

## AVANT-PROPOS

Permettre une réponse adaptée de proximité, en s'appuyant prioritairement sur les professionnels de santé du premier recours, mobiliser les médecins spécialistes et les établissements de santé à bon escient et en seconde intention, améliorer la coordination entre les professionnels de santé, avec, pour finalité, une consommation de soins qui évolue au même rythme que l'accroissement de la population : voilà l'enjeu du Schéma Régional de l'Organisation des Soins.

Pour les usagers, l'ambition est de rendre le monde de la santé plus simple, plus **lisible**, d'aider les personnes concernées à comprendre comment ça marche, à qui s'adresser, où trouver la réponse à tel ou tel besoin de santé : il s'agit de créer une **plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé**, et de généraliser le principe de l'appel téléphonique avant tout déplacement, pour organiser une réponse médicale coordonnée.

Sur un plan plus individuel, l'étape délicate que représente, pour un patient, l'annonce d'une grave pathologie ou d'une maladie dont le pronostic est défavorable, pourra être accompagnée d'une **consultation spécifique d'annonce**, lui permettant de mieux comprendre les choix thérapeutiques le concernant et les conséquences sur sa vie quotidienne.

Au plan collectif, les usagers sont en attente d'une meilleure prise en compte du respect de leurs droits. Il faudra, également, les responsabiliser dans l'utilisation du système de santé et favoriser leur **expression collective** en vue d'améliorer le fonctionnement de ce système.

En ce qui concerne les professionnels de santé, leur absence dans certains secteurs, l'isolement des médecins de premier recours, la nécessité d'une révision des pratiques et des modes d'exercice, impliquent l'**accompagnement de leurs regroupements**, notamment, au sein des zones fragiles définies. Le développement d'**équipes et structures** spécialisées en adaptation, réadaptation, réinsertion, ... viendra en appui aux professionnels du premiers recours. Une dynamique d'**équipes territoriales de médecins spécialistes**, prenant en charge des consultations avancées, permettra de pallier l'existence de zones blanches (dans certaines spécialités).

Parallèlement à ces réorganisations, il convient d'assurer, par la mobilisation de tous et sur la base des réflexions portées par les acteurs de terrain, une **permanence des soins ambulatoires adaptée** dans les cinq territoires de la région, un **accès de tout nouveau patient à un médecin traitant, coordonnateur du parcours de soins**, une meilleure utilisation des ressources médicales dans la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé.

Une politique d'organisation des soins doit, également, poursuivre l'objectif de favoriser la **fluidité du parcours de soins** des patients, en évitant les attentes inutiles, en préparant les changements de services ou les retours à domicile, en **garantissant le juste soin**, c'est-à-dire le soin de qualité et pertinent. Ceci passe par une adaptation constante des compétences des professionnels et une **amplification de la dynamique de recherche clinique**.

Cette fluidité des parcours de soins nécessite, aussi, une meilleure articulation entre les **coordinations territoriales autour de la personne et les coordinations régionales autour d'une pathologie**, mais, également, le **renforcement des coopérations formalisées autour de la personne**, le **déploiement des infrastructures et des outils nécessaires à la coopération des acteurs** et, une **réponse graduée** dans le cadre d'une filière identifiée et structurée.

Par ailleurs, la **mutualisation renforcée des établissements de santé**, dans des domaines susceptibles d'entraîner des économies d'échelle ou une meilleure utilisation des ressources, permettra de retrouver des marges de manœuvre financières, tout en améliorant la réponse aux besoins des ligériens.

Une politique d'organisation des soins doit, enfin, se préoccuper des risques, pour les connaître et, ainsi, mieux les prévenir : un **pilotage unifié des risques** au sein de chaque établissement et au plan régional sera recherché. Parmi les risques identifiés en Pays de la Loire, il faut signaler une démographie des professionnels de santé défavorable ou déséquilibrée. Une **analyse partagée**, permettant d'agir à la fois sur les ressources humaines disponibles et sur une meilleure organisation des réponses apportées par le système de santé, sera recherchée, avec le souci de **garantir, dans chaque territoire, l'accès, par spécialité, à une offre au tarif opposable et d'assurer l'accessibilité à l'offre de soins aux personnes en situation de handicap et aux personnes éloignées du soin.**

Plus largement, **les enjeux sociétaux, en matière d'environnement et de développement durable**, exigent une attention de tous les acteurs économiques, parmi lesquels les professionnels de santé. Tant dans le domaine de la qualité des locaux, que dans leur pratique de professionnels, leur mobilisation sera requise pour assumer leur responsabilité sociétale.

Tels sont les grands axes, d'une organisation des soins renouvelée, qui sont déclinés dans les trente et un objectifs et dans l'organisation des activités soumises à autorisation du Schéma Régional d'Organisation des Soins.



## LA PLACE DE LA PERSONNE

- Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers 104
- Promouvoir, dans toute la région, la régulation médicale téléphonique du recours aux soins non programmés 106
- Expérimenter les consultations d'annonce pour toutes les personnes atteintes de maladie(s) chronique(s) ou à pronostic défavorable 107
- Garantir l'expression de l'utilisateur et prendre en compte les attentes de la personne 109
- Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé 110
- S'appuyer sur l'expérience collective des usagers, pour améliorer l'adéquation du système de santé au besoin des personnes 112
- Renforcer la compétence des professionnels de santé dans la prise en charge globale de la personne et du «prendre soin» 114

## L'OFFRE DE PROXIMITÉ

- Accompagner les regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé à l'échelle d'un territoire pertinent de premier recours 117
- Cibler l'octroi des aides aux professionnels au sein des zones fragiles définies 119
- Développer des équipes et structures d'appui en adaptation, réadaptation, réinsertion, au niveau des soins de premier recours 120
- Assurer une permanence des soins ambulatoires adaptée pour les cinq territoires de santé 122
- Assurer l'accès de tous nouveaux patients à un médecin traitant et ou un chirurgien dentiste et organiser la continuité des soins 124
- Au sein d'une équipe de professionnels de santé, faciliter le rôle de coordonnateur du parcours de soins pour le médecin traitant 126

## L'ACCES AUX SOINS SPECIALISES

- Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences 129
- Optimiser l'utilisation de la ressource médicale pour la permanence des soins en établissement de santé en renforçant les mutualisations 131
- Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes 132
- Organiser un parcours fluide, adapté et efficace des patients entre les pôles d'activité au sein des établissements de santé et entre les établissements de santé 134
- Garantir le juste soin 136
- Assurer, par un parcours diversifié de formations initiale et continue, une meilleure réponse aux nouveaux besoins en compétences du système de santé 138
- Amplifier une dynamique régionale et interrégionale pour une recherche clinique reconnue et garantir l'accès à l'innovation 140

## LA COOPERATION ET LA COORDINATION

- Articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie 142
- Renforcer les coopérations formalisées pour un recours pertinent aux professionnels de santé 144
- Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs 146
- Finaliser la reponse graduee de l'offre de soins specialisés 148
- Retrouver des marges de manoeuvre et améliorer l'efficience des établissements de santé par mutualisation 150

## LA MAITRISE DES RISQUES

- Promouvoir une analyse des interactions entre les ressources humaines disponibles et l'organisation optimisée de la réponse par le système de soins 152
- Assurer un pilotage unifié des risques au sein des établissements de santé et en région, en associant les compétences en gestion des risques 154
- Garantir dans chaque territoire l'accès par spécialité à une offre au tarif opposable 156
- Assurer l'accessibilité à l'offre de soins aux personnes en situation de handicap 158
- Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun 160
- Mobiliser les professionnels de santé et les établissements sur leur responsabilité sociétale, notamment en matière environnementale 162

## L'ORGANISATION DES ACTIVITES SOUMISES A AUTORISATION

1. Médecine 164
2. Chirurgie 168
3. Périnatalité, interruption volontaire de grossesse, assistance médicale à la procréation 170
4. Psychiatrie 176
5. Soins de suite et de réadaptation (SSR) 180
6. Soins de longue durée (SLD) 183
7. Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie 184
8. Médecine d'urgence 186
9. Réanimation 188
10. Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale 189
11. Traitement du cancer 192
12. Diagnostic prénatal (DPN) et examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales 195
13. Imagerie médicale 198



## LA PLACE DE LA PERSONNE

La personne au cœur des préoccupations du système de santé est la première Orientation Stratégique. Donner toute sa place au patient, dans le système de soins, c'est, d'abord, lui permettre d'être un acteur éclairé et responsable de sa santé : cinq objectifs y contribuent. C'est, également, soutenir à la fois les représentants des usagers et les professionnels du soin, dans l'importance qu'ils accordent à une approche globale, centrée sur le patient : deux objectifs y contribuent.

Être acteur de sa santé, c'est, d'abord, être en capacité d'accéder à l'information, de s'orienter et de décider. Un premier objectif développe une plateforme qui donne accès, de façon simple et efficace, aux multiples sources et sites d'information déjà existants, mais dispersés, en étant accompagné si nécessaire. Le second objectif s'attache à promouvoir le principe de l'appel téléphonique avant tout déplacement, une manière simple et efficace, pour bien orienter la demande de soins non programmés vers la réponse la plus adaptée. Le troisième objectif capitalise sur l'expérience de la «consultation d'annonce», mise en œuvre dans certaines maladies, pour en étendre le principe plus largement aux maladies chroniques. Il s'agit, pour le patient, de bien comprendre les enjeux, lorsque débute une maladie dont la durée ou la gravité risque d'affecter profondément sa vie quotidienne. Le quatrième objectif vise à garantir le respect des droits des usagers, par une information adaptée à chaque situation et à chaque personne. Il s'agit de renforcer les conditions d'expression des usagers pour leur permettre d'affirmer pleinement leurs droits. Le cinquième objectif accompagne l'utilisateur, par une information objective, pour une utilisation raisonnable de l'offre de soins, efficiente et de qualité. Il s'agit, pour le patient, prendre une part active de responsabilité dans la démarche de soins efficiente et de qualité.

Le sixième objectif vise à renforcer le fonctionnement et les contributions des instances représentatives des usagers. Une approche globale, centrée sur le patient, représente une attente très forte exprimée par les usagers ; pour les professionnels de santé, c'est le cœur de leur métier et la raison d'être de leur engagement. Le septième objectif mobilisera les leviers qui favorisent la prise en charge globale : le travail en équipe pluri-professionnelle, les réunions de synthèse, les échanges de pratiques, la participation à l'éducation thérapeutique.

### OBJECTIF N°1

#### **Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers**

Orientation stratégique de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Être acteur de sa santé

- Aujourd'hui, l'information est dispersée entre de multiples acteurs et institutions.
- L'accès à l'information est difficile pour l'utilisateur.
- La fourniture d'une information adaptée permet, à chaque usager, d'être acteur de sa santé





- Il s'agit de permettre, à chaque usager, de connaître les différentes possibilités qui s'offrent à lui et de faire bon usage de son libre choix.
- La qualité de l'accompagnement de la personne, dans sa recherche d'informations, constitue un élément important du libre choix des personnes dans leur prise en charge.

## DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Regrouper, dans une plateforme, avec des liens pointant vers les sites utiles, les informations, aujourd'hui, dispersées auprès de différents acteurs et réseaux.
- Rendre accessible, à tous les usagers, l'information existante, par des vecteurs de communication adaptés : plateforme téléphonique, site internet, «Centre Info Santé».
- Enrichir cette plateforme d'informations, aujourd'hui, inexistantes ou inaccessibles.
- Accompagner l'accès à la plateforme : dans les lieux publics, auprès des professionnels de santé.

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La plateforme est mise en œuvre.
- La plateforme est utilisée par les usagers, seuls ou accompagnés.
- La plateforme donne satisfaction.

## LEVIER

Il existe, actuellement, une volonté partagée, ainsi qu'un besoin, exprimé par les acteurs en santé, de disposer d'une plateforme de centralisation des informations.

## POINT DE VIGILANCE

Assurer la bonne définition du périmètre de la plateforme.

## POPULATION CONCERNEE

L'ensemble de la population ligérienne.

## ACTEURS CONCERNES

Les partenaires impliqués dans la mise à disposition des informations : l'Assurance Maladie, les Ordres professionnels, les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS), les Professionnels de santé, la Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés, les associations d'usagers, les Fédérations d'établissements de santé...

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional

## INDICATEUR

Nombre de connexions et/ou d'appels (en fonction du vecteur).

## LA PLACE DE LA PERSONNE

### OBJECTIF N°2

#### **Promouvoir, dans toute la région, la régulation médicale téléphonique du recours aux soins non programmés**

Orientations stratégiques de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Être acteur de sa santé

- Aujourd'hui, l'accès aux soins est pluriel et confus pour l'utilisateur : médecin généraliste, SAMU Centre 15, pompiers, Maisons Médicales de Garde / Centres d'Accueil et de Permanence des Soins. Il doit gagner en lisibilité
- La régulation téléphonique des activités de Permanence Des Soins et d'Aide Médicale Urgente, dans la région, est accessible sur l'ensemble du territoire par le numéro national mais aussi par des numéros différents en fonction des départements
- Dans les agglomérations de Nantes et de Saint Nazaire, cette régulation téléphonique est, également, accessible, pour les appels relevant de la Permanence Des Soins, par le numéro de SOS Médecins, association de Permanence Des Soins».
- Le système de régulation est également complexe : il faut simplifier les points d'entrée et d'accès dans le système de santé.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Promouvoir l'utilisation de l'appel téléphonique préalable à toute prise en charge, en dehors des heures d'ouverture du cabinet du médecin traitant, afin de bénéficier d'une régulation médicale des appels et de la meilleure orientation.
- Cette régulation téléphonique est accessible par le numéro national unique pour les soins urgents et les soins non programmés en période de permanence des soins: c'est aujourd'hui le 15.
- Dans les agglomérations de Nantes et de Saint Nazaire, cette régulation téléphonique est également accessible pour les appels relevant de la Permanence Des Soins, par le numéro de SOS Médecins.
- Structurer l'interconnexion de la plateforme d'appel de SOS Médecins avec le numéro de téléphone national, le 15.
- Coupler ces numéros d'appel, avec une réponse médicale téléphonique, comportant éventuellement une prescription.
- Mettre en place une campagne de communication pour promouvoir l'utilisation de ces numéros d'appel.
- Coordonner cette démarche avec un Centre «info santé» régional.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les orientations inadéquates, en particulier dans le recours aux urgences, diminuent significativement.
- Pendant la période de Permanence Des Soins, le nombre d'actes diminue dans le secteur ambulatoire.
- Le recours à la régulation téléphonique, préalable au déplacement, se généralise.

## POINT DE VIGILANCE

- Veiller à intégrer l'ensemble des acteurs intervenant sur les soins non programmés, dont la Permanence Des Soins en médecine bucco-dentaire et le numéro unique pour la garde pharmaceutique.
- Veiller à assurer des ressources humaines et techniques nécessaires au traitement des flux d'appel au samu-centre 15

## POPULATION CONCERNEE

L'ensemble de la population ligérienne.

## ACTEURS CONCERNES

Toutes les instances de la Permanence des Soins.

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional et infra-régional.

## INDICATEUR

Evolution du nombre des appels et évolution du nombre de passages aux urgences pour 10 000 habitants

## OBJECTIF N°3 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

### **Expérimenter les consultations d'annonce pour toutes les personnes atteintes de maladie(s) chronique(s) ou à pronostic défavorable**

Orientations stratégiques de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Une démarche centrée sur la personne.

- L'annonce, d'une maladie chronique ou à pronostic défavorable, est une étape délicate pour le patient. Elle nécessite une consultation spécifique pour lui permettre d'appréhender sa pathologie et ses conséquences sur son projet de vie.
- Ces dernières années, des progrès ont été faits pour l'information des patients, notamment dans le domaine de la cancérologie.
- Les modalités propres à la consultation d'annonce permettent de s'assurer de la bonne information, ainsi que de la bonne compréhension de la maladie, de son évolution et, de la thérapeutique proposée.
- Elles permettent de mieux associer le patient aux choix thérapeutiques qui le concernent, avec une meilleure transparence.

## LA PLACE DE LA PERSONNE

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Définir les maladies chroniques ou à pronostic défavorable, nécessitant un accompagnement du patient.
- Identifier les acteurs impliqués dans ce dispositif.
- Identifier les moyens financiers.
- Mettre en place les compétences nécessaires.
- Evaluer l'impact avant d'étendre le dispositif.
- Préciser un accompagnement spécifique pour les populations précaires.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

La consultation d'annonce est expérimentée pour les pathologies chroniques retenues.

### LEVIERS

- Les consultations d'annonce sont déjà développées en cancérologie et dans le domaine du Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise (SIDA).
- Inscription du déploiement du dispositif dans la contractualisation.

### POPULATION CONCERNEE

Les personnes présentant l'une des pathologies chroniques retenues et leur entourage

### ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé.
- Les établissements de santé.
- Les associations d'usagers.

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

PRGDR, PRAPS

### PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

A décliner, également, de façon plus spécifique, dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

### INDICATEUR

Nombre d'expérimentations de consultations d'annonce, hors cancérologie et SIDA (et mention des pathologies concernées)

## OBJECTIF N°4 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

### Garantir l'expression de l'utilisateur et prendre en compte les attentes de la personne

Orientations stratégiques de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Une démarche centrée sur la personne

- Les usagers expriment une attente de prise en compte de leurs préoccupations.
- Les usagers ignorent souvent les droits d'expression dont ils disposent (consentement éclairé, personne de confiance, directives anticipées, mandat de protection future...).

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Renforcer l'information du patient sur ses droits et les possibilités d'expression de ses attentes.
- Pour les personnes vulnérables, associer les aidants et / ou les proches dans cette démarche.
- Généraliser l'expression écrite des choix du patient (consentement éclairé, personne de confiance, directives anticipées, mandat de protection future...).
- Mettre en place des procédures, garantes de traçabilité, dans le recueil de l'expression de l'utilisateur.
- Respecter ces choix.
- Organiser un accompagnement spécifique pour les populations précaires.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les professionnels ont mis en œuvre les dispositions prévues par les textes.
- Les usagers et le public connaissent mieux leurs droits et les dispositifs existants (consentement éclairé, personne de confiance, directives anticipées, mandat de protection future, ...).

### LEVIERS

- Contractualisation, avec les établissements de santé, sur le respect des dispositions garantissant l'expression et les droits des usagers.
- Appui sur la Loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients.
- Dispositif national 2011 «année des patients et de leurs droits».

### POPULATION CONCERNEE

Les usagers du service de santé.

### ACTEURS CONCERNES

Les professionnels de santé, les établissements de santé, les associations d'utilisateurs.

## LA PLACE DE LA PERSONNE

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional.

### PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

A décliner, également, de façon plus spécifique dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

### INDICATEURS

Taux d'établissements certifiés HAS V2010 présentant une cotation Asur l'item 11b: «Consentement et participation du patient»

### OBJECTIF N°5 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

#### Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé

Orientations stratégiques de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Etre acteur de sa santé

- Etre acteur de sa santé signifie, également, se sentir responsable du coût des soins.
- Des campagnes d'information (antibiotiques, médicaments génériques) ont montré qu'il est possible de modifier efficacement les comportements.
- Les coûts réels des soins sont peu connus, des patients comme des professionnels de santé. En outre, les professionnels constatent souvent une incompréhension des patients quand on les sensibilise aux coûts.
- Une meilleure sensibilisation à l'utilisation du système de santé permet de réaliser des économies.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Faire connaître à chaque usager le coût de sa prise en charge.
- Faire prendre conscience, à l'usager, de l'importance des coûts de la santé et de la nécessité de les maîtriser.
- Apprendre, à l'usager, à utiliser la porte d'entrée adaptée à son état de santé.
- Convaincre, chaque usager, de recourir au niveau de prise en charge adapté à son état de santé (retour direct au domicile, sans séjour en Soins de Suite et de Réadaptation ; prise en charge en Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire, au lieu d'une hospitalisation complète ; utilisation responsable du transport sanitaire...).

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

L'information, sur le coût des séjours en établissement de santé, s'est développée.

## LEVIERS

- Politiques de responsabilisation déjà engagées (Ministère, Assurance Maladie, mutuelles...).
- Education thérapeutique : pour obtenir une meilleure observance, liée à une meilleure connaissance de la pathologie et du traitement (éviter les incidents).
- Dans de nombreuses officines, le Dossier Pharmaceutique peut aider à repérer les incompatibilités et les contre-indications. Cette démarche peut faciliter une certaine prise de conscience des usagers.

## POPULATION CONCERNEE

Les usagers du service de santé.

## ACTEURS CONCERNES

Les professionnels de santé, les établissements de santé, l'Assurance Maladie, les mutuelles, les assurances, les associations...

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional.

## PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme Régional de Gestion Du Risque (PRGDR).

## INDICATEURS

Evolution du nombre d'établissements de santé remettant systématiquement au patient une information sur le coût total de son séjour, quel qu'en soit la nature, avec la facture.

## LA PLACE DE LA PERSONNE

### OBJECTIF N°6 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

#### **S'appuyer sur l'expérience collective des usagers, pour améliorer l'adéquation du système de santé au besoin des personnes**

Orientation stratégique de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Une démarche centrée sur la personne

- L'expérience collective, acquise par les usagers, est une source de savoir qui permet d'optimiser la prise en charge, en répondant mieux aux besoins.
- Il existe des marges de progrès dans l'exploitation des questionnaires de sortie, qui ne sont remplis que par 10 % des patients, ainsi que dans celle des plaintes.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Intégrer les instances représentant les usagers, dans l'élaboration de tous les projets d'établissement, pour améliorer la qualité de la prise en charge.
- Intégrer les travaux, les rapports et les retours d'expérience des Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), dans les réflexions et les décisions portant sur le fonctionnement des établissements de santé.
- Généraliser les enquêtes de satisfaction, l'exploitation des questionnaires de sortie, ainsi que celle des plaintes. En assurer le suivi, la mise en œuvre de réponses et de solutions.
- Développer des projets innovants, émanant des organisations représentant les usagers.
- L'analyse globale des plaintes est régulièrement discutée au sein de la commission spécialisée des droits des usagers et de la CRSA.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Des projets innovants sont mis en œuvre, en collaboration avec les organisations représentant les usagers.
- Des plans d'action sont produits, consécutifs aux résultats des enquêtes de satisfaction.
- Des actions correctrices sont mises en œuvre, consécutives à l'exploitation des questionnaires de sorties et à celle des plaintes.
- Les organisations représentant les usagers sont impliquées dans les projets d'établissement.

## LEVIERS

- Le dispositif national «2011, année des patients et de leurs droits» souhaite valoriser les expériences et les innovations, visant à dynamiser l'exercice de la démocratie sanitaire et à favoriser la participation des usagers à la définition des politiques de santé.
- La contractualisation avec les établissements.
- Les outils d'amélioration de la qualité dans les établissements : la certification et les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) de la Haute Autorité de Santé (HAS).
- La mise en place, en 2010, de la commission «usagers - professionnels» de l'Union Régionale des Professions de Santé (URPS) médecins libéraux, qui traite de sujets autour de l'organisation des soins et permet une concertation dans le secteur ambulatoire.

## POINTS DE VIGILANCE

Une attention particulière devra être portée au secteur ambulatoire, dans lequel la participation des usagers n'est pas aussi structurée que dans le secteur hospitalier.

## POPULATION CONCERNEE

Les usagers du système de santé.

## ACTEURS CONCERNES

La CRUQPC, la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation, le Défenseur des Droits, les Ordres, les Associations d'usagers, les Unions Régionales des Professions de Santé, les établissements de santé, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté...

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental et Régional.

## PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé, pour le secteur ambulatoire.

## INDICATEURS

Taux d'établissement certifiés HAS V2010 présentant une cotation A sur l'item 2b : «Implication des usagers, de leurs représentants et des associations»

## LA PLACE DE LA PERSONNE

### OBJECTIF N°7 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

#### Renforcer la compétence des professionnels de santé dans la prise en charge globale de la personne et du «prendre soin»

Orientation stratégique de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Une démarche centrée sur la personne

- Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques conduisent à des prises en charge de plus en plus complexes.
- De ce fait, la prise en charge de la personne, dans sa globalité, devient prépondérante.
- Cette situation conduit les professionnels de santé à développer de nouveaux modes d'organisation du travail, en équipe(s) pluridisciplinaire(s), et à renforcer les compétences dans la relation soignant / soigné.
- La formation, les pratiques et les compétences des professionnels doivent donc évoluer vers le développement de méthodes cliniques, davantage centrées sur la prise en charge globale de la personne.
- Cette approche a, récemment, été introduite dans la formation initiale de médecine générale. Son développement est indispensable pour accompagner l'évolution de la médecine de premier recours.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Dans les projets de santé de premier recours, promouvoir une organisation qui favorise le travail en équipe(s) pluridisciplinaire(s) et pluri-professionnelle(s) (réunions de synthèse, réunions de pratique clinique...).
- Intervenir en plaidoyer en faveur de l'approche clinique et globale du patient, dans les formations initiale et continue des professionnels de santé (écoute, accompagnement, communication, relation soignant / soigné, consultation d'annonce, éducation thérapeutique, prévention, repérage de l'environnement, soins de support, travail en pluriprofessionnalité...).
- Repérer les expériences innovantes, réaliser un bilan de ce qui existe et, en envisager, le cas échéant, la généralisation.
- Encourager la réalisation d'études et de recherches, avec les professionnels de santé, sur l'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la prise en charge globale de la personne (nouveaux modes d'accompagnement...).

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les organisations mises en place favorisent une prise en charge globale de la personne.
- Les formations initiale et continue des professionnels de santé donnent une place plus importante à une approche globale de la personne et à la relation soignant / soigné.
- Des études et recherches sont menées sur les meilleures façons d'améliorer la prise en charge globale de la personne.

## LEVIERS

- Les professionnels de santé ont conscience de l'importance de la prise en charge globale de la personne.
- La formation initiale de la médecine générale est en évolution et intègre cette dimension.
- L'ARS appuie le développement de la pluri-disciplinarité en accompagnant les projets de rénovation de l'offre de premier recours.
- La formation à l'éducation thérapeutique du patient développe les compétences relationnelles du professionnel et sa capacité à intégrer le vécu du patient lors l'élaboration du plan thérapeutique.
- Les travaux internationaux, sur la pratique de la méthode clinique centrée sur le patient, constituent une importante base de travail.

## POINTS DE VIGILANCE

Associer, les professionnels de santé et les institutions de formation, à toutes les étapes de la démarche.

## POPULATION CONCERNEE

L'ensemble de la population ligérienne.

## ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé.
- Les établissements de santé.
- Les facultés et les écoles des professionnels de santé.
- Les URPS.

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional.

## INDICATEURS

Nombre de séances de formation continue pluri-professionnelle en matière de prise en charge globale de la personne

## L'OFFRE DE PROXIMITÉ

La proximité organisée est la deuxième Orientation Stratégique. Il s'agit, d'abord, d'organiser, en proximité, la réponse aux besoins de soins de premier recours, objet de ce chapitre, puis, d'organiser depuis le premier recours, l'accès approprié aux avis et interventions spécialisés, lorsque c'est justifié. La coordination, entre l'ensemble des intervenants des différents échelons du système, est alors cruciale, pour obtenir des parcours de soins efficaces et efficaces.

L'offre de soins de premier recours est plus que jamais la pierre angulaire du système de soin. Les objectifs de ce chapitre visent à la conforter et à l'adapter aux enjeux émergents.

L'évolution démographique des professionnels de santé, en particulier dans les zones où ils sont déficitaires, pose un véritable défi, face au vieillissement de la population, à l'augmentation du nombre de malades chroniques qui en résulte et, par conséquent, à l'évolution nécessaire de la nature de l'offre de soins en proximité.

Le regroupement des professionnels de santé, en équipe(s) pluri-professionnelle(s), dans un pôle, un centre ou une maison de santé, est l'approche retenue et déclinée dans l'objectif 8, pour permettre de proposer, d'une part, des réponses plus intégrées aux problèmes complexes posés par les conséquences du vieillissement et, d'autre part, des modalités de travail qui répondent aux aspirations des jeunes médecins. Des zones plus fragiles, en raison de l'importance de l'érosion démographique de leurs professionnels de santé, seront la cible prioritaire des aides. Elles sont définies dans l'objectif 9.

La prise en charge, à domicile, des problèmes de santé complexes, nécessite des interventions d'adaptation, de réadaptation, de réinsertion. L'appui des professionnels du soin, par des professionnels de proximité, spécialisés en réadaptation, est décrit dans l'objectif 10.

La Permanence Des Soins Ambulatoires est indispensable pour assurer une réponse adaptée aux soins non programmés, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et paramédicaux. Son organisation est précisée dans l'objectif 11. En dehors des situations d'urgence, la situation démographique fait, parfois, de la recherche d'un médecin traitant, un parcours du combattant, et menace la continuité des soins, en particulier dans les établissements médico-sociaux. L'objectif 12 vise à organiser la continuité des soins, dans une approche concertée entre les différents acteurs de la proximité.

Finalement, la complexité croissante des réponses de soins de premier recours, nécessite une répartition adaptée des interventions autour d'une personne et leur coordination. Le rôle du médecin traitant, au sein des équipes de professionnels de santé de proximité, est précisé dans l'objectif 13.

## OBJECTIF N°8 :

### **Accompagner les regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé à l'échelle d'un territoire pertinent de premier recours**

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter

- Le regroupement et l'exercice pluri-professionnel des professionnels de santé de premier recours, répond à trois évolutions inter-dépendantes :
  - la répartition territoriale des professionnels de santé présente de telles disparités que l'accès aux soins est une vraie difficulté, dans certaines parties du territoire, principalement rurales,
  - par ailleurs, le vieillissement de la population et la part prépondérante prise par les maladies chroniques font évoluer les conditions d'exercice des professionnels de santé,
  - les jeunes professionnels de santé aspirent à de nouvelles formes d'exercice et, en particulier, ils ne souhaitent plus exercer isolément.
- Le regroupement permet, notamment, de rompre l'isolement et d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels.
- Le regroupement des professionnels est, en outre, un moyen d'améliorer la qualité de la prise en charge globale et la continuité des soins, au bénéfice des usagers, tout en garantissant des conditions d'accès satisfaisantes.

## DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Définir la taille, l'échelle pertinente pour le développement des exercices coordonnés, en premier recours.
- Intégrer, dans le projet de santé, la prévention, l'accompagnement et une approche santé des populations, au-delà d'un simple projet immobilier et du projet de soins.
- Accompagner les projets de regroupement avec les Comités d'Accompagnement Territorial des Soins de premier recours (CATS).
- Promouvoir la coordination des professionnels en premier recours : développer les protocoles thérapeutiques communs, expérimenter de nouveaux modes de rémunération.
- Créer un modèle économique pour la prévention et l'éducation thérapeutique du patient en secteur libéral.
- Adapter les conditions d'exercice coordonné des professionnels aux spécificités d'organisation et d'exercice propres à chaque profession :
  - conforter le maillage et garantir la bonne répartition des pharmacies sur le territoire et, les articuler avec les maisons, pôles et centres de santé ; inciter une coopération entre les acteurs de terrain, dont les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) pharmaciens et médecins libéraux, pour construire un maillage équilibré,
  - garantir la bonne répartition des officines sur le territoire, par un rééquilibrage des implantations urbaines et rurales,
  - protocoliser l'organisation du retour à domicile, entre les pharmaciens d'officine, les médecins traitants, les infirmiers (ères) à domicile, ...
  - favoriser des plateaux techniques regroupés de chirurgiens-dentistes et de masseurs-kinésithérapeutes. Puis les articuler avec les maisons, pôles et centres de santé,
  - garantir l'accessibilité à l'offre de biologie médicale, dans le cadre des opérations de regroupement de laboratoires. Assurer la réponse du laboratoire, dans le respect du délai garantissant la prise en charge optimale du patient.

## L'OFFRE DE PROXIMITÉ

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La lisibilité de l'offre de soins de premier recours est améliorée pour le patient.
- Les projets de santé mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, partagent des informations et développent des coopérations entre les professionnels (coopération sur exercice partagé).
- L'exercice regroupé attire des jeunes professionnels de santé.
- La télémédecine améliore l'accès aux soins spécialisés.
- Un accès raisonnable à l'offre de biologie est maintenu sur l'ensemble du territoire.
- Un accès raisonnable à l'offre pharmaceutique est constaté sur l'ensemble du territoire.

### LEVIERS

- Les appels à projet conjoints Etat - ARS, lancés dans chaque région.
- Le développement des nouveaux modes de rémunération.
- 71% des médecins généralistes, de la région, exercent en groupe, ce qui constitue une spécificité régionale (Panel médecins généralistes Pays de la Loire, enquête de février 2011).

### POINTS DE VIGILANCE

- La convergence des exercices, objectifs et intérêts, de multiples partenaires.
- Le regroupement, des professionnels de santé de ville, invite à repenser la question des transports du public.

### POPULATION CONCERNEE

- Les professionnels de santé.
- Les usagers.

### ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé.
- L'Assurance Maladie, le Conseil Régional, les Conseils Généraux, les mairies, ...

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Infra-départemental.

### PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

### INDICATEURS

Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, pôles de santé)

## OBJECTIF N°9 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

### Cibler l'octroi des aides aux professionnels au sein des zones fragiles définies

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter

- Le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques et, la raréfaction de l'offre de soins, dans les zones rurales, constituent de nouveaux enjeux sanitaires.
- L'organisation territoriale de la médecine de proximité est, aujourd'hui, considérée comme une priorité, pour répondre aux besoins de soins des populations.
- Certaines zones de la région ressortent comme des zones fragiles, pour l'accès aux soins, en raison de la démographie des professionnels de santé. Ces zones sont souvent peu attractives pour les professionnels de santé : éloignées des centres urbains, plus ou moins bien desservies par les transports, éloignées des établissements scolaires.
- Il faut donc inciter de nouveaux professionnels de santé à s'installer et à rester dans ces territoires.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Donner une priorité à l'accompagnement des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), en zones fragiles.
- Arrêter les zones fragiles, sachant que 456 322 personnes vivent en zone fragile, en région Pays de Loire. (une cartographie des zones fragiles fera l'objet d'un arrêté spécifique).
- Développer les Contrats d'Engagement de Service Public sur ces zones fragiles.
- Promouvoir les mesures fiscales et les aides aux professionnels de santé exerçant en zones fragiles.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Constatation d'une augmentation des installations de nouveaux médecins de premier recours dans les zones fragiles.

### LEVIERS

Des aides et des financements existent (Maisons de Santé Pluri-professionnelles, Contrats d'Engagement de Service Public, défiscalisation, aides pour les infirmiers (ères) libéraux (ales), ...).

### POINTS DE VIGILANCE

- Mettre en cohérence l'ensemble des politiques publiques (aides).
- La priorisation sur les zones fragiles ne signifie pas la non pertinence des expérimentations innovantes dans les autres zones.

### POPULATION CONCERNEE

Les professionnels de santé.

## L'OFFRE DE PROXIMITÉ

### ACTEURS CONCERNES

Les Ordres professionnels, l'Assurance Maladie, le Conseil Régional, les Conseils Généraux, les mairies, ...

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Infra-départemental.

### PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

### INDICATEURS

Evolution du nombre de nouvelles installations de professionnels de santé dans les zones fragiles

### OBJECTIF N°10 :

#### **Développer des équipes et structures d'appui en adaptation, réadaptation, réinsertion, au niveau des soins de premier recours**

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter.

- Des hospitalisations inappropriées résultent d'une difficulté à organiser la réponse plurielle (sociale, médico-sociale, sanitaire) de premier recours.
- Il faut donc mettre en synergie les différentes réponses (sociales, médico-sociales et sanitaires) en créant (ou en réorientant) ce qui manque (ou existe) sur le terrain.
- Ces réponses se mettent, habituellement, en place en sortie d'hospitalisation. Il s'agit de les développer, en amont, en prévention d'hospitalisation.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Mettre en place, des équipes spécialisées en adaptation, réadaptation, réinsertion (masseur-kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, ...) sur les territoires, en appui du premier recours.
- Ces équipes viennent en appui du professionnel du premier recours (médecin, Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), ...).
- Les Hôpitaux Locaux, qui proposent une offre de Soins de Suite et de Réadaptation, de Soins de Longue Durée, peuvent compléter ce dispositif avec : des consultations externes, complémentaires de l'offre ambulatoire de proximité, y compris les consultations avancées de spécialistes ; des activités d'éducation thérapeutique en premier recours ; une hospitalisation de jour en Soins de Suite et de Réadaptation ; l'accès à la télémédecine.
- Définir la taille et le territoire d'intervention de ces équipes.

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Des équipes spécialisées en adaptation, réadaptation, réinsertion, sont mises en place.
- Les Hôpitaux Locaux contribuent à l'appui du service de premier recours de leur territoire.

## LEVIERS

- De nombreux professionnels de l'adaptation, réadaptation, interviennent aussi bien en secteur libéral qu'en secteur hospitalier.
- La région est bien dotée en Hôpitaux Locaux.

## POINTS DE VIGILANCE

- Accompagner le repositionnement des Hôpitaux Locaux et dégager des moyens financiers adéquats.
- S'appuyer sur les dispositifs incitatifs destinés aux professionnels intervenant dans ces équipes et structures.

## POPULATION CONCERNEE

- Les professionnels du premier recours.
- Les personnes, à domicile ou en établissement médico-social, ayant besoin de prestations d'adaptation, réadaptation, réinsertion.

## ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé spécialisés en adaptation, réadaptation, réinsertion (masseur-kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute, ...).
- Les professionnels du médico-social.
- Les Hôpitaux.
- Les professionnels du premier recours.

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Infra-départemental.

## PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

## INDICATEURS

Durée Moyenne de Séjour dans les CMD 01MZ, 04MZ, 05MZ, 08C, 08MZ, 19MZ pour les personnes âgées

## L'OFFRE DE PROXIMITÉ

### OBJECTIF N°11 :

#### **Assurer une Permanence Des Soins Ambulatoires adaptée pour les cinq territoires de santé**

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter

- Constituant un des modes de réponse aux besoins de soins non programmés, la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) doit s'articuler avec l'organisation des services d'urgence (organisation territoriale structurée, graduée et efficiente).
- La structuration de la PDSA apparaît comme un levier pour l'organisation de l'offre de soins ambulatoire. Une bonne structuration permet d'alléger les contraintes de la PDSA et, ce faisant, de lever certaines réserves des professionnels sur l'exercice dans des zones fragiles.
- Lorsque l'organisation de la PDSA se traduit par la création de Maisons Médicales de Garde, cela constitue un lieu de dialogue et de concertation entre les médecins libéraux, qui peut, ensuite, déboucher sur d'autres projets.
- Dans la région Pays de la Loire, à Nantes et Saint Nazaire, SOS Médecins participe à la PDSA.
- L'organisation d'une permanence des soins infirmiers et l'amélioration des conditions d'accès à l'offre de biologie, pendant les heures de PDSA, figurent parmi les enjeux.
- La PDSA est adoptée dans chaque territoire, dans le cadre d'un cahier des charges régional.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Accompagner le dispositif mis en place et organisé avec les Associations Départementales d'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS), et SOS Médecins, à Nantes et à Saint Nazaire.
- Accompagner la création d'une Maison Médicale de Garde, par territoire de premier recours, en l'implantant préférentiellement au sein des Maisons de Santé Pluri-professionnelles, des Hôpitaux Locaux ou en lien avec les structures d'urgence.
- Développer le conventionnement entre les ADOPS et les établissements hospitaliers pour faciliter et réguler les transferts de patients entre les services d'urgence et les Maisons Médicales de Garde.
- Assurer une couverture régionale de garde de kinésithérapie respiratoire pour les nourrissons, en cohérence avec les territoires de premier recours. Avec les professionnels, réfléchir aux modalités à mettre en place pour les autres pathologies : Soins Palliatifs, kinésithérapie respiratoire chez les adultes, ...
- Travailler, avec les professionnels, pour optimiser la couverture régionale de garde en soins infirmiers, en médecine bucco-dentaire (assurée par des chirurgiens-dentistes), aux heures de la PDSA. Réfléchir aux solutions adaptées pour les zones littorales et les publics d'été. Mettre en place une régulation médicale par le SAMU Centre 15.
- Améliorer le service de proximité de la PDSA, en définissant, au niveau de chaque territoire de premier recours, les modalités d'articulation entre : les Maisons Médicales de Garde, SOS médecins à Nantes et à Saint Nazaire, la garde pharmaceutique et les autres services de garde (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens dentistes, biologistes, radiologues).

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Une réponse coordonnée est apportée, aux besoins de soins non programmés, pendant les horaires de la PDSA et sur chaque territoire de santé, y compris en médecine bucco-dentaire (assurée par des chirurgiens dentistes), en soins infirmiers et en kinésithérapie.
- Le parcours des patients est optimisé sur chaque territoire de santé. La gradation des soins est améliorée entre le premier recours (PDSA) et le recours aux services hospitaliers (services d'urgence, Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)).
- La prise en compte du conseil médical, apporté par les médecins régulateurs, et l'accès régulé aux Maisons Médicales de Garde, ainsi qu'aux médecins mobiles de consultation, contribuent à améliorer la prise en charge du patient.

## LEVIERS

- Dans les cinq départements, intérêt de s'appuyer sur l'expérience des ADOPS et sur l'expérimentation régionale de la PDSA.
- Existence d'un cadre régional (cahier des charges).

## POINTS DE VIGILANCE

- La diversité des organisations actuelles et la variabilité de leur coût amènent à réfléchir sur la pérennité des solutions.
- L'obtention d'une meilleure articulation entre l'organisation de la PDSA et celle de la garde pharmaceutique, se heurte aux sectorisations (médicales et pharmaceutiques), qui ne sont pas superposables.
- La PDSA n'est pas inscrite dans les conventions des professionnels paramédicaux ; son financement ne peut donc qu'être lié à une expérimentation.

## POPULATION CONCERNEE

Les usagers.

## ACTEURS CONCERNES

Les professionnels de santé, les ADOPS, les Ordres professionnels, les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS), la Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés, l'Assurance Maladie.

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental.

## PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

## INDICATEURS

Evolution du nombre de passages aux urgences pour 10 000 habitants

## L'OFFRE DE PROXIMITÉ

### OBJECTIF N°12 :

#### **Assurer l'accès de tout nouveau patient à un médecin traitant et / ou à un chirurgien-dentiste et organiser la continuité des soins**

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

- La surcharge de travail des médecins généralistes les oblige parfois à refuser de nouveaux patients.
- Tout nouveau patient (par exemple, après un déménagement ou une entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)) doit pouvoir accéder à un médecin traitant, selon sa convenance (proximité de son domicile, de son travail ou autre souhait). La déclaration du choix d'un médecin traitant est, en effet, obligatoire pour bénéficier de l'optimisation des remboursements par l'Assurance Maladie.
- La continuité des soins doit être assurée : aucun patient, y compris en EHPAD, ne doit rencontrer de difficulté pour consulter un médecin, notamment le samedi matin et / ou pendant les vacances de son médecin traitant.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Prise en charge d'un nouveau patient :
  - sur chaque territoire, rédiger et mettre en place un protocole concerté avec les professionnels, pour apporter une réponse de proximité, à tout nouveau patient rencontrant des difficultés pour trouver un médecin traitant.
- Continuité des soins dans le cadre de l'exercice regroupé :
  - s'assurer que le regroupement des professionnels du secteur intègre un dispositif d'organisation de la continuité des soins,
  - développer des coopérations sur exercice partagé, pour dégager du temps médical.
- Organisation pour la continuité des soins, durant les absences du médecin traitant (hors permanence des soins) :
  - s'appuyer sur le projet de santé du territoire de proximité et l'organisation, la coordination des services de premier recours,
  - développer une organisation opérationnelle de continuité des soins ambulatoires, permettant une réponse aux demandes de consultations non programmées, hors période de Permanence Des Soins Ambulatoires,
  - développer le conventionnement entre les Associations Départementales d'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS), SOS Médecins, à Nantes et à Saint Nazaire et, les établissements et services médico-sociaux, les Hôpitaux Locaux, les services d'Hospitalisation A Domicile, pour convenir des modalités de continuité des soins dans ces structures.
- Ces trois Déclinaisons Opérationnelles s'appliquent, également, aux chirurgiens-dentistes.

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Tout nouveau patient peut accéder en proximité à un médecin traitant et / ou à un chirurgien-dentiste.
- Le nombre de refus de prise en charge, opposé aux nouveaux patients, par les médecins généralistes, a diminué.
- La continuité des soins est garantie, notamment, pendant les périodes habituelles de congé, ainsi que le samedi matin.
- La continuité des soins est assurée dans les établissements et services médico-sociaux, les Hôpitaux Locaux, les services d'Hospitalisation A Domicile.
- La pertinence et l'efficacité du recours aux soins ambulatoires non programmés, 24h sur 24 et 7 jours sur 7, est améliorée par l'organisation de la continuité et de la Permanence Des Soins Ambulatoires.

## LEVIERS

La Loi HPST rend possible les coopérations entre professionnels (coopérations sur exercice partagé).

## POINTS DE VIGILANCE

Les protocoles de coopération, sur exercice partagé, doivent appliquer un cahier des charges, ainsi que des procédures d'autorisation, complexes et longues.

## POPULATION CONCERNEE

Les patients.

## ACTEURS CONCERNES

Les médecins généralistes, l'Assurance Maladie, les Unions Régionales des Professions de Santé, les Ordres professionnels, la Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés.

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local.

## PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

## INDICATEURS

Taux d'assurés de plus de 16 ans ayant un médecin traitant

## L'OFFRE DE PROXIMITÉ

### OBJECTIF N°13 :

#### **Au sein d'une équipe de professionnels de santé, faciliter le rôle de coordonnateur du parcours de soins pour le médecin traitant**

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

- Représentant, en principe, la porte d'entrée du système de soins depuis la convention de 2005, le médecin traitant est généralement le professionnel de santé le mieux identifié par l'utilisateur. De ce fait, il occupe, naturellement, la place centrale dans la prise en charge du patient.
- Dans le cadre d'une coopération sur exercice partagé, en pôle de santé, en Maison de Santé Pluri-professionnelle, le médecin traitant peut déléguer la coordination à un autre professionnel de soins.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Renforcer la capacité du médecin traitant à tenir son rôle de coordonnateur du parcours de soins :
  - s'appuyer sur des échanges d'informations, progressivement standardisés, dans le cadre du déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) et en faisant appel à la messagerie sécurisée,
  - rendre systématique le retour d'information des médecins spécialistes vers les médecins traitants : consultations avancées, télémédecine et téléconsultations, orientation et inscription du patient dans un réseau, organisation de l'éducation thérapeutique, ...
  - promouvoir une consultation de coordination, à l'instar de ce qui se fait en cancérologie, dans les cas plus complexes.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Le médecin traitant est destinataire des informations, concernant ses patients, transmises par l'ensemble des professionnels de santé.
- Les patients ont pris conscience de la mission de «pivot» de leur médecin traitant.

## LEVIERS

- Possibilité d'utiliser les nouveaux modes de rémunération pour financer le temps de coordination du médecin traitant.
- Nouvelle convention médicale (missions du médecin traitant).
- Contractualisation avec les maisons de santé.

## POINTS DE VIGILANCE

La coordination demande du temps et des financements.

## POPULATION CONCERNEE

Les patients des médecins traitants.

## ACTEURS CONCERNES

- Les médecins traitants.
- Les autres professionnels de santé.
- Les Ordres professionnels.
- Les Unions Régionale des Professions de Santé.

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local.

## INDICATEURS

Evolution du nombre DMP créés sur la plateforme e-santé (accord du patient obtenu)

## L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

Si les soins de premier recours sont la pierre angulaire du système de santé, l'attention, que les professionnels portent à la globalité de la prise en charge, limite leur capacité à répondre à des questions diagnostiques ou thérapeutique relevant de l'expertise. L'accès à l'innovation et aux soins spécialisés, complémentaire du premier recours, est le deuxième axe de la proximité organisée.

Il s'agit d'abord d'assurer la disponibilité, dans le temps et l'espace, des réponses spécialisées.

Dans les situations d'urgence, pour garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge du patient, l'objectif 14 constitue une évolution et précise l'organisation de la filière des urgences, ainsi que le rôle de ces structures au sein de la région.

En établissement de santé, l'optimisation de la ressource médicale est nécessaire pour assurer la permanence des soins. L'objectif 15 précise les principes d'organisation de la Permanence Des Soins En Etablissement et préconise des mutualisations, afin d'assurer un maillage efficace et efficient du territoire.

Sur le territoire régional, la répartition des spécialistes est inégale et pose des problèmes d'accès. L'objectif 16 vise à dépasser les logiques institutionnelles, pour encourager la constitution d'équipes - à l'échelle d'un territoire - qui puissent déployer une réponse aux besoins d'avis ou aux besoins d'intervention.

Il s'agit, ensuite, d'optimiser les modalités de prise en charge spécialisée.

De nombreuses sources d'inefficience et d'inadéquation de prise en charge sont liées à la fluidité insuffisante des parcours entre les différents segments du système de santé ; l'objectif 17 propose d'y remédier en levant les obstacles au sein et entre les établissements.

Les sources d'inefficience sont, également, liées à des réponses qui ne sont pas optimales au regard des référentiels d'aujourd'hui et des possibilités offertes par l'innovation. La chirurgie ambulatoire en est un exemple. Afin d'améliorer l'efficience du système et des réponses médicales, l'objectif 18 vise le juste soin.

Il s'agit, enfin, de préparer l'avenir.

Les évolutions rapides de l'organisation du système de santé, liées à la transition démographique et à ses conséquences, mais, aussi, à l'évolution technologique, conduisent à des besoins en nouvelles compétences. La diversification des contenus et des parcours de formation est proposée dans l'objectif 19 pour répondre à ce besoin. Enfin, l'importance de la recherche et du développement des techniques innovantes est affirmée dans l'objectif 20, qui vise à soutenir et accompagner les initiatives régionales.

## OBJECTIF N°14 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

### Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - L'accès aux services spécialisés

- Malgré des délais d'attente souvent très longs, de nombreux patients se présentent dans les structures de médecine d'urgence pour des soins non programmés, qui auraient pu être délivrés par un professionnel du premier recours.
- Les usagers se présentent, spontanément, dans ces structures :
  - parce que l'accès financier est facile,
  - parce qu'ils n'arrivent pas à joindre leur médecin traitant ou qu'ils jugent trop longs les délais de rendez-vous,
  - parce qu'ils confondent soins non programmés et urgence.
- Il est nécessaire de sécuriser la prise en charge des urgences vitales, en amont de l'entrée dans un établissement de santé. Pour cela, la régulation initiale est fondamentale.
- Les missions relevant de l'Aide Médicale Urgente entrent dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Ces missions sont d'ores et déjà assurées sur l'ensemble du territoire régional.
- Pour les besoins de soins qui en relèvent, la structure territoriale d'urgence adaptée la plus proche doit être privilégiée, quelque soit son statut (privé, public, ...).
- Au total, l'organisation de l'ensemble de la filière de prise en charge des urgences (vitales, psychiatriques, soins non programmés) doit être précisée et son fonctionnement expliqué à tous les usagers.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Apporter une réponse graduée, adaptée aux besoins :
  - en proximité, un professionnel du premier recours prend en charge les soins non programmés qui relèvent de ses missions,
  - pour les besoins relevant d'une structure de médecine d'urgence, le patient est orienté vers la structure compétente la plus proche.
- Organisation générale des structures d'urgence (Service d'urgence, Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)) :
  - au niveau de chaque établissement, l'ensemble des structures d'urgence, à l'exception éventuelle des urgences pédiatriques, doivent être regroupées dans la même entité opérationnelle (pôle, département, service),
  - en ce qui concerne les structures de proximité dont le fonctionnement 24 h / 24 - 7 j / 7 - 365 jours par an est discutable, il est proposé de les rattacher à une structure de recours et d'organiser leur fonctionnement en tant qu'antenne, ayant une ouverture éventuellement saisonnière ou fractionnée dans le temps (fermeture en nuit profonde),
  - le modèle type est celui d'une structure principale territoriale, à laquelle seraient rattachées les autres structures d'urgence du territoire afin de constituer des équipes médicales communes et d'harmoniser leur fonctionnement.
- Organisation des Services d'Urgence :
  - renforcer les structures de recours,
  - impliquer chaque établissement de santé, disposant d'une autorisation, dans un programme d'analyse et de maîtrise des temps de passage aux urgences, ainsi que dans la gestion de l'aval (disponibilité des lits), en récompensant ceux qui adoptent les bonnes pratiques,
  - homogénéiser les prises en compte financières des passages aux urgences des patients hospitalisés,
  - favoriser la mutualisation des activités Urgences et SMUR,
  - améliorer l'information du patient tout au long de son séjour en urgence (durée d'attente prévisionnelle, en particulier)



## L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS



- Organisation des SAMU Centres 15 :
  - maintenir les 5 SAMU, couvrant chacun un territoire de santé, avec la perspective de sécuriser, de développer les coopérations et l'articulation entre les SAMU, ainsi qu'une plateforme « info santé » régionale,
  - favoriser la mutualisation des activités de régulation des Centres de Régulation et de Réception des Appels (CRRA) et des SMUR.
- Organisation des SMUR
  - en Vendée, adapter les activités des SMUR, pour tenir compte des variations saisonnières (constitution d'antennes),
  - favoriser la mutualisation des activités entre les services des Urgences et des SMUR, ainsi qu'entre celles des CRRA et des SMUR.
- Organisation des transports hélicoptérés
  - renforcer l'activité de l'héli-SMUR sur la zone Est de la région, avec autorisation d'un second appareil, basé à Angers, en prévoyant une relocalisation pour un renfort côtier saisonnier,
  - dans le cadre du plan de modernisation, organiser une régulation régionale des transports hélicoptérés, par l'interconnexion des SAMU.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La totalité des territoires de la région, 365 jours / an et 24 h / 24, dispose d'un accès à une structure de médecine d'urgence, notamment pour les urgences vitales et, dans des délais compatibles avec l'état de santé.
- La rapidité des prises en charge (fluidité des parcours), s'est améliorée, notamment, pour les urgences vitales.
- La saturation de toutes les structures de médecine d'urgence a diminué.
- La satisfaction de tous (usagers et professionnels) s'est améliorée.
- Le nombre des transferts inappropriés a diminué.

### LEVIERS

- Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).
- La contractualisation.

### POINTS DE VIGILANCE

Certaines actions sont liées à l'évolution de la réglementation ou à une logique d'expérimentation.

### POPULATION CONCERNEE

Les usagers

### ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé.
- Les structures membres des Comités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires (CODAMUPS).

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Interrégional, Régional, Territorial, Local.

### INDICATEURS

Pourcentage et nombre de passages aux urgences en moins de 4 heures

## OBJECTIF N°15 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

### Optimiser l'utilisation de la ressource médicale pour la permanence des soins en établissement de santé en renforçant les mutualisations

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés

- Des gardes et astreintes sont organisées dans les établissements de santé. Elles mobilisent des équipes médicales, parfois pour un faible nombre d'actes.
- La Permanence des Soins en Etablissement de Santé (PDSES) entre dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Cette mission est d'ores et déjà assurée sur l'ensemble du territoire régional.
- L'arrêté du 30 avril 2003, relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique, dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, rend les mutualisations possibles entre les établissements.
- Les mutualisations permettent :
  - d'améliorer le fonctionnement des services, grâce à la présence de ces équipes en journée (consécutives à la diminution des repos compensateurs post-garde),
  - d'apporter une réponse aux besoins de la population sur chaque territoire (Mission de Service Public),
  - de diminuer le nombre des équipes médicales de garde et, donc, le coût de la permanence des soins.

## DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Sur la base des résultats d'une enquête et d'une analyse des lignes de garde recensées, l'organisation de la PDSES sera définie dans la région selon les principes suivants :
  - cohérence avec la gradation des soins hospitaliers,
  - définition des spécialités (médicales, chirurgicales, médico-techniques) relevant de la PDSES, avec attribution d'un niveau de territoire à chaque spécialité. Ce territoire sera infra départemental, départemental ou régional.
- Pour les spécialités concernées par la PDSES :
  - organiser la PDSES pour permettre un maillage territorial adapté aux besoins de soins de la population,
  - optimiser le nombre d'équipes médicales de garde, en fonction de l'activité effectuée au sein des établissements et entre les établissements,
  - encourager les mutualisations entre les secteurs public et privé, pour répartir, de manière équitable, les contraintes d'exercice et permettre la mise en place d'équipes de garde de taille suffisante (au moins trois praticiens, pour une astreinte et, au moins sept, pour une garde),
  - modifier les fronts d'astreinte et de garde selon les besoins et l'activité : astreintes limitées au week-end, demi-astreintes,
  - garantir la sécurité du patient et la lisibilité du dispositif en identifiant les équipes et les plateaux techniques de garde et d'astreinte et en alimentant le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)

## L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Des mutualisations entre établissements (publics, privés), titulaires des mêmes autorisations, ont été mises en œuvre pour optimiser la PDSES.
- Des médecins sont redéployés, en journée, dans les services.

### LEVIERS

- La signature de conventions garantit l'engagement des établissements qui mutualisent leur PDSES.
- La contractualisation.

### POPULATION CONCERNEE

Les médecins des établissements de santé (publics et privés).

### ACTEURS CONCERNES

Les établissements, les médecins des établissements, les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) et la conférence des présidents de CME publics et privés.

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local.

### PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

### INDICATEURS

Nombre d'établissements de santé mutualisés pour garantir la PDSES (conventions signées)

### OBJECTIF N°16 :

#### **Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes**

**Orientations stratégiques de rattachement :** La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés

- Sur certaines zones du territoire, l'accès des patients aux médecins spécialistes est difficile :
  - la densité de ces derniers n'est pas homogène,
  - les zones d'influence de leurs lieux d'exercice ne couvrent pas l'intégralité du territoire.
- Il est donc nécessaire d'organiser un accès aux soins spécialisés dans ces territoires, notamment, en sensibilisant les médecins spécialistes à l'utilité d'offrir cet accès à l'ensemble de la population ligérienne.
- Les professionnels du premier recours rencontrent la même difficulté d'accès, par exemple :
  - pour adresser un patient en urgence,
  - pour raccourcir un délai de rendez-vous,
  - pour une demande d'avis spécialisé.

## DECLINAISON OPERATIONNELLE

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Garantir une couverture du territoire :
  - entre les établissements : en développant des postes d'assistants partagés,
  - en appui du premier recours :
    - . en développant des consultations avancées, notamment, dans les maisons et pôles de santé, les Hôpitaux Locaux,
    - . en encourageant la multiplicité d'activité, par exemple entre un cabinet libéral, un plateau technique, un possible cabinet secondaire, des consultations avancées,
  - en s'appuyant sur les dynamiques professionnelles en cours, en croisant les regroupements par discipline et les regroupements sur un territoire.
- Développer et s'appuyer sur les expériences innovantes pour le suivi des malades pour les soins de spécialistes, dans une logique de couverture territoriale, afin de répondre aux contraintes de la démographie médicale.

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Des postes d'assistants partagés ont été créés.
- Des consultations avancées sont organisées.
- Le maillage territorial des réponses spécialisées s'est amélioré, notamment, grâce au développement de la multiplicité d'activité.

## LEVIERS

- La loi HPST rend possible la signature de Contrats d'Engagement de Service Public pour les étudiants et internes en médecine.
- Certaines organisations d'imagerie fonctionnent déjà avec des plateaux techniques gradués. Ce mode de fonctionnement pourrait être étendu à d'autres structures de la région, en s'appuyant sur ces expériences.

## POINTS DE VIGILANCE

La mise en place de conditions attractives est nécessaire pour inciter les médecins spécialistes à assurer une offre de proximité.

## POPULATION CONCERNEE

- Les usagers.
- Les professionnels du premier recours.

## ACTEURS CONCERNES

- Les médecins spécialistes.
- Les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS).
- Les établissements sanitaires.
- Les fédérations.
- Les étudiants et internes en médecine.

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental.

## PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

## INDICATEURS

Evolution du nombre de médecins spécialistes ayant une activité «multi-sites»

## L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

### OBJECTIF N°17 :

#### **Organiser un parcours fluide, adapté et efficient des patients entre les pôles d'activité au sein des établissements de santé et entre les établissements de santé**

Orientation stratégique de rattachement : Une démarche centrée sur la personne - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

- Les étapes, de la prise en charge du patient, pensées dans une logique de parcours, sont encore trop souvent effectuées selon les contraintes respectives des services, ce qui ne permet pas toujours l'anticipation, ni l'optimisation souhaitées du séjour.
- Trois situations principales posent problème :
  - la sortie des services d'urgence,
  - l'attente de la programmation ou de résultats d'examen,
  - la sortie d'hospitalisation, après une perte d'autonomie ne permettant pas un retour direct à domicile.
- Le manque de places d'aval sature les services de Soins de Suite et de Réadaptation, qui ne peuvent, en conséquence, accepter de nouveaux patients sortant de court séjour de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO). Ce manque de fluidité encombre l'ensemble de la filière.
- Une réflexion doit, également, être menée sur la fluidité des parcours entre les établissements psychiatriques et les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- De nets progrès ont été faits pour limiter le nombre d'examen de biologie et d'imagerie, ainsi que leurs redondances. Il faut continuer dans ce sens, en particulier, en généralisant la transmission dématérialisée des résultats aux professionnels concernés.
- Il est nécessaire de développer des filières thématiques, intra et inter-établissements, pour fluidifier les parcours là où c'est pertinent.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Evaluer les filières existantes (Accident Vasculaire Cérébral, Infarctus Du Myocarde, ...).
- Construire des filières non encore créées, en particulier dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence, de la psychiatrie, des personnes âgées poly-pathologiques en perte d'autonomie.
- Protocoler l'aval des urgences, en repensant la gestion des lits dans chaque établissement concerné et en favorisant l'accès direct aux Soins de Suite et de Réadaptation.
- Favoriser la fluidité des parcours par l'utilisation généralisée de l'outil «Trajectoire», par tous les établissements de court séjour MCO, de Soins de Suite et de Réadaptation, ainsi que par les structures d'Hospitalisation A Domicile, voire ultérieurement, par les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de la région.
- Améliorer l'organisation interne des établissements, en particulier, pour prévenir les redondances des examens de biologie et d'imagerie.
- Assurer une circulation dématérialisée de ces informations entre les professionnels, pour éviter toute perte de résultat d'examen.

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les attentes en sortie de séjour ont diminué.
- Les transferts sont adéquats entre les services, aussi bien qu'entre les établissements.
- Les Durées Moyennes de Séjour ont diminué.
- Les redondances d'examens de biologie et d'imagerie ont diminué.
- Les outils de partage d'information se sont développés entre tous les professionnels de santé.
- Les filières sont protocolisées.

## LEVIERS

- Contractualisation avec les établissements.
- Déploiement complet du logiciel «Trajectoire» et des cellules d'orientations SSR, avec extension de leur champ d'activité.
- Possibilité de s'appuyer sur les outils existants de transmission des informations (notamment, l'accès aux résultats de biologie médicale sur Internet, la plateforme e-santé, ...).

## POINTS DE VIGILANCE

L'insuffisance actuelle de structures d'hébergement temporaire, intermédiaires entre un séjour en établissement et le retour à domicile (y compris en institution).

## POPULATION CONCERNEE

Les patients.

## ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé.
- Les établissements de santé.

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental.

## PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

- Programme Territorial de Santé.
- Programme des systèmes d'information.
- Programme Régional de Gestion du Risque (PRGDR).

## INDICATEURS

Durée moyenne de séjour pour les séjours de médecine et de chirurgie suivis d'un séjour en soins de suite et de réadaptation ou en hospitalisation à domicile

## L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

### OBJECTIF N°18 :

#### Garantir le juste soin

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés

- Le juste soin se définit comme la possibilité de répondre au besoin de soin de tout citoyen, quelque soit le lieu, dans les meilleurs délais et avec des moyens adaptés à son problème de santé. Ce juste soin se décline en trois étapes, qui nécessitent, pour être traitées, des professionnels d'un haut niveau de qualification :
  - qualifier la demande du patient, définir au travers de cette demande le réel besoin de soin,
  - agir, si besoin, pour préserver la vie et sa qualité, par des conseils mais, également, par une prise en charge adaptée,
  - orienter ce patient au bon endroit, au bon moment.
- Cette triade «qualifier, agir, orienter» se décline à tous les moments de la prise en charge d'un patient.
- Les attentes des patients ont évolué : les patients sont mieux informés (internet) et les médecins doivent donc gérer une prise de décision partagée.
- Des orientations non pertinentes génèrent des gaspillages, des pertes de chance, voire une majoration de la pathologie initiale.
- Les référentiels de la Haute Autorité de Santé (HAS) ne sont pas toujours connus, ni suivis, par les professionnels de santé.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Optimiser chaque séjour en établissement, et ne transférer dans un autre établissement de santé que les patients dont l'état le justifie (utilisation du logiciel «Trajectoire» pour les transferts de court séjour de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), vers les Soins de Suite et de Réadaptation).
- Appliquer les recommandations de la HAS et des plans nationaux.
- Les soins palliatifs entrent dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Pour couvrir les besoins dans la région, l'objectif est de créer au moins une Unité de Soins Palliatifs par département. Une unité sera également envisagée pour 600 décès par bassin de population, et dans les établissements de santé enregistrant un nombre significatifs de décès relevant des soins palliatifs.
- Ramener les taux de recours, pour la chirurgie, au niveau des taux cibles nationaux.
- Développer la chirurgie ambulatoire et travailler sur la pertinence des actes qui présentent un taux de recours supérieur à la moyenne nationale.

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La satisfaction de tous (usagers et professionnels) est améliorée.
- Les lacunes, redondances et gaspillages, dans le parcours de soins, sont évités.
- Le nombre de transferts inappropriés a diminué (en particulier, le nombre de transferts en Soins de Suite et de Réadaptation, après une intervention programmée de chirurgie orthopédique).
- Chaque département dispose d'une Unité de Soins Palliatifs. Des Unités de Soins Palliatifs ont été créées dans les bassins de population dans lesquels on observe plus de 600 décès par an., et dans les établissements de santé enregistrant un nombre significatifs de décès relevant des soins palliatifs.
- En Pays de la Loire, les taux de recours à la chirurgie ambulatoire sont proches, voire, supérieurs aux taux nationaux, pour toutes les disciplines concernées.
- Le taux de recours est adapté, en tenant compte de la démographie et de l'état de santé de la population.

## LEVIERS

- Le logiciel «Trajectoire» et l'expérience concluante du Dispositif d'Orientation des Patients (DOP) à Angers.
- Les contractualisations (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), Mise sous Accord Préalable (MSAP)).
- Les référentiels de la Haute Autorité de Santé et les plans nationaux.
- La Mission de Service Public des établissements de santé pour les Soins Palliatifs.

## POPULATION CONCERNEE

Les patients

## ACTEURS CONCERNES

Les professionnels de santé, l'Assurance Maladie.

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local.

## PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

- Programme Territorial de Santé.
- Programme Régional de Gestion Du Risque (PRGDR).

## INDICATEURS

Taux de recours en chirurgie (20 actes marqueurs) de la population domiciliée, comparé au taux de recours national

## L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

### OBJECTIF N°19 :

#### **Assurer, par un parcours diversifié de formations initiale et continue, une meilleure réponse aux nouveaux besoins en compétences du système de santé**

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés

- L'évolution des modalités de prise en charge et de l'organisation du système de santé requiert de nouvelles compétences et connaissances de la part des professionnels de santé (l'accompagnement, la prévention, la coordination, le travail en pluri-professionnalité, la consultation d'annonce, l'éducation thérapeutique, les soins de support, ...).
- Les formations initiales des professionnels de santé prennent encore assez peu en compte ces nouvelles dimensions d'exercice.
- Le Développement Professionnel Continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, ainsi que la formation initiale et le DPC des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence, entrent dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Tous les établissements de santé, publics et privés, ont l'obligation de mettre en place le DPC. Le besoin peut donc être considéré comme potentiellement couvert. Toutefois, il faut noter que l'obligation de mettre en œuvre le DPC ne prendra effet que dans 18 mois, après la publication prochaine de décrets à paraître.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Dans les formations initiales des professionnels de santé, promouvoir l'introduction des enseignements répondant aux nouveaux besoins de prise en charge des patients et d'organisation du système de santé.
- Favoriser un parcours de stages permettant de connaître les différents modes d'exercice.
- Dans ce cadre, permettre aux hôpitaux de proximité et aux établissements psychiatriques de proximité de participer à la formation des internes en médecine générale (agrément comme terrain de stage).
- Adapter le DPC aux nouveaux besoins, par un dialogue soutenu avec les organismes et acteurs de la formation continue, les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) et les établissements.

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La formation initiale des professionnels de santé a introduit une approche sur l'accompagnement, la prévention, la coordination, ...
- L'offre de formation continue des professionnels de santé, couvre les nouveaux besoins (l'accompagnement, la prévention, la coordination, ...)
- Ces nouvelles formations se dispensent généralement en inter-professionnel.

## LEVIERS

- Orientations à venir sur le DPC.
- Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), dans sa partie concernant les Missions de Service Public.

## POINTS DE VIGILANCE

L'ARS n'a pas compétence directe dans la formation initiale des professionnels de santé ; il lui faut donc jouer un rôle de plaidoyer.

## POPULATION CONCERNEE

Les professionnels de santé.

## ACTEURS CONCERNES

- Les facultés et instituts de formation, les Doyens.
- Les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS).
- Les Structures de Formation Médicale Continue (FMC) agréées.

## INDICATEURS

Evolution du nombre de lieux de stages extra- hospitaliers et en hôpital local pour les internes en médecine générale

## L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

### OBJECTIF N°20 :

#### **Amplifier une dynamique régionale et interrégionale pour une recherche clinique reconnue et garantir l'accès à l'innovation**

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés

- L'enseignement universitaire et post-universitaire, de même que la recherche, constituent, chacun, une Mission de Service Public pour les établissements de santé, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) assurent ces missions de manière satisfaisante. Le besoin est couvert.
- Pour améliorer les connaissances et optimiser la prise en charge, il faut développer des pôles de recherche avec du personnel spécifiquement formé et dédié.
- La recherche ne peut progresser que grâce à des études suffisamment importantes et étayées (méta-analyses de plus en plus fréquentes), ce qui nécessite souvent un regroupement d'initiatives à un niveau régional, voire inter-régional.
- La région des Pays de la Loire souhaite se placer dans une position d'excellence.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Accompagnement, déploiement, renforcement d'initiatives régionales existantes, entre autres :
  - Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) cancers : 2 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) + Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) + cancéropôle,
  - Gérontopôle,
  - Plateforme maladies rares.
- Développement de la médecine personnalisée.
- Développement de l'accès aux techniques innovantes dans le domaine de la biologie.
- Diffusion des technologies et protocoles innovants (par exemple, montée en charge du Diagnostic Pré-Implantatoire).

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Des études ambitieuses régionales et inter-régionales sont lancées.

## LEVIERS

- Appui sur les structures de recherche déjà existantes, notamment le Département Inter-régional de Recherche Clinique des Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (DIRC-HUGO).
- Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), dans sa partie concernant les Missions de Service Public.

## POINTS DE VIGILANCE

Fluctuation des crédits attribués à la recherche.

## POPULATION CONCERNEE

Les usagers.

## ACTEURS CONCERNES

- Les chercheurs.
- Les professionnels de santé.
- Les Universités.
- Les collectivités territoriales.

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional et inter-régional.

## INDICATEURS

Evolution de la part modulable de la dotation MERRI en Pays de Loire, comparée à l'évolution de cette donnée au niveau national

## LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

Déclinant la deuxième orientation stratégique sur la proximité organisée, cette partie développe l'axe «Coordination des acteurs pour des parcours efficaces».

Il s'agit d'utiliser de manière optimale toutes les ressources, humaines et matérielles, en s'appuyant essentiellement sur les coopérations et coordinations entre les professionnels du premier recours et les équipes spécialisées, à tous les niveaux du territoire - régional et / ou en proximité - en développant tous les moyens qui permettent, aujourd'hui, l'efficacité, tout en apportant la réponse adaptée à la prise en charge du patient.

Cette efficacité devra être recherchée dans l'approche, renouvelée, de prise en charge de certaines pathologies, en repensant la graduation de filières et le recours pertinent au professionnel de santé. Elle devra, en outre, être facilitée par le déploiement d'outils nouveaux et / ou la modernisation des infrastructures, ainsi que par la mutualisation de moyens et de services.

Cinq objectifs y contribueront, en articulant coopérations et coordinations à différents niveaux du territoire (objectif 21), en prévoyant la formalisation de ces coopérations (objectif 22), en déployant infrastructures et outils (objectif 23), en précisant la graduation de certaines filières (objectif 24) et en mettant en œuvre les regroupements possibles et nécessaires de structures ou activités (objectif 25).

### OBJECTIF N°21 :

#### **Articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie**

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

- De multiples structures de coordination (Centres Locaux d'Informations et de Coordination (CLIC), Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), réseaux thématiques) existent déjà, mais :
  - leurs préoccupations respectives se juxtaposent et parfois se chevauchent,
  - leur nombre dissuade les principaux acteurs (les médecins traitants, notamment) de s'y impliquer, tant du fait de la charge administrative, que de la multiplication des réunions,
  - leur diversité génère un manque de lisibilité.
- Tout cela engendre des difficultés de coordination (ressenties par les professionnels) et donc un important besoin de clarification.
- Pour certains patients (par exemple, les personnes avec un handicap psychique) dont les modes de vie et les comportements sont très imprévisibles, une coordination stable autour de la personne n'est pas toujours possible (changements fréquents de lieu de résidence, de médecin traitant, recours irréguliers au système de santé, ...). En revanche, sur un territoire donné, les acteurs doivent organiser une coordination opérationnelle, pour être capables d'apporter à ces patients une prise en charge coordonnée.

## DECLINAISON OPERATIONNELLE

- A l'échelon régional, renforcer la fonction de coordination ciblée sur certaines thématiques (exemples : réseau régional de périnatalité, réseau régional cancer, autisme, ...). Ces coordinations régionales doivent être centres de référence et d'expertise thématique (conception, diffusion de protocoles de prise en charge et de parcours, amélioration de la qualité et des pratiques, évaluation).
- Organiser, en proximité et sur l'ensemble du territoire, la coordination des acteurs autour de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes, en s'appuyant sur l'existant :
  - Mutualiser les réseaux de proximité et les autres intervenants de coordination de proximité, pour éviter les situations de doublon dans les prises en charge,
  - Les reconfigurer en réseaux généralistes (de proximité), autour de la personne, pour améliorer la lisibilité du système, l'équité d'accès et l'efficacité,
- Appuyer ces réseaux généralistes sur les coordinations thématiques régionales (centres ressources), et respecter leurs recommandations.
- Renforcer le rôle des infirmiers (ères) à domicile dans la prise en charge des personnes dépendantes (Evaluation Infirmière après hospitalisation, formalisation de protocoles interprofessionnels, gestion des carnets de vaccination, ...)
- Renforcer le rôle de coordination des sages-femmes dans le suivi ambulatoire de la grossesse physiologique et son articulation avec l'équipe pluri-professionnelle de proximité.
- Renforcer le rôle des pédicures-podologues, en particulier dans la prévention des complications du diabète et dans le maintien des capacités et du périmètre de marche.

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les réseaux de proximité sont mutualisés et réorganisés
- Les coordinations régionales sont recentrées autour de certaines pathologies, avec un rôle de centres ressources
- Les missions des réseaux généralistes de proximité et des coordinations thématiques régionales sont redéfinies et clarifiées
- L'accès de tous à un réseau généraliste de proximité est garanti
- Les infirmiers (ères) à domicile facilitent la prise en charge à domicile des personnes dépendantes.

## LEVIERS

Appui sur les structures de coordination existantes, même si elles doivent évoluer

## POINTS DE VIGILANCE

- Le recensement des structures de coordination est complexe du fait de leur multiplicité.
- La connaissance de l'activité réelle de chaque structure est difficile du fait de leurs interactions.
- Les financements sont multiples et réglemmentés. Tous les regroupements ne sont donc pas envisageables.

## POPULATION CONCERNEE

- Les usagers
- Les professionnels de santé du premier recours

## LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

### ACTEURS CONCERNES

Les structures de coordination

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

- Régional pour les coordinations thématiques
- Local pour les coordinations généralistes de proximité

### PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de santé pour les coordinations de proximité

### INDICATEURS

Pourcentage des réseaux polyvalents parmi les réseaux de proximité

### OBJECTIF N°22 :

#### **Renforcer les coopérations formalisées pour un recours pertinent aux professionnels de santé**

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

- Certains passages aux urgences ne constituent pas un recours pertinent au système de santé. Ils saturent inutilement les services d'urgence, alors que les services de proximité sont aptes à répondre à ces besoins de soins.
- Les médecins généralistes ont des difficultés à joindre rapidement un spécialiste pour un avis ponctuel.
- Les coordinations entre les établissements de santé et le domicile sont souvent jugées insuffisantes
- A chaque niveau, de nombreux actes sont réalisés par des professionnels du niveau de recours supérieur (par exemple points de suture par les services d'urgence et toilettes par les infirmières). Il est souhaitable de recentrer chaque professionnel de santé sur son cœur de métier, tant pour être en conformité avec son décret de compétence que pour le coût qui en résulte.
- L'article 78 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) donne un cadre juridique à la télémédecine et confie aux ARS son déploiement opérationnel.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Principe de subsidiarité : s'assurer que les prises en charge ont lieu au niveau le plus pertinent du système et par le professionnel de santé le plus adapté (médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, ...).
- Effectuer des admissions directes, chaque fois que cela est possible.
- Pendant ses consultations, garantir à tout médecin généraliste de premier recours un accès direct et rapide à un avis spécialisé, notamment en psychiatrie et, tout particulièrement, pour un patient en crise.
- Développer les coopérations sur exercice partagé, en lien avec les travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS) et dans le respect des conditions prévues par l'article 51 de la Loi HPST, et en concertation avec les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS).
- Développer les actions de télémédecine, la télé-consultation, les consultations téléphoniques.
- Promouvoir le travail en équipe pluridisciplinaire pour les prises en charge, notamment psychiatriques.

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Des démarches de coopération entre professionnels de santé sont expérimentées sur les territoires.
- L'accès à un avis spécialisé est facilité pour les médecins traitants.
- Dans chaque territoire, les outils de télé-radiologie sont utilisés et intégrés dans l'espace numérique régional, piloté par le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé.
- La télémédecine se développe et se pérennise en Pays de la Loire.

## LEVIERS

- La possibilité de s'appuyer sur les dispositifs nationaux : ASIP, HAS, ...
- Les décrets de compétences des professionnels de santé
- Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 explicite le déploiement opérationnel de la télémédecine (actes éligibles, conditions de mise en œuvre et organisation)
- Le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé, qui s'est constitué le 7 juillet 2011 en Pays de la Loire

## POINTS DE VIGILANCE

- Absence de prise en charge par l'Assurance Maladie des actes de certaines professions (psychologues, diététicien(ne)s, aides-soignant(e)s, ergothérapeutes, ...)
- Lourdeur du cahier des charges des protocoles de coopération entre professionnels de santé et possible réticence de ces derniers à s'engager dans cette démarche.
- La télémédecine engendre de nouvelles modalités d'exercice pour les professionnels de santé, ce qui modifie le «colloque singulier» entre le patient et le professionnel

## POPULATION CONCERNEE

- Les patients
- Les professionnels de santé

## ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels et les structures de santé
- Les Ordres professionnels et la fédération des Unions Régionale des Professions de Santé

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental ou local selon la thématique

## PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme des systèmes d'information

## INDICATEURS

Nombre de protocoles de coopération sur exercice partagé entre professionnels de santé en Pays de Loire autorisés par l'ARS

## LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

### OBJECTIF N°23 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

#### Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

- La coordination - l'échange d'informations - est un point capital pour la prise en charge des personnes. De gros progrès ont été faits en intra-hospitalier (dossiers partagés inter-services...), ainsi que dans les officines de pharmacie avec la mise en place du Dossier Pharmaceutique. L'intérêt serait, maintenant, d'arriver à un partage complet de l'information entre les différents acteurs du système de santé : les établissements de santé, les établissements et les services médico-sociaux, les professionnels de ville...
- Les laboratoires privés de biologie médicale offrent aux médecins la possibilité de leur adresser, par courriel, les résultats de leurs patients. Tous les services hospitaliers devraient, également, pouvoir adresser par courriel leurs comptes-rendus d'hospitalisation aux médecins respectifs des patients.
- La transmission des comptes-rendus d'hospitalisation, par courriel, devrait constituer un gain d'efficacité avéré pour les médecins destinataires (moins de secrétariat, plus besoin de scanner).
- Les décrets 576 et 577 du 22 mai 2006 et leur circulaire d'application, complétés par la circulaire DHOS du 13 février 2007, rendent obligatoire la mise en place d'un Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR). Ce ROR permettra :
  - la mise à disposition d'informations actualisées et fiables sur, les moyens (plateaux techniques, spécialités, fonctionnalités techniques,...), les modalités d'accès (horaires, ...)
  - la mise à disposition d'un portail informatisé, partagé, opérationnel, simple et fiable
  - l'actualisation des informations de ce portail par l'ensemble des acteurs impliqués

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Déployer le Dossier Médical Personnel (DMP), en partant d'une expérimentation sur deux territoires de la région au 1<sup>er</sup> semestre 2012.
- Généraliser l'utilisation du dossier partagé.
- Développer le ROR et l'articuler avec les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) Centres 15 de la région.
- Renforcer les Systèmes d'Information (SI), en s'assurant de leur interopérabilité.
- Développer l'utilisation des Picture Archiving and Communication System (PACS) par les imageurs.
- Inciter les professionnels de santé à utiliser en routine une messagerie sécurisée.
- Poursuivre le plan d'informatisation afin de permettre une analyse locale et régionale de l'activité et des performances en se basant sur les indicateurs du Conseil National de l'Urgence Hospitalière.

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Disposer d'un ROR, régulièrement actualisé et, conforme à la circulaire DHOS/O1 n°2007-65 du 13 février 2007
- Disposer d'un ROR étendu, incluant les acteurs du premier recours (professionnels et structures de santé de proximité, structures médico-sociales, acteurs du domicile, associations, ...)
- Disposer d'un dossier partagé dans tous les établissements de santé (privés et publics)

## LEVIERS

- L'encadrement réglementaire du ROR, outil obligatoire pour le réseau des services d'urgence
- Les travaux de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP Santé)
- Le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé, qui s'est constitué le 7 juillet 2011 en Pays de la Loire
- L'expérimentation de déploiement du DMP prévue au 1<sup>er</sup> semestre 2012 sur deux territoires de la région

## POINTS DE VIGILANCE

- Le retard pris par le DMP
- Le financement des PACS

## POPULATION CONCERNEE

- Les patients
- Les professionnels de santé

## ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels et structures de santé
- Les éditeurs de logiciels
- Les Ordres professionnels et les Unions Régionales des Professions de Santé
- La Collégiale des urgences et des soins non programmés

## PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme des systèmes d'information

## INDICATEURS

Nombre de professionnels de santé et établissements de santé utilisant les services de l'Espace Numérique Régional de Santé

## LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

### OBJECTIF N°24 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

#### Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

- Une filière de prise en charge doit permettre à chaque patient concerné par la pathologie, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant au besoin de proximité et permettant, aussi, le recours à un plateau technique.
- Dans le cadre des filières de prise en charge, la coopération protocolisée des professionnels est un élément fondamental, qui leur permet de se coordonner, aussi bien entre eux qu'avec les services et les établissements, afin de mieux répondre aux besoins de santé.
- Une filière permet également de fluidifier les parcours de soins, par une meilleure connaissance réciproque des acteurs et de leur articulation.
- La filière a, aussi, pour vocation de réduire les inégalités d'accès aux soins spécialisés et aux plateaux techniques.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Selon les spécialités, conforter, structurer ou finaliser des filières graduées et protocolisées, pour toutes les thématiques qui en relèvent, comme par exemple l'addictologie, la douleur chronique rebelle, les soins palliatifs, la pédiatrie, la périnatalité, les pathologies vasculaires, neurologiques et cardiaques, ...
- Dans le domaine de la santé mentale, organiser les articulations opérationnelles entre la psychiatrie, la médecine somatique, les établissements et services médico-sociaux. La filière mise en place permettra d'assurer la coordination des soins et le suivi des patients, mais aussi de développer un dispositif concerté de prévention et de prise en charge de la crise psychiatrique

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Sur l'ensemble du territoire régional, et pour les pathologies en relevant, les filières de prise en charge sont formalisées et opérationnelles
- Ces filières assurent, pour l'ensemble du territoire, un rôle de « ressource » dans les domaines concernés

## LEVIERS

Divers plans nationaux et circulaires encadrent la mise en œuvre de filières

## POINTS DE VIGILANCE

Inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire

## POPULATION CONCERNEE

Les patients relevant des pathologies concernées

## ACTEURS CONCERNES

Les professionnels de santé

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental ou local

## PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de santé

## INDICATEURS

Nombre de filières formalisées par territoire de santé

## LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

### OBJECTIF N°25 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

#### Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficacité des établissements de santé par mutualisation

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

- Les enjeux économiques actuels et la raréfaction des moyens humains conduisent à rechercher une utilisation rationnelle des ressources, tout en optimisant les modes de fonctionnement et en recherchant des économies d'échelle.
- Le maintien de certaines activités structurantes, comme la biologie, impliquent une mutualisation et / ou des regroupements de plateaux techniques, au sein (ou entre) des structures hospitalières.
- Les études de type benchmark ont mis en évidence des marges de progression. La réorganisation consécutive des plans et / ou des services peut permettre une augmentation d'activité, des recettes supplémentaires, ainsi qu'une diminution des dépenses.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Atteindre la taille critique pertinente pour les établissements et les services.
- Optimiser les organisations en recherchant des économies d'échelle sur un certain nombre de fonctions : logistiques, techniques, médico-techniques.
- Sur chaque territoire, optimiser les modalités de fonctionnement des établissements et des services : amplitudes d'ouverture, zones de couverture, mutualisation de certains postes en temps partagé, développement d'expertises spécifiques... Par exemple en santé mentale, chaque antenne de secteur continue d'accueillir la totalité des pathologies. Cependant l'investissement de certaines antennes sur des pathologies spécifiques permettra une mutualisation graduée, pour la prise en charge des cas les plus complexes.
- Soutenir la création de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) et des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT).

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Les mutualisations et réorganisations ont permis de dégager des marges de manœuvre financières dans les établissements de santé

## LEVIERS

- Contrats de Retour à l'Equilibre
- Loi HPST, qui définit les modalités de mise en place des GCS et CHT

## POINTS DE VIGILANCE

- Les réorganisations et les mutualisations sont difficiles à mettre en œuvre se heurtent au manque d'habitude de partenariat des établissements
- Les coopérations, maintenant possibles entre secteur public et secteur privé,

## POPULATION CONCERNEE

Les établissements de santé

## ACTEURS CONCERNES

Les établissements de santé

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local

## PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de santé

## INDICATEURS

Nombre de conventions de coopération entre établissements de santé (publics ou privés), y compris constitutives de GCS ou CHT

## LA MAÎTRISE DES RISQUES

La maîtrise des risques concernant la santé des populations est la troisième orientation stratégique du Projet Régional de Santé. Elle se décline en deux axes, prévention et promotion de la santé intégrés dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale pour le premier et la mobilisation pour réduire les inégalités de santé pour le second.

Appliqué au domaine des soins, la maîtrise des risques pour la santé répond à deux enjeux.

Le premier enjeu se fonde sur une démarche préventive au regard des risques qui se concrétise par trois objectifs. Pour le premier, partant de la nécessité d'anticiper le risque de pénurie de professionnels de santé, il s'agira de mettre en œuvre une stratégie durable pour couvrir les territoires (objectif 26). Pour le second, il s'agira de mieux coordonner la culture de la qualité et de la gestion des risques (infections nosocomiales, pharmaco-vigilance, etc.) dans les établissements de santé (objectif 27). Enfin, pour le troisième, à partir de l'exercice professionnel, il s'agira de faire assurer un rôle de vigilance et de signalement des risques observables notamment dans l'environnement du patient (objectif 31).

Le second enjeu porte plus directement sur la maîtrise des inégalités sociales de santé en s'intéressant à des populations spécifiques ou aux conditions d'accès à la santé. Ainsi l'objectif 28 devrait permettre de s'assurer en tous lieux des possibilités d'accès à la santé au tarif opposable. Les objectifs 29 et 30 visent, en renforçant l'accès au droit commun, permettre une meilleure accessibilité à la santé, en particulier et respectivement les personnes handicapées et les personnes les plus éloignées du soin.

### OBJECTIF N°26 :

#### **Promouvoir une analyse des interactions entre les ressources humaines disponibles et l'organisation optimisée de la réponse par le système de soins**

Orientations stratégiques de rattachement : La maîtrise des risques - La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

- La pyramide des âges des professionnels de santé est élevée, ce qui génèrera de nombreux départs en retraite dans les années à venir
- Dans certaines spécialités et certains secteurs géographiques, la faible démographie des professionnels de santé pose un problème d'offre de soins
- Tous les établissements n'ont pas mis en œuvre une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) performante. Or, une projection des années d'activité des professionnels est indispensable pour anticiper les besoins prévisionnels en ressources humaines. Cette absence d'anticipation majore les difficultés de recrutement des établissements, notamment sur certains territoires.

## DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Observer la démographie des professionnels et réaliser des projections dynamiques pour anticiper et modéliser les ressources humaines potentielles
- Développer la GPEC dans les établissements, pour adapter les organisations aux projections de la situation envisagée (scénarios et modélisation)
- Modifier en conséquence le nombre d'étudiants dans chaque profession
- Définir et mettre en œuvre une politique d'attractivité des professionnels
- Recentrer les professionnels sur leur cœur de métier

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les « zones blanches » en professionnels de santé sont limitées
- Dans les établissements, les politiques de recrutement sont optimisées, en veillant à équilibrer les pyramides des âges
- Les politiques internes de ressources humaines des établissements de santé sont adaptées aux caractéristiques des salariés (exemple : développement d'actions de prévention des risques liés au vieillissement au travail, dans un établissement dont la pyramide des âges est particulièrement élevée)
- Une étude a été menée sur les motivations de choix d'exercice des professionnels de santé libéraux (exercice libéral : en solo, en cabinet de groupe, en maison, pôle ou centre de santé ; choix d'exercice en tant que remplaçant ; exercice salarié ; exercice mixte libéral et salarié). Les résultats de cette étude ont permis de réorienter les politiques d'attractivité du système de santé.

## LEVIERS

- Volet social du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- Les établissements de plus de 300 salariés sont tenus de produire un bilan social annuel (décret 88-951 du 7 octobre 1988 et circulaire d'application du 1er février 1990).
- Les aides accordées aux professionnels de santé s'installant et exerçant en zone fragile

## POINTS DE VIGILANCE

- Tous les établissements ne disposent pas d'un logiciel de ressources humaines leur permettant de connaître les caractéristiques de leurs salariés (âge, ancienneté dans l'établissement, parcours professionnel, ...)
- L'ARS n'a pas compétence directe pour la fixation du nombre d'étudiants des différentes professions de santé

## POPULATION CONCERNEE

Les professionnels de santé, étudiants, libéraux et / ou salariés

## LA MAÎTRISE DES RISQUES

### ACTEURS CONCERNES

- Les établissements de santé
- Les Ordres professionnels
- Les Unions Régionales des Professions de Santé
- Les facultés, écoles, instituts de formation des professionnels de santé
- Le Conseil Régional

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional

### INDICATEURS

Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale

### OBJECTIF N°27 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

#### **Assurer un pilotage unifié des risques au sein des établissements de santé et en région, en associant les compétences en gestion des risques**

Orientations stratégiques de rattachement : La maîtrise des risques - La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

- Dans les établissements de santé, la gestion des risques est actuellement assurée par des responsables, qui sont, chacun, référents d'un thème précis, avec, par ailleurs, un pilotage de la qualité. Chacun d'eux rédige un bilan annuel et complète les indicateurs présents dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens. La gestion des risques est donc, souvent, répartie entre les différents comités.
- Progressivement, depuis plus de dix ans, la culture de la gestion des risques est montée en charge dans les établissements de santé. Elle reste néanmoins perfectible.
- Comme il n'existe pas d'instance régionale pour chaque comité, l'activité ne peut pas être harmonisée.
- Par ailleurs, la structuration du bilan annuel varie d'un comité à l'autre.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Conforter une culture de la gestion des risques au sein des établissements, en articulation avec le management de la qualité.
- Unifier, articuler, coordonner la gestion des risques, actuellement dispersée dans les établissements, comme celles des infections nosocomiales, de la pharmacovigilance, en s'appuyant sur les référents respectifs.
- Assurer un pilotage d'ensemble au niveau régional, tout en s'appuyant sur les compétences et les organisations déjà existantes.
- Dans tous les établissements, mettre en place un bilan annuel uniformisé, pour disposer d'un état des lieux régional des risques.

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Un pilotage régional de la gestion des risques est mis en place
- Les établissements utilisent un « bilan annuel type »

## LEVIERS

- Les comités existants
- Les travaux réalisés par les instances régionales de certains comités (par exemple : Centre de Coordination de la
- Lutte contre les Infections Nosocomiales (C-CLIN))
- La certification des établissements par la Haute Autorité de Santé

## POINTS DE VIGILANCE

Assurant leur fonction de référents thématiques en plus de leur exercice professionnel, les référents manquent fréquemment de temps, entre autres pour rédiger leur bilan annuel

## POPULATION CONCERNEE

Les professionnels de santé

## ACTEURS CONCERNES

- Les établissements de santé
- L'Union Régionale des Professions de Santé (URPS) Médecins Libéraux et la
- conférence des présidents de CME publics et privés

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional et local

## INDICATEURS

Taux d'établissements certifiés HAS V 2010, présentant une cotation A sur l'item 8b (Pratique Exigible Prioritaire (PEP)) : «Fonction gestion des risques»

## LA MAÎTRISE DES RISQUES

### OBJECTIF N°28 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

#### Garantir dans chaque territoire l'accès par spécialité à une offre au tarif opposable

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Selon le rapport 2009 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) :

- La fréquence des dépassements d'honoraires médicaux réduit l'accès à l'offre de soins au tarif opposable et, simultanément, l'égalité d'accès aux soins
- En France, en euros constants, entre 1990 et 2006, le montant des dépassements d'honoraires a augmenté de 68%
- Cette augmentation concerne surtout les spécialistes, notamment les gynécologues, les ophtalmologistes, les chirurgiens, les anesthésistes, ...
- Dans certaines zones, l'évolution de la démographie médicale peut générer

une diminution de l'offre de soins des praticiens exerçant aux tarifs opposables, notamment dans certaines spécialités.

- L'existence d'une offre de soins, sans dépassements d'honoraires, est un facteur d'accès aux soins d'autant plus important, que les revenus des assurés sont faibles. Or, dans la région des Pays de la Loire, si l'on rapporte la densité en médecins du secteur 1, à la population à bas revenus (niveau de vie inférieur au Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (SMIC)), la Vendée et la Mayenne ressortent comme problématiques pour l'accès aux soins

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Analyser l'accessibilité à l'offre de spécialité au tarif opposable et identifier les zones où cet accès n'est pas assuré
- Dans chaque territoire de santé, assurer aux ligériens une offre de spécialité au tarif opposable pour les soins dont ils ont besoin
- En cas de regroupement de structures hospitalières public-privé, maintenir une accessibilité au tarif opposable dans chaque spécialité concernée
- Afficher systématiquement et de manière visible pour le patient, les tarifs des soins dentaires et d'optique pratiqués par les professionnels de santé

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Une prise en charge au tarif opposable est assurée à tout patient accueilli dans le cadre de l'une des missions de service public
- Dans chaque territoire de santé, au moins une offre au tarif opposable est assurée aux ligériens, pour tous les soins dont ils ont besoin

## LEVIERS

- La définition des missions de service public dans la loi HPST
- La Convention médicale
- Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé
- L'amélioration de l'information à l'utilisateur (affichage, devis, site d'information...)

## POINTS DE VIGILANCE

- Il faut trouver comment étendre cette accessibilité financière (obligatoire dans le cadre des missions de service public) à l'ensemble du panier de soins, aussi bien en établissement de santé, qu'en médecine de ville
- L'évolution de la démographie médicale, ainsi que l'augmentation de la population vieillissante (accroissement probable de la demande) ne constituent pas des éléments favorables à la pratique d'honoraires au tarif opposable
- Pour le secteur ambulatoire, la généralisation de l'accessibilité doit passer par un accord entre l'ARS et les représentants des professionnels concernés, éventuellement en concertation avec les représentants des usagers

## POPULATION CONCERNEE

Les usagers du système de santé et, plus particulièrement, ceux à faibles revenus

## ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé, notamment les spécialistes
- Les associations d'usagers

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

La totalité du territoire : régional, départemental, local

## INDICATEURS

Pourcentage des professionnels de santé en secteur 1 (tarifs opposables) par spécialité et par territoire

## LA MAÎTRISE DES RISQUES

### OBJECTIF N°29 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Assurer l'accessibilité à l'offre de soins aux personnes en situation de handicap

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

- La grande majorité des établissements de santé est déjà aux normes concernant l'accessibilité aux personnes en situation de handicap. De gros progrès ont également été faits avec l'augmentation des signalisations en braille. Par contre, très peu d'établissements sont équipés en signaux sonores pour les malvoyants.
- D'ici à 2015, l'ensemble des cabinets des professionnels de santé devront être accessibles aux personnes handicapées.
- Les nouveaux cabinets doivent d'ores et déjà se mettre aux normes avec les règles d'accessibilité, notamment à destination des personnes à mobilité réduite.
- L'organisation des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux, doit permettre à toute personne, quelque soit son handicap, de pouvoir accéder aux soins.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Faciliter l'accessibilité dans les cabinets et les établissements de santé :
  - application du droit commun, lorsque cela est possible
  - mise en place de dispositifs adaptés, dans les autres cas : lieu spécifique, circuit court, équipement, communication...
- Pour la prévention et / ou les soins bucco-dentaires, instaurer un accompagnement, ainsi que des protocoles et une prise en charge spécifiques.
- Former les représentants des usagers qui participent aux différentes instances intervenant dans le domaine de l'accessibilité.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Au niveau architectural, tous les cabinets des professionnels de santé de la région sont accessibles aux personnes en situation de handicap, dans le respect des conditions posées par le cadre législatif
- Des protocoles ont été mis en place pour permettre l'accessibilité à l'offre de soins des personnes en situation de handicap :
  - dans le cadre du droit commun lorsque cela est possible
  - ou par la mise en place de dispositifs adaptés dans les autres cas

## LEVIERS

- loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- décret n° 2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation
- possibilité de s'appuyer sur le cahier des charges des Maisons de Santé Pluri-professionnelles pour intégrer l'accessibilité et porter les dispositifs adaptés
- contractualisation

## POINTS DE VIGILANCE

Coût des dispositifs

## POPULATION CONCERNEE

Les personnes en situation de handicap

## ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé
- Les associations d'usagers
- Les établissements sanitaires

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local

## INDICATEURS

Taux d'établissements de santé certifiés HAS V2010 présentant l'appréciation «oui» sur l'EA « L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.» (critère 16a)

## LA MAÎTRISE DES RISQUES

### OBJECTIF N°30 :

#### **Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun**

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

- Les soins dispensés aux détenus, ainsi que la lutte contre l'exclusion sociale, font partie des Missions de Service Public pour les établissements de santé, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique
- Pour les détenus :
  - Cette Mission de Service Public est couverte en nombre de centres dans la région : tous les centres pénitentiaires de la région disposent d'une Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)
  - En revanche, on constate des insuffisances dans l'accès aux soins (délais d'attente élevés durant la détention, ...)
  - et des difficultés à la sortie (problème d'ouverture des droits à l'Assurance maladie, manque de préparation, ...)
- Pour les exclus :
  - Cette Mission de Service Public est couverte en nombre de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans la région
  - Cependant, on constate des besoins de soins, qui restent fréquemment non pris en charge
  - le circuit est généralement méconnu, et les aides (Aide Médicale d'Etat (AME), Couverture Maladie Universelle (CMU), Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), Aide à la Complémentaire Santé (ACS), ...) pas toujours sollicitées
- Pour les patients psychiatriques et/ou handicapés psychiques :
  - on constate que les médecins généralistes sont souvent démunis (insuffisance de la coordination de proximité avec le secteur psychiatrique, ...)

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Pour les détenus :
  - assurer les soins dans les conditions les plus proches du droit commun (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA), Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI))
- Pour les exclus :
  - les accompagner pour les amener vers une offre de soins
  - s'assurer de la présence d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), d'une antenne, ou d'un lien formalisé avec une PASS, dans chaque établissement de santé
  - développer une coordination régionale des PASS pour mutualiser les expériences et faire appel aux compétences des PASS les plus importantes
- Pour les patients psychiatriques et/ou handicapés psychiques :
  - assurer une collaboration entre le médecin généraliste de ville et le Centre Médico-Psychologique (CMP)
  - activer ou réactiver les conseils locaux de santé mentale

## RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La continuité et la sécurité des soins sont assurées à tout patient détenu
- Il n'y a plus de rupture de prise en charge des soins à la sortie du milieu carcéral
- Chaque établissement de santé prend en charge les exclus par le biais d'une PASS, d'une antenne ou d'un lien avec une PASS
- La coordination régionale des PASS assure une cohérence dans les dispositifs proposés aux personnes exclues
- Des liens formalisés et opérationnels existent entre la médecine de ville et les CMP
- Les conseils locaux de santé mentale jouent pleinement leur rôle

## LEVIERS

- Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) dans sa partie concernant les Missions de Service Public (UCSA), qui pourraient être diffusés pour reproduction éventuelle
- S'appuyer sur les travaux des Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
- S'appuyer sur la PASS régionale

## POINTS DE VIGILANCE

- Absence fréquente de droits ouverts aux prestations de l'Assurance maladie à la sortie du milieu carcéral ou pendant les périodes d'aménagement de peine.
- Difficulté d'amener les exclus vers le système de soins. Difficulté de les orienter vers le premier recours plutôt que vers les services d'urgence.
- L'accès aux soins psychiatriques est difficile dans certains départements « sinistrés » en psychiatres (longs délais en pédo-psychiatrie par exemple)

## POPULATION CONCERNEE

Personnes éloignées du soin

## ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé
- L'Assurance maladie
- Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DR-JSCS), Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS)

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local

## PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

## INDICATEURS

Nombre de personnes accueillies par les PASS

## LA MAÎTRISE DES RISQUES

### OBJECTIF N°31 :

#### **Mobiliser les professionnels de santé et les établissements sur leur responsabilité sociétale, notamment en matière environnementale**

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Les professionnels de santé ne sont pas plus sensibilisés aux enjeux du développement durable que l'ensemble de la population

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Veiller à la qualité environnementale des bâtiments :
  - garantir la qualité et la maintenance des réseaux d'eau et d'air intérieur, ainsi que celle du confort thermique
  - s'engager dans une politique de développement durable
- Mobiliser les établissements pour la mise aux normes de leurs locaux (accessibilité, amiante, bruit, ...)
- Travailler avec les professionnels de santé sur la problématique des déchets, dans les cabinets libéraux et au domicile des patients
- Informer et responsabiliser les professionnels de santé sur les actions possibles en matière de développement durable
- Intégrer systématiquement un volet «environnement et développement durable» dans les projets d'établissement
- Promouvoir la responsabilité sociétale des professionnels de santé et des établissements sur :
  - l'emploi des travailleurs en situation de handicap
  - l'appui des seniors
  - toute logique de non discrimination au travail

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les performances énergétiques des bâtiments des établissements et structures de santé se sont améliorées
- Les professionnels de santé ont amélioré leur sensibilité au développement durable
- Les projets d'établissement ont inclus un volet «environnement et développement durable»
- Des protocoles, relayés par des actions de communication, ont été mis en place pour développer les gestes éco-responsables

## LEVIERS

- La nouvelle Stratégie Nationale de Développement Durable pour la période 2010-2013, adoptée le 27 juillet 2010 par le Comité Interministériel pour le Développement Durable
- Contractualisation (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens des établissements de santé et Maisons de Santé Pluri-professionnelles)
- Le Plan Régional Santé Environnement (PRSE)

## POINTS DE VIGILANCE

La mise aux normes environnementales des bâtiments n'est guère envisageable que lors d'importants travaux de rénovation, nécessitant un financement important

## POPULATION CONCERNEE

Les professionnels de santé

## ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé
- Les directeurs d'établissements de santé

## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local

## INDICATEURS

Pourcentage des établissements de santé certifiés HAS V 2010 présentant une cotation A sur l'item 7e «Gestion des déchets»

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

Dans cette partie, pour les activités soumises à autorisation, les objectifs d'organisation, les implantations et les indicateurs sont définis par activités de soins. Elle est opposable dans sa totalité. Elle s'inscrit en cohérence avec les orientations stratégiques et l'ensemble des objectifs des trois schémas.

**Trois grands principes devront être respectés par les titulaires des autorisations :**

- les conditions techniques réglementaires de fonctionnement,
- les dynamiques de coopération avec le premier recours, les autres établissements de santé et le secteur Médico-Social,
- la qualité des prestations et l'efficacité, en lien avec la contractualisation.

Les autorisations seront accordées avec la préoccupation de garantir une répartition adaptée au sein des territoires de santé.

### 1 ■ Médecine

La répartition des implantations de médecine semble équilibrée et ne fait pas apparaître de zones désertiques particulièrement critiques. La région des Pays de la Loire se positionne à un taux de 1,86 lits et places pour 1 000 habitants (moyenne pour la France en 2008 : 2,14 lits). La répartition des taux d'équipement (lits et places pour 100 000 habitants) est inégale d'un territoire de santé à l'autre : les taux les plus faibles sont situés dans les départements 85 et 44 (respectivement : 1,37 et 1,58), les plus élevés sont dans les départements 49 et 72 (respectivement : 2,07 et 2,01). Concernant le taux de recours en Pays de la Loire (nombre d'entrées en hospitalisation complète de médecine pour 100 000 habitants), le taux est inférieur à la moyenne nationale (83,06 pour 95,22).

Certains services de médecine sont amenés à fermer, notamment l'été. Dans ces établissements, l'enjeu sera d'assurer une capacité d'accueil suffisante pour répondre aux besoins, sur toute l'année, par une gestion rigoureuse des disponibilités en lits et une coordination avec les autres établissements.

Les centres hospitaliers anciennement dénommés Hôpitaux Locaux fournissent, aujourd'hui, à des degrés divers, des pres-

tations de médecine, de SSR et de SLD, ainsi que des prestations Médico - Sociales. Ils devront poursuivre leur évolution. Certains, achèveront leur transformation en établissement Médico - Social de proximité. D'autres, conserveront des activités sanitaires tournées vers le long séjour et la réadaptation. Ceux qui atteindront une masse critique suffisante proposeront, également, des activités de médecine de proximité.

**Les alternatives à l'Hospitalisation Complète**, dont l'Hospitalisation à Temps Partiel, seront développées - dans une logique d'autorisation - dans les établissements autorisés en médecine. A ce titre les Centres Hospitaliers disposant d'une autorisation de médecine, devraient, également, disposer de places en Hospitalisation à Temps Partiel, notamment pour la réalisation de bilans gériatriques.

Actuellement, 26 établissements ont une autorisation d'activité de médecine, en Hospitalisation à Temps Partiel (sur 64 établissements autorisés en médecine, en hospitalisation complète). Il s'agit essentiellement des CHU, des Centres Hospitaliers, des CRLCC et des cliniques privées.

#### **Avertissement :**

A la différence des chapitres précédents, ce chapitre «axe 6 l'organisation des activités soumises à autorisation» du SROS n'a pas fait l'objet de modifications hormis des corrections de forme depuis l'avis de la CRSA, dans l'attente de la nouvelle période de concertation qui s'ouvre avant publication du projet régional de santé.

## ORGANISER LA GRADUATION DES PRISES EN CHARGE :

En termes d'organisation, il y a lieu de distinguer :

- la médecine polyvalente et la médecine spécialisée,
- des niveaux de proximité, de recours, et de référence,
- des types de populations accueillies (pédiatrie et gériatrie),
- des structures mono et poly-spécialisées.

Les établissements s'inscriront dans une organisation graduée en trois niveaux :

### ■ un niveau de proximité

Il concerne la médecine polyvalente et, possiblement, le court séjour gériatrique. Il repose sur des unités d'une taille critique minimale de 20 lits, afin d'assurer un véritable projet en médecine. Ce seuil s'apprécie en fonction des situations particulières des établissements.

### ■ Un niveau de recours

Il concerne les structures prenant en charge des pathologies nécessitant une spécialisation des techniques médicales, des compétences multidisciplinaires et des plateaux techniques d'exploration.

### ■ Un niveau de référence ou d'expertise

Il répond au besoin d'un degré élevé d'expertise, tant pour le dépistage, les explorations, le diagnostic, le traitement, que pour l'enseignement et la recherche. L'accès à un plateau technique spécialisé doit permettre la prise en charge de pathologies complexes, très spécifiques ou rares.

Un cahier des charges fixera, par niveau, les missions, les compétences requises en termes de spécialités, ainsi que leur masse critique, l'équipement minimal ou optimal du plateau technique, l'organisation à développer, les modalités de coordination, de collaboration et de mutualisation.

Les objectifs suivants seront poursuivis :

- Améliorer la qualité des soins au sein de chaque établissement,

- Améliorer la gestion des lits disponibles et centraliser l'information de cette disponibilité, pour garantir l'aval des urgences, en journée,
- Garantir la permanence et la continuité des soins des établissements de santé,
- Favoriser les activités programmées et les entrées directes dans les services de court séjour, afin d'éviter les attentes aux urgences,
- Préparer la sortie d'hospitalisation de médecine avec les structures de SSR, d'HAD, la médecine de ville et le secteur Médico - Social, y compris les SSIAD,
- Améliorer la disponibilité des plateaux techniques et programmer l'ensemble des explorations sur la durée du séjour, pour diminuer les DMS, voire prévenir les hospitalisations itératives,
- Organiser l'offre hospitalière d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) en lien avec l'offre d'ETP du premier recours,
- Améliorer la coordination des parcours de soins entre les établissements,
- Renforcer et formaliser les liens de complémentarité et de coopération entre les établissements de santé autorisés en médecine, assurant différents niveaux de prises en charge (mutualisation d'équipes et de moyens, relais d'avis spécialisés, réseaux de télémédecine, partages de protocoles, plans de formation communs). La formalisation des relations devra se faire dans le cadre d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) et / ou d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).
- Le développement des prises en charge, sans hébergement hospitalier, doit être encouragé. L'hospitalisation A Domicile (HAD), qui représente une modalité, de proximité, de réponse au besoin de prise en charge hospitalière, doit être déployée. Il s'agira de couvrir l'ensemble du territoire régional, avec une offre d'HAD dans chaque territoire de santé.



## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

>>>

### ● La pédiatrie

En termes d'organisation, il y a lieu de distinguer :

- les implantations des structures de pédiatrie (services)
- les sites d'hospitalisation, autorisés en médecine et, pouvant accueillir des enfants. Il paraît indispensable d'identifier les établissements de médecine adultes, susceptibles de répondre à des besoins de prise en charge médicale pédiatrique (accès à des actes techniques,

pathologies aiguës ou suivi de pathologies chroniques), notamment, lorsque les services de pédiatrie sont d'accès difficile ou imposent des temps de trajet excessifs.

### ● La gériatrie

Afin de répondre aux besoins de court séjour, l'implantation de ces services se fera prioritairement dans les établissements disposant d'un service d'urgence.

## INDICATEURS

- Taux d'évolution de la DMS, pour les séjours en médecine suivis d'un séjour en HAD ou en SSR
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours

## CRÉATIONS, TRANSFORMATIONS ET SUPPRESSIONS

Les opérations de création, transformation, suppression concernent essentiellement :

- l'ajout d'une implantation de médecine sur l'agglomération nantaise,
- un regroupement ou une conversion pour les établissements suivants :

### ● En Loire Atlantique :

- Hôpital Local de Nozay,
- Hôpital Local Loire et Sillon (Savenay),
- Hôpital Local Intercommunal de la Presqu'île (Guérande, le Croisic),
- Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire (Vertou, Le Loroux-Bottereau).

### ● En Maine et Loire :

- Hôpital Local de Candé,
- Hôpital Local Lucien Boissin de Longue Jumelles,
- Hôpital Local de Pouancé,
- Hôpital Local Lys Hyrome (Chemillé),
- Hôpital Local du Baugeois et de la Vallée,
- Hôpital Local Martigné Briand, regroupement avec Doué la Fontaine,
- Hôpital Saint Georges sur Loire, regroupement avec Chalonnes sur Loire.

### ● En Mayenne

- Hôpital local de Vilaines La Juhel.

### ● En Vendée

- Hôpital local Dumonté de l'île d'Yeu.

## IMPLANTATIONS

Le tableau, ci-dessous, présente les implantations actuelles et les cibles.

Elles sont comptées en dénombant les différentes adresses d'implantation des établissements autorisés. Lorsque des établissements, gérés par des entités juridiques (EJ) différentes, ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation a été comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés, implantées en Pays de Loire, mais dont les EJ sont dans une autre région, sont comptabilisées.

L'HAD n'est pas comptabilisée dans les implantations.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation en raison de non-conformité à des conditions réglementaires, ou ne la justifierai plus à la suite de restructuration, transformation, regroupement, son activité de médecine sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé, déjà autorisée pour la même modalité de traitement.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Médecine	20*	17
Maine et Loire	Médecine	20	13
Mayenne	Médecine	9	8
Sarthe	Médecine	9	9
Vendée	Médecine	10	9
Total Région	Médecine	68	56

\*Incluant le regroupement d'établissements sur la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire en date du 29/11/2011.

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

### 2 ■ Chirurgie

La région des Pays de la Loire compte 43 établissements disposant d'une autorisation de chirurgie, avec regroupement sur site géographique unique, pour bon nombre d'entre eux, par exemple :

- Regroupement privé / privé : Le Mans avec le Pôle Santé Sud ou Angers avec le Village Santé Angers Loire
- Regroupement public / privé avec partage d'activités entre la chirurgie et la gynécologie obstétrique : Châteaubriant, Les Sables, Fontenay le Comte, Saumur
- Regroupement entre un CHU et un CLCC à Angers.

La constitution de pôles public / privé, dans les villes moyennes, a permis de consolider l'offre de chirurgie de proximité.

En termes d'amélioration d'accès, de qualité et d'efficacité des soins, les objectifs suivants seront poursuivis :

- Garantir la qualité / la sécurité des soins, avec des équipes de taille suffisante et un bon niveau d'activité, tout en maintenant le maillage actuel, satisfaisant en terme d'accessibilité

- En chirurgie maxillo-faciale et en stomatologie, l'accessibilité aux soins chirurgicaux doit être améliorée dans certains territoires de santé
- En chirurgie cardiaque, le délai d'attente entre le diagnostic et la prise en charge doit diminuer. Une évaluation à deux ans sera assurée. Si le délai n'est pas réduit de moitié, cela pourra justifier une implantation supplémentaire.
- L'accessibilité aux soins chirurgicaux doit être garantie dans ses différentes spécialités et dans une logique de gradation des soins
- Le développement de la chirurgie ambulatoire
- La recommandation minimale d'activité pour une implantation de chirurgie est fixée au seuil de 1 500 séjours par an. Cette recommandation ne concerne pas les établissements pratiquant principalement une activité de cancérologie et les établissements ayant une activité de maternité.
- Permettre un accès direct aux plateaux techniques spécialisés en chirurgie de la main, notamment en urgence et en lien avec le réseau des urgences.

### INDICATEURS

- Nombre d'implantations dont le niveau annuel d'activité est inférieur à 1500 séjours chirurgicaux
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours
- Taux de chirurgie ambulatoire
- Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)
- Taux de patients retournant directement au domicile, après une intervention de chirurgie orthopédique programmée.

## CRÉATIONS, TRANSFORMATIONS ET SUPPRESSIONS

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation de chirurgie pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

Dans le territoire de santé de Loire-Atlantique, la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire regroupera le Centre Hospitalier et les établissements mutualistes de Saint-Nazaire.

## IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Chirurgie	15*	15
Maine et Loire	Chirurgie	7	7
Mayenne	Chirurgie	4	4
Sarthe	Chirurgie	5	5
Vendée	Chirurgie	6	6
Total Région	Chirurgie	37	37

\*incluant le regroupement d'établissements sur la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire en date du 29/11/2011.

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

### 3 ■ Périnatalité, interruption volontaire de grossesse, assistance médicale à la procréation

La répartition actuelle des maternités et des services de néonatalogie, sur le territoire régional, sont le reflet des évolutions apportées au fil des SROS précédents. Cette répartition et ce maillage par vingt-quatre maternités, dix services de soins de néonatalogie et trois services de réanimation néonatale, sont adéquats au regard des besoins. S'y ajoute une activité de HAD en Vendée et Maine et Loire.

Le respect des normes techniques de fonctionnement est, cependant, en tension en raison d'une tendance à la concentration des ressources humaines spécialisées dans les grands centres, en particulier pour la pédiatrie. Le maintien du maillage passe par la mutualisation des équipes et la coopération entre les établissements.

L'accessibilité à la planification familiale et à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est un enjeu fort. La disponibilité pérenne et la qualité de l'offre d'IVG passent par l'intégration de l'IVG dans les activités des services de gynécologie obstétrique des établissements publics.

Le réseau régional de périnatalité -Réseau Sécurité Naissance- est un atout pour soutenir l'amélioration de la qualité, la promotion des bonnes pratiques, l'adéquation des orientations et pour développer les outils pour la coopération et la coordination des services.

#### PÉRINATALITÉ, INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Pour garantir l'accès, la qualité et l'efficacité des soins, les principes suivants seront suivis :

- Le maintien du maillage, le respect de la gradation des soins, une bonne organisation des transferts, pour garantir un bon accès aux soins et réduire la saturation des maternités avec activité de réanimation néonatale.
- La création d'équipes de territoire, de taille suffisante, constituées, notamment, de pédiatres, sera encouragée afin d'assurer la continuité et la permanence des soins au sein de chaque maternité et service de néonatalogie. Une réflexion sur les différents niveaux des maternités sera poursuivie.
- Le réseau régional de périnatalité doit poursuivre ses missions de coordination des acteurs et d'évaluation des organisations et de la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique.
- La réalisation des IVG sera assurée dans tous les établissements publics pratiquant la gynécologie obstétrique. Les articulations, entre les établissements pratiquant les IVG, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et, les professionnels de santé libéraux, seront renforcées.
- Le dépistage précoce, chez les nouveau-nés présentant un risque de handicap, la continuité des prises en charge et l'accompagnement des parents, devront être soutenus. Les Centres d'Action Médico - Sociale Précoce (CAMSP) devront bénéficier des moyens adaptés pour développer l'approche diagnostic, en articulation avec les unités de néonatalogie, les services de pédiatrie, les pédiatres et les généralistes libéraux, les services de PMI, de pédopsychiatrie et le réseau « Grandir ensemble ».
- L'hospitalisation à Domicile (HAD) représente une modalité de réponse au besoin de prise en charge hospitalière qui pourra être déployée pour les grossesses pathologiques ou à haut risque. Il s'agira de couvrir l'ensemble du territoire régional avec une offre d'HAD dans chaque territoire de santé.

## INDICATEURS

- Nombre de nouveau-nés transférés en réanimation néonatale
- Taux de césariennes par maternité et par territoire de santé
- Nombre d'établissements pratiquant des IVG et pourcentage des IVG médicalementeuses

## CRÉATIONS, TRANSFORMATIONS ET SUPPRESSIONS

Pas de changement dans la répartition des maternités, développement de l'HAD.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque

des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

L'HAD n'est pas comptabilisée dans les implantations.

## IMPLANTATIONS

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Gynécologie obstétrique	2*	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	3	3
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	1	1
	Total	7	7
Maine et Loire	Gynécologie obstétrique	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	1	1
	Total	5	5

\*Incluant le regroupement d'établissements sur la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire en date du 29/11/2011.



## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

>>>

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Mayenne	Gynécologie obstétrique	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total	3	3
Sarthe	Gynécologie obstétrique	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	1	1
	Total	3	3
Vendée	Gynécologie obstétrique	4	4
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total	5	5
Total Région		23	23

### ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

L'activité d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) concerne des couples en âge de procréer, qui doivent avoir recours à des équipes et des techniques spécialisées pour initier et développer une grossesse. Ce parcours, souvent long et difficile, se réalise dans un délai médian de 5 ans (début de recherche d'une grossesse, à la naissance d'un enfant par FIV).

Les chances de mettre un enfant au monde, avec cette technique, sont évaluées à 23 % des cycles engagés, pour 60 % des couples engagés dans la démarche.

En 2008, 20 136 enfants sont nés à la suite d'une AMP, dont 63 % effectuées par une ICSI (micro injection de spermatozoïdes). Cela représente 2,4 % des naissances en France.

>>>



Cette activité est cadrée par des normes juridiques, en particulier, l'âge civil de la mère fixé à moins de 43 ans, l'hétérosexualité et l'intra conjugalité de la procréation, l'établissement d'une filiation génétique.

La France, comparée aux autres pays européens, pour lesquels il existe un recensement exhaustif (Danemark, Allemagne, Royaume-Uni), se situe dans la moyenne, en matière d'accès aux soins et de résultats. Ces données générales peuvent cependant masquer des données plus hétérogènes en régions.

Les activités de prélèvement et de conservation des gamètes sont soumises à autorisation de même que les activités de fécondation in vitro et de transfert d'embryon :

#### Les autorisations concernent des activités cliniques et des activités biologiques

##### 1. Les activités cliniques :

- Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP ;
- Prélèvement de spermatozoïdes ;
- Transfert des embryons en vue de leur implantation ;
- Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;
- Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;

##### 2. Les activités biologiques :

- Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;
- Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme, la préparation des ovocytes et la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation ;

- Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;
- Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;
- Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L.2141-11 ;
- Conservation des embryons en vue d'un projet parental ;
- Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.

Dans la région Pays de la Loire, l'assistance médicale à la procréation proposant la fécondation in vitro est réalisée dans trois territoires de santé: En Loire atlantique dans 4 sites nantais, en Maine et Loire dans un site à Angers, en Sarthe dans un site au Mans. Par ailleurs la préparation et conservation du sperme est réalisée par un laboratoire au moins dans chaque territoire de santé.

Un enjeu important pour l'Assistance médicale à la procréation est de concilier d'une part des exigences de qualité qui nécessitent un volume d'activité suffisant et un système de management de la qualité très performant. Et d'autre part une disponibilité et une accessibilité adéquate en raison des contraintes du parcours d'AM avec la contrainte des injections quotidiennes.

Pour répondre à cet enjeu, il est essentiel d'assurer une bonne coordination entre les professionnels qui accompagnent les femmes dans leur parcours en proximité et ceux qui réalisent les activités à haut niveau de technicité comme la fécondation in vitro. L'enjeu est d'éviter des renoncements en cours de parcours et d'assurer une qualité de prise en charge pour tous les couples.

## OBJECTIFS

Conforter l'offre d'AMP existante dans la région pour en assurer la qualité.

Assurer une articulation entre la prise en charge de proximité et la prise en charge

très spécialisée qui met en œuvre les fécondations in vitro dans une logique de réseau afin d'accompagner les couples et d'éviter les renoncements

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

### INDICATEURS

Le taux de recours aux activités cliniques d'AMP (des femmes en âge de procréer)

Le nombre de couples qui quittent le système avant la quatrième tentative (sans enfant)

Le nombre de couples qui vont au-delà de quatre tentatives (avec le nombre de tentatives)

### CRÉATIONS, TRANSFORMATIONS ET SUPPRESSIONS

Pas de changement

### IMPLANTATIONS

● AMP clinique

AMP Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	4
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		
Total		

AMP Transfert d'embryons en vue de leur implantation	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	4
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		
Total		

AMP Prélèvement de spermatozoïdes	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	2	2
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		
Total		

■ AMP Biologique

AMP Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	5	5
Maine et Loire	4	4
Mayenne	1	1
Sarthe	1	1
Vendée	1	1
Total		

AMP Fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	4
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		
Total		

AMP Recueil et traitement du sperme en vue de dons	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire		
Mayenne		
Sarthe		
Vendée		
Total		

AMP Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux art L2141-11	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe		
Vendée		
Total		

AMP Conservation des embryons en vue d'un projet parental	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	
Maine et Loire	1	
Mayenne		
Sarthe	1	
Vendée		
Total		

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

### 4 ■ Psychiatrie

La demande de soins en santé mentale est en progression constante comme en témoigne l'accroissement de 4 % de l'activité ambulatoire des secteurs de psychiatrie entre 2008 et 2009. Le développement souhaité des modes de prise en charge, dits alternatifs à l'hospitalisation complète, ne doit pas masquer la situation de saturation des lits constatée dans les services et établissements de psychiatrie, notamment par déficit de solutions d'aval. Si la prise en charge des urgences psychiatriques est un enjeu fort pour l'entourage des patients, la prévention des situations de crise est une priorité. Les enjeux d'articulation entre les médecins généralistes et les psychiatres hospitaliers,

dont il convient de souligner le déficit démographique, sont particulièrement forts.

La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement est une Mission de Service Public pour les établissements de santé, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Les établissements spécialisés en psychiatrie et les services de psychiatrie en centres hospitaliers assurent cette mission et la couverture de cette mission est assurée sur l'ensemble du territoire. Toutefois, l'impact de la mise en œuvre de la récente loi sur les soins sans consentement sera à évaluer.

#### LES OBJECTIFS SONT LES SUIVANTS :

- La prise en charge des urgences psychiatriques doit reposer sur des filières territoriales organisées, lisibles, avec une orientation protocolisée des patients. Il convient également de développer les organisations pour les demandes de soins non programmés
- Les articulations entre les secteurs hospitalier, libéral et médico-social doivent être renforcées. Ces articulations concerneront notamment les secteurs de psychiatrie et les pôles et maisons de santé pluri-professionnelles. Le développement des équipes mobiles, si besoin, intersectorielles, devra faciliter le décloisonnement en intervenant auprès des structures médico-sociales et hospitalières non psychiatriques. Une attention particulière sera portée sur l'accès aux soins somatiques pour les personnes souffrant de troubles mentaux.
- Le développement des prises en charge sans hébergement hospitalier doit être poursuivi, sans toutefois réduire les capacités d'hospitalisation complète. A ce titre, les projets d'Hospitalisation à Domicile (HAD) en psychiatrie, et en particulier en pédopsychiatrie, seront expérimentés sur un ou deux territoires de santé. Leur extension sera éventuellement envisagée après évaluation.
- Une réponse adaptée doit être apportée aux populations nécessitant une prise en charge spécifique : adolescents, personnes âgées, personnes souffrant de troubles envahissants du développement, personnes souffrant de conduites addictives, d'idées suicidaires. L'approche inter-sectorielle pour les prises en charge spécialisées et pour la prise en charge et la prévention des crises au domicile sera favorisée.
- Mise en place d'équipes mobiles d'intervention en urgence.

#### INDICATEURS

- Nombre de patients hospitalisés à temps complet, depuis plus d'un an, par territoire de santé
- Evolution du taux d'hospitalisation sans consentement, par territoire de santé

## CRÉATIONS, TRANSFORMATIONS ET SUPPRESSIONS

Pour un maillage régional équilibré, dans les départements qui ne disposent pas de l'ensemble de ces offres de soins, prévoir la création d'activité de psychiatrie, en hospitalisation partielle, de jour et de nuit, en appartement thérapeutique, en accueil familial thérapeutique, que ce soit en secteur infanto-juvénile ou adulte.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

## IMPLANTATIONS

Dénombrement des activités actuelles sur la base des autorisations détenues par les entités juridiques.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	2	2
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	4	4
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	0	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	6	6
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour	7	7
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	4	4
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	2	2
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en postcure	2	2

>>>

# SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

>>>

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Maine et Loire	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	3	3
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	5	5
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour	3	3
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	3	3
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	2	2
	Activité de psychiatrie adulte en postcure	1	1
Mayenne	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	2	2
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	0	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	4	4
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour	3	3
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	2	2
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	0	1
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en postcure	0	0

>>>

&gt;&gt;&gt;

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Sarthe	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	0	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en postcure	0	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	2	2
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	0	1
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	1	1
Activité de psychiatrie adulte en postcure	0	1	
Vendée	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	0	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	3	3
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour	2	2
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	0	1
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	1	1
Activité de psychiatrie adulte en postcure	1	1	

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

### 5 ■ Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Les travaux d'organisation des soins en SSR jusqu'en 2008 avaient le triple objectif d'atteindre une équité d'équipement dans les territoires de recours, de moderniser l'organisation de la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) -regroupement des plateaux techniques, rapprochement géographique des prescripteurs de court séjour- et d'effectuer

des renforts ciblés en personnels, dans les structures de SSR, pour atteindre un minimum recommandé.

Les décrets d'avril 2008 ont conduit à la définition de bornes basse et haute pour exprimer l'encadrement adapté en SSR - polyvalents et spécialisés - dans la région, à partir des ressources existantes.

#### OBJECTIFS

Le recours des personnes aux structures de SSR doit encore évoluer et s'améliorer pour s'inscrire dans une dimension transversale avec l'ambulatoire, le médico-social et le social.

Il s'agira :

- d'améliorer le juste recours aux structures de SSR, tout en encourageant les admissions directes par les professionnels du premier recours
- de respecter une taille efficiente, fixée à 30 lits par unité, en sachant que les évolutions se feront par redéploiement de capacités. Ce seuil s'apprécie en fonction des situations particulières des établissements.
- de poursuivre le développement de l'Hospitalisation à Temps Partiel (HTP), par redéploiement des moyens de l'hospitalisation complète
- de déployer les dispositifs d'orientation, en s'appuyant sur l'outil Trajectoire en établissements de santé
- de développer les prises en charge sans hébergement hospitalier. L'hospitalisation à Domicile (HAD) représente une modalité de réponse au besoin de prise en charge hospitalière qui devra être déployée. Il s'agira de couvrir l'ensemble du territoire régional avec une offre d'HAD dans chaque territoire de santé.
- de poursuivre la mise en œuvre des SSR spécialisés à temps partiel ou à temps complet :

Territoire de santé	Orientation	Nombre
Loire-Atlantique	Appareil locomoteur	9
	Système nerveux	7
	Cardiovasculaire	6
	Maladies respiratoires	3
	Système digestif et métabolique	3
	Onco hématologie	1
	Conduites addictives	1
	Personne âgée polyopathologique	2

>>>

&gt;&gt;&gt;

Territoire de santé	Orientation	Nombre
Maine et Loire	Appareil locomoteur	2
	Système nerveux	3
	Cardiovasculaire	3
	Maladies respiratoires	1
	Système digestif et métabolique	1
	Onco hématologie	1
	Conduites addictives	1
	Personne âgée polypathologique	3
Mayenne	Appareil locomoteur	1
	Système nerveux	1
	Cardiovasculaire	3
	Maladies respiratoires	0
	Système digestif et métabolique	1
	Onco hématologie	0
	Conduites addictives	1
	Personne âgée polypathologique	1
Sarthe	Appareil locomoteur	3
	Système nerveux	3
	Cardiovasculaire	2
	Maladies respiratoires	1
	Système digestif et métabolique	2
	Onco hématologie	1
	Conduites addictives	2
	Personne âgée polypathologique	1
Vendée	Appareil locomoteur	3
	Système nerveux	3
	Cardiovasculaire	1
	Maladies respiratoires	1
	Système digestif et métabolique	1
	Onco hématologie	0
	Conduites addictives	2
	Personne âgée polypathologique	2

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

### INDICATEURS

Les indicateurs porteront sur les résultats des trois années précédentes

- Evolution du nombre de prises en charges en HTP
- Proportion des patients pris en charge en HTP quatre ou cinq fois par semaine (en SSR spécialisé)
- Pourcentage des séjours de chirurgie orthopédique programmée suivis, dans les 30 jours, d'une prise en charge en SSR
- Part des entrées directes (en provenance du domicile)

### CRÉATIONS, TRANSFORMATIONS ET SUPPRESSIONS

Les opérations de créations, transformations, suppressions concerneront essentiellement les établissements suivants par regroupement ou conversion.

- **En Maine et Loire**
  - Hôpital de Candé
  - Partage d'activités entre les hôpitaux de Martigné Briand et de Doué La Fontaine
- **En Vendée**
  - Répartition d'activité entre l'hôpital de Noirmoutier et le CH Loire Vendée Océan (La Guérinière)
- **En Loire-Atlantique**
  - Réorganisation au sein de l'hôpital intercommunal de la presqu'île (Guérande - Le Croisic)
  - Regroupement Tourmaline Maubreuil sur un seul site (Saint Herblain)
  - Regroupement de l'activité SSR appareil locomoteur et SSR du système nerveux du CH, des Océanides et de Pen Bron sur un nouveau site à Saint Nazaire

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

### IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

L'HAD n'est pas comptabilisée dans les implantations.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Soins de suite et de réadaptation	30*	28
Maine et Loire	Soins de suite et de réadaptation	23	21
Mayenne	Soins de suite et de réadaptation	9	9
Sarthe	Soins de suite et de réadaptation	16	16
Vendée	Soins de suite et de réadaptation	17	16

\*incluant le regroupement d'établissements sur la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire en date du 29/11/2011.

## 6 Soins de Longue Durée (SLD)

Ces dernières années, le nombre d'implantations des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) a été redéfini et un certain nombre d'USLD a été entièrement transféré dans le secteur médicosocial.

Dès lors, les axes de développement porteront sur les principes suivants :

- Le respect du maillage des territoires (villes moyennes / grandes villes)
  - L'identification d'unités viables sur la base de 30 lits (opérations de regroupement à mener)
- En ce qui concerne le fonctionnement, conformément à la circulaire DHOS du 10 mai 2007, il est recommandé :
- que la capacité minimale d'une USLD soit de 30 lits
  - que la coordination soit assurée par un gériatre et que l'équipe soit formée à la gériatrie
  - qu'un projet individualisé soit établi pour toutes les prises en charge
  - qu'une IDE et une aide soignante soient présentes 24h/24
  - que la permanence des soins médicaux soit organisée.

L'objectif poursuivi est de clarifier la mission des Unités de Soins de Longue Durée :

### INDICATEURS

Taux de SMTI constatés en USLD dans le cadre des coupes PATHOS

### CRÉATIONS, TRANSFORMATIONS ET SUPPRESSIONS

Pas de changement.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des condi-

tions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

### IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule

implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Soins de longue durée	14	14
Maine et Loire	Soins de longue durée	6	6
Mayenne	Soins de longue durée	4	4
Sarthe	Soins de longue durée	8	8
Vendée	Soins de longue durée	8	8
Total Région	Soins de longue durée	40	40

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

### 7 ■ **Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie**

L'état des lieux réalisé dans le schéma précédent a montré une bonne adéquation de l'offre à la demande.

#### OBJECTIFS

■ **Constituer un maillage pertinent pour le territoire régional**

■ **Maintenir l'activité de traitement des cardiopathies de l'enfant par voie endovasculaire sur un seul centre.**

■ **Garantir les critères de qualité pour les centres d'angioplastie coronaire**

- dans les centres formateurs d'angioplastie : un seuil d'activité d'au moins 600 angioplasties par an,
- dans les autres centres : un seuil d'activité d'au moins 350 angioplasties annuelles par opérateur
- une astreinte d'angioplastie reposant sur au moins 3 opérateurs
- la mise en place d'un contrôle de qualité

■ **Participer au registre régional des syndromes coronariens aigus ST+ pour tous les centres d'angioplastie coronaire.**

■ **Inscrire la cardiologie interventionnelle dans une filière de soins**

Les plateaux, qui disposent de l'angioplastie coronaire, doivent être accessibles, en permanence par entrée directe ou par transfert. La prise en charge d'aval doit être organisée et il est préconisé que les établissements, titulaires d'une autorisation d'angioplastie coronaire, définissent les conditions d'un partenariat avec une structure de réadaptation cardiaque, lorsqu'ils ne disposent pas eux-mêmes de ce type d'activité.

■ **Se doter de moyens matériels adaptés**

La configuration doit permettre d'exercer cette activité dans des salles dédiées et il est recommandé qu'elles soient à proximité des salles d'intervention chirurgicale classiques. Les salles d'imagerie numérisée et d'angiographie numérisée, qui ne sont pas à proximité d'un plateau technique chirurgical, disposent d'une salle de surveillance post-interventionnelle, située à proximité de la salle d'intervention.

■ **Poursuivre les adaptations dans l'organisation des équipes médicales**

L'évolution des techniques, d'une part, et la fragilité démographique en cardiologues, d'autre part, doivent nécessairement conduire à un déclouonnement entre les équipes médicales.

L'activité interventionnelle doit s'intégrer dans une approche collégiale. Les centres, amenés à faire de la rythmologie interventionnelle sur un type d'acte précis, doivent exercer leur activité dans un partenariat étroit avec un centre de référence, dans le cadre d'une convention.

Une mutualisation des moyens est à rechercher, pour constituer des équipes en nombre suffisant. Les plateaux techniques sont ouverts à des intervenants extérieurs notamment libéraux.

■ **Le développement de la télémédecine est encouragé.**

## INDICATEURS

- Nombre d'angioplasties coronaires par implantation
- Nombre d'interventions pour cardiopathies de l'enfant
- Nombre d'actes de rythmologie interventionnelle

## CRÉATIONS, TRANSFORMATIONS ET SUPPRESSIONS

Pas de changement.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des condi-

tions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

## IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule

implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Région	Cardiopathies de l'enfant	1	1
Loire-Atlantique	Rythmologie interventionnelle*	3 dont une limitée aux actes de traitement du flutter**	3 dont une limitée aux actes de traitement du flutter**
	Cardiopathies de l'enfant : ré-interventions à l'âge adulte	2	2
	Autres cardiopathies de l'adulte	3	3
Maine et Loire	Rythmologie interventionnelle*	2	2
	Cardiopathies de l'enfant : ré-interventions à l'âge adulte	1	1
	Autres cardiopathies de l'adulte	2	2
Mayenne	Rythmologie interventionnelle*	1 limitée aux actes de traitement du flutter**	1 limitée aux actes de traitement du flutter**
	Autres cardiopathies de l'adulte	1	1
Sarthe	Rythmologie interventionnelle*	2	2
	Autres cardiopathies de l'adulte	2	2
Vendée	Rythmologie interventionnelle*	1	1
	Autres cardiopathies de l'adulte	1	1

(\*) Cette activité comprend 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.

(\*\*) L'autorisation de rythmologie est destinée à permettre la réalisation d'ablations de flutter ; en conséquence, l'activité de rythmologie relevant d'une autorisation se fera en lien avec un centre référent (dont l'autorisation comporte l'ensemble des actes de rythmologie interventionnelle).

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

### 8 ■ Médecine d'urgence

Pour l'activité du SAMU centre 15, le SROS III, révisé pour tenir compte des décrets du 22 mai 2006, constatait une augmentation de 52 % des appels entre 2001 et 2004. Une augmentation de 14% du nombre de dossiers de régulation médicale a par ailleurs été constatée entre 2006 et 2010. L'activité des services d'urgences est aussi en majoration constante et tout particulièrement dans les structures de recours et pour les urgences pédiatriques.

Il convient d'ajouter à ces éléments de constat, ceux fournis par le rapport «Margedan» sur la nécessaire modernisation des SAMU (6 juillet 2010).

Les missions relevant de l'Aide Médicale Urgente entrent dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique.

Ces missions sont d'ores et déjà assurées sur l'ensemble du territoire régional.

La principale difficulté réside dans l'adaptation des ressources humaines à la fluctuation du niveau d'activité. Une des solutions pourrait passer par l'amélioration des systèmes d'information et de télécommunication des SAMU avec une meilleure interopérabilité. Ceci pourrait en effet faciliter la mutualisation entre Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA).

Un certain nombre de questions sont soulevées : l'opportunité de la conservation de toutes les structures d'urgences et de SMUR ; l'opportunité de faire fonctionner les 5 CRRA 24 h/ 24 ; l'organisation des structures, pour répondre à l'afflux estival, sur les côtes de Loire Atlantique et de Vendée.

#### OBJECTIFS

- Conserver l'organisation de la gestion des appels reposant sur un SAMU par département et encourager le développement des coopérations inter-SAMU
- Centraliser la régulation régionale des transports hélicoptérés sur le SAMU 44. Le renfort de l'HELI-SMUR, par un second appareil, sera étudié en même temps que l'actualisation du maillage territorial des SMUR terrestres. Des coopérations avec les régions voisines seront recherchées.
- Adapter le nombre, de structures des urgences et de SMUR, à l'activité et, prendre en compte les besoins liés aux variations saisonnières. Ceci amènera à mutualiser l'activité des CRRA, à diminuer le nombre des implantations de SMUR terrestres et, parallèlement, à accroître le nombre de SMUR saisonniers, ainsi que l'activité de l'HELI-SMUR
- Concernant la structure des urgences : nécessité d'implantations principales d'urgence, fonctionnant 7 jours sur 7 et d'implantations secondaires, rattachées à une implantation principale, ayant une activité uniquement saisonnière.
- Organiser l'accès direct à des plateaux techniques adéquats notamment lorsque le pronostic vital ou fonctionnel est engagé (infarctus, AVC). C'est également le cas concernant les urgences qui relèvent du centre de la main.

Il conviendra par ailleurs de veiller la cohérence entre les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) établis par les préfets de département et le présent schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) arrêté par le directeur de l'agence régionale de santé.

#### INDICATEURS

Nombre de passages pour 100 000 habitants

## CRÉATIONS, TRANSFORMATIONS ET SUPPRESSIONS

### ■ Concernant les structures des urgences :

- CHD de La Roche sur Yon, réorganisation des implantations : deux implantations dont une saisonnière avec une organisation interne sur trois sites.
- Réorganisation des implantations à Laval : regroupement des urgences sur un seul site

### ■ Concernant les SMUR :

- CHD de La Roche sur Yon, réorganisation des implantations : deux implantations dont une saisonnière

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

## IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule

implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	SAMU	1	1
	SMUR	3	3
	Antenne SMUR	0	0
	Structure des urgences	5	5
	Structure des urgences pédiatriques	1	1
Maine et Loire	SAMU	1	1
	SMUR	3	3
	Antenne SMUR	0	0
	Structure des urgences	4	4
	Structure des urgences pédiatriques	1	1
Mayenne	SAMU	1	1
	SMUR	3	3
	Antenne SMUR	0	0
	Structure des urgences	4	3
	Structure des urgences pédiatriques	0	0
Sarthe	SAMU	1	1
	SMUR	2	2
	Antenne SMUR	1	1
	Structure des urgences	7	7
	Structure des urgences pédiatriques	1	1
Vendée	SAMU	1	1
	SMUR	4	5 dont 1 avec activité saisonnière
	Antenne SMUR	2	0
	Structure des urgences	7	6 dont 1 avec activité saisonnière
	Structure des urgences pédiatriques	0	0

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

### 9 ■ Réanimation

Pour améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des soins, les objectifs poursuivis sont les suivants :

- L'objectif d'amélioration de l'accessibilité à la réanimation, pour la région, nécessite un ajustement des capacités des sites existants, notamment dans les structures autorisées pour les activités spécialisées relevant du SIOS.
- L'inter-région Ouest a pour objectif la création d'un réseau de réanimation pédiatrique et réanimation pédiatrique spécialisée, afin de gérer au mieux l'orientation des patients, par une régulation interrégionale des transports pédiatriques, de favoriser des projets de recherche multicentriques, de mettre en place des staffs à l'échelle de chaque région et à l'échelle de l'inter-région, de proposer des formations destinées aux

médecins et au personnel paramédical. Cette organisation doit permettre la reconnaissance de compétences spécifiques dans la région : les pathologies neurologiques à Angers, les pathologies cardiaques et la réanimation des grands brûlés à Nantes.

- Le maintien d'une activité de réanimation pédiatrique rattachée à la réanimation néonatale, dans les sites bénéficiant d'un service de chirurgie et de médecine pédiatriques, est préconisé.
- Un maillage territorial pour la prise en charge des patients nécessitant une Assistance Respiratoire ExtraCorporelle (AREC), en lien avec la couverture des Unités Mobiles d'Assistance Circulatoire (UMAC), sera défini pour garantir l'accessibilité à ce type de soins sur l'ensemble de la région.

### INDICATEURS

Pour la réanimation :

- Taux d'occupation
- Taux de recours / Taux de refus
- DMS
- Part des IGS2

### CRÉATIONS, TRANSFORMATIONS ET SUPPRESSIONS

Pas de changement.

### IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule

implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Réanimation	3	3
	Réanimation pédiatrique spécialisée	1	1
Maine et Loire	Réanimation	2	2
	Réanimation pédiatrique	1	1
Mayenne	Réanimation	1	1
Sarthe	Réanimation	1	1
	Réanimation pédiatrique	1	1
Vendée	Réanimation	1	1

## 10 ■ Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale

Les axes de développement porteront sur l'offre de trois niveaux, dans chaque territoire de santé :

- Une prise en charge à domicile : hémodyalyse et dialyse péritonéale, avec une couverture de l'ensemble de la région
- Une prise en charge «hors centre» : Unité de Dialyse Médicalisée (UDM) et centres d'auto-dialyse, selon une organisation de proximité (au moins une structure, par territoire de santé)
- Une prise en charge en centre d'hémodyalyse

Les orientations sont les suivantes :

- Promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC
- Mobiliser les médecins généralistes sur l'enjeu du dépistage
- Favoriser l'accès aux consultations de néphrologie

- Développer des stratégies de traitement efficaces
- Renforcer la prise en charge précoce de l'IRC
- Faciliter l'accès à la dialyse péritonéale
- Développer la dialyse hors centre
- Soutenir la transplantation rénale
- Agir sur les leviers de lutte contre la pénurie d'organes
- Organiser le suivi des greffés
- Garantir une prise en charge de qualité, la plus efficace possible
- Favoriser la prise en charge de proximité
- Déployer le recours à la télémédecine

### INDICATEURS

- Taux de prise en charge en dialyse hors centre
- Taux de prise en charge en Dialyse Péritonéale (DP)
- Ratio : nombre de greffes sur nombre de patients dialysés

### CRÉATIONS, TRANSFORMATIONS ET SUPPRESSIONS

- Conservation du même nombre de centres d'hémodyalyse
- Développement des UDM au bénéfice de structures hors centre de dialyse avec apport de la télémédecine pour assurer la qualité et la sécurité des soins.
- Rapprochement des nouvelles UDM et des unités d'auto-dialyse

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

### IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule

implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

#### ● Centre d'hémodialyse pour enfants

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1

#### ● Centre d'hémodialyse

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	4
Maine et Loire	5	5
Mayenne	1	1
Sarthe	2	2
Vendée	2 (dont : 1 autorisation saisonnière)	2 (dont : 1 saisonnière)

#### ● Unité de Dialyse Médicalisée (UDM)

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	6
Maine et Loire	4	5
Mayenne	1	3
Sarthe	2	5
Vendée	1	5

● Unité d'Auto-Dialyse (UAD)

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	7	7
Maine et Loire	5	5
Mayenne	1	1
Sarthe	4	4
Vendée	8 (dont : 1 autorisation saisonnière)	8 (dont : 1 saisonnière)

● Hémodialyse à domicile

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	2	2
Maine et Loire	3	3
Mayenne	1	1
Sarthe	1	1
Vendée	1	1

● Dialyse péritonéale à domicile

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	2	2
Maine et Loire	3	3
Mayenne	0	1
Sarthe	1	1
Vendée	1	1

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

### 11 ■ Traitement du cancer

Le cancer reste la première cause de mortalité en France. Pour autant, si le nombre de cancers et le nombre de décès par cancer a augmenté entre 1980 et 2005, le risque de décéder d'un cancer a lui diminué. Les progrès dans les thérapeutiques en sont à l'origine mais le système de santé et la société doivent s'adapter à ces parcours souvent très longs.

La prise en charge du cancer concerne plusieurs modalités de traitement, toutes soumises à autorisation : chirurgie, radiothérapie externe, curiethérapie, utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées, chimiothérapie.

La chimiothérapie est une activité en progression constante, principalement en hospitalisation à temps partiel et 9 établissements concentrent 89% de cette activité.

La radiothérapie connaît une croissance régulière, évaluée à 2% par an, et concerne plus d'un patient sur deux atteint d'un cancer : les appareils et techniques de radiothérapie évoluent dans le sens d'une plus grande efficacité et d'un plus grand respect des tissus sains, donc bénéficient d'un meilleur rapport efficacité/tolérance.

Les objectifs sont les suivants :

- L'accès aux soins en cancérologie doit être garanti dans chaque territoire de santé
- L'accès aux soins de chimiothérapie doit être amélioré en proximité, unique-

#### INDICATEURS

- Part des séjours de médecine en cancérologie en Hospitalisation de Jour
- Part des séjours en cancérologie en HAD pour des traitements curatifs

#### CRÉATIONS, TRANSFORMATIONS ET SUPPRESSIONS

- regroupement des activités de chimiothérapie sur un seul site à Laval
- regroupement de l'activité de chimiothérapie sur un seul site à l'ouverture de la Cité sanitaire à Saint-Nazaire

ment pour la réalisation de chimiothérapies prescrites par un centre autorisé. Ceci nécessite le développement :

- de sites associés,
- de la prise en charge en HAD des patients atteints de cancer
- de la chimiothérapie en ambulatoire.
- l'accès aux soins complexes, hyper spécialisés et innovants, doit être favorisé et organisé dans le cadre d'une organisation régionale unique, fédérée autour des deux CHU et de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO).
- La conjugaison des impératifs de prise en charge en proximité et de qualité de prise en charge, pour les enfants, doit reposer sur une organisation graduée des plateaux techniques de cancérologie pédiatrique, à l'échelle de l'interrégion ouest, ainsi que sur une organisation régionale pour l'accès aux soins de support, y compris ceux effectués au domicile.
- L'accès à des soins adaptés, pour les personnes âgées atteintes de cancer, doit être amélioré. Le pilotage des projets d'onco-gériatrie et la diffusion d'une culture onco-gériatrique par une Unité de Coordination en Onco-Gériatrie (UCOG), seront favorisés dès sa labellisation par l'INCa.
- Le SROS PRS, pour l'imagerie médicale, prendra en compte l'accroissement des besoins en Equipement Matériels Lourds (EML) pour la cancérologie, avec les appareils d'IRM au premier chef.

- Nombre de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements associés

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation de traitement du cancer pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé, déjà autorisée pour la même modalité de traitement.

## IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule

implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activités	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Chimiothérapie	7*	7
	Radiothérapie externe	3	3
	Curiethérapie	Gynéco bas débit : 2 Gynéco haut débit : 2 Iridium Peau : 1 Iridium ORL : 1 Iode 125 Prostate : 1 Bas débit pulsé : 1	Gynéco bas débit : 2 Gynéco haut débit : 2 Iridium Peau : 1 Iridium ORL : 1 Iode 125 Prostate : 1 Bas débit pulsé : 1
	Radioéléments en source non scellée	3 (dont 1 uniquement en ambulatoire)	3 (dont 1 uniquement en ambulatoire)
	Chirurgie des cancers	Digestif : 8* Sein : 9* Gynécologie : 8* Urologie : 8 Thoracique : 5 ORL : 7 1 site non spécialisé	Digestif : 8 Sein : 9 Gynécologie : 8 Urologie : 8 Thoracique : 5 ORL : 7 1 site non spécialisé
Maine et Loire	Chimiothérapie	5	5
	Radiothérapie externe	1	1
	Curiethérapie	Gynéco bas débit : 1 Gynéco haut débit : 1 Iridium Peau : 1 Iridium ORL : 0 Iode 125 Prostate : 1 Bas débit pulsé : 1	Gynéco bas débit : 1 Gynéco haut débit : 1 Iridium Peau : 1 Iridium ORL : 0 Iode 125 Prostate : 1 Bas débit pulsé : 1
	Radioéléments en source non scellée	2	2
	Chirurgie des cancers	Digestif : 7 Sein : 6 Gynécologie : 5 Urologie : 4 Thoracique : 4 ORL : 3	Digestif : 7 Sein : 6 Gynécologie : 5 Urologie : 4 Thoracique : 4 ORL : 3



# SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

>>>

Territoire de santé	Activités	Implantations actuelles	Implantations cibles
Mayenne	Chimiothérapie	2	2
	Radiothérapie externe	1	1
	Chirurgie des cancers	Digestif : 4 Sein : 1 Gynécologie : 1 Urologie : 2 Thoracique : 1	Digestif : 4 Sein : 1 Gynécologie : 1 Urologie : 2 Thoracique : 1
Sarthe	Chimiothérapie	2	2
	Radiothérapie externe	1	1
	Curiethérapie	Gynéco bas débit : 1 Gynéco haut débit : 1 Iridium Peau : 1 Iridium ORL : 1 Iode 125 Prostate : aucune Bas débit pulsé (PDR) : aucune	Gynéco bas débit : 1 Gynéco haut débit : 1 Iridium Peau : 1 Iridium ORL : 1 Iode 125 Prostate : aucune Bas débit pulsé (PDR) : aucune
	Radioéléments en source non scellée	1	1
	Chirurgie des cancers	Digestif : 4 Sein : 3 Gynécologie : 2 Urologie : 3 Thoracique : 2 ORL : 3	Digestif : 4 Sein : 3 Gynécologie : 2 Urologie : 3 Thoracique : 2 ORL : 3
Vendée	Chimiothérapie	2	2
	Radiothérapie externe	1	1
	Radioéléments en source non scellée	1	1
	Chirurgie des cancers	Digestif : 5 Sein : 4 Gynécologie : 3 Urologie : 3 Thoracique : 0 ORL : 2	Digestif : 5 Sein : 4 Gynécologie : 2 Urologie : 3 Thoracique : 0 ORL : 2

\*incluant le regroupement d'établissements sur la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire en date du 29/11/2011.

## 12 ■ Diagnostic prénatal (DPN) et examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

La génétique comprend trois «spécialités» complémentaires et dépendantes les unes des autres dans la démarche diagnostique : la génétique clinique, la cytogénétique et la génétique moléculaire. La cytogénétique et la génétique moléculaire sont des activités de laboratoires. Ces derniers ne disposent pas tous du même niveau d'expertise et il conviendra de distinguer les laboratoires en capacité de réaliser des tests courants et les laboratoires de recours en capacité d'analyser de manière exhaustive un ou plusieurs gènes.

La **génétique post-natale** concerne les jeunes enfants dans la cadre d'un diagnostic effectué en pédiatrie (par exemple un retard mental). Elle concerne aussi les adultes pour lesquels la recherche vise à identifier soit des facteurs de risques face à une pathologie connue ou soit des facteurs protecteurs ou de bonne réponse à un traitement (pharmacogénétique).

Les **activités de diagnostic prénatal soumises à autorisation** comprennent les examens de biologie moléculaire, d'hématologie, d'immunologie, de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels, examens diagnostics réalisés afin d'identifier si l'embryon est porteur d'une maladie grave, invalidante et/ou non curable.

### Objectifs et principes d'organisation

Les laboratoires de génétique relèvent de deux niveaux d'expertise graduée

Une offre spécialisée sur des pathologies polygéniques rares sera à distinguer d'un dépistage plus courant portant sur une ou deux mutations d'un même gène. Ceci se traduira par des autorisations différenciées :

- autorisations limitées au diagnostic de mutations mono géniques
- autorisations « larges » pour le diagnostic de pathologies plus complexes

Dès lors qu'une analyse de génétique moléculaire est réalisée, les normes de bonne pratique impose qu'elle soit précédée d'une consultation de génétique médicale. Pour en assurer un bon accès, le maillage territorial doit reposer sur au moins une consultation de génétique clinique par territoire de santé. Compte-tenu des spécificités de cette discipline et de la ressource médicale, cette consultation pourra prendre la forme de consultations «avancées».

Il conviendra de structurer l'offre entre les laboratoires afin de favoriser la coopération en réseau et de garantir la mise en œuvre d'un lien étroit avec les centres de génétique clinique d'une part et une articulation avec les filières de prise en charge des maladies rares d'autre part.

La gradation des laboratoires et le développement des consultations de génétiques amélioreront la lisibilité de l'offre pour les patients et les médecins traitants.

Concernant le diagnostic prénatal, et plus spécifiquement le dépistage de la trisomie, l'analyse des marqueurs sériques maternels couplée avec le résultat de l'échographie foetale permet de déterminer l'importance du risque et d'envisager soit une choriocentese soit une amniocentèse de confirmation. Lorsqu'un risque de malformation est avéré, la conduite à tenir qui pourra être proposée est élaborée dans le cadre pluridisciplinaire et collégial du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Ces centres sont au nombre de trois dans la région.

# SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

### INDICATEURS

Nombre de laboratoires organisés en réseau

Existence d'un centre de génétique clinique structuré et répondant à ses missions

### CRÉATIONS, TRANSFORMATIONS ET SUPPRESSIONS

Le diagnostic anténatal par les marqueurs sériques maternel couplé à une échographie permet si les résultats sont transmis rapidement de réaliser une choriocentèse à un terme plus précoce que l'amniocentèse, réduisant d'autant les délais de prise de décision et les inquiétudes des parents. Une implantation pour le dépistage prénatal par les marqueurs sériques maternels est proposée en Vendée.

tèse, réduisant d'autant les délais de prise de décision et les inquiétudes des parents. Une implantation pour le dépistage prénatal par les marqueurs sériques maternels est proposée en Vendée.

### IMPLANTATIONS

#### ■ Analyses biologiques

DPN - BIOCH - Analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire		
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		
Total		

DPN - BIOCH - Analyse de biochimie, y compris le analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe		
Vendée		1
Total		

DPN - BIOCH - Analyses de biochimie fœtale à l'exclusion des marqueurs sériques	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique		
Maine et Loire		
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		
Total		

DPN Analyses en vue de diagnostic de maladies infectieuses, y compris les analyses de biologie moléculaire	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe		
Vendée		
Total		

■ Analyses génétiques

DPN Analyse de génétique moléculaire	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	2	2
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe		
Vendée		
Total		

DPN Analyse de cytogénétique, y compris les analyses cytogénétique moléculaire	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	2	2
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		
Total		

■ Implantations en génétique postnatale

Territoire de santé	Activité	Implantations
Loire-Atlantique	Cytogénétique, dont cytogénétique moléculaire Génétique moléculaire	3
Maine et Loire	Cytogénétique, dont cytogénétique moléculaire Génétique moléculaire	1
Mayenne		
Sarthe	Cytogénétique, dont cytogénétique moléculaire Génétique moléculaire	1
Vendée		
Total Région		

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

### 13 ■ Imagerie médicale

La région Pays de la Loire se place dans une situation très spécifique avec un taux d'équipement en IRM faible (et dans une moindre mesure en scanner).

La réflexion stratégique relative au développement de l'imagerie médicale doit également prendre en compte la situation régionale au regard de la démographie médicale. Avec 9,1 radiologues pour 100.000 habitants, les Pays de la Loire présente un déficit démographique important.

Les axes de développement porteront sur les orientations suivantes :

- 1 ■ Favoriser un égal accès à l'imagerie médicale de la population :
  - Mettre en œuvre un plan volontariste de développement soutenable de l'offre en équipements matériels lourds.
  - Veiller au maintien, au sein des territoires et en proximité d'une offre de radiologie conventionnelle.
- 2 ■ S'assurer de l'efficacité de fonctionnement des équipements, de la pertinence des actes et de la maîtrise des risques associés
  - Éviter la réalisation des actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants

- Veiller à l'efficacité de l'utilisation des plateaux techniques en renforçant les dynamiques de mutualisation et le déploiement d'appareils plus efficaces
- Mieux maîtriser la gestion des risques spécifiques de l'imagerie médicale (diminution de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants)
- Accompagner le progrès médical et le soutien à l'innovation

3 ■ Assurer, en mobilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication et le potentiel de la télémédecine, une organisation de l'imagerie médicale en région qui garantisse :

- Une permanence des soins mutualisée associant l'ensemble des acteurs publics et privés au sein des territoires de santé
- Des filières d'expertise clairement définies et opérationnelles (AVC, ...) prenant appui sur des protocoles validés et des centres ressources identifiés
- Dans le cadre de l'ENRS (Espace Numérique régional de Santé), le déploiement d'une infrastructure technique régionale permettant un réel partage de l'information, un accès assuré aux images et un développement, régional harmonisé entre l'ensemble des acteurs des PACS.

## OBJECTIFS

### IRM

L'objectif est d'atteindre le taux cible du plan cancer de 12 IRM par million d'habitant avec une diversification des équipements.

La diversification du parc des IRM repose sur une dynamique de mutualisation des acteurs et la présence d'une IRM polyvalente.

L'IRM 3 tesla doit être disponible en région pour accompagner le développement de la recherche.

### Scanners

L'objectif est d'atteindre le taux national d'équipement de 14,4 Scanners par million d'habitant

### Gamma-caméras

Actuellement tous les territoires sont dotés d'un plateau de scintigraphie.

L'activité de ces équipements n'augmente que faiblement. Il y aura une place pour une implantation supplémentaire à Saint-Nazaire ce qui sera cohérent avec les missions de la cité sanitaire.





## TEP

- Actuellement six autorisations de TEP ont été attribuées.
- Cinq équipements sont installés. Le deuxième appareil de l'IRCNA de Nantes n'a débuté son activité qu'au cours de l'année 2010 et cette activité va croître encore en 2011 et 2012.
- Le CHU d'Angers n'a pas mis en œuvre son autorisation de deuxième équipement.
- L'activité régionale des TEP croît en moyenne de 20% par an.
- La mise en service de l'équipement d'Angers va absorber une partie de l'activité

L'installation d'un équipement supplémentaire en Vendée sur le site du CHD, est possible sous réserve de disposer d'effectifs suffisants notamment en termes de médecins.

## Radiologie conventionnelle

La radiologie conventionnelle garde une place importante dans l'activité d'imagerie.

Les cabinets libéraux conventionnels sont un élément essentiel pour garantir l'accessibilité à l'imagerie. Le soutien au maintien d'un maillage raisonnable de cabinet de radiologie conventionnel est un objectif du schéma régional.

L'objectif est de conserver une cible d'un cabinet de radiologie conventionnelle pour 20 000 habitants et une accessibilité d'une ressource en imagerie médicale qui ne dépasse pas 30 kilomètres.

## INDICATEURS

- Part des sites disposant de l'accès H24 à l'IRM
- Suivi des délais de rendez-vous à l'IRM ou au scanner
- Proportion d'UNV avec accès permanent IRM
- Proportion sites urgences pédiatriques et accès permanent IRM
- Proportion examens par appareil IRM pour pathologies cancéreuses
- Nombre de coopérations par TS entre plusieurs sites portant sur la télé-médecine pour interprétation à distance
- Evolution du nombre d'actes en radiologie conventionnelle (notamment crâne, thorax, ASP)

## L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

### CRÉATIONS, TRANSFORMATIONS ET SUPPRESSIONS

#### IRM

L'évolution attendue dans les territoires de santé est la suivante :

- En Loire Atlantique : 5 nouvelles machines pour un objectif de 15 IRM dont 5 IRM dédiées et 9 IRM polyvalentes
- En Maine et Loire : 4 nouvelles machines pour un objectif de 10 IRM dont 5 IRM dédiées et 5 IRM polyvalentes
- En Mayenne : 2 nouvelles machines pour un objectif de 4 IRM dont 0 IRM dédiées et 4 IRM polyvalentes
- En Sarthe : 3 nouvelles machines pour un objectif de 7 IRM dont 4 IRM dédiées et 3 IRM polyvalentes

- En Vendée : 2 nouvelles machines pour un objectif de 6 IRM dont 1 IRM dédiées et 5 IRM polyvalentes

L'IRM 3 tesla doit être disponible en région pour accompagner le développement de la recherche.

#### Gamma caméra

Une implantation supplémentaire à Saint-Nazaire en cohérence avec les missions de la cité sanitaire.

#### TEP

Une implantation supplémentaire en Vendée.

### IMPLANTATIONS

#### ● Répartitions d'IRM

Territoire de santé	Objectif cible nombre d'appareils IRM
Loire-Atlantique	15
Maine et Loire	10
Mayenne	4
Sarthe	7
Vendée	6

#### ● Répartitions des scanners

Territoire de santé	Objectif nombre d'appareils scanner
Loire-Atlantique	18
Maine et Loire	12
Mayenne	5
Sarthe	8
Vendée	8

● Répartitions des gamma caméras

Territoire de santé	Objectif cible nombre d'appareils gamma camera
Loire-Atlantique	12
Maine et Loire	5
Mayenne	1
Sarthe	4
Vendée	2

● Répartition des TEP

Territoire de santé	Objectif Cible nombre d'appareils TEP
Loire-Atlantique	3
Maine et Loire	2
Mayenne	0
Sarthe	1
Vendée	1