centre Hospitalier de Lourdes
	Clinique de l'Ormeau
Tarn	Centre Hospitalier d'Albi
	Clinique Claude Bernard
	Clinique Toulouse Lautrec
	Centre Hospitalier de Lavaur
	Centre Hospitalier de Castres-Mazamet
	Clinique du Sidobre
Tarn-et-Garonne	CH de Montauban
	Clinique du Pont de Chaume
	Clinique Croix Saint-michel
	Clinique Cave

2.2 La prise en charge des soins palliatifs

A l'exclusion des réseaux de maintien à domicile, de l'hospitalisation à domicile polyvalente, des lits identifiés, cette mission recouvre l'action des unités identifiées (équipe mobile de soins palliatifs EMSP ou unités de soins palliatifs USP).

L'EMSP rattachée à un établissement, assure un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes au sein de tout établissement ou au domicile du patient.

Les USP ont pour mission d'assurer la prise en charge de situations particulièrement complexes ou lourdes, des missions de formation et de recherche, un rôle de conseil à la médecine ville.

Le SROS « Soins palliatifs » établit l'organisation générale des dispositifs de soins palliatifs pour une prise en charge de qualité et une appropriation de la démarche palliative conjointe des praticiens, professionnels de santé, personnes et services concernés.

Le recensement du besoin se fait au regard du nombre d'unités identifiées et dans leur capacité à absorber le besoin. Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé.

Territoires de santé	Recensement des établissements	EMSP	Couverture du besoin
Ariège	CH du Pays d'Olmes CH Intercommunal du Val d'Ariège	2	Couverture assurée dans les établissements de santé, à renforcer pour les établissements médico-sociaux
Aveyron	CH de Rodez CH de Villefranche de Rouergue	2	
Haute-Garonne	CH Saint-Gaudens Clinique Pasteur Hôpital Joseph Ducuing CHU de Toulouse Institut Claudius Regaud	5	
Gers	CH Auch	1	
Lot	CH Cahors CH Saint-Céré	2	
Hautes-Pyrénées	CH de Lourdes CH de Lannemezan Clinique de l'Ormeau CH de Bigorre MGEN L'Arbizon	5	
Tarn	CH Albi CH Castres Mazamet CH Lavaur Polyclinique Sainte Barbe	4	
Tarn-et-Garonne	CH Castelsarrasin Moissac CH Montauban	2	

Territoires de santé	Recensement des établissements	USP	Couverture du besoin
Ariège			A évaluer sur la durée du schéma
Aveyron	Création d'une unité prévue		
Haute-Garonne	Hôpital Joseph Ducuing CHU de Toulouse	2	
Gers			A évaluer sur la durée du schéma
Lot			A évaluer sur la durée du schéma
Hautes-Pyrénées	Clinique de l'Ormeau	1	
Tarn	Création d'une unité prévue		
Tarn-et-Garonne			A évaluer sur la durée du schéma

La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination

Cette mission correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité.

Équipe mobile assurant le suivi et les soins de personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie :

A Toulouse, une équipe mobile précarité implantée au CHU participe aux côtés de la Veille sociale à la prise en charge des très grands précaires. S'y ajoutent dans six territoires de la région, des équipes spécialisées « santé mentale précarité » dont la mission est de rencontrer les personnes en situation de précarité et d'exclusion et de soutenir les acteurs de première ligne.

Elles se situent comme un dispositif intersectoriel, à l'interface du dispositif de soins de droit commun et du dispositif social, afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés.

Permanence d'accès aux soins de santé établie au sein de l'établissement de santé (PASS) :

Situées dans les établissements hospitaliers, les PASS facilitent l'accès aux soins des personnes démunies, dans les établissements de santé mais aussi aux soins du premier recours de la médecine de ville. Elles assurent également les liens avec les réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Les PASS ont également pour mission de faire accéder à leurs droits sociaux les populations qui s'adressent à elles.

Si les 18 PASS « généralistes » couvrent l'ensemble des territoires de la région, il reste que l'adéquation de leurs moyens doit faire l'objet d'une évaluation dans le cadre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS).

Pour une réponse adaptée aux besoins des populations les plus précaires et afin d'améliorer le maillage territorial, il est souhaitable qu'au terme de la durée du schéma :

- Chaque PASS soit en capacité de déployer une offre de service en matière de soins généraux, soins dentaires et soins psychiatriques ;
- Chaque territoire de santé soit doté de dispositifs d'équipe mobile « santé mentale précarité » ;
- De confier par appel à candidature à une PASS une mission d'animation et d'expertise au niveau régional ;
- D'expérimenter sur un territoire de santé, une PASS mobile chargée de faire des permanences hebdomadaires ou bimensuelles dans les établissements de santé de bassin.

Pour les soins en psychiatrie, l'ARS s'assurera que chaque PASS dispose de temps infirmier ou de psychologue dédié à ces thématiques. Une première étape consistera à pourvoir les établissements du chef-lieu de territoire.

Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé.

Territoires de santé	Recensement des établissements disposant de PASS	PASS « généraliste »	Équipes mobiles psychiatrie précarité	Besoin identifié
Ariège	CH Intercommunal du Val D'Ariège CH Ariège Couserans CH Pays d'Olmes	3	CHAC	
Aveyron	CH Villefranche De Rouergue CH De Rodez CH Millau	3		Besoin EMPP
Haute-Garonne	CHU Toulouse CH Comminges Pyrénées Hôpital Joseph Ducuing	3	CH Marchant	
Gers	CH d'Auch	1		Besoin EMPP
Lot	CH Figeac - CH Jean Rougier Cahors	2	CH J-P. Falret	
Hautes-Pyrénées	CH de Bigorre - CH de Lourdes	2	CH de Lannemezan	
Tarn	CH d'Albi - CH de Castres Mazamet	2	CH P.Jamet à Albi	
Tarn-et-Garonne	CH Montauban- CH Castelsarrasin Moissac	2	CH de Montauban	

2.4 La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

Pour chaque territoire de santé, a minima un établissement dispose de l'habilitation à accueillir des patients en soins sans consentement, et est en capacité d'organiser l'hospitalisation de ces personnes, quelles que soient leurs pathologies, y compris en urgence.

Le SROS « Psychiatrie adulte » décline l'organisation générale des dispositifs d'accès aux soins psychiatrique articulés pour faire face, notamment, aux situations d'urgence psychiatrique.

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 introduit la possibilité de soins psychiatriques en ambulatoire (*Loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*). Elle devrait impacter le recours à l'hospitalisation complète et induire une organisation des soins différente. Un bilan annuel sera effectué.

L'octroi de la mission est subordonné à l'avis du représentant de l'État dans le département.

Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé.

Le nombre de nouvelles mesures étant stable sur les deux années 2009/2010. Il n'est pas envisagé d'augmenter le nombre d'établissements autorisés à exercer la mission de service public. Cependant, l'organisation du fonctionnement dans l'agglomération toulousaine doit être améliorée.

Territoires de santé	Recensement des établissements	Couverture du besoin
Ariège	CHAC	Besoin couvert
Aveyron	CH Sainte-Marie	Besoin couvert
Haute-Garonne	CHU Casselardit CH Marchant Clinique de Beaupuy	Besoin couvert
Gers	CH du Gers	Besoin couvert
Lot	CH Jean-Pierre Falret	Besoin couvert
Hautes-Pyrénées	CH de Lannemezan	Besoin couvert
Tarn	CH de Lavaur CH Pierre Jamet à Albi	Besoin couvert
Tarn-et-Garonne	CH de Montauban	Besoin couvert

2.5 Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier

Chaque établissement pénitentiaire de la région a passé convention avec un établissement de soins somatiques et un établissement de soins psychiatriques pour assurer les soins aux détenus.

L'offre de soins ambulatoires (somatiques et psychiatriques) dans chaque établissement pénitentiaire est proposée par l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) dépendant des établissements de santé de rattachement.

Le dispositif de l'offre de soins somatiques est complété par :

- L'accès à des lits d'hospitalisation dans des chambres sécurisées dans les établissements de proximité ;
- L'unité hospitalière sécurisée inter-régionale (UHSI) implantée au CHU de Toulouse pour les hospitalisations programmées de plus de 48 heures.

Le dispositif de l'offre de soins psychiatriques est complété par :

- L'accès à des places d'hospitalisations de jour, au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) dépendant de l'Hôpital Gérard Marchant ;
- L'accès à partir de janvier 2012 à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) dépendant de l'Hôpital Gérard Marchant et prenant en charge les détenus en hospitalisation complète ;
- L'accès à l'Unité pour Malades Difficiles, implantée à la Fondation Bon Sauveur d'Alby.

Le SROS « Soins aux détenus » développe le dispositif de soins aux détenus de Midi-Pyrénées sur les plans quantitatifs et qualitatifs et recense tous les établissements satisfaisant tout ou partie de cette mission. Le besoin est réputé quantitativement couvert.

Territoires de santé	Établissements pénitentiaires	Établissements de santé somatique	Établissements de santé psychiatrique
Ariège	Maison d'Arrêt de Foix	CH Val d'Ariège	CH Ariège Couserans
Aveyron	Maison d'Arrêt de Rodez	CH de Rodez	CH Sainte-Marie
Haute-Garonne	Maison d'Arrêt de Seysses Centre de Détention de Muret	CHU de Toulouse CHU de Toulouse	Hôpital Marchant Hôpital Marchant
Gers			
Hautes-Pyrénées	Maison d'Arrêt de Tarbes Maison Centrale de Lannemezan	CH Tarbes CH Lannemezan	CH Lannemezan CH Lannemezan
Tarn	Maison d'Arrêt d'Albi Centre de Détention de Saint Sulpice Établissement pour Mineurs de Lavour	CH Albi CH Lavour CH Lavour	CH Pierre Jamet CH Lavour CH Lavour
Tarn-et-Garonne	Maison d'Arrêt de Montauban	CH Montauban	CH Montauban



Midi-Pyrénées

**Agence régionale de santé
Midi-Pyrénées**

10 chemin du Raisin
31050 TOULOUSE CEDEX 9
05 34 30 24 00

www.ars-midipyrenees.sante.fr

